

WASSERMAN, D. A. et al. Psychometric evaluation of the Quality of Life Interview, Brief Version, in injection drug users. In: Psychol Addict Behav, v. 20, p. 316-321, 2006.

WONG, J. G. et al. An instrument to assess mental patients' capacity to appraise and report subjective quality of life. In: Qual Life Res, v. 14, p. 687-694, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL: Measuring quality of life. Geneve, Switzerland: Programme on Mental Health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Use, 1997.

ZUBARAN, C. et al. Validation of the English version of the health-related quality of life for drug abusers test (HRQOL test) in Australia. In: The 2011 National Institute on Drug Abuse (NIDA) Forum. Hollywood, Florida, 2001.

_____. The correlation between health status and quality of life in Southern Brazil. In: São Paulo Medical Journal, v. 126, p. 257-61, 2008.

_____. Portuguese version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. In: Rev Panam Salud Pública, v. 25, p. 443-448, 2009.

¹ Especialistas em Dependência Química pela UNIAID – Unidade de Dependência de Drogas, Departamento de Psiquiatria, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

² Doutora em Ciências, Pesquisadora do CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP (zila.sanchez@gmail.com).

A CONTRIBUIÇÃO DA ESPIRITUALIDADE E DA RELIGIOSIDADE NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

José Kenshiti Tuguimoto¹
Elsa Gonçalves¹
Márcia Nicoli Jacob¹
Dirnei Godinho de Moraes¹
Cristina Saavedra¹
Alexandre Dallarosa¹
Zila van der Meer Sanchez²

Resumo

A religiosidade e a espiritualidade (R/E) têm sido identificadas em estudos científicos como fatores associados ao menor consumo de drogas e melhores índices de recuperação de dependentes químicos. Há que se destacar que estudos epidemiológicos e etnográficos trazem evidências de que a R/E é importante na prevenção ao uso de drogas, tanto no retardo do início do consumo quanto na diminuição das prevalências de consumo entre jovens. Indivíduos que relatam maior frequência a grupos

religiosos ou que sugerem grande importância dada a sua religião consomem menos drogas lícitas e ilícitas. No cenário do tratamento da dependência, a R/E permite mudança de perspectivas de vida e de crenças do dependente, oferecendo-lhe nova rede social e reinserção. Comunidades terapêuticas e igrejas buscam desenvolver diretamente a religiosidade do paciente. Grupos de mútua-ajuda propõem-se a despertar a espiritualidade do paciente, independentemente da religião professada e das crenças individuais, mas através da crença em um poder superior. A integração da dimensão espiritual da vida do paciente na clínica e na prevenção de recaídas, com ética e conhecimento, é de grande importância na terapêutica da dependência química.

Palavras chave: Espiritualidade, prevenção, religiosidade, tratamento.

Abstract

Religiosity and spirituality (R/S) have been identified in scientific studies as factors associated with reduced drug use and better recovery from drug addiction. It should be noted that epidemiological and ethnographic studies provide evidence that R/S is important in preventing drug use, both in delaying the onset and also by lowering the prevalence of teenage drug use. Individuals who report more frequency to religious groups or that devote more importance to their religion use less licit and illicit drugs. In the scenario of addiction treatment, R/S allows a change of life perspective and beliefs for drug addicts, offering a new drug-free social network. Therapeutic communities and churches seek to develop directly the patient religiosity. Mutual-help groups are meant to awaken the spirituality of the patient, regardless any specific religion or individual beliefs, but through creating a belief in a higher power. The integration of the spiritual dimension of patient on treatment and relapse prevention, with ethics and knowledge, is of great importance for addiction treatment.

Keywords: Prevention, religion, spirituality, treatment.

INTRODUÇÃO

As práticas religiosas e os conceitos de espiritualidade têm despontado como alternativa ou complemento à prevenção e tratamento da dependência de drogas (SANCHEZ & NAPPO, 2007). Diversos estudos têm mostrado que a inclusão da prática de uma religião nos tratamentos de saúde favorece a recuperação do paciente, sendo mais efetiva do que tratamentos convencionais que não agregam esse recurso (DALGALARRONDO, 2006; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

O conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos pacientes auxiliam na aderência às intervenções psicoterápicas, colaborando para melhores resultados dessas intervenções (GIGLIO, 1993; SPERRY & SHAFRANSKE, 2005). No campo da dependência de drogas, verifica-se a ação positiva da religiosidade tanto no tratamento da doença, aumentando o sucesso terapêutico, quanto na prevenção, diminuindo os índices de primeiro uso, abuso e dependência entre pessoas que praticam uma religião. Esse papel na prevenção acaba atingindo mais adolescentes, que formam o grupo etário mais exposto ao início do consumo de drogas. No entanto, também se destaca o papel da religiosidade na prevenção da recaída e na progressão dos estágios do consumo de drogas (SANCHEZ & NAPPO, 2007).

Para a elaboração deste trabalho, foram selecionados artigos científicos indexados (SciELO e Pubmed) e livros cuja temática envolvesse tratamento ou prevenção ao uso de drogas e aspectos de religiosidade e/ou espiritualidade, a fim de atender ao objetivo de fundamentar a discussão dos achados de pesquisas nesse campo do conhecimento e suas implicações clínicas na prevenção e tratamento da dependência química. Para a busca nas bases de dados citadas, foram utilizadas as palavras-chave "religiosidade" e/ou "espiritualidade" e "drogas" e/ou "dependência", em inglês no Pubmed e português no SciELO.

CONCEITUANDO ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE

Os termos “espiritualidade” e “religiosidade” muitas vezes são utilizados como sinônimos na literatura científica e leiga. No entanto, estes termos são multidimensionais e representam conceitos de características distintas. Tradicionalmente, “espiritualidade” foi usado para descrever a pessoa profundamente religiosa; no entanto, hoje é bem claro que a espiritualidade não está associada a nenhuma religião específica e pode ser desenvolvida independentemente de qualquer crença ou prática religiosa (KÖNIG, 2008). Embora a espiritualidade possa ser incorporada em uma orientação religiosa, também pode ser compreendida como um compromisso dos seres com ideais amplos e nobres ou com o bem-estar dos outros (GALANTER, 2008).

A espiritualidade é uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um deus, sendo responsável pela ligação do Eu com o Universo e com os outros, situando-se além da religiosidade e das religiões (SULLIVAN, 1993). Já a religiosidade representa a crença e a prática dos fundamentos propostos por uma religião (MILLER, 1998).

Segundo Vaillant (2010), a principal diferença entre esses dois termos é que a religiosidade associa-se aos aspectos interpessoais e institucionais de uma religião, ocupa-se das doutrinas, valores e tradições de um grupo religioso formal. Em contraste, a espiritualidade refere-se às experiências psicológicas relacionadas à ideia individual de conexão com algo transcendente (seja uma deidade definida ou qualquer outra coisa/ser que se considere superior) e manifesta-se por meio de emoções como reverência, gratidão e amor.

No entanto, como os conceitos de religiosidade e espiritualidade se sobrepõem, a literatura médica atual utiliza o construto religiosidade/espiritualidade (R/E) como fator agregado de estudo e associado a melhores índices de saúde e recuperação (LONGSHORE et al., 2009).

A ESPIRITUALIDADE E A RELIGIOSIDADE COMO FERRAMENTAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Aspectos gerais

O tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de favorecer a redução ou a abstinência do consumo de substâncias psicoativas, bem como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento social do indivíduo tratado (CUNNINGHAM, 2000).

Zanelatto (2011) apresenta uma variedade de opções de modelos de tratamento para dependência de substâncias psicoativas. Tais opções variam quanto à abordagem utilizada e quanto à intensidade de atenção que é oferecida ao usuário do serviço. O autor refere-se a modelos de internação (clínica ou em comunidade terapêutica), internação-dia, residência terapêutica, serviços de intervenção em crises e tratamento farmacológico. Além desses tratamentos tradicionais, encontramos os grupos de apoio, também conhecidos como grupos de autoajuda ou de mútua-ajuda, e as igrejas (ou casas religiosas) que oferecem em suas instalações tratamentos para a dependência de drogas sem intervenção médica ou farmacológica (SANCHEZ & NAPPO, 2008a).

Tradicionalmente, a religiosidade é ferramenta chave no tratamento em igrejas e comunidades terapêuticas, assim como a espiritualidade em grupos de mútua-ajuda. Em linhas gerais, tanto os tratamentos de base religiosa quanto os de base espiritualista trazem a oferta de uma nova perspectiva de vida ao dependente de drogas, alicerçados em nova rede social de sujeitos abstinentes. Outro elemento chave que oferecem é o acolhimento diferenciado, que aumenta a autoeficácia na abstinência e auxilia na mudança da percepção de enfrentamento das situações cotidianas (SANCHEZ & NAPPO, 2008a; KELLY, MAGILL & STOUT, 2009).

Modelos de tratamento que abrangem religiosidade ou espiritualidade

- Comunidades terapêuticas

A primeira comunidade terapêutica – CT foi fundada em agosto de 1959, em Santa Mônica, na Califórnia, por um frequentador do grupo Alcoólicos Anônimos – AA. Ele lançou um programa baseado em espiritualidade chamado Synanon, totalmente alicerçado nos doze passos dos AA e que permitia ao paciente ficar morando nas instalações por até dois anos. A partir de então, diversas CT's passaram a surgir, tentando dar conta da demanda de tratamento da dependência química sem internação dos usuários de drogas em manicômios ou em clínicas médicas de alto custo. Nesse cenário, diferentes denominações religiosas, motivadas pela perspectiva da evangelização, e também como resposta à imensa demanda de usuários de drogas que chegavam às portas de suas igrejas, optaram por criar instalações de tratamento, com princípios baseados na fé religiosa (LEON, 2003).

As comunidades terapêuticas são ambientes de internação especializados que oferecem programas de tratamento estruturados e intensivos, visando ao alcance e à manutenção da abstinência. A finalidade primordial da comunidade é manter a plena participação do indivíduo, para que possam alcançar as metas sociais e psicológicas de mudança de vida. Segundo Rodríguez e Gonzalez (1989), essas comunidades acabam oferecendo exatamente aquilo que o dependente necessita no momento de abandono da droga. Entre os fatores atrativos que as comunidades oferecem, podem ser citados como os principais: possibilidade de ganhar nova identidade em um grupo onde as pessoas se respeitam, são solidárias e não competitivas, sem as ambições materiais típicas da vida cotidiana; canalização das dificuldades e preocupações individuais para serem resolvidas pelo grupo através do fomento de amizades e mútua-ajuda, fatores de imensa importância para os históricos de desamor inerentes à vida no mundo das drogas; possibilidade de autossuperação pelo direcionamento da personalidade e da conduta para pontos ideais, de acordo com a visão religiosa.

O objetivo específico da comunidade é o de ajudar os indivíduos a mudar a si mesmos, através de autoconhecimento e auxílio de crenças e práticas religiosas (LEON, 2003). No Brasil, as CT's respondem, desde 2001, a regulamentos técnicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, por meio da Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 101/01.

- Grupos de mútua-ajuda

O modelo de grupo denominado de mútua-ajuda, embora não se configure a rigor como um "modelo de tratamento" convencional, é, porém, de extrema importância na manutenção da abstinência pós e durante tratamento (TONIGAN, 2007). Inicialmente, convém destacar que, embora se intitulem grupos de autoajuda, seu processo básico de funcionamento indica forte estrutura de ajuda mútua entre seus membros. Muito mais do que um trabalho solitário de reconstrução de valores, baseiam-se no apoio incondicional de parceiros que se encontram numa mesma condição emocional, permitindo que os membros se socorram mutuamente (CHAPPEL & DUPONT, 1999).

O primeiro grupo de mútua-ajuda, na forma que conhecemos hoje, foi o Alcoólicos Anônimos – AA, surgido nos Estados Unidos em 1935. O princípio da "identificação", fundamental nas reuniões do grupo, baseia-se na troca de experiências sobre o consumo excessivo de álcool e o desejo de parar de beber. Assim, todos se ajudariam mutuamente a permanecer sóbrios seguindo a prática dos doze passos (EDWARDS, MARSHALL & COOK, 2005).

Considera-se como essência do AA um modelo baseado em princípio espiritual, e com frequência se diz que o programa é "espiritual, mas não religioso" (KURTZ, 1991). No entanto, é necessário afirmar que o "espiritual" pode ser "religioso", uma vez que no AA o "poder superior" no qual acreditam os membros do grupo pode ser "Deus" propriamente dito, para aqueles que seguem uma religião, ou qualquer outra força transcendente, para os que não adotam religiões tradicionais (SANT'ANNA &

FERREIRA, 2010). Seis dos doze passos estruturais desses grupos têm alicerce na espiritualidade, apelando para a relação do homem com Deus (ou qualquer outro ser transcendente ou superior), num contexto ecumênico (HARRIS et al., 2003).

Na década de 1950, pessoas com outros problemas de dependência passaram a utilizar os mesmos princípios e o formato do AA para poderem tratar suas dificuldades. Nesse contexto, surgiram os Familiares e Amigos de Alcoólicos Anônimos – Al-Alanon, Narcóticos Anônimos – NA, Familiares e Amigos de Narcóticos Anônimos – Nar-Anon, Fumantes Anônimos – FA, Jogadores Anônimos – JA, entre outros, todos tendo como base os doze passos e o alicerce na espiritualidade (DUALIBI et al., 2010).

Pesquisa recente feita nos Estados Unidos constatou que os grupos de mútua-ajuda desempenham um papel vital no tratamento do abuso de drogas e indicou que o envolvimento ativo nos grupos melhora significativamente as chances da manutenção da abstinência de álcool e outras drogas, independentemente do grupo em que se participa (ATKINS & HAWDON, 2007).

Pesquisa feita sobre grande amostra clínica de adultos com uso descontrolado de álcool analisou as relações entre frequência em AA, espiritualidade/ religiosidade e uso de álcool, verificando que a correlação observada entre AA e melhores resultados na prevenção do uso de álcool pode ser explicada por mudanças espirituais (KELLY, MAGILL & STOUT, 2011). Além disso, essa parece ser a forma mais eficaz de manter a abstinência na fase pós-internação (GOSSOP et al., 2003).

- Igrejas ou casas religiosas

A maioria dos estudos baseados em programas de tratamento realizados por igrejas fundamenta-se na corrente protestante, visto que foi ela a pioneira nessa área de atuação logo após a Segunda Guerra Mundial, criando programas de recuperação nos locais de culto (BROWN, 1973). Desde a década de 1960,

no entanto, a Igreja Católica também se mostrou provedora de “tratamento” e reabilitação de dependência de drogas. No entanto, a maior parte dos programas religiosos de tratamento tem sido pouco estudada de forma criteriosa para avaliação de metodologia e eficácia (GORSUCH, 1995).

Em vista dos estudos sobre tratamentos realizados nas igrejas ou casas religiosas, nota-se que o vínculo religioso prontifica a recuperação e diminui substancialmente o índice de recaída dos pacientes submetidos aos diversos tipos de tratamento, independentemente da religião professada (PULLEN et al., 1999).

Segundo alguns autores, há diminuição do consumo de drogas, como a cocaína, apenas com a simples ida à igreja, mesmo quando esse estabelecimento não oferece intervenção ou tratamento formal. Entretanto, há evidências de que a eficácia parece ser melhor quando tal recurso é associado a grupos de mútua-ajuda de doze passos (RICHARD, BELL & CARLSON, 2000).

Um rigoroso estudo etnográfico sobre essa temática, realizado em São Paulo, evidenciou a estrutura de funcionamento desse tipo de tratamento não convencional. Foram entrevistados quase 90 sujeitos em três segmentos religiosos – católico, evangélico e espírita –, para se compreender o processo de recuperação da dependência de drogas nesses indivíduos. Em geral, a busca pelo tratamento religioso no ambiente da igreja ou centro espírita ocorre num momento de desespero, denominado pelos próprios sujeitos de “fundo do poço”. Neste momento, eles são acolhidos com muita dedicação por voluntários desses locais e apresentados e inseridos numa nova rede social. Nesse contexto, mudam de vida, de emprego, de amigos e acabam assumindo uma nova personalidade, longe das drogas. A fé não está desenvolvida nesse primeiro momento; o acolhimento e a coesão do grupo é que mantêm os sujeitos ali. No entanto, a fé se desenvolve com o passar do tempo e é assumida como a responsável pela “cura” (SANCHEZ & NAPPO, 2008a). No grupo dos evangélicos estudado, era nítida a substituição do consumo de drogas por uma atividade diária na igreja. Apesar de alguns católicos

e espíritas apresentarem comportamento semelhante detectado em seus discursos, em tais grupos esse fator não foi tão acentuado como nos evangélicos (SANCHEZ & NAPPO, 2008b).

Outros mecanismos pelos quais a igreja oferece auxílio no processo de tratamento da dependência são o êxtase religioso decorrente da prece como alternativa de prazer, o perdão dos pecados e remissão da culpa (lembrando que a sensação de culpa pelos erros cometidos durante o uso de droga é fortemente associada a episódios de recaída), fé no futuro e crença em um poder superior que a todos ampara e define o caminho a ser seguido (SANCHEZ & NAPPO, 2008a).

PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS: O PAPEL DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE

Além do envolvimento com uma religião, o comprometimento escolar, familiares participativos e informações claras e objetivas sobre as consequências do consumo de drogas são fatores de proteção ao uso de substâncias psicoativas. No entanto, a religiosidade tem sido citada como fator de grande importância na prevenção do consumo de drogas. Quanto mais religioso é o adolescente, menor é o seu interesse pela droga (SANCHEZ & NAPPO, 2007).

Em diferentes contextos socioculturais e econômicos brasileiros, observa-se a associação entre os maiores índices de religiosidade e menores frequências de consumo de drogas. Não ter religião, ter pouca crença religiosa, não frequentar igrejas ou cultos religiosos são fatores associados a maior prevalência de uso de álcool e outras drogas (DALGALARRONDO, CORREA FILHO & SILVA, 2004; SILVA et al., 2006; GALDUROZ et al., 2010; SANCHEZ et al., 2011a).

Segundo Dalgalarondo, Correa Filho e Silva (2004), mais importante que frequentar cultos religiosos é a internalização de atitudes com valores morais e religiosos. Ter tido uma educação religiosa na infância implica em ter sido educado com mais re-

gras e com mais normas rígidas e definidas, dando oportunidade à criança e ao jovem de internalizar valores que dão significado à vida.

Como descrito por Miller, Davies e Greenwald (2000), a religiosidade ofertada desde a primeira infância auxiliaria na construção da personalidade do indivíduo, incutindo valores morais que têm por fim o respeito e a preservação da vida. Além disso, a religiosidade geraria a crença na existência de um Ser Superior, cujas leis visam sempre ao bem-estar do indivíduo. Trata-se de uma "fonte de força" independente da religião professada, que sugere cuidados físicos e mentais associados ao não uso de drogas (MILLER & BOGENSCHUTZ, 2007).

Uma metanálise publicada em 2009 avaliou os artigos epidemiológicos que estudaram a associação entre o uso de drogas por adolescentes e as práticas religiosas. A principal conclusão dos autores é que a religiosidade é, sem dúvida, um fator de proteção contra o uso de álcool, cigarro, maconha e outras drogas ilícitas entre jovens. No entanto, as diferentes medidas da religiosidade utilizadas pelos autores prejudicam o cálculo exato do tamanho do efeito (YEUNG, CHAN & LEE, 2009).

Dentro de um contexto religioso, o uso de drogas e outros comportamentos de risco à saúde apresentam baixa prevalência entre os adeptos da religião, por estarem em desacordo com normas religiosas preestabelecidas e por não serem também praticados ou estimulados pelo grupo de iguais. A percepção de imoralidade e da responsabilidade pessoal pela autodestruição do corpo físico que as religiões trazem a seus seguidores controlaria a atitude desses indivíduos frente ao consumo de drogas (MILLER & THORESEN, 2003).

Para Durkheim (1995), as religiões apresentam as regras sociais vigentes e acabam exercendo um papel fundamental de controladoras sociais. No entanto, esse papel de controle social não seria bem-sucedido no campo da prevenção ao uso de drogas sem um suporte familiar junto aos adolescentes que deparam

com suas primeiras oportunidades de experimentação. Diversos pesquisadores supõem que a religiosidade controla indiretamente o primeiro uso de drogas por ação direta na estrutura familiar. Gorsuch (1995) sugere que a religiosidade impede o uso de drogas por incentivar os pais a supervisionar seus filhos e a estabelecer regras antidrogas em casa. No Brasil, Sanchez et al. (2011b) identificaram em discursos de adolescentes religiosos (que frequentavam grupos de jovens em igrejas) que a educação "antidrogas" recebida em casa, proveniente de pais religiosos, era mais forte que a influência religiosa na decisão pelo não uso de drogas. Indiretamente, isso é reflexo da norma social estabelecida pelos grupos religiosos junto aos pais desses adolescentes, que então decidem enfatizar a posição clara contra o uso em seus lares, exteriorizando a formação religiosa recebida nas igrejas.

Embora nenhum traço específico da personalidade do adolescente seja preditivo de alcoolismo, vários autores de orientação psicanalítica têm observado nesses jovens "defeitos" estruturais, como a fragilidade do ego e a dificuldade em manter a autoestima, que podem atuar como facilitadores da busca pelas drogas/álcool, na tentativa de restaurar a harmonia interna (GABBARD, 2005).

Nota-se que a informação religiosa obtida desde a primeira infância acaba moldando a personalidade, desenvolvendo autoestima e razão de viver, preenchendo o vazio existencial do jovem que muitas vezes não sabe o que esperar de sua vida e não vê propósitos em sua existência. Em essência, todas as religiões indicam a seus adeptos que sua vida é protegida, supervisionada e não acontece ao acaso, dando mais segurança e desenvolvendo uma sensação de serem especiais e terem algo maior planejado para sua vida (MILLER & BOGENSCHUTZ, 2007; SANCHEZ & NAPPO, 2008a).

REFLEXÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA

Não existe forma única de abordar a R/E, assim como não existe uma forma de tratamento da dependência química tida como a mais eficaz. O que se observa é que dados epidemiológicos têm evidenciado um papel positivo da religiosidade na prática do tratamento e da prevenção ao uso de drogas. Isso desperta a necessidade de se tratar o tema na prática clínica.

Para Lucchetti et al. (2010: 43), "o clínico deve saber o momento certo e a forma correta de se abordar essa dimensão [R/E], sem ofender ou julgar as preferências religiosas de cada paciente, de forma a exercer a medicina da forma mais humana e integral possível".

D'Souza (2007) alerta que, quando se busca levantar o histórico R/E de um paciente, o profissional de saúde não deve "exigir" crenças religiosas ou impor suas próprias crenças religiosas ou espirituais. O mais adequado é estimular crenças existentes e práticas já aceitas pelo paciente. Além disso, o autor destaca que o ato de questionar sobre a dimensão de R/E ao paciente deixa uma mensagem evidente e importante de que o profissional está preocupado com a pessoa como um todo e isso acaba por melhorar a relação médico-paciente, aumentando o impacto terapêutico das intervenções.

No campo da psicoterapia, a inclusão da dimensão R/E do paciente no tratamento do alcoolismo através de terapia cognitivo-comportamental também parece tornar a terapia mais eficaz (HODGE, 2011). Além disso, visto que o principal motivo de permanência de dependentes químicos em tratamento dentro da igreja ou casas religiosas é o acolhimento recebido, sugere-se reavaliação do acolhimento inicial na prática clínica tradicional, a fim de aumentar os índices de adesão ao tratamento (SANCHEZ & NAPPO, 2008a).

O acolhimento ético, caloroso e humano de pacientes em um contexto de cuidados compartilhados, trabalhados por uma

equipe multidisciplinar, tem demonstrado resultados positivos e vantagens em comparação a tratamentos tradicionais de dependentes químicos (KAHAN et al., 2009).

Destaca-se ainda que o National Institute on Drug Abuse – NIDA, em seu manual sobre diretrizes para o tratamento eficaz da dependência química, orienta que os profissionais ajudem seus pacientes a encontrar um grupo de “autoajuda” apropriado e facilitem a participação do paciente nesses grupos, onde irão desenvolver sua espiritualidade (ATKINS & HAWDON, 2007).

Moreira-Almeida (2007) enfatiza que profissionais de saúde e pesquisadores têm em si, cada vez mais, o reconhecimento da importância da dimensão R/E para a saúde, uma vez que o número de estudos sobre o tema tem crescido exponencialmente. O autor, porém, alerta para a necessidade de atualização científica constante, visto que nesse campo do conhecimento há grande facilidade de se deslizar para negação dogmática ou para uma aceitação ingênua de posições pouco fundamentadas.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados dos estudos apresentados nesta revisão, observou-se o reconhecimento da importância da dimensão R/E na recuperação de dependentes químicos e na prevenção do consumo de drogas entre jovens.

Não cresceu apenas o interesse de clínicos e pesquisadores frente ao tema, mas especialmente os esforços na busca da compreensão do mecanismo pelo qual tanto a religiosidade quanto a espiritualidade favorecem o sucesso na recuperação de diversas questões de saúde, incluindo a dependência química.

Há que se destacar o fato de pesquisas demonstrarem que a religião não apenas promove a abstinência do consumo de drogas, mas também oferece importantes recursos sociais de reestruturação de estilo de vida, tais como: nova rede de relações pessoais; realização de trabalhos voluntários gratificantes (sensação

de ser útil e conseqüente aumento da autoestima); atendimento terapêutico individualizado e outros. O grande diferencial de sucesso dos “tratamentos religiosos” está no acolhimento oferecido às pessoas que buscam ajuda, na forma como são tratados, e no respeito com que lhes é oferecido auxílio.

Apesar do potencial clínico das intervenções espirituais na prevenção e tratamento da dependência química, estudos científicos nesse sentido têm sido muito limitados, principalmente se considerarmos que a maioria dos trabalhos tem caráter quantitativo e transversal.

Por fim, não se pode deixar de notar que o excesso de religiosidade e espiritualidade pode ocasionar possíveis efeitos negativos na saúde de alguns fiéis, originados do fanatismo religioso e da crença na punição divina e na doença como forma de redenção dos pecados. Em alguns casos, essa crença acaba afastando o paciente do atendimento médico, já que ele acaba aceitando sua situação e buscando a expiação de seus “pecados” através do sofrimento que a doença proporciona, o que prejudica seu tratamento e a possível cura.

REFERÊNCIAS

- ATKINS, R.G. & HAWDON, J.E. Religiosity and participation in mutual-aid support for addiction. In: *J Subst Abuse Treat.*, 33(3):321-331, 2007.
- BROWN, E.M. The religious problematic of the juvenile addict. In: HARMS, E. (Ed.). *Drugs and youth: the challenge of today*. New York: Person, 1973.
- CHAPPEL, J.N. & DUPONT, R.L. Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. In: *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2):425-446, 1999.
- CUNNINGHAM, J.A. Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? In: *Drug Alcohol Depend.*, 59(3):211-213, 2000.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. In: Rev. Bras. Psiquiatr., 28(3):177-178, 2006.

DALGALARRONDO, P., SOLDERA, M.A., CORREA FILHO, H.R. & SILVA, C.A.M. Religião e uso de drogas por adolescentes. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(2):82-90, 2004.

D'SOUZA, R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. In: Med. J, 186 (10 Suppl):57-59, 2007.

DUAILIBI, L.B., PADIN, M.F.R., PEQUENO, M.V., SOARES, J.N. & RIBEIRO, M. Grupos de autoajuda. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

DURKHEIM, E. The elementary forms of religious life. Tradução inglesa de Karen E. Fields. New York: Free Press, 1995. (Obra originalmente publicada em 1912.)

EDWARDS, G., MARSHALL, E.J. & COOK C.C.H. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GABBARD, G.O. Psiquiatria psicodinâmica: na prática clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

GALANTER, M. Spirituality, evidence-based medicine, and Alcoholics Anonymous. In: Am J Psychiatry, 165(12):1514-1517, 2008.

GALDURÓZ, J.C.F., SANCHEZ, Z.M., OPALEYE, E.S., FONSECA, A., NOTO, A.R., GOMES, P.L.S. & CARLINI, E.A. Factors associated with heavy alcohol use among students in Brazilian capitals. In: Revista de Saúde Pública, 44(2):267-73, 2010.

GIGLIO, J. The impact of patients' and therapists' religious values on psychotherapy. In: Hospital & Community Psychiatry, v. 44(8):768-771, 1993.

GORSUCH, R.L. Religious aspects of substance abuse and recovery. In: Journal of Social Issues, 51(2):65-83, 1995.

GOSSOP, M., HARRIS, J., BEST, D., MAN, L., MANNING, V., MARSHALL, J. & STRANG, J. Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. In: Alcohol & Alcoholism, 38(5):421-426, 2003.

HARRIS, J., BEST, D., GOSSOP, M., MARSHALL, J., MAN, L., MANNING, V. & STRANG, J. Prior Alcoholics Anonymous (AA) affiliation and the acceptability of the twelve steps to patients entering UK statutory addiction treatment. In: Journal of Studies on Alcohol, 64:257-261, 2003.

HODGE, D.R. Alcohol treatment and cognitive-behavioral therapy: enhancing effectiveness by incorporating spirituality and religion. In: Soc. Work, 56(1):21-31, 2011.

KAHAN, M., WILSON, L., MIDMER, D., ORDEAN, A. & HUY, L. Short-term outcomes in patients attending a primary case-based addiction shared program. In: Can Fam Physician, 55(11):1108-1109, 2009.

KELLY, J.F., MAGILL, M. & STOUT, R.L. How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. In: Addict Res. Theory, 17:236-259, 2009.

KELLY, J.F., STOUT, R.L., MAGILL, M., TONIGAN, J.S. & PAGANO, M.E. Spirituality in recovery: a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. In: Alcohol Clin. Exp. Res., v. 35, n. 3, p. 454-463, 2011.

- KOENIG, H.G. Concerns about measuring "spirituality" in research. In: *J. Nerv. Ment. Dis.*, 196 (5):349-355, 2008.
- KURTZ, E. *Not-God: a history of alcoholics anonymous*. Center City, MN: Hazelden, 1991.
- LEON, G.D. *A comunidade terapêutica*. São Paulo: Loyola, 2003.
- LONGSHORE, D., ANGLIN, M.D. & CONNER, B.T. Are religiosity and spirituality useful constructs in drug treatment research? In: *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(2):177-188, 2009.
- LUCCHETTI, G., GRANERO, A. L., BASSI, R. M., LATORRACA, R. & NACIF, S. A. P. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? In: *Rev. Bras. Clin. Med.*, v. 8, p. 154-158, 2010.
- MILLER, L., DAVIES, M. & GREENWALD, S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9):1190-1197, 2000.
- MILLER, W.R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. In: *Addiction*, 93(7):979-990, 1998.
- MILLER, W.R. & THORESEN, C.E. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. In: *American Psychologist*, 58(1):24-35, 2003.
- MILLER, W.R. & BOGENSCHUTZ, M.P. Spirituality and addiction. In: *Southern Medical Journal*, v. 100, n. 4, p. 433-436, 2007.
- MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. In: *Rev. Psiqu. Clín.*, São Paulo, v. 34, supl. 1, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M.I.; FREIRE, G. (Coord.). *Saúde e espiritualidade: uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte: Inede, 2008.

PULLEN, L., MODRCIN-TALBOTT, M.A., WEST, W.R. & MUENCHEN, R. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol and drug abuse? In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1999.

RICHARD, A.J., BELL, D.C. & CARLSON, J.W. Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. In: *Journal of the Scientific Study of Religion*, 39(2):240-246, 2000.

RODRIGUEZ, A. & GONZALEZ, S. *Fenómeno sectario y drogodependencia*. Barcelona: Igia, 1989.

SANCHEZ, Z.M. & NAPPO, S.A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. In: *Rev. Psiqu. Clín.*, 34, supl. 1, p. 73-81, 2007.

_____. Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. In: *Social Science & Medicine*, 67:638-646, 2008a.

_____. A intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. In: *Revista de Saúde Pública*, 42:265-272, 2008b.

SANCHES, Z.M., MARTINS, S.S., OPALEYE, E.S., MOURA, Y.G., LOCATELLI, D.P. & NOTO, A.R. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. In: *BMC Public Health*, 11, 2011a.

SANCHEZ, Z.M., NAPPO, S.A., CHAVES, T.V., & NOTO, A.R. God forbids or mom disapproves? Religious beliefs that prevent drug use among youth. In: *Journal of Adolescent Research*, 26(5):591-616, 2011b.

SANT'ANNA, W.T. & FERREIRA, B.S. Grupos de autoajuda no tratamento de dependência química. In: FIGLIE, N.B., BORDIN, S., LARANJEIRA, R. (Org.). Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2010.

SILVA, L.V.E.R., MALBERGIER, A., STEMPLIUK, V.A. & ANDRADE, A.G. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. In: Revista de Saúde Pública, 40(2):280-288, 2006.

SPERRY, L. & SHAFRANSKE, E. Spiritually oriented psychotherapy. Washington: American Psychological Association, 2005.

SULLIVAN, W.P. It helps me to be a whole person: the role of spirituality among the mentally challenged. In: Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(3):125-134, 1993.

TONIGAN, J.S. Spirituality and alcoholics anonymous. In: South Med. J., 100(4):437-440, 2007.

VAILLANT, G.E. Fé: evidências científicas. São Paulo: Manole, 2010.

YEUNG, J.W.K., CHAN, Y.C. & LEE, B.L.K. Youth religiosity and substance use: a meta-analysis from 1995 to 2007. In: Psychological Reports, 105:255-266, 2009.

ZANELATTO, N. Tratamento ambulatorial. In: DIEHL, A., CORDEIRO, D.C. & LARANJEIRA, R. (Org.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VIESES DE ATENÇÃO E AVALIAÇÃO PARA PISTAS AMBIENTAIS RELACIONADAS AO COMPORTAMENTO DE FUMAR EM UNIVERSITÁRIOS EXPOSTOS A ESTÍMULOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL

Silvia Mendes da Cunha¹

Michelle Deluchi²

Augusto Viana Pires³

Raul Gonçalves⁴

Lisiane Bizarro⁵

Resumo

Os vieses atencional e avaliativo para imagens relacionadas ao cigarro foram mensurados após a exposição a imagens relacionadas ao álcool (condição experimental) ou controle (condição controle). Participaram 40 universitários de 19 a 30 anos (M=23 anos) bebedores fumantes designados aleatoriamente para a condição experimental ou controle. Também avaliados: beber problemático (Alcohol Use Disorders Identification Test) e severidade da dependência de nicotina (Questionário de Tolerância e Fagerstron). Os universitários fumantes apresentaram viés atencional e avaliativo para as imagens relacionadas ao fumar. A exposição prévia a pistas associadas ao beber elevou o viés ava-

¹ Mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (silvia_mcunha@yahoo.com.br).

² Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Graduando do curso de Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵ Doutora em Psicologia pelo Institute of Psychiatry King's College London (Grã-Bretanha) e Professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.