

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
Programa de Pós-Graduação em Teologia Stricto Sensu

MÁRCIA REGINA CORRÊA

***COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL**
JUNTO A PESSOAS EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

CURITIBA
2016

MÁRCIA REGINA CORRÊA

***COPING* RELIGIOSO-ESPIRITUAL
JUNTO A PESSOAS EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teologia *Stricto Sensu*, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito para obtenção do título de Mestre em Teologia.

Orientadora: Prof. Dra. Mary Rute Gomes
Esperandio

CURITIBA

2016

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

C824c
2016

Corrêa, Márcia Regina
Coping religioso-espiritual junto as pessoas em tratamento da dependência química / Márcia Regina Corrêa; orientadora, Mary Rute Gomes Esperandio.
-- 2016
120 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2016.
Bibliografia: f. 95-104

1. Saúde Aspectos religiosos – Igreja Católica. 2. Drogas – Abuso -
Tratamento. 3. Ansiedade – Aspectos religiosos. 4. Espiritualidade. 5. Saúde
mental 6. Qualidade de vida. I. Esperandio, Mary Rute Gomes. II. Pontifícia
Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Teologia.
III. Título.

CDD 20. ed. – 261.8321



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Educação e Humanidades
Programa de Pós-Graduação em Teologia
Mestrado e Doutorado

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO Nº. 106
DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE
MARCIA REGINA CORRÊA

Aos vinte e dois dias, do mês de fevereiro de dois mil e dezesseis, às dezoito horas e reuniu-se na Sala de Projeção I - Primeiro Andar da Escola de Educação e Humanidades da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a Banca Examinadora constituída pelos professores: Mary Rute Esperandio, Márcio Luiz Fernandes e Anete Roese, para examinar a Dissertação da candidata **Marcia Regina Corrêa**, ingressante no Programa de Pós-Graduação em Teologia - Mestrado, no primeiro semestre de dois mil e catorze. Linha de Pesquisa: Teologia e Sociedade. A mestranda apresentou a dissertação intitulada: "**COPING RELIGIOSO-ESPIRITUAL JUNTO A PESSOAS EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.**" A candidata fez uma exposição sumária da dissertação, em seguida procedeu-se à arguição pelos membros da banca e, após a defesa, a candidata foi Aprovada pela Banca Examinadora. A sessão encerrou-se às 20 h 25 min. Para constar, lavrou-se presente ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

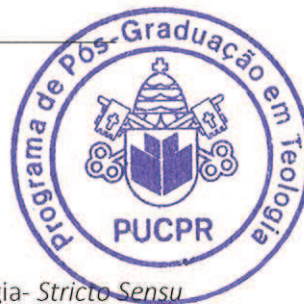
Prof.^ª Dr.^ª Mary Rute Esperandio
Presidente/Orientador.

Prof. Dr. Márcio Luiz Fernandes
Convidado Interno

Prof.^ª Dr.^ª Anete Roese
Convidada Externa

CIENTE
Prof. Dr. Agenor Brighenti

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Teologia- *Stricto Sensu*
PPGT - PUCPR



DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à Comunidade Nova Jerusalém, a minha orientadora professora Mary Rute, aos meus familiares e amigos, que acreditaram nessa conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo fato de Ele ser a razão de minha existência e o eterno provedor de todas as minhas necessidades.

À professora Dra. Mary Rute Gomes Esperandio, pelo acompanhamento, absoluta dedicação e amizade durante esse estudo...

Aos irmãos fraternos da Comunidade Nova Jerusalém e aos meus familiares pela paciência e compreensão, durante esse tempo de estudo.

Aos amigos e colegas que muito me auxiliaram nesse trabalho, através do seu apoio.

À Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR) e aos professores pela oportunidade que me proporcionaram na dimensão do aprimoramento e crescimento, quanto aos conhecimentos teológicos.

*O envolvimento com uma crença, uma fé ou uma religião podem trazer novamente a dimensão da **esperança**. Os problemas enfrentados passam a ser vistos como oportunidades para um novo começo, pois a **mudança** faz parte da vida de qualquer ser humano.*

(SENAD, 2013, p.281)

RESUMO

Integrando os estudos do Projeto de Pesquisa “Subjetividade Contemporânea, Religiosidade e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Teologia e Sociedade” do Programa de Pós-Graduação em Teologia da PUCPR, este estudo teve como objetivo verificar a relação entre religiosidade/espiritualidade e tratamento da dependência química. Para tanto, buscou-se levantar as estratégias de *coping* religioso/espiritual utilizadas no processo de tratamento, através da aplicação da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual – CRE-Breve (de PANZINI & BANDEIRA). Buscou-se, ainda, avaliar a presença de possível Transtorno de Ansiedade Generalizada entre os participantes, a fim de verificar relação entre este transtorno e o problema da drogadicção. O método escolhido foi de natureza quantitativa, de tipo *survey*, de corte transversal e classificada como descritiva. Os locais escolhidos foram quatro comunidades terapêuticas católicas, sendo duas delas do Estado do Paraná e duas de Santa Catarina. Participaram da pesquisa 119 homens com média de idade de 34,08 anos. Destes 63% eram solteiros e 36,8% não concluíram o Ensino Fundamental. Do total da amostra, 71,4% reportaram ter alguém da família com problema de drogadicção. Os resultados da aplicação da Escala CRE-Breve apontaram uma utilização alta de *coping* positivo. A estratégia mais utilizada foi “Transformação de si/sua vida”, com média de 3,71, considerada alta pelos parâmetros da CRE-Breve. A estratégia de *coping* religioso/espiritual negativa mais utilizada foi a “Reavaliação Negativa do Significado”, que interpreta a situação como sendo um ato e/ou consequência do mal. Quanto à probabilidade do Transtorno de Ansiedade Generalizada, 58,77% dos participantes apontaram tal probabilidade. Os resultados indicam que a religiosidade/espiritualidade tem importante influência no tratamento da dependência química e na manutenção da abstinência. A religiosidade/espiritualidade ajuda a recuperar o sentido e o propósito da vida que havia sido substituído pela droga. Considerando que a amostra foi coletada exclusivamente em comunidades terapêuticas de confessionalidade católica, recomendamos que estudos sejam realizados com amostras em outros contextos, para fins comparativos e conclusões mais amplas. Teologia e Psicologia da Religião são campos do saber que, de modo interdisciplinar, podem contribuir na reflexão sobre formas de como intervir no tratamento da dependência química.

Palavras-chave: *Coping* Religioso/ Espiritual. Drogadicção. Religião. Espiritualidade. Transtorno de Ansiedade Generalizada. Escala CRE-Breve.

ABSTRACT

Integrating studies of the Research Project "Contemporary Subjectivity, Religiosity and Mental Health" in the line of research "Theology and Society" in the Postgraduate Program in Theology at PUCPR, this study aimed to verify the relation between religiosity/spirituality and drug addiction treatment. To this end, it has made a survey on the spiritual/religious coping strategies used in the treatment process by applying the Spiritual/Religious Coping Scale – Brief-SRCOPE Scale (from PANZINI & BANDEIRA). It attempted also to assess the possible presence of Generalized Anxiety Disorder among participants in order to verify the relation between this disorder and the problem of drug addiction. The method chosen was quantitative, of survey-type, cross-sectional and classified as descriptive. The chosen places were four therapeutic Catholic communities: two of them in the state of Paraná and two in the state of Santa Catarina. The research involved 119 men with an average age of 34.08. Of these 63% were single and 36.8% did not finish elementary school. Of the total sample, 71.4% reported having a family member with drug addiction problem. The results of application of Brief-SRCOPE Scale showed a high use of positive coping. The strategy more used was "Life Transformation", with an average of 3.71, considered high according to the parameters of Brief-SRCOPE Scale. The strategy more used for negative coping was the "Negative Appraisal of Meaning", which interprets the situation as an act and/or consequence of evil. Regarding the probability of Generalized Anxiety Disorder, 58.77% of the participants have showed such probability. The results indicate that the role of religiosity/spirituality has an important influence in the treatment of drug addiction and maintaining abstinence. Religiosity/spirituality helps to recover the meaning and purpose of life which had been replaced by drugs. Whereas the sample was collected exclusively in therapeutic communities of Catholic denomination, studies with samples in other contexts, for comparative purposes and wider conclusions are recommended. Theology and Religious Psychology are fields of knowledge that, in an interdisciplinary way, can help in thinking about ways to interfere in the management of drug addiction.

Keywords: Spiritual/Religious Coping. Drug addiction. Religion. Spirituality. Generalized Anxiety Disorder. Brief-SRCOPE Scale

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1 – Estado civil

Gráfico 2 – Grau de escolaridade

Gráfico 3 – Renda familiar

Gráfico 4 – Histórico de dependência química na família

Gráfico 5 – Droga de início de uso

Gráfico 6 – Recursos

Gráfico 7 – Situação de maior estresse nos últimos 3 anos

Gráfico 8 – Fatores Positivos da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual

Gráfico 9 – Fatores Negativos da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual

Gráfico 10 – Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)

Gráfico 11 - Níveis de ansiedade

Figura 1 – Modelo de Processamento de Stress e *Coping* (Lazarus e Folkman, 1984)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estilo de *coping*

Tabela 2 – *Coping* Negativo

Tabela 3 – *Coping* Positivo

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AUDIT – Teste de Identificação de Desordens Devido ao Álcool

BVS – Biblioteca Virtual da Saúde

CT – Comunidade Terapêutica

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CRE – *Coping* Religioso/Espiritual

CRE- Negativo - *Coping* Religioso/Espiritual Negativo

CRE- Positivo - *Coping* Religioso/Espiritual Positivo

CRE-Breve – Escala de *Coping* Religioso/Espiritual Breve

Medline - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

NA – Narcóticos Anônimos

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PUC PR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

SCIELO – Scientific Electronic Library online

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 A RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E DROGADICÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1 RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	18
1.1.1 Drogadicção e Adicção	20
1.1.2 Padrões de uso da substância química	21
1.2 REVISÃO DE LITERATURA	21
1.2.1 Uso de álcool e drogas e religião/espiritualidade	23
1.2.2 Denominações religiosas e uso de álcool e drogas	28
1.2.3 Crítica ao papel da religião em relação à drogadicção	32
1.2.4 Tratamento da dependência química e religião/espiritualidade	34
1.3 CONCLUSÃO PARCIAL	37
2 PESQUISA DE CAMPO: COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL JUNTO A PESSOAS EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	39
2.1 A NOÇÃO DE <i>COPING</i> E DE <i>COPING</i> RELIGIOSO/ESPIRITUAL	39
2.2 ESCALA DE COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL (CRE).....	41
2.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE.....	45
2.4 PESQUISA DE CAMPO	47
2.4.1 Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro.....	47
2.4.2 Comunidade Terapêutica Abrigo da Misericórdia	48
2.4.3 Comunidade Terapêutica Essência de Vida	49
2.4.4 Comunidade Terapêutica Fonte de Misericórdia	50
2.4.5 Método.....	51
2.4.6 Resultados dados Sociobiodemográficos	52
2.4.7 Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve) .	58
2.4.8 Fatores Positivos da Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual	61
2.4.9 Fatores Negativos da Escala de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual	66
2.4.10 Escala de Ansiedade Generalizada	69
2.5 CONCLUSÃO PARCIAL	71

3 CONSIDERAÇÕES TEOLÓGICO-PASTORAIS SOBRE O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	73
3.1 IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ..	73
3.2 ANSIEDADE PATOLÓGICA E ANSIEDADE EXISTENCIAL	74
3.3 ANSIEDADE: UMA PERSPECTIVA TEOLÓGICA.....	76
3.4 ANSIEDADE DA ERA MODERNA: VAZIO E FALTA DE SENTIDO	78
3.5 SENTIDO DA VIDA: LIDANDO COM SITUAÇÕES EXISTENCIAIS.....	80
3.6 IMPLICAÇÕES TEOLÓGICAS DAS ESTRATÉGIAS NEGATIVAS DE <i>COPING</i> RELIGIOSO/ESPIRITUAL.....	83
3.7 MANUTENÇÃO DA SOBRIEDADE	87
3.8 O ENCONTRO COM O SAGRADO	88
3.9 RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DA DROGADICÇÃO.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICES	105

INTRODUÇÃO

A motivação para realizar este estudo deu-se início no período de 2010-2012 quando participei de um Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC PR). Naquela ocasião, meu pai sofria com o alcoolismo. A partir dessa experiência com a pesquisa científica e de doença de meu pai, percebi a importância do *coping* religioso/espiritual junto às pessoas com problemas de drogadicção.

A participação nessa pesquisa despertou meu interesse em ajudar meu pai. Diante de tal situação, encontramos uma Clínica Terapêutica com internação involuntária. Essa foi a única forma de ajudá-lo em sua restauração. Após dois meses de internação, meu pai foi diagnosticado com um problema na coluna, necessitando-se submeter a uma cirurgia de risco. Por esse motivo, foi necessário interromper o seu tratamento, no entanto, após a cirurgia da coluna, meu pai conseguiu manter sua sobriedade e viveu mais dois anos e nove meses. Um aspecto interessante do tratamento de meu pai foi o modo como ele usava estratégias espirituais para vencer os seus momentos de fissura.

Em nossa sociedade, sabe-se que a drogadicção tem aumentado significativamente e cada vez mais cedo, ademais, essa realidade de drogadicção é um problema que atinge toda a sociedade, gerando violências, roubos, mortes e outros problemas que atingem inclusive a saúde pública.

Vidas são destruídas pelo uso abusivo de drogas. Tanto as pessoas com problemas de drogadicção quanto seus familiares reportam profundo sofrimento. A dependência química é uma doença crônica, multifatorial (diversos fatores contribuem para o seu desenvolvimento) e classificada como um transtorno psiquiátrico.

O tratamento de pessoas com dependência química tem sido oferecido por clínicas privadas, algumas unidades de saúde do serviço público, os CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), e comunidades terapêuticas privadas e religiosas. Estas últimas, largamente procuradas pelo baixo custo do tratamento, baseiam suas propostas de tratamento a partir do entendimento da doença como sendo essencialmente de caráter espiritual.

O presente estudo foi realizado em quatro comunidades terapêuticas de confessionalidade católica. É importante ressaltar que a despeito do estudo coletar

dados junto às pessoas em tratamento em comunidades religiosas, o foco da pesquisa não foi à análise dos tratamentos oferecidos por comunidades terapêuticas religiosas. O estudo teve como objetivo geral investigar de que modo a religiosidade/espiritualidade atua no processo de tratamento de pessoas com dependência química. Assim, buscou-se evidenciar, especificamente, as estratégias de *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual utilizada pelas pessoas em tratamento. O estudo quis verificar ainda se a ansiedade é um fator presente nessa população.

Coping é uma palavra inglesa, que significa “enfrentar”, “aguentar” e “lidar” (PANZINI, 2004, p. 25). Na Língua Portuguesa não há uma palavra que expresse bem o significado de *coping*. Por isso, nesse estudo será utilizada a palavra *coping* sem tradução. Os criadores da teoria do *coping* são os Americanos Lazarus e Folkman (1980,1984). Segundo esses estudiosos, “*coping* refere-se aos esforços comportamentais e cognitivos que ajudam a dominar, reduzir ou tolerar as demandas internas e/ou externas que são criadas por operações estressantes” (apud PANZINI, 2004, p. 22). Pargament, aproveitando-se do construto teórico de *coping* de Lazarus e Folkman criou o conceito de *coping* religioso/espiritual, como observa-se nessa afirmação: “Quando as pessoas se voltam para a religião para lidar com o estresse, acontece o *coping* religioso” (Apud PANZINI, 2004, p. 25).

As Comunidades Terapêuticas que participaram do estudo foram as seguintes: Comunidade Terapêutica Fonte de Misericórdia de São José dos Pinhais/PR; Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro de Curitiba/PR; Comunidade Terapêutica Essência de Vida de Araquari/SC e Comunidade Terapêutica Abrigo da Misericórdia de São Francisco do Sul/SC. Todas elas dão uma ênfase religiosa/espiritual no tratamento de seus atendidos. Algumas dessas comunidades praticam os 12 passos do Narcóticos Anônimos (NA), todas essas comunidades são abertas às diferentes religiões. Participaram dessa pesquisa 119 homens com média de idade de 34,08 anos.

Esta dissertação compõe-se de três capítulos. O primeiro visa apresentar uma revisão de literatura sobre a temática drogadicção e a religião/espiritualidade, cobrindo o período entre 1980 e 2015. Como base de dados de busca utilizou-se a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), SCIELO (Scientific Electronic Library online) e BVS (Biblioteca Virtual da Saúde).

A partir do material selecionado para análise, foi possível dividir o tema da drogadicção em quatro categorias distintas: 1) Uso de álcool e drogas e

religião/espiritualidade; 2) Denominações religiosas e o uso de álcool e drogas; 3) Crítica ao papel da religião em relação à drogadicção; 4) Tratamento da dependência química e religião/espiritualidade.

O segundo capítulo visa compreender como as pessoas em tratamento da dependência química utilizam da religiosidade/espiritualidade no processo de busca da sobriedade. Aqui são apresentados os resultados da pesquisa de campo realizada nas Comunidades Terapêuticas mencionadas.

O terceiro capítulo foi dedicado a uma reflexão teológico-pastoral sobre possíveis recursos religiosos a serem empregados no processo de tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas religiosas. Ousa-se apresentar algumas sugestões de aconselhamento para pessoas em tratamento; reflete sobre a importância do encontro com o sagrado e da vivência Intrínseca da religiosidade/espiritualidade e discute-se também questões relacionadas ao sentido da vida, a partir das contribuições de Paul Tillich e Viktor Frankl. Conclui-se o trabalho apresentando algumas sugestões teológico-pastorais a serem utilizadas no atendimento de pessoas com dependência química, internadas em comunidades terapêuticas religiosas.

O estudo abre novas perspectivas para futuras pesquisas a serem desenvolvidas sobre esse tema, principalmente, em contextos não religiosos, a fim de comparar os dados apresentados neste trabalho.

1 A RELAÇÃO ENTRE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E DROGADICÇÃO: REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão de literatura sobre a temática da religião/espiritualidade e a drogadicção. O objetivo desta revisão é evidenciar a associação entre a religião/espiritualidade e a drogadicção com base no levantamento da publicação existente no período entre 1980 e 2015.

Antes de apresentar os resultados sobre a revisão de literatura, serão explicitados os termos que serão utilizados ao longo da dissertação, tais como: religião, religiosidade, espiritualidade, drogadicção e “padrão de uso”.

1.1 RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Os termos religião e espiritualidade serão apresentados aqui com base na abordagem de Harold Koenig, um dos mais importantes pesquisadores da atualidade sobre o tema “espiritualidade e saúde”. Segundo Koenig, a religião leva a um crescimento pessoal em relação ao sagrado, promove a compreensão do relacionamento com Deus e com os outros, e busca a vivência fraterna em comunidade. A religião pode ser autoritária em relação aos comportamentos e responsabilidades e, também pode ser aquela que se preocupa com as crenças e doutrinas que buscam separar o bem do mal (KOENIG, 2012, p.11).

A prática religiosa pode ser pública (ou organizacional) ou privada (não organizacional). A religiosidade organizacional ou pública compreende a participação em serviços religiosos, grupos de estudos e oração e envolvimento em campanhas solidárias em prol de seus membros. Em contrapartida, a religiosidade não organizacional ou privada é aquela dedicada às atividades religiosas praticadas em particular, tais como: orar em casa, meditar, assistir a programas religiosos na mídia televisiva, acender velas ou rituais privados, ler textos sagrados (KOENIG, 2012, p.11).

Há uma dimensão da religião que é relacionada com a importância ou centralidade da religião na vida. Essa dimensão é chamada de “religiosidade

subjetiva” (KOENIG 2012, p.11). E existe também uma dimensão motivacional da religião, que tem relação íntima com a religiosidade subjetiva (KOENIG, 2012, p.12). É essa dimensão motivacional que pergunta por que a pessoa está envolvida com a religião. A dimensão motivacional da busca pela religião é a religiosidade intrínseca. Quando a motivação da pessoa pela religião visa alcançar algo, essa dimensão é denominada religiosidade extrínseca.

Para alguns pesquisadores, os aspectos “organizacional”, “não organizacional”, “subjetivos” e “motivacionais” da religião são considerados os mais importantes. No entanto, para Koenig existem outras dimensões da religiosidade que precisam ser levadas em conta como: crença, doutrina religiosa, conhecimento religioso, *coping* religioso, busca religiosa, história religiosa, maturidade religiosa e bem-estar religioso.

Conforme Koenig (2005, p.44), a palavra espiritualidade é nova e começou a ser utilizada recentemente na literatura científica. Em seu contato com o paciente, no ambiente de saúde, observou que as pessoas não fazem distinção entre religiosidade e espiritualidade, sendo que uma média de 74% a 88% dos pacientes – afirmam ser religiosos e espirituais.

A espiritualidade, na opinião de Koenig (2005, p. 44), é mais ampla que religião e menos distintiva. Espiritualidade envolve uma busca pessoal para compreender respostas às questões últimas relacionadas ao sentido da vida. Ela é mais individualista, mais focalizada na emoção, mais direcionada para dentro e tem limites menos definidos, e, por isso, fica mais difícil medir ou quantificar. A espiritualidade tende a ser menos autoritária e menos orientada por uma doutrina e pode não estar associada a uma religião propriamente dita, porém mais ligada às questões da natureza ou com valores humanísticos.

Boff (1994, p.48), ao se referir à espiritualidade, afirma que ela provém do espírito da criatividade e da invenção, ou seja, relaciona-se a tudo o que produz vida, expande a vida, defende a vida e se organiza em função da vida. Acrescenta ainda, que ela é uma maneira de ser da pessoa, a qual nasce em seu íntimo. Santo Agostinho já dizia que o Sagrado encontra-se nas profundezas do ser humano. “A espiritualidade é uma característica fundante do ser humano”, é o que capacita a ir além do mundo criado e se encontrar com Deus (DITTRICH, 2001, p.47).

Tillich afirma que no ser humano nada pode ser considerado “meramente biológico” ou “meramente espiritual”, pois “cada célula de seu corpo participa de sua liberdade e espiritualidade, e cada ato de sua criatividade espiritual se nutre de sua

dinâmica vital” (TILLICH, 1976, p.63). Na visão de Tillich, o ser humano é um ser livre e espiritual, e quanto mais dinâmico e criativo mais espiritual e vice-versa.

1.1.1 Drogadicção e Adicção

O termo “droga”, em medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças, ou aumentar o bem-estar físico ou mental. Quando se fala da palavra “droga”, em farmacologia, esta refere-se a agentes químicos que alteram os processos bioquímicos e fisiológicos (BERTOLOTE, 2006, p.59). O termo “adicção”, por sua vez, refere-se à inclinação ou apego de alguém por alguma coisa, ou o uso continuado de uma substância que resulta na alteração de humor ou comportamento, apesar das consequências adversas de dependência, ou comprometimento neurológico (KALINA, 1999, p.24). Assim, temos a palavra drogadicção. Segundo Kalina, drogadicção é a conduta de uma pessoa que perdeu a noção da realidade, comprometendo seu funcionamento mental (KALINA, 1999, p. 20). Para o autor, a própria sociedade produz a “adicção”, embora ela mesma a combata. A pessoa que é dependente de substâncias químicas traz para sua vida individual uma alienação. A pessoa dependente pensa estar no “paraíso”, mas, na verdade, ela está na dependência (KALINA, 1999, p. 20). Estar na dependência de substâncias químicas implica tornar-se inimiga de si mesma.

Contudo, não podemos restringir a dependência química a um problema de âmbito puramente individual. Para Kalina, a nossa sociedade promove a adicção através dos meios de comunicação social. Isso parece ser inofensivo, mas para uma pessoa que se encontra com problemas de “adicção” é mais um convite (KALINA, 1999, p. 20-23).

O Ministério da Saúde também afirma que o consumo de bebidas alcoólicas, no país, é banalizado e serve de rito de passagem para os adolescentes. Ainda há a influência dos próprios pais e familiares que utilizam bebidas alcoólicas à frente de seus filhos. A indústria da bebida alcoólica é a mais forte no mercado nacional. Essas indústrias detêm grandes verbas para publicidade na mídia. Em 2006, o investimento em mídia da indústria de bebidas alcoólicas foi de R\$ 907 milhões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

1.1.2 Padrões de uso da substância química

A definição de “padrão de uso”, segundo a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), relaciona-se à quantidade que a pessoa utiliza de substância psicoativa.

O Glossário de Álcool e Drogas do SENAD define abuso de substâncias psicoativas um “padrão desajustado de uso, mesmo reconhecendo a existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico” (BERTOLOTE, 2006, p.12).

A Organização Mundial de Saúde utiliza os termos “uso nocivo” e “uso arriscado” para medição do uso. O uso arriscado refere-se a um padrão de uso de substâncias psicoativas que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário, trazendo consequências à saúde pública, mas com ausência de transtornos ao usuário. O “uso nocivo” traz consequências à saúde física, mental, bem como prejudica as relações sociais. Ambos podem ser caracterizados como “uso disfuncional”.

Também podemos considerar os primeiros episódios de utilização de uma droga específica, incluindo o tabaco e o álcool, como “uso extremamente raro” ou “não persistente” ou “uso experimental”.

Uso recreativo ou social corresponde àquele que é realizado em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicação de dependência. Quanto ao uso de bebidas alcoólicas é o comumente chamado “beber social” (SENAD, 2013, p.127-129).

Tendo visto estas definições, será apresentada uma revisão de literatura entre os anos de 1980 a 2015 com o objetivo de conhecer qual tem sido o papel da religiosidade/espiritualidade tanto no tratamento e prevenção da drogadicção como na manutenção da sobriedade.

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

Existem vários estudos apontando a influência da religião na manutenção, prevenção e também na melhoria das condições de saúde. Em revisão de literatura realizada por Sanchez e Nappo (2007, p. 74), as autoras observaram que havia uma

“literatura científica, substancial e concreta, associando positivamente a religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano”.

Para análise dessa associação existente entre religiosidade, espiritualidade e drogadicção, foi realizada uma revisão da literatura produzida no período entre 1980 a 2015.

As bases de dados utilizadas foram a CAPES, SCIELO e BVS. Os termos de buscas foram:

- a) “Religião e Drogas”;
- b) “Espiritualidade e Drogas”;
- c) “Religiosidade e Drogas”;
- d) “Religião e Dependência Química”;
- e) “Espiritualidade e Dependência Química”;
- f) “Religiosidade e Dependência Química”;
- g) “Comunidades Terapêuticas e Religião”;
- h) “Comunidade Terapêutica e Religiosidade”;
- i) “Comunidade Terapêutica e Espiritualidade”;
- j) “Comunidade Terapêutica”.

Para análise dos dados foram descartados cinco artigos por se tratarem de duplicações e 25 artigos que não abordavam a religiosidade/espiritualidade em situações de drogadicção. Após esses procedimentos, restaram para análise, trinta e seis artigos e cinco dissertações. O material encontrado na pesquisa, em sua grande maioria, vem das áreas da saúde: psiquiatria, psicologia e enfermagem. Poucas publicações foram encontradas nas áreas da Teologia, Filosofia e Nutrição.

Os dados levantados apontaram quatro temas:

- 1) Uso de álcool e drogas e religião/espiritualidade;
- 2) Denominações religiosas e o uso de álcool e drogas;
- 3) Crítica ao papel da religião em relação à drogadicção;
- 4) Tratamento da dependência química e religião/espiritualidade.

1.2.1 Uso de álcool e drogas e religião/espiritualidade

Para esta primeira categoria, foram selecionados dezessete trabalhos produzidos no período entre 1994 a 2014.

Sanchez et al. (2010, p. 702) entrevistaram 62 jovens, dentre eles 32 não eram usuários e 30 eram usuários. Os pesquisadores encontraram os seguintes resultados:

- a) No grupo de não usuários, ao ser perguntado sobre quais aspectos os teriam impedido de usar drogas, eles apontaram: autoestima preservada e perspectiva de futuro; crenças e práticas religiosas; disponibilidade de informações a respeito das drogas e seus perigos; apoio parental e bons relacionamentos entre jovens, adolescentes e demais familiares (SANCHEZ, et al., 2010, p. 702);
- b) No grupo que utilizava drogas foram levantados os mesmos aspectos, com algumas diferenças no relato: falta de apoio parental, dificuldade de relacionamento com os familiares; pouca informação sobre a dependência da droga; não tinham perspectiva de futuro e a falta da religião (SANCHEZ, et al., 2010, p. 702).

Entre os fatores protetores, a estrutura familiar e a religiosidade foram os mais citados. Segundo Sanches e seus colaboradores, a religião pode ser um fator protetor importante, atuando como apoio na estrutura familiar e como fonte de informações (SANCHEZ, et al., 2010, p. 702-703).

Sanchez e Nappo (2007, p.74) realizaram uma revisão de literatura nas bases de dados do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e SCIELO em 2007, sobre a temática da religiosidade, espiritualidade e consumo de drogas psicotrópicas. As autoras buscaram artigos em inglês, português, espanhol e francês que relacionavam a esse tema e concluíram que as pessoas que frequentavam regularmente um culto religioso, que praticavam, em seu cotidiano, as propostas da fé professada, apresentaram menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Elas também perceberam que as pessoas que estavam, em recuperação da dependência química por um tratamento de abordagem espiritual, apresentaram melhores índices de recuperação, comparados a outras pessoas que eram tratadas por meio de médicos (SANCHEZ & NAPPO, 2007, p.74).

Almeida e Campos (2009, p. 436) realizaram um estudo com 62 estudantes do sexo masculino, com idade entre 15 a 16 anos de uma escola pública, do município de Passos, Minas Gerais. O estudo utilizou dois questionários, que foram aplicados, em sala de aula, o Teste de Identificação de Desordens Devido ao Álcool (AUDIT) e outro com os dados sociodemográficos.

Nos dados sociodemográficos dessa pesquisa, observou-se que 91,94% dos estudantes tinham uma religião, e que 66% dos pais eram usuários de bebidas alcoólicas. Com relação ao consumo de álcool, 19 estudantes relataram nunca terem consumido bebidas alcoólicas, 38 estudantes apresentaram consumo moderado e 5 deles apresentaram um padrão alto de consumo. Sanches e Nappo (2007, p.74) afirmam que a religião é protetora somente quando há uma prática religiosa regular.

É importante questionar a prática religiosa das famílias desses adolescentes e a escassa orientação sobre o uso de bebidas alcoólicas. O relacionamento familiar também é um aspecto que leva o adolescente para o uso do álcool ou outras drogas, mas, a maioria citou ter um bom relacionamento com os pais (ALMEIDA & CAMPOS, 2009, p. 436).

O trabalho de Bezerra et al. (2009, p. 443) com estudantes de Ensino Médio de uma escola pública, no Estado de Pernambuco, apontou evidências de que fatores relacionados à religiosidade estão implicados à menor exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo. Os autores relatam que tanto o fato de pertencer a uma igreja como a prática religiosa foram fatores que diferenciaram a exposição a essas condutas. Os adolescentes que se consideravam praticantes da religião tinham menor chance de exposição ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo (BEZERRA et al., 2009, p. 443). Nesse mesmo estudo, os autores mencionam uma pesquisa de Kliewer e Meirrelle sobre a associação entre a religiosidade e consumo de bebidas alcoólicas, drogas e tabaco em uma amostra no Panamá. Eles verificaram que “acreditar em Deus” foi o principal fator de proteção em comparação a outras variáveis religiosas, como religião dos pais e educação religiosa (BEZERRA et al., 2009, p. 450).

Pavani et al. (2007, p. 161) investigaram se a prática da religião esteve associada a menores índices de experiências de uso de maconha na vida dos estudantes do Ensino Médio. Participaram do estudo 1.035 estudantes do Ensino Médio, com a faixa etária de 14 a 19 anos, em São José do Rio Preto/SP. As maiores taxas de consumo de maconha foram encontradas nos estudantes do sexo masculino,

que estudavam no período noturno, bem como no grupo daqueles que não possuem religião ou não são praticantes.

Bastos, Bertoni e Hacker (2008, p.114) observaram que pessoas que frequentavam festas, boates e bares tinham 73,3% mais chances de consumir drogas do que aquelas que frequentavam atividades religiosas (2008, p. 115). Nesse estudo, observou-se ainda, que as pessoas que não vivem em um lar onde a religião se mostra importante, isso faz com que o consumo de álcool aumente, ou seja, num ambiente sem religião há uma chance maior de aumentar o consumo de álcool.

Silva (2014, p. 739) realizou uma pesquisa em um CAPS AD onde eram atendidos 475 adolescentes e jovens adultos. Nesta amostra, a maioria era do sexo masculino e coabitava com os pais. Os Adolescentes e jovens adultos destacavam-se pela alta prevalência de baixa escolaridade, por serem solteiros e por não terem religião (SILVA, 2014, p. 739).

Martins et al. (2008, p. 314), no artigo sobre o padrão de consumo de álcool entre estudantes do Ensino Médio de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, afirmaram que não ter religião é fator de risco para abuso de álcool. Participaram da pesquisa 1227 jovens de duas escolas indicadas pela Secretaria de Educação. Os pesquisadores concluíram que, ser jovem do sexo masculino e estar concluindo o ensino médio no período noturno, são fatores que facilitam o uso de bebida alcóolica.

Souza (2009, p.114-117) realizou uma pesquisa sobre a criminalidade no Brasil e observou um nível alto. Notou também que a criminalidade, muitas vezes, é ocasionada pelo uso de substâncias químicas. Souza sugere aos líderes religiosos que se mobilizem por uma cultura da paz e da não-violência.

Na pesquisa realizada por Nóbrega et al. com estudantes da área da saúde, a variável religião estava associada ao não uso de substâncias químicas, num período de 12 meses. Os 30,2% de estudantes que não consumiram substâncias psicoativas consideravam a religião muito importante. Os que julgavam a religião menos importante ou não importante representou um fator que influenciava ao consumo. O estudo evidenciou, também, que algumas situações levam ao uso do álcool: o estresse, o excesso de trabalhos da graduação, e o lidar com a dor e o sofrimento dos outros (NÓBREGA et al., 2012, p.33).

Em outro estudo foram encontradas algumas considerações importantes. Primeiro, o fato de não ter prática religiosa frequente faz com que as chances de consumo de substâncias químicas aumentem. Segundo, a prática de atividades

espirituais, unidas às iniciativas de prevenção, podem ser utilizadas como estratégias que previnem o consumo. Terceiro, fornecer informações confiáveis sobre o assunto, livre de uma visão preconceituosa sobre o consumo de álcool e drogas contribui na prevenção (SILVA et al., 2013, p. 193-197).

Borini et al. (1994, p.93) estudaram a prevalência do padrão de uso de álcool entre estudantes de medicina de uma faculdade do interior do Estado de São Paulo. Foram 322 universitários que participaram do estudo, e desses, 260 faziam uso de bebidas alcoólicas. A idade média de início do consumo de álcool foi de 16,05 anos. Apenas 35 estudantes iniciaram o uso de álcool durante o curso de medicina. Percebeu-se, ainda, nessa análise, que os estudantes de sexo masculino bebiam com mais frequência e maior quantidade bebidas alcoólicas em relação às estudantes do sexo feminino e 18,1% dos estudantes foram classificados como consumidores excessivos de álcool sendo 5% sérios candidatos ao alcoolismo. Foram analisadas algumas variáveis como: moradia, sexo, prática de esportes e a religião se mostrou protetora contra o uso de álcool.

Souza et al. (2012, p.1167-1174) realizaram um trabalho com o objetivo de identificar os fatores associados ao bem-estar psicológico em jovens de 18 a 24 anos de idade, da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Foram 1.621 jovens que responderam ao questionário, o qual foi estruturado com questões referentes aos dados sociodemográficos, prática de religião, trabalho remunerado, uso de substâncias e uma avaliação dos transtornos psiquiátricos. Dos entrevistados, 85,3% apresentaram bem-estar psicológico e a esse bem-estar estão relacionados os seguintes fatores: não uso de substâncias ilícitas, trabalho remunerado, prática da religião, classes socioeconômicas A e B, alta escolaridade e a não presença de transtornos psiquiátricos. Os pesquisadores concluíram que programas que visam à redução da pobreza, incentivo à educação, identificação e prevenção do uso de drogas em jovens são importantíssimos (SOUZA et al., 2012, p.1167-1174).

O artigo de Cunha (2014, p.87) discute a mudança no cenário das favelas cariocas entre os anos de 1980 a 2000. Houve uma mudança simbólica com pinturas e frases cristãs nas casas e muros da favela, também algumas pessoas abandonaram o tráfico. Segundo o autor, essa mudança aconteceu pela presença de Igrejas Evangélicas e a acolhida aos novos participantes.

Ribeiro e Minayo (2014, p.1786-1787) realizaram uma revisão de literatura sobre o papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na

reabilitação e recuperação de pessoas envolvidas com a criminalidade. Foram utilizadas as seguintes bases de dados para este trabalho, Medline *via* PubMed, Lilacs, Scopus, Social Index With Full Text, Sociological Abstracts e Social Services, no período de 1990 a 2011. Os temas mais relevantes, segundo os autores, foram: o papel da religião na prevenção da violência e na reabilitação dos criminosos; o papel do grupo religioso na prevenção da violência e na promoção da saúde; o papel da religião em orientações correcionais; e o papel das igrejas frente às iniquidades sociais. Na revisão realizada por esses autores, foram encontrados apenas dois estudos brasileiros (RIBEIRO & MINAYO, 2014, p. 1774). Em sua grande maioria, os trabalhos evidenciaram o papel da religião na melhoria da saúde mental, na prevenção da violência e na eficácia das atividades religiosas na recuperação de alcólatras e de usuários de drogas (RIBEIRO & MINAYO, 2014, p. 1774). Em contrapartida, esses autores têm críticas sobre o papel da religião, levantam a questão de que as afiliações religiosas também cometem infrações e o fundamentalismo religioso pode aplicar penas duras aos infratores. Acrescentam, ainda, que o fanatismo e o tradicionalismo opressivos podem provocar uma saúde mental e física frágeis quanto ao enfrentamento das situações difíceis (RIBEIRO & MINAYO, 2014, p. 1787).

A dissertação de Almeida (2008, p. 12-48) também aponta a religião como protetora, confirmando os achados de outros autores. Segundo Almeida, a religião se torna protetora porque, muitas vezes, ela é confundida com as leis morais, como por exemplo, os mandamentos, “Não matarás, não roubarás” (Dt 5, 16-20). Isso acontece, porque as leis morais têm seu princípio em normas cristãs. Já a ética busca as prescrições morais na consciência do indivíduo. Desse modo, às vezes a religião exerce uma coação externa e, outras vezes, de forma interna e na ética isso ocorre diversamente. O estudo mostrou que a religião funciona como fator de proteção ao uso de maconha. Contudo, nem idade, nem sexo, nem classe social foram relevantes na conduta desse uso (ALMEIDA, 2008, p. 12-48).

Abdala et al. (2010, p.77-81) apresentaram uma pesquisa de campo com 233 estudantes de graduação de uma escola de filosofia cristã e chegaram à conclusão da importância da religião como fator de proteção contra uso de substâncias químicas. A religião promove um estilo de vida saudável e as crenças espirituais auxiliam aqueles que passam por um tratamento de reabilitação do uso abusivo de substâncias químicas. Os autores apresentam pesquisas internacionais e nacionais, as quais

mostram que a religiosidade é um modulador no consumo de álcool e drogas entre os estudantes.

Entre os trabalhos apresentados, quatro deles se referem ao uso de álcool e drogas entre adolescentes e jovens; cinco mostram o uso do mesmo em estudantes do ensino médio; dois verificam o uso entre estudantes universitários; dois realizam uma revisão de literatura sobre esta temática; dois referem-se a criminalidade e o uso de drogas.

1.2.2 Denominações religiosas e uso de álcool e drogas

Nesta categoria foram listados 11 trabalhos que se referiam sobre as denominações religiosas e o uso de álcool e drogas, publicados entre 1999 e 2011.

Conforme Barros et al. (2007, p. 508) o abuso/dependência de álcool e uso de drogas ilícitas estão associados, muitas vezes, à idade, renda, escolaridade e religião. Observou-se também que a prevalência do abuso do álcool foi maior entre aqueles que moravam sozinhos ou com outros parentes e entre aqueles que não tinham uma religião ou iam a Igreja com menos frequência e não participavam da Igreja Evangélica.

Silva et al. (2006, p. 286) apresentam uma amostra de 926 questionários preenchidos por estudantes, pertencentes à área de ciências biológicas. Nessa amostra, os estudiosos verificaram que ter alguma religião não trouxe influência quanto ao consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

A presença e a prática da religião não tiveram relação com o consumo de medicamentos com potencial de abuso. Já o uso de álcool apresentou relação com o tipo de religião praticada, mas não com o uso de tabaco, drogas ilícitas e de medicamentos com potencial de abuso. Enquanto 85% dos católicos usaram álcool nesse período, somente 62,3% dos protestantes fizeram tal uso. Nesse sentido, pode-se afirmar que a religião está agindo de forma protetora ao uso de drogas nessa população (SILVA et al., 2006, p. 284). Praticar alguma religião ou pertencer a um grupo com valores e normas estabelecidas de maneira explícita pode servir de proteção contra o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Fernandes (2011, p.116-122), em uma pesquisa com 542 jovens evangélicos e 158 jovens católicos, constatou que a religião exerce um efeito inibidor, ao apresentar valores e ideais juvenis, mas isso pode não ser determinante em todos os aspectos. Ele observou que a proporção de jovens católicos que consomem álcool é maior que entre os pentecostais.

Na pesquisa de Amato et al. (2008, p.9-10), com 341 pacientes entre 18-85 anos, percebeu-se que a religião dos participantes foi significativa para o padrão de consumo de bebida. O menor percentual de pessoas suscetíveis ao risco de álcool foi entre os evangélicos, 7%. Os católicos apresentaram um índice três vezes maior, 21%, e os sem religião quatro vezes mais 31%. Portanto, o estudo mostra que ser praticante de alguma religião é protetor no consumo de bebidas alcoólicas.

Dallo (2009, p. 59-60) afirma que entre as pessoas que praticam religiões mais conservadoras há um índice menor de consumo de álcool do que naquelas que praticam outras religiões. Os estudantes evangélicos destacaram-se no consumo controlado do álcool, sendo apenas 7,7%, enquanto que os católicos foram 39%, os sem religião 47%, e aqueles que pertencem a outras religiões foram 57%.

Na tese de Cruz (2006, p.11) 591 estudantes foram entrevistados, nas três séries do Ensino Médio. Esse autor percebeu que a religião predominante foi a católica. De seus entrevistados, 65,5% foram católicos, 13,4% foram evangélicos e 3% espíritas. Houve ainda 18% que declararam não ter religião. Os dados mostraram que pertencer a uma religião é um fator protetor para o adolescente, sobretudo, ser for a religião evangélica, em se tratando de ser uma religião com normas mais radicais, diminuindo, assim, o risco de uso excessivo de álcool. A pesquisa observou que para os adolescentes e jovens, o fato de estudarem no período noturno, serem do sexo masculino, não terem religião e terem um familiar que faz uso problemático de álcool, estes pontos tornam-se fatores de risco (CRUZ, 2006, p.11).

Segundo os autores Soldera e Dalgarrondo (1999, p.9-12), a temática que trata da relação entre religiosidade e uso de álcool, drogas por adolescentes tem sido objeto de diversas investigações. Os autores afirmam que o uso e a dependência do álcool e das drogas são um fenômeno complexo, e, ao mesmo tempo, determinado por fatores genéticos, psicológicos e sociais. Eles destacam também, que os muitos estudos realizados, em diferentes contextos socioculturais, mostraram uma associação entre não ter religião (ou pertencer a denominações mais liberais), ter pouca crença religiosa, não frequentar igreja e cultos ao maior consumo de álcool e

drogas (SOLDERA & DALGALARRONDO, 1999, p.9-12). Os autores citam diversas pesquisas que demonstram que entre as denominações religiosas, os protestantes históricos e pentecostais apresentaram uma quantidade maior de não usuários, e entre os católicos e espíritas há maior frequência de usuários pesados. Esse resultado vem confirmar a literatura, a qual destaca que entre as denominações religiosas mais conservadoras o número de usuários de álcool e drogas é menor (SOLDERA & DALGALARRONDO, 1999, p.9-12).

Outro dado importante refere-se à frequência religiosa e o uso de drogas. Quanto maior a frequência e prática da religião menor o uso de álcool e drogas. Entretanto, o que mais chamou a atenção dos pesquisadores foi o resultado obtido pela associação existente entre a educação religiosa na infância e o uso de álcool e drogas. Percebeu-se na pesquisa que a educação religiosa teve um efeito inibidor no uso dessas substâncias (SOLDERA & DALGALARRONDO, 1999, p.9-12).

Dalgalarrondo et al. (2004, p.85) publicaram os resultados de um estudo realizado entre 2.287 estudantes de São Paulo. Esses pesquisadores utilizaram as seguintes variáveis: ter ou não ter uma religião, filiação religiosa; tempo de permanência na religião; frequência de ida à igreja por mês; considerar-se uma pessoa religiosa e educação religiosa na infância (DALGALARRONDO et al., 2004, p.85). Todas as variáveis religiosas, com exceção da “frequência religiosa”, tiveram associação significativa quanto ao uso abusivo de drogas sendo que quanto mais religioso o subgrupo de estudantes, menor a frequência de uso de drogas (DALGALARRONDO et al., 2004, p. 88).

A relação existente entre a frequência religiosa e o uso de drogas, evidenciada na amostragem, chamou a atenção dos pesquisadores. Confirmou-se aquela ideia vista em muitos estudos, os quais identificavam que, quanto mais o adolescente frequenta um culto ou missa, menos ele consome álcool e ou drogas. No entanto, vale recordar, que para alguns autores essa relação não faz tanto sentido (DALGALARRONDO et al., 2004, p. 88).

Das quatro variáveis analisadas, a “educação religiosa durante a infância” foi a que mais apresentou o efeito inibidor do uso de álcool e drogas nos adolescentes. Os autores concluíram que para a religião ter um efeito inibidor de consumo de drogas na subjetividade do adolescente, é necessário que a religiosidade seja internalizada, com normas, valores e proibições. É preciso assumir a denominação religiosa e se

envolver com seus padrões morais, símbolos, comportamentos e práticas sociais (DALGALARRONDO et al. 2004, p. 88).

É interessante notar que esta associação entre frequência religiosa e educação religiosa vem confirmar os estudos de Soldera e Dalgalarrondo, em 1999, quando estes entrevistaram 596 estudantes do Ensino Médio.

E na questão das denominações religiosas as mais conservadoras e com normas mais radicais, se viu um menor uso de álcool e drogas. Este mesmo fato se consolida no estudo de Dalgalarrondo e colaboradores em 2005 e o de Soldera e Dalgalarrondo em 1999.

Dalgalarrondo et al. (2005, p. 182-190) publicaram um artigo, intitulado: “Jovens pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e droga e saúde mental”. O objetivo desse estudo foi verificar como as afiliações religiosas Católicas, Evangélica Pentecostal e Espírita influenciaram a saúde mental e o uso de álcool e drogas entre estudantes de 1º e 2º graus, em uma amostra de 1.796 estudantes de escolas públicas de Campinas, São Paulo. Os resultados mostraram que os três grupos religiosos eram diferentes entre si. Os evangélicos foram os que menos usaram tabaco, álcool e drogas. Os espíritas foram os que mais utilizaram essas substâncias. Os católicos situaram-se em posição intermediária. Portanto, conforme os dados: os evangélicos usam menos drogas e isso pode estar ligado a um conjunto de normas e valores mais restritivos em relação ao uso de substâncias psicoativas (DALGALARRONDO et al., 2005, p. 182-190).

Neves et al. (2007) realizaram um trabalho a fim de determinar como aparece o transtorno mental auto avaliado e o uso de risco do álcool ou de outras substâncias psicoativas e de comportamentos de risco por causa do uso de álcool e de outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da Universidade Estadual de Campinas. Foram analisados 1.290 questionários, sendo 55,5% do gênero feminino e 44,5% gênero masculino. Nos dados sociodemográficos observou-se a predominância de católicos com 47%, seguidos de 24% sem religião, 15% espíritas e 14% evangélicos. A amostra aponta que 24% tem uso de risco de álcool, 27% de uso de outras substâncias psicoativas e 25% de comportamento de risco (beber/usar drogas e dirigir, usar drogas e ter relação sexual com parceiro desconhecido).

Martins et al. (2008, p. 6) apresentaram um estudo por meio do qual foram avaliados 591 estudantes do Ensino Médio. Os autores concluíram que não ter uma religião é fator de risco para abuso de álcool. Ser do sexo masculino, estar concluindo

o Ensino Médio, no período noturno, e não ter religião, são fatores que facilitam o uso de bebidas alcoólicas entre os jovens (MARTINS, et al. 2008 p. 11). A religião predominante na pesquisa foi a católica com 65,5%, em seguida, a evangélica com 13,4% e deixaram em branco ou declararam não ter religião 18,1% dos estudantes. Os dados sugerem que, principalmente, para o adolescente pertencer a uma religião, sobretudo, se for evangélica, por ter rigidez no que se refere ao uso de álcool e substâncias químicas, o risco de uso excessivo de álcool diminui. (MARTINS, et al., 2008, p. 11).

1.2.3 Crítica ao papel da religião em relação à drogadicção

Esta categoria apresenta 4 trabalhos, dentre eles três pesquisas entre estudantes e uma com público diversos. Tais estudos foram publicados entre 1991 e 2011.

Campos et al. (2011, p.4747-4751) apresentaram uma pesquisa com 4.805 estudantes. Nessa pesquisa, a religiosidade não apareceu como um fator protetor. Esse resultado, talvez, seja porque os estudantes afirmaram possuir uma religião, mas não serem praticantes da mesma. Outro fator importante a considerar que na maioria dos casos estudados, os pais faziam uso de bebidas alcoólicas e observou-se também que os participantes dessa pesquisa possuíam um frágil relacionamento com a mãe.

Souza et al. (2010, p.737-739) não fazem referência, especificamente, sobre a religião, mas citam que as estratégias usadas por escolas e entidades não estão produzindo os efeitos esperados de prevenção ao álcool. As igrejas se enquadram dentro dessas entidades. Nessa perspectiva, os meios, geralmente, não estão sendo adequados no combate do alcoolismo, durante a fase da adolescência. Outro problema destacado pela autora e colaboradores são as mídias que exercem forte influência sobre as atitudes dos adolescentes, no tocante ao uso do álcool.

O álcool se torna como um *“habitus”*, fazendo parte do cotidiano da vida humana. Os próprios adolescentes citam que o álcool é como algo socializador. Isso é fruto das representações do universo simbólico das propagandas. Seria necessário que os adolescentes, nessa fase de formação, fossem preservados dessa prática que podem trazer prejuízos pessoais e sociais irreversíveis (SOUZA et al., 2010, p.737-

739). Segundo os autores, é necessário alertar para a repercussão do uso de bebidas alcoólicas entre os adolescentes, pois está claro que o consumo inicia durante essa fase da vida. Ela também apresenta as estratégias de prevenção que devem ser utilizadas durante essas primeiras experiências e que contribuirão para o seu adiamento (SOUZA et al., 2010, p.737-739).

Martins e Seidl (2011, p.57), no artigo: “Mudança de comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo”, constatou-se que, no grupo que era composto de 63 pessoas, a religião católica foi a de maior prevalência.

Em uma pesquisa realizada com 16.117 estudantes do Ensino Fundamental e Ensino Médio em 15 cidades do Brasil, buscou-se conhecer a prática de atividades extracurriculares que ajudavam a diminuir o consumo de drogas e álcool. Para análise, utilizou-se como critério a frequência atual, pelo menos uma vez por semana em: atividades esportivas; atividades religiosas; atividades artísticas; atividades comunitárias. Foi utilizado um teste Qui-quadrado. A intensidade foi medida pelo coeficiente de Yulle, exemplo: Ausente, fraca, moderada, forte ou perfeita (CARVALHO & COTRIN, 1992, p.146). Dos 16.117 estudantes, 44,9% fizeram uso de substâncias alcoólicas nos últimos trinta dias e 8,8% de outras substâncias psicotrópicas. Percebeu-se que em relação à participação em atividades extracurriculares, 48,9% declararam praticar uma atividade, 25,4% duas ou mais atividades e 25,7% não praticavam nenhuma atividade. Em relação às atividades, o esporte é praticado por 62% da amostra; atividades religiosas por 28%; as artísticas por 14% e as comunitárias por 4% (CARVALHO & COTRIN 1992, p.142-148).

Assim, os autores chegaram à conclusão que não basta ocupar o tempo do adolescente. É importante pensar como ocupar o tempo de maneira que o jovem se realize em suas potencialidades. Existe uma hipótese de que há tolerância de alguns grupos religiosos em relação ao álcool, embora o mesmo seja porta para as outras drogas. Muitos estudos confirmam esse dado, mas não excluem que a religião é protetora devido aos códigos morais (CARVALHO & COTRIN, 1992, p.142-148).

Em resumo, os estudos nesta categoria apresentam críticas ao papel da religião em relação ao uso de álcool e drogas e acentuam a importância de algumas denominações religiosas na prevenção de tais substâncias.

1.2.4 Tratamento da dependência química e religião/espiritualidade

Nessa categoria, encontram-se três estudos de autores e abordagens diferentes (Marques e Silva, 2011; Barreto e Silva, 2011; Dimarães e Silva, 2011) sobre a C.T. Fazenda da Esperança. O primeiro estudo analisou os ex-residentes, (pessoas que já passaram pelo tratamento da drogadicção) buscando conhecer como estão em sua vivência atual; o segundo estudo procurou investigar as causas do egresso na drogadicção e o terceiro se dedicou ao processo de recuperação dos residentes e a manutenção da sobriedade. Outras cinco pesquisas abordam o tratamento da dependência química, sendo em sua maioria, dentro de comunidades terapêuticas.

Marques e Silva (2011, p.12) realizaram estudos sobre os ex-residentes da Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança. Eles procuraram pesquisar sobre a vida dos ex-residentes pós-tratamento. Observaram que a Fazenda da Esperança busca alicerçar suas atividades e valores através do trabalho, vida de comunidade e vivência da espiritualidade. Quando entrevistados, os participantes foram questionados sobre quais os itens que mais sentiram dificuldades, quando chegaram a comunidade. Os entrevistados apontaram: aprender a trabalhar, dificuldades com convivência e a espiritualidade. No entanto, todos mencionaram que foram esses três valores: trabalho, vivência comunitária e prática da espiritualidade que os auxiliaram no processo de tratamento. Num consenso geral, os entrevistados disseram ser difícil retornar à sociedade, pois o álcool e as drogas estão em toda parte. Mas o que os mantêm em sobriedade é a experiência de estar “limpo”, o exercício diário vivido na comunidade e a consciência de que é preciso sempre mudança de comportamento (MARQUES & SILVA, 2011, p.75-86).

Barreto e Silva, (2011, p. 171) investigaram as causas do egresso da Fazenda da Esperança retornar ao uso abusivo de drogas. Os resultados apresentaram que faltou a implicação direta dos familiares no processo de recuperação. Para algumas pessoas com problema de adicção faz-se necessária a participação da família. As recaídas aconteceram por falta de cuidados, os quais são importantes na sobriedade. É preciso confrontar a vida que se vivenciou na época da recuperação com a vida na sociedade e manter o projeto de sobriedade, com a ajuda de toda a família.

Dimarães e Silva (2011, p. 108), chegaram à conclusão de que a possibilidade de recuperação de um residente depende da relação dialógica que ele estabelece consigo mesmo e com os seus. A experiência de recuperação na C.T. Fazenda da Esperança oferece material para o retorno à sociedade, à família e ao trabalho. Ela devolve o que o álcool ou as drogas excluíram da pessoa: a cidadania e os meios para construir um novo projeto de vida.

Raupp e Sapiro (2008, p.366) afirmam que a religião é um meio de prevenir o uso de drogas e não se obtêm respostas sociais mais eficazes no campo da drogadicção que a religião. Além disso, a inserção em uma religião, proporcionada pelo tratamento na C.T., faz com que as pessoas encontrem um novo suporte social.

Silva e Garcia (2004, p.243-252) fizeram um levantamento no Estado do Espírito Santo e encontraram 22 comunidades terapêuticas. As C.T. eram, em sua grande maioria, vinculadas às religiões protestantes tradicionais 54,4% e 45% criadas a partir de 1990. As atividades desenvolvidas com os pacientes eram nas áreas: espirituais, ocupacionais, recreativas e físicas. As internações têm, em média, a duração de sete a nove meses. Dessas internações o maior índice é do gênero masculino. A formação dos técnicos para esses trabalhos acontece a partir de prática de aconselhamento.

Schneider (2010, p.695-697) realizou uma pesquisa na região da Grande Florianópolis, em 2005, por meio da qual participaram 20 instituições. Sete instituições usavam uma racionalidade teológica ou aplicavam a religião/espiritualidade no processo de tratamento. O autor observou que, nessas comunidades, a drogadicção é entendida como um desvio dos valores religiosos ou morais e é fruto das “forças do mal” ou porque o usuário abandonou sua espiritualidade, e para que ele consiga se libertar é preciso se redimir de seus erros e pecados. A terapêutica dessas comunidades pesquisadas consiste em a pessoa assumir seus erros, voltar a viver uma vida regrada, de respeito ao seu semelhante e voltar-se para a espiritualidade. O autor analisou também outras dimensões: política, antropológica e sociológica, mas concluiu que é preciso diversos meios para obter sucesso, visto que muitos retornaram às drogas. O autor também questionou a apresentação da drogadicção como doença incurável e incentivou à discussão sobre o assunto (SCHNEIDER, 2010, p.695-697).

Sanchez e Nappo (2008, p.271) apontam em seus estudos que a religião promove a abstinência do consumo de drogas e oferece meios de reestruturação a

peças em tratamento, como: rede de amizades, ocupação do tempo, trabalhos voluntários, apoio dos líderes religiosos, atendimento psicológico e outros. Conforme as autoras, o sucesso do tratamento concretiza-se no acolhimento oferecido. Essa estrutura baseia-se na fé religiosa, a qual promove respostas religiosas e filosóficas para as indagações da vida.

Gonçalves (2008, p.70) apresentou algumas evidências na relação entre espiritualidade e saúde. E ainda mais, o exercício da dimensão espiritual tem potencial para estimular boas mudanças entre usuários de álcool ou de outras drogas no processo de recuperação. O estudo de Gonçalves teve como objetivo avaliar a relação entre espiritualidade e os níveis motivacionais entre pessoas que fazem uso nocivo ou são dependentes de substâncias psicoativas.

A amostra da pesquisa contou com 138 pessoas, 69 % delas eram do sexo masculino. Participaram usuários vinculados a um grupo de A.A. (Alcoólicos Anônimos), CAPS-AD e três Comunidades Terapêuticas (Evangélica, Católica, sem vínculo religioso). Entre elas, a idade média foi de 39 anos, 51,4% eram católicas e 60,1% protestantes. A maioria dessas pessoas respondeu que a substância psicoativa consumida pela primeira vez, foi o álcool. A autora apontou a importância da dimensão espiritual para empoderar e estimular os indivíduos a obter sucesso no processo de mudança de comportamento em relação ao uso de substâncias psicoativas (GONÇALVES, 2008, p.70).

Jesus e Rezende fizeram uma crítica aos dirigentes de instituições para dependentes químicos do Vale do Paraíba. Na pesquisa realizada constatou-se que 40% das instituições apresentam religião e trabalho no tratamento da dependência química. Esses estudiosos perceberam que os dirigentes sem formação técnica para o trabalho com dependentes químicos adotam a religião no tratamento de seus dependentes químicos (JESUS & REZENDE, 2008, p.502-503).

A maioria dos trabalhos desta categoria aponta a importância da religião/espiritualidade durante o processo de tratamento da drogadicção. Os trabalhos mostram ainda, que o principal motivo que leva às pessoas à recaídas é a falta de cuidado com a sobriedade. Em um dos trabalhos questionou-se a falta de preparo da equipe técnica para o tratamento da drogadicção (JESUS & REZENDE, 2008).

1.3 CONCLUSÃO PARCIAL

Após essa revisão de literatura, pode-se afirmar que é fundamental o papel da religiosidade/espiritualidade, tanto na prevenção como no tratamento da drogadicção e na manutenção da abstinência. Apenas dois estudos mostraram que a religião não foi protetora no uso de substâncias psicoativas (CAMPOS et al., 2011; ALMEIDA & CAMPOS, 2009).

Nos demais trabalhos, a religiosidade/espiritualidade apareceu como protetora no uso de substâncias psicoativas (SANCHEZ et al., 2010; BEZERRA et al., 2009; PAVANI et al., 2007; BASTOS, BERTONI & HACKER, 2008; SILVA, 2014; MARTINS et al., 2008; ALMEIDA & CAMPOS, 2009; SOUZA, 2009; NÓBREGA et al., 2012; SILVA, 2013; BORINI et al., 1994; SOUZA et al., 2012; CUNHA, 2014; SANCHEZ & NAPPO, 2007; ABDALA et al., 2010; RIBEIRO & MINAYO, 2014). Em alguns desses estudos constatou-se que a práxis de bebidas alcoólicas na família é um fator motivador para o uso do álcool. Em alguns trabalhos, observou-se que famílias nas quais havia educação religiosa na infância, a incidência do uso de álcool na vida era bem menor.

Outro dado observado foi referente às denominações religiosas. Quanto mais rígidas as normas dessas denominações religiosas, menor o uso de drogas e álcool (BARROS et al., 2004; SILVA et al., 2006; FERNANDES, 2011; AMATO et al., 2008; DALLO, 2009; CRUZ, 2006; NEVES et al., 2007; MARTINS et al., 2008; SOLDERA e DALGALARRONDO, 1999; DALGALARRONDO et al., 2004; DALGALARRONDO et al., 2005).

Alguns aspectos considerados nesse estudo nos mostram que o uso do álcool para os adolescentes aparece como ritual de passagem (SOUZA et al., 2010); que a falta de informação sobre as drogas contribuiu para o seu uso e consumo (SANCHEZ, et al., 2010).

Dentre os fatores de risco, destacamos a realidade de estudantes do sexo masculino, frequentando a escola no período noturno; adolescentes e jovens não praticantes de uma religião; estudantes que moram sozinhos, e ainda fatores genéticos, psicológicos e sociais, que podem torná-los propensos ao uso de álcool e drogas. Há ainda a variável pela qual o estudante não teve educação religiosa durante sua infância e, por fim, a influência das mídias e a realidade daqueles estudantes que

frequentam festas e boates (MARTINS et al., 2008, MARTINS et al., 2008, CRUZ, 2006, BASTOS, BERTONI & HACKER, 2008 e PAVANI et al., 2007).

Em relação ao tratamento os estudos mostram que a religião auxilia a pessoa a aceitar o tratamento da drogadicção, proporcionando força e estímulo para a recuperação e também gera novas amizades, promovendo suporte social para a pessoa com problema de dependência química (SANCHEZ & NAPPO, 2008). As comunidades terapêuticas promovem um novo projeto de vida, ajudando a pessoa a manter uma vida de sobriedade.

Quanto à recuperação da drogadicção é preciso ter bom relacionamento consigo mesmo, com Deus e com os outros (DIMARÃES & SILVA, 2011). Sobre as recaídas, um estudo apontou que isso se dá pela falta de cuidado para com a sobriedade e a falta de envolvimento da família durante este processo (BARRETO & SILVA, 2011).

Nessa pesquisa, observamos uma crítica às comunidades terapêuticas de cunho religioso que utilizam da religião para o tratamento, deixando, muitas vezes, a utilização de técnicas apropriadas ao processo de busca da sobriedade. Essa crítica se estende àquelas comunidades terapêuticas que consideram a realidade da drogadicção como algo que vem da força do mal (JESUS & REZENDE, 2008; SCHNEIDER, 2010).

Observa-se também a necessidade da promoção de uma religiosidade intrínseca, que possa atingir o comportamento humano, levando-o à transformação de seu cotidiano. A dimensão religiosidade/espiritualidade aparece nessa revisão de literatura, como protetora, tanto na prevenção, quanto no processo de tratamento em busca da sobriedade.

Percebe-se ainda, que é relativamente pequena a produção teórica, relacionada a essa temática, principalmente sobre as pessoas em tratamento da drogadicção, esquecendo que essa busca de conhecimento é importante para a sociedade. Faz-se muito necessário hoje a busca de mais abordagens, que visam explicar os aspectos da religião/espiritualidade e da drogadicção, tanto na dimensão preventiva, quanto no processo de tratamento e manutenção da abstinência.

2 PESQUISA DE CAMPO: *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL JUNTO A PESSOAS EM TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A pesquisa de campo teve como objetivo investigar como as pessoas em tratamento da drogadicção utilizam da religiosidade/espiritualidade no enfrentamento da dependência química. Há muito tempo, o uso do álcool e de outras drogas parece fazer parte de diferentes culturas.

A religiosidade praticada de forma intrínseca, isto é, de forma mais profunda, pode promover mudanças de pensamento e de atitudes, como vimos na revisão de literatura. A fé religiosa, vivenciada de forma significativa, pode servir como uma maneira de quebrar o “ciclo vicioso”, pelo qual o jovem usuário se vê preso. Nesse sentido, a religiosidade traz confiança e determinação, “porto seguro” para que a pessoa, com dependência química, adquira novamente o domínio de sua própria vida contra as drogas.

Portanto, a pesquisa teve como objetivo geral investigar de que modo a religiosidade/espiritualidade atua no processo de tratamento de pessoas com dependência química. Mais especificamente, o estudo objetivou identificar as estratégias de *coping* (enfrentamento) religioso/espiritual utilizadas pelas pessoas em tratamento. Quis-se verificar, ainda, se a ansiedade é um fator presente nessa população.

Antes, porém, da apresentação dos dados levantados, faz-se necessário explorar com mais detalhes as noções de *coping* e de *coping* religioso/espiritual, como ver-se-á a seguir.

2.1 A NOÇÃO DE *COPING* E DE *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL

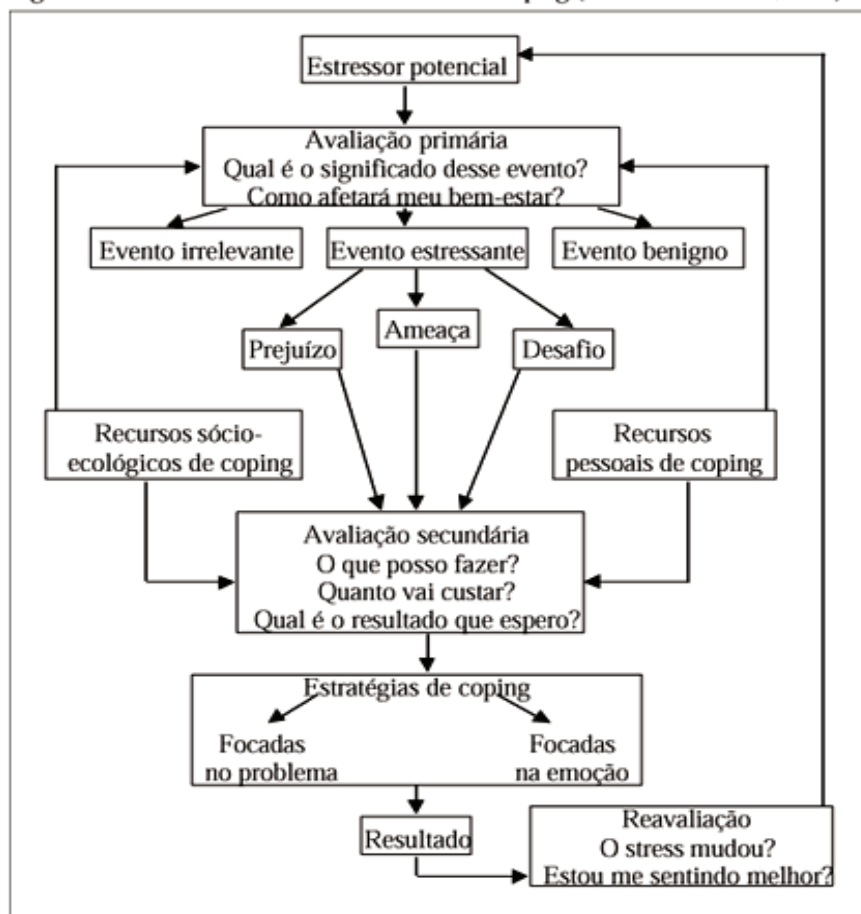
Os criadores da teoria do *coping* (enfrentamento) são os Americanos Lazarus e Folkman (1980,1984). Segundo eles, “*coping*” refere-se aos esforços comportamentais e cognitivos para dominar, reduzir ou tolerar as demandas internas e/ ou externas, que são criadas por operações estressantes (apud Panzini, 2004, p. 22). Lazarus e Folkman afirmam que, após passar por um evento estressante, “as

peças têm duas opções de enfrentamento: usar estratégias com foco no problema ou com foco nas emoções” (PANZINI & BANDEIRA, 2007, p. 128). As estratégias de “*coping*”, com foco no problema, (ver figura 1) referem-se aos esforços utilizados para definir qual ação será concretizada para dar solução a um evento estressante. A pessoa buscará verificar quais meios serão utilizados e quais serão as soluções e os benefícios (PANZINI, 2004, p.26).

As estratégias de *coping* com foco na emoção (ver figura 1) são esforços destinados à busca de uma resposta emocional, provocada pelo estresse. A função é reduzir a sensação desagradável, fruto do estresse, e modificar o estado emocional. Algumas estratégias de *coping*, focadas na emoção podem não mudar a situação, mas levar a uma reavaliação que proporcione mudança (PANZINI, 2004, p.26).

Existem modos de lidar com situações estressantes, tais como: distração, permanecer ocupado e aceitar o problema (KOENIG, et al., 2001, p.354).

Figura 1 - Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman, 1984)



Fonte: Antoniazzi, Dell'Agilio e Bandeira, 1998, p.277

Pargament, aproveitando-se do constructo teórico do *coping*, criado por Lazarus e Folkman, constrói o conceito de “*Coping Religioso/Espiritual*”, ou seja, esse conceito relaciona-se a utilização de aspectos próprios da religião e/ou da espiritualidade para lidar com o estresse. O *coping* religioso/espiritual é definido como “uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a solução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes” (apud PANZINI, 2004, p.25). Pargament e Koenig constroem, nesse sentido, um instrumento de medida para averiguar quais estratégias religiosas e espirituais são utilizadas em situações de estresse. Este instrumento é denominado: Escala de *Coping Religioso/Espiritual* (CRE).

2.2 ESCALA DE COPING RELIGIOSO/ESPIRITUAL (CRE)

Mediante os estudos sobre o *coping* religioso-espiritual, relacionados às melhorias na qualidade de vida e saúde de muitas pessoas, Pargament e Koenig desenvolveram uma escala, com a finalidade de medir o *coping* religioso. Esta escala de *coping* religioso/espiritual foi validada no Brasil, em 2004, pelas pesquisadoras: Panzini e Bandeira (2005, p.542). Para essa validação no Brasil, foram necessárias algumas modificações, devido à vasta diversidade religiosa/espiritual existente no país em relação aos Estados Unidos (PANZINI, 2005, p.542). Em vista dessas adaptações e do entendimento da dimensão espiritual como uma questão mais ampla que religião, os autores a renomearam de Escala de *Coping Religioso/Espiritual-Breve* (Escala CRE-Breve).

A Escala CRE-Breve apresenta um número total de 49 questões a serem respondidas, de acordo com a escala *Lickert*. Mediante essas questões torna-se possível identificar as estratégias de *coping* utilizado pelas pessoas e, ainda, pode-se categorizá-las em *coping* positivo e negativo.

Conforme Pargament, o *coping* religioso/espiritual positivo (CRE-positivo) refere-se a um relacionamento seguro com Deus, à crença de que existe um sentido na vida para ser buscado e um senso de conexão com os outros (PARGAMENT et al., 1998, 712). Compõe-se padrão de *coping* positivo:

a) Transformação de Si: a pessoa busca em Deus ajuda para encontrar e descobrir um novo propósito e objetivo de vida;

b) Busca de ajuda Espiritual: a pessoa procura ou realiza tratamentos espirituais ou sessões de cura espiritual;

c) Oferta de ajuda ao outro: a pessoa oferece e busca proporcionar conforto espiritual a outras pessoas, como: amigos e familiares;

d) Posição positiva frente a Deus: a pessoa tem confiança de que Deus está com ele (a) e procura lidar com a situação do seu jeito, sem ficar esperando que Deus faça por ele (a);

e) Busca do outro institucional: o sujeito procura estar com outras pessoas que tenham a mesma fé; participa de atividades ou festividades religiosas.

f) Afastamento do problema através da aproximação de Deus/Religião/Espiritualidade: a pessoa procura fazer tudo que está ao seu alcance e entrega a situação a Deus.

g) Busca de conhecimento espiritual: a pessoa procura auxílio e conforto espiritual nos livros sagrados ou em literatura religiosa.

h) Busca pessoal de crescimento espiritual: a pessoa procura conversar com seu poder superior (Deus). Encontra ensinamento de Deus no que aconteceu.

O *coping* religioso/espiritual negativo (CRE negativo) se expressa por meio de um relacionamento menos seguro com Deus; possui uma visão de mundo frágil e ameaçadora, há uma batalha espiritual na busca por significado.

Compõe o padrão de *coping* religioso/espiritual negativo:

a) Reavaliação negativa de Deus: a pessoa fica imaginando se Deus a abandonou. Culpa Deus pela situação ocorrida;

b) Posição negativa frente a Deus: a pessoa não tenta lidar com a situação, apenas espera que Deus dê fim às suas preocupações;

c) Insatisfação com outro institucional: a pessoa sente-se insatisfeita com os representantes religiosos de sua instituição. Tem dificuldades para receber conforto de suas crenças religiosas;

d) Reavaliação negativa do significado: a pessoa está convencida de que forças do mal atuaram em sua vida.

Além das estratégias de *coping* religioso/espiritual positivo e *coping* religioso/espiritual negativo, a Escala CRE pode indicar, também, os estilos de *coping*

(Ver tabela 1). Estes estilos são classificados em: auto direção, auto delegação, auto colaboração, súplica e renúncia (ESPERANDIO, 2011, p.10).

Tabela 1 – Estilos de *coping* (Esperandio, 2011, p.5)

Estilos de <i>coping</i>	Conceituação	Classificação
Autodireção (self-directing)	Considera o indivíduo ativo e Deus mais passivo na resolução dos problemas. Não é posição antirreligiosa: baseia-se na premissa de que Deus dá às pessoas liberdade/recursos para dirigirem as próprias vidas.	Positivo
Delegação (deferring)	O indivíduo passivamente espera que Deus solucione os problemas, outorgando-lhe responsabilidade.	Negativo
Colaboração (collaborative)	Indivíduo e Deus são ativos, havendo corresponsabilidade e parceria na resolução de problemas.	Positivo
Súplica (pleading ou petitionary)	O indivíduo tenta ativamente influenciar a vontade de Deus mediante rogos/petições por Sua divina intervenção.	Positivo e Negativo
Renúncia (surrender)	Teoricamente embasado no conceito de auto renúncia do Novo Testamento (Mateus 10,39, 26,39). O indivíduo escolhe ativamente renunciar à sua vontade em favor da vontade de Deus.	Positivo

Os estilos podem influenciar a extensão das estratégias, embora sejam distintas. Eles são mais relacionados com a personalidade dos indivíduos, são formas desenvolvidas pela própria pessoa para dar conta de uma situação estressora (PANZINI, 2004, p.27).

A oração de súplica (*pleading* ou *petitionary*) foi identificada como um quarto estilo do *coping* religioso/espiritual (CRE). O estilo súplica pode ser classificado como positivo, pois utiliza da oração para uma determinada situação, elevando seus pedidos a Deus e esperando Nele. Nesse sentido, a súplica passa a ser negativa quando ela procura, incansavelmente, influenciar a vontade de Deus, buscando, somente, aquilo que se deseja na vida.

Proposto por Wong-McDonald & Gorsuch (2000 *apud* Panzini e Bandeira, 2007, p. 130) a renúncia (*surrender*) pode ser considerada como um estilo adicional; sendo, teoricamente, fundamentado no conceito de autorrenúncia nos moldes do Novo

Testamento (conforme o Evangelho de Mateus 10,39¹; 26,39²). Nesse estilo, o indivíduo escolhe ativamente a renúncia de sua vontade em favor da vontade divina.

Segundo Koenig (2005, p.46), em sua grande maioria, as pessoas fazem *coping* religioso/espiritual positivo, mas também podem fazer um *coping* religioso/espiritual negativo. As estratégias de *coping* religioso/espiritual negativo aparecem, principalmente, em situações de estresse e sofrimento, a pessoa interpreta tal sofrimento como se estivesse sendo punida por Deus, ela sente raiva Dele e pensa que a abandonou. As pessoas, que utilizam de estratégias do *coping* religioso/espiritual positivo, num momento de estresse e sofrimento, agem com a compreensão de que Deus está com elas, e que é preciso fazer a sua parte e buscar a proteção e confiança em Deus. É frequente, que tais pessoas busquem uma vida de oração ou leitura bíblica e realizem ações de caridade.

Muitos estudos revelam que, comumente, as pessoas se voltaram para a religião e à oração na busca de conforto, em tempos de crises como: guerras, desastres naturais, problemas de saúde e morte de pessoas queridas (KOENIG, 2005, p.45). Existem mais de 60 estudos que examinaram qual o papel da religião, em momentos de condições adversas como: artrite, diabetes, transplante de rins, hemodiálise, câncer, doença arterial, cirurgia do coração, transplante de coração, transplante de pulmão, HIV/AIDS e outros. Em quase todos esses estudos, o grau de *coping* religioso/espiritual é alto (KOENIG, 2005, p.45).

O *coping* religioso/espiritual auxilia na promoção da saúde mental. Koenig cita que o indivíduo com saúde mental não é definido somente pela ausência de desordem mental, mas pela presença das emoções positivas que elevam seu ânimo acima da rotina da vida. Indivíduos, com desordem mental, também podem experimentar emoções positivas. As emoções positivas podem ser definidas como bem-estar, felicidade, esperança, sentido, finalidade e otimismo e também outros estados como: a gratidão, perdão e altruísmo e o suporte social (KOENIG, 2005, p.43). Em muitas pesquisas percebe-se a associação do *coping* religioso/espiritual e bem-estar, felicidade e satisfação com a vida (KOENIG, 2005, p.51). Em tais estudos, não houve nenhum relato sobre uma associação negativa. Em situações de perda de pessoas

¹ “Quem achar a sua vida perdê-la-á; e quem perder a sua vida, por amor de mim, achá-la-á”.

² “E, indo um pouco mais para diante, prostrou-se sobre o seu rosto, orando e dizendo: Meu Pai se é possível, passe de mim este cálice; todavia, não seja como eu quero, mas como tu queres”.

queridas, foram as práticas e crenças religiosas que trouxeram bem-estar no momento do luto.

Koenig (2005, p. 54), destaca que a religião é uma fonte de esperança, pois auxilia as pessoas, encoraja-as a continuar lutando mesmo depois de situações difíceis, como guerras, mortes e outras situações adversas. As religiões mundiais, em sua construção teórica, têm uma pregação carregada de esperança, pois essa dá a certeza de que somos especiais e amados por Deus; somos criados por Ele com uma finalidade divina e tendo um futuro além da morte.

A religião também traz sentido e finalidade à vida e é essencial para uma boa saúde mental. As crenças religiosas oferecem respostas para o “onde” e o “por que”, por exemplo: de onde eu venho? Por que estou aqui? Para onde estou indo? Enquanto a ciência e a medicina respondem “o como”, as crenças religiosas respondem às perguntas, elas concedem sentido, especialmente, nos tempos difíceis (KOENIG, 2005, p.56).

Considerando esses aspectos, observa-se a importância do *coping* religioso/espiritual no contexto da saúde mental e como essa estratégia proporciona emoções positivas, bem-estar, sentido e finalidade. O *coping* religioso/espiritual também auxilia as pessoas com problema de drogadicção, considerando que essa atinge a saúde mental.

Por vezes, as pessoas fazem uso da droga para aliviar uma sensação de desconforto, mascarando algum tipo de transtorno, que se não for tratado poderá levar à dependência (SENAD, 2013, p.134). Por isso, neste trabalho, percebeu-se a importância de analisar também a probabilidade do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e correlacioná-la com as estratégias religiosas/espirituais, utilizadas durante o processo de tratamento da dependência química.

2.3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE

Dentre os fenômenos mentais mais frequentes encontrados na clínica, está o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), que é avaliado como uma doença crônica. Os transtornos de ansiedade, no Brasil, apresentam uma alta prevalência e apesar dos avanços nos tratamentos do TAG nos últimos anos, poucas pessoas

conseguem reverter a sintomatologia (ANDREANTINI; BOERNGEN-LACERDA; ZORZETTO, 2001, p.233).

Segundo Castillo et al. (2000, p.20), a “ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto, derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho”. Nesse sentido, nem sempre a ansiedade é negativa ou patológica, uma vez que ela pode servir como sinal de proteção para algum perigo percebido. O autor mostra que o “medo passa a ser patológico quando exagerado ou desproporcional” (CASTILLO, et al., 2000, p.20). Para que se possa diferenciar a ansiedade normal da patológica é necessário avaliar a duração e o estímulo. Ele apresenta algumas de suas características:

a) Um estado emocional, com a experiência de medo ou outra emoção relacionada como: terror, horror, alarme e pânico;

b) Uma emoção desagradável, podendo ser uma sensação de morte ou estado de choque;

c) Preocupa-se com o futuro. Uma sensação de um perigo iminente. Não há um risco real ou se houver a emoção é desproporcionalmente mais intensa;

d) Há desconforto corporal, durante o estado de ansiedade. Sensação de aperto no peito, na garganta, dificuldade para respirar, fraqueza nas pernas e outras sensações subjetivas (CASTILLO, et al., 2000, p.21).

As drogas modificam o funcionamento do cérebro e, de certa forma, a pessoa passa a sentir mais aliviada quando as consome. Então, uma pessoa muito ansiosa pode usar bebidas para se “acalmar” e “relaxar”, mas como as bebidas alcoólicas não são medicamentos, elas podem esconder os transtornos psiquiátricos e, ainda, gerar a dependência química (SENAD, 2013, p.134).

Desse modo, é importante verificar se o Transtorno de Ansiedade aparece nesta amostra, para que se possa pensar em estratégias a serem recomendadas e incorporadas no tratamento, com base em evidências. Como já foi observado, no documento da Secretaria Nacional Antidrogas, se o tratamento estiver interessado somente em mudar o padrão de uso de uma determinada droga pode não funcionar. Será necessário ajudar a pessoa a reconhecer o problema e aceitar ajuda de especialistas (SENAD, 2013, p.134). Em outras palavras, se ficar evidenciado que a ansiedade é, efetivamente, uma variável presente no processo de tratamento da dependência química, faz-se necessário pensar em estratégias específicas para lidar com o processo de recuperação.

2.4 PESQUISA DE CAMPO

Na pesquisa realizada houve a participação de 119 homens em tratamento da dependência química, internados em quatro comunidades terapêuticas do Estado do Paraná e de Santa Catarina: Comunidade Terapêutica Fonte de Misericórdia de Curitiba/PR; Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro de Curitiba/PR; Comunidade Terapêutica Essência de Vida, de Araquari/SC e Comunidade Terapêutica Abrigo da Misericórdia de São Francisco do Sul/SC. As C.T. desta amostra dão ênfase à dimensão religiosa/espiritual, e algumas dão ênfase à prática dos doze passos dos Narcóticos Anônimos (NA). As comunidades pesquisadas são católicas.

Os participantes aceitaram, livremente, participar dessa pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (incluindo a autorização de cada instituição). Foram observados os procedimentos de Ética em Pesquisa com seres humanos. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/PR³.

Os critérios de seleção dos colaboradores deste estudo foram os seguintes: estar em tratamento para a dependência química, demonstrar capacidade de compreender e responder aos instrumentos a serem aplicados e aceitarem participar, voluntariamente, da pesquisa. Os sujeitos que não se enquadraram nos critérios de pesquisa foram excluídos do estudo.

2.4.1 Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro

A Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro é mantida pelos missionários Redentorista. Ela está localizada em Curitiba, no Estado do Paraná, numa chácara chamada “Chácara terapêutica Nossa Senhora do Perpétuo Socorro”. O período de tratamento é de nove meses. Padre Celso Cruz, Redentorista e reitor do Santuário de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro fala que “as chácaras terapêuticas têm sido uma resposta de amor à realidade de tantas pessoas que mergulharam em algum tipo de vício” (Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro, 2016).

³ Parecer Número 1.060.595, de 06/05/2015.

A Chácara Terapêutica Nossa Senhora do Perpétuo Socorro existe há três anos e relata ter já recuperado 45 pessoas da dependência química. A chácara faz parte de uma rede de ajuda aos dependentes químicos que conta com apoio e iniciativa dos Missionários Redentoristas que trabalham no Paraná e Mato Grosso do Sul. O tratamento é totalmente gratuito e se mantém com a ajuda de voluntários (Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro, 2016).

2.4.2 Comunidade Terapêutica Abrigo da Misericórdia

A Comunidade Terapêutica Abrigo da Misericórdia situa-se no Estado de Santa Catarina, no município de São Francisco do Sul. Ela foi fundada no ano de 2005, por um casal de comerciantes. Esse casal, impulsionado pelo desejo de restaurar vidas, resolveu deixar o conforto e a estabilidade financeira, venderam seus bens e adquiriram uma chácara e ali começaram a acolher pessoas que estavam nas ruas.

Inicialmente, eles abrigavam as pessoas, ofereciam comida, roupas limpas e conforto espiritual. Chegaram a abrigar mais de 100 pessoas. Diante de exigências legais, foi preciso realizar algumas mudanças, tais como: mudança de regimento, do nome e reestruturação da casa. E, por isso, o número de atendidos na casa passou de 100 para 60 pessoas.

Mediante a alta demanda por tratamento contra a adicção, o Abrigo da Misericórdia passou a oferecer acompanhamento psicológico, médico e odontológico e direcionou sua proposta para tratamento de pessoas com problemas de dependência química. O tratamento, consiste no seguinte tripé: oração, laborterapia e disciplina. A espiritualidade é baseada na doutrina católica. Quando as pessoas entram nessa comunidade para o tratamento da drogadicção, recebem orientações referentes às normas da casa. Dentre essas normas, destaca-se a participação nos momentos de oração promovidos pela comunidade.

A rotina semanal acontece da seguinte maneira: das 6h às 7h realiza-se um momento de adoração ao Santíssimo Sacramento. Quanto a essa prática, vale mencionar que são convidados a participar somente aqueles que pertencem à religião Católica e de livre vontade; das 7h15 às 7h45 todos são convocados a estarem na capela para um momento de oração comunitária. No período da tarde, às 15h45

realiza-se a recitação do terço da misericórdia, com duração de 15 minutos. Durante à noite, acontece outro momento de oração, conduzido, cada noite, por um determinado grupo, como por exemplo: segunda-feira, o grupo evangélico conduz a realização do culto; na terça-feira, realiza-se a Missa e após essa Celebração, para quem deseja, tem-se a possibilidade de participar do Sacramento da Reconciliação através da confissão; na quarta-feira, um grupo pertencente ao Movimento da Renovação Carismática Católica coordena um momento de oração; na quinta-feira, há uma atividade com a pastoral da sobriedade, pertencente à Igreja Católica; e na sexta-feira, acontece um momento de leitura bíblica, promovido pelos coordenadores da casa.

Das 8h30 às 12h e das 14h às 17h30, acontece a laborterapia através da reciclagem de materiais como: papelão, plásticos e outros. Os valores obtidos, com as vendas, são revertidos para a comunidade. O tratamento oferecido aos acolhidos na comunidade tem a duração de um ano, e àqueles que não têm mais familiares é oferecida a possibilidade de morar na comunidade, caso desejarem. Vale mencionar, ainda, que, semanalmente, há atendimento psicológico individual e em grupo e, quando necessário, há encaminhamento para atendimento psiquiátrico (Comunidade Terapêutica Abrigo da Misericórdia, 2016).

2.4.3 Comunidade Terapêutica Essência de Vida

A Comunidade Essência de Vida está situada no Estado de Santa Catarina, Município de Araquari, e foi fundada em 1994. Essa comunidade oferece condições às pessoas com problema de dependência química de conhecer que existe um Poder Superior, respeitando a forma como cada um entende Deus, dentro de um espírito cristão e com uma postura ecumênica.

Essa comunidade tem São Francisco de Assis como padroeiro e possui a orientação dos Freis Franciscanos Capuchinhos. Fundamentada na doutrina da Igreja Católica, seu lema Franciscano é: “O Senhor mesmo me conduziu entre eles e tive misericórdia com eles”.

O atendimento visa conscientizar a pessoa com dependência química de que ela é, sobretudo, uma pessoa com uma doença crônica, a Síndrome de Dependência

Química. Esta doença é progressiva e recorrente, com sintomatologia e evolução previsíveis, decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas, e, muitas vezes, esse uso abusivo traz influências genéticas, psicológicas e sociais.

A Comunidade busca oferecer à pessoa em tratamento, condições para perceber e compreender a necessidade de valorizar a disciplina como ferramenta essencial para o desenvolvimento e a manutenção da recuperação.

O Programa de Acolhimento é orientado por uma Equipe Técnica composta de psicólogos, terapeuta ocupacional, assistente social, monitores de dependente químico, assistentes administrativos, freis franciscanos e voluntários.

Os horários de espiritualidade são das 7h15 às 7h45 da manhã, e, no período da noite, das 19h às 19h30. Semanalmente, no período noturno, após os momentos de espiritualidade realizam-se as seguintes atividades: estudo dos 12 passos dos Narcóticos Anônimos (NA); momento de oração com o terço da sobriedade; reunião de grupo de mútua-ajuda para discutir sobre a prevenção da recaída; reunião de grupo de partilha sobre os sentimentos; e a celebração de uma mística denominada “Filhos de Deus” (Comunidade Terapêutica Essência de Vida, 2016).

2.4.4 Comunidade Terapêutica Fonte de Misericórdia

A Comunidade Terapêutica Fonte de Misericórdia situa-se no estado do Paraná. A comunidade foi fundada em 2004, pelo casal, Rosilene Amora e José Carlos Amora (Zeca). A inspiração inicial de trabalhar com pessoas com problema de dependência química foi de Rosilene. Ela sentiu esse chamado e quando realizava essa missão, conheceu Zeca, que estava em tratamento. Após três anos, Rosilene casou-se com Zeca e depois disso, o casal decidiu fundar a “Comunidade Fonte de Misericórdia” a fim de que mais pessoas pudessem ter uma vida melhor, longe dos vícios e superassem o problema da drogadicção, como foi o caso de Zeca.

O período de tratamento é de seis meses, através do qual a pessoa frequenta terapia e desenvolve sua espiritualidade. A casa não faz uso de medicamentos para o tratamento, mas utiliza-se da Palavra de Deus, da convivência entre os irmãos e da laborterapia.

A casa é mantida por meio da mensalidade dos atendidos e com doações da sociedade em geral. Hoje, a Comunidade Fonte de Misericórdia atua em São José dos Pinhais/PR, Itaperuçu/PR, Almirante Tamandaré-PR e em Curitiba-SC, totalizando mais de cem atendidos. A pesquisa foi realizada em São José dos Pinhais/PR e em Almirante Tamandaré/PR.

Das 7h às 8h tem-se o momento de espiritualidade, com a oração do terço e meditação do Evangelho; das 11h30 às 11h45, reza-se o terço da Divina Providência; das 15h às 15h15, há a oração do terço da misericórdia e das 19h às 20h tem a Adoração ao Santíssimo Sacramento. Nos demais horários, acontecem a laborterapia e higiene pessoal.

Os internos e os monitores dessa comunidade realizam um trabalho social junto às escolas, desenvolvendo teatro e palestras educativas referentes às drogas. Para os ex-residentes é oferecido um encontro semanal voltado ao desenvolvimento da espiritualidade, a fim de que mantenham a sobriedade (Comunidade Terapêutica Fonte de Misericórdia, 2016).

2.4.5 Método

O presente estudo é de natureza quantitativa de base *Survey*, e o método de análise é descritivo, de corte-transversal, visto que a coleta de dados ocorrerá em um só momento (FREITAS, et al. 2000, p.110). Trata-se de um método de coleta de informações diretamente de pessoas, a respeito de suas ideias, sentimentos, saúde, planos e crenças (FREITAS, et al. 2000, p.105).

O método *Survey* é utilizado em pesquisas quantitativas. Sua principal característica é produzir descrições quantitativas de uma população. Por isso, faz-se uso de instrumentos predefinidos. O *Survey* é usado quando se quer responder questões como: o quê? Por quê? Como? Quanto? O foco de interesse do Método *Survey* é sobre “o que está acontecendo”, ou “como isto está acontecendo” (FREITAS, et al. 2000, p.105).

Para a coleta de dados foram utilizados alguns instrumentos: 1) Questionário sociobiodemográfico; 2) Escala CRE-BREVE, 3) Escala de Ansiedade Generalizada.

1) Questionário sociobiodemográfico - Neste questionário foram levantados os dados gerais dos participantes, tais como: idade, estado civil, sexo, nível de escolaridade, ocupação profissional, renda e alguns dados sobre religião/espiritualidade e dados sobre a história do uso de substância química e tratamento.

2) Escala de *Coping* Religioso/Espiritual - A Escala CRE-Breve verifica quais elementos da religiosidade/espiritualidade estão mais implicados no processo de tratamento da dependência química CRE-breve (fornece dados sobre os tipos de *coping* religioso/espiritual – se positivo ou negativo e as estratégias utilizadas);

3) Escala de Ansiedade Generalizada. Este instrumento avalia a prevalência do Transtorno de Ansiedade Generalizada presente nessa população analisada e possibilitará correlacionar a ansiedade com o uso de substâncias e as formas de *coping* religioso/espiritual empregadas.

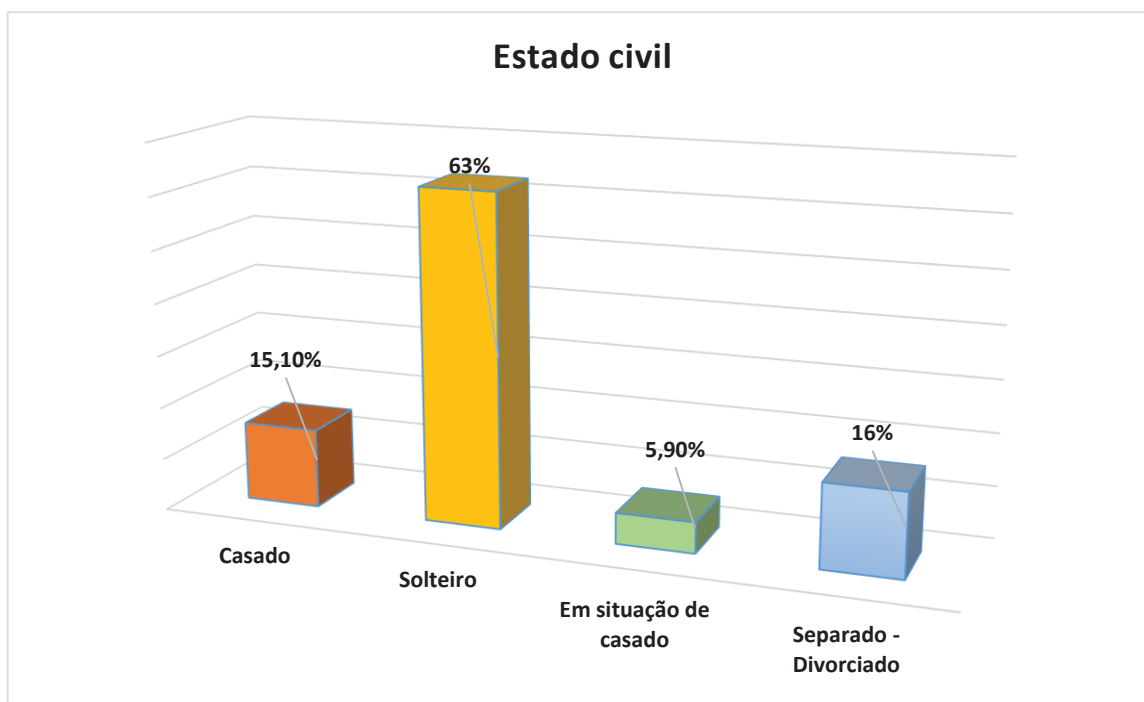
2.4.6 Resultados Sociobiodemográficos

Participaram da pesquisa 119 homens internados para tratamento da drogadicção em comunidades terapêuticas. Com exceção da Comunidade Fonte de Misericórdia que oferece tratamento para mulheres, todas as outras comunidades são exclusivamente masculinas. Devido à distância geográfica entre as casas feminina e masculina da Comunidade Fonte de Misericórdia, optou-se por levantar os dados apenas na casa masculina dessa comunidade.

Em relação à questão de gênero, vale destacar que a revisão de literatura mostra que há mais homens do que mulheres com problemas de drogadicção e em tratamento (PAVANI et al., 2007; SILVA, 2014; MARTINS et al., 2008; BORINI et al., 1994; CRUZ, 2006; GONÇALVEZ, 2008). O presente estudo verificou que dos 71,4% dos participantes que têm alguém da família com problema de drogadicção, 41,2% citam o pai, enquanto 9,4% citam a mãe. Isto levanta a suspeita de que o modelo parental masculino e feminino influenciam no uso e abuso de substância química. Contudo, há necessidade de maiores estudos para discutir especificamente essa questão de gênero entre essa população.

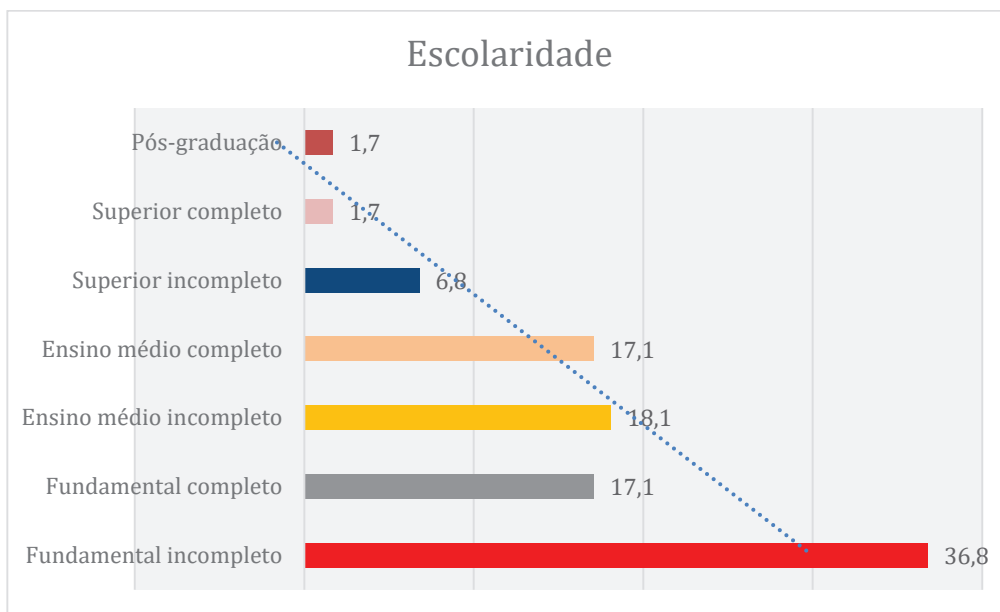
Nos dados sociobiodemográficos foi possível observar que 63% são solteiros, 16% separados, 15,10% casados e 5% em situação de casado (Ver gráfico 1).

Gráfico 1 – Estado civil



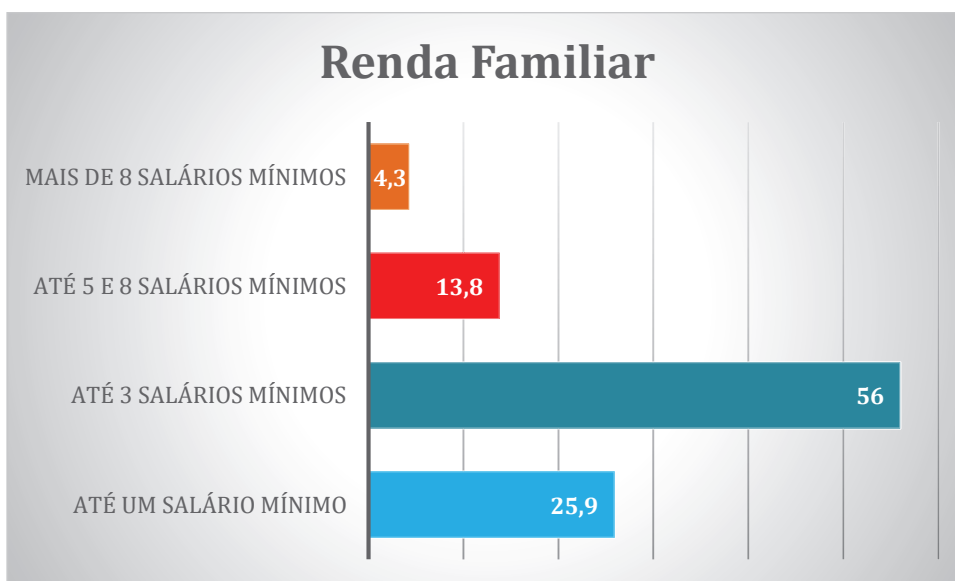
Ao analisar o grau de escolaridade da população desta amostra, percebeu-se o baixo nível de escolaridade, pois somente 17% concluíram o Ensino Médio; 17,1% concluíram o Ensino Fundamental e 36,8% tem o Ensino Fundamental incompleto. Este dado confirma o estudo de Silva (2014 p.739) que também observou o baixo nível de escolaridade entre jovens e adultos de sua amostra. É possível inferir que as drogas impedem os sujeitos de continuarem os estudos, pois o levantamento aponta que a idade de início ao uso das drogas foi de 15,54 anos (Ver gráfico 2).

Gráfico 2 - Grau de Escolaridade



Em relação à renda familiar, 56% recebem até três salários mínimos. Observou-se que a renda familiar não encontra correlação com o uso de drogas. Todos estavam internados em comunidades terapêuticas, alguns se encontravam desempregados antes do internamento devido ao uso das drogas, e isto era um dos motivos de estresse (Ver gráfico 3).

Gráfico 3 – Renda Familiar



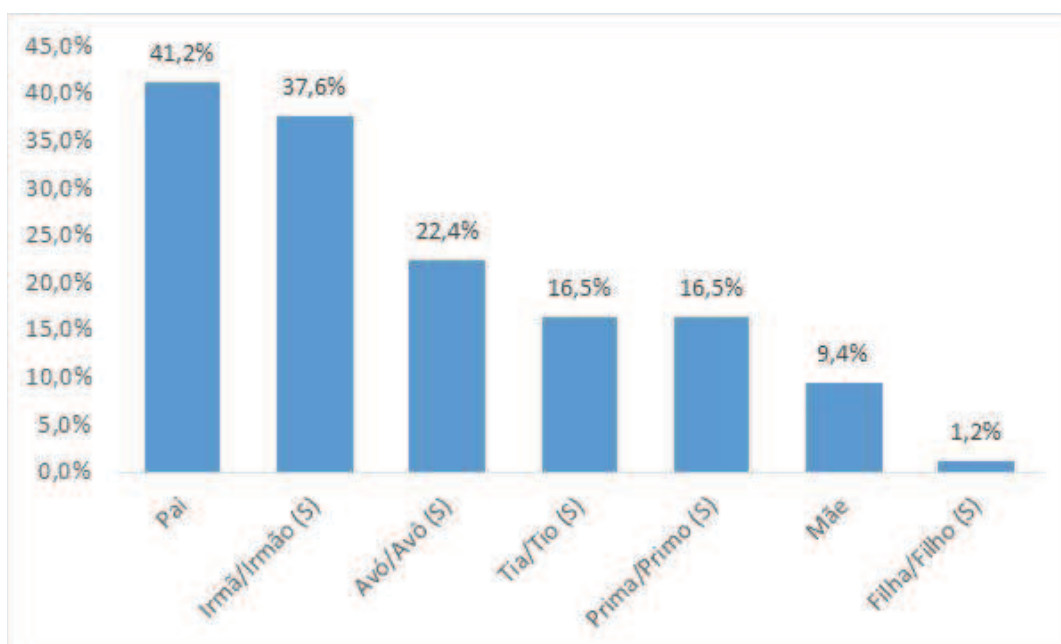
Em sua grande maioria, os participantes dessa pesquisa pertencem a algum grupo religioso (77,8% são católicos e 17,9% evangélicos) com normas, práticas e crenças religiosas estabelecidas, mas somente 47,8% consideram-se religiosos, e 21,7% consideram-se religiosos e espiritualizados. Pressupõe-se que haja uma insatisfação com as instituições religiosas, porque segundo esses dados a estratégia de *coping* negativo: “insatisfação com outro institucional”, apareceu como uma das estratégias mais utilizadas e esta mesma estratégia de *coping* negativo traz questões como: sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com alguém com representatividade institucional, quer seja ele frequentador, membro, representante ou líder da instituição religiosa ou mesmo “simbolizado pelo conjunto de crenças religiosas ou espirituais que a pessoa possui” (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 105).

Vale acrescentar um dado observado nessa pesquisa: 30,4% dos entrevistados consideram-se espiritualizados e não religiosos. A espiritualidade, na concepção de Koenig (2005, p. 44), é mais individualista e mais focada na emoção, direcionada para dentro, não tão ligada a uma religião propriamente dita. Comparando esses dados com as estratégias de *coping* religioso-espiritual positivo, percebe-se que os fatores mais evidentes aparecem mais relacionados à espiritualidade como: “transformação de si” e “Posição positiva frente a Deus”.

Na pergunta referente ao histórico de dependência química foi possível perceber que 71,4% dos participantes têm alguém da família com problema de drogadicção: 41,2% o pai; 37,6% irmão/irmã; 22,4% avó; 16,5% primos; 9,4% a mãe e 1,2% citaram seus filhos. Alguns citaram mais de uma pessoa da família (Ver gráfico 4). Apenas 28,6% alega não ter na família pessoas com o problema da drogadicção.

De acordo com a SENAD, os fatores genéticos desempenham um papel importante na drogadicção, neste aspecto percebe-se o modo como as pessoas reagem às drogas e outro fator relevante é o ambiente familiar, o qual propicia o início às drogas (SENAD, 2013, p.99). O ambiente familiar pode também aumentar o risco ao uso de drogas, devido ao condicionamento do ambiente. As pessoas aprendem que usar drogas é um modo de lidar com uma situação estressante, ou seja, utilizam das drogas para obterem um efeito ansiolítico em situações adversas. E isso, muitas vezes, aprende-se no próprio ambiente familiar. A importância de ter um ambiente saudável, com bons estímulos e menor estresse, ajuda a reduzir o consumo de drogas (SENAD, 2013, p.88).

Gráfico 4 - Histórico de Dependência Química na família

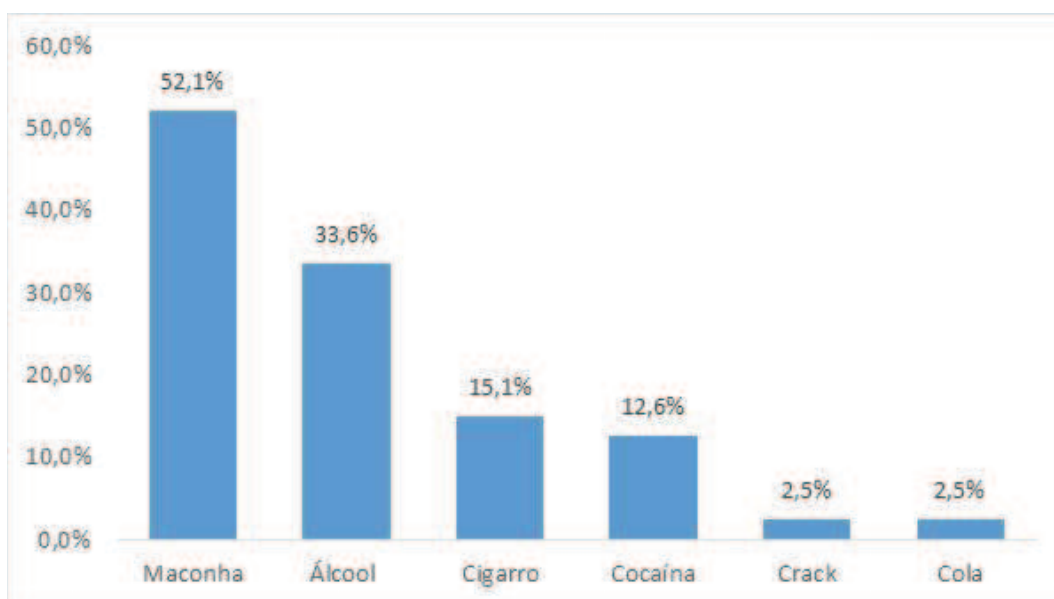


A média de idade da amostra é de 34,08 anos (n=116). Um levantamento realizado pelo SENAD sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das 27 Capitais brasileiras indicou que a idade de início do uso de álcool se deu por volta dos 13 anos (SENAD, 2013, p. 57). Nesta amostra a idade de início ao uso das drogas foi de 15,54 anos.

Quando associamos estes dados de início às drogas com a pergunta da pesquisa “sobre com qual droga iniciou” a maconha foi a primeira com 52,1%, o álcool a segunda com 33,6% e, em terceiro, o cigarro com 15,1% (Ver gráfico 5). Mais da metade da população pesquisada fez o primeiro uso com a maconha. Percebe-se, ainda, que a maconha, mesmo sendo uma droga ilegal, ela é de fácil acesso.

Segundo a SENAD houve realmente um aumento do uso da maconha e outros psicotrópicos, entre os anos de 2001 a 2005 (SENAD, 2013, p.57). Sobre o álcool vale lembrar que muitas vezes é utilizado como meio recreativo comum nas famílias e até em ambientes religiosos. Esse dado é convidativo a repensar o seu uso.

Gráfico 5 – Droga de início de uso



Em se tratando da fissura, a pergunta era: “O que mais funciona para você na hora da fissura?” As respostas mais citadas pelos participantes foram: a oração, pensar em Deus, ler a bíblia, praticar a oração do terço e oração diante do Santíssimo Sacramento. A oração foi utilizada tanto como estratégia para vencer a fissura, como também como recurso importante para manter a sobriedade. A oração pode ser classificada como o estilo de *coping* denominado súplica e esta pode ser positiva ou negativa. De acordo com Panzini e Bandeira (2005, p. 510), a oração de súplica é positiva quando é um meio de contato e proximidade com Deus, a quem elevo meus pedidos e espero sua intervenção. A oração de súplica negativa acontece quando se pretende, veementemente, mudar a vontade de Deus sem disposição para espera e aceitação de determinada situação.

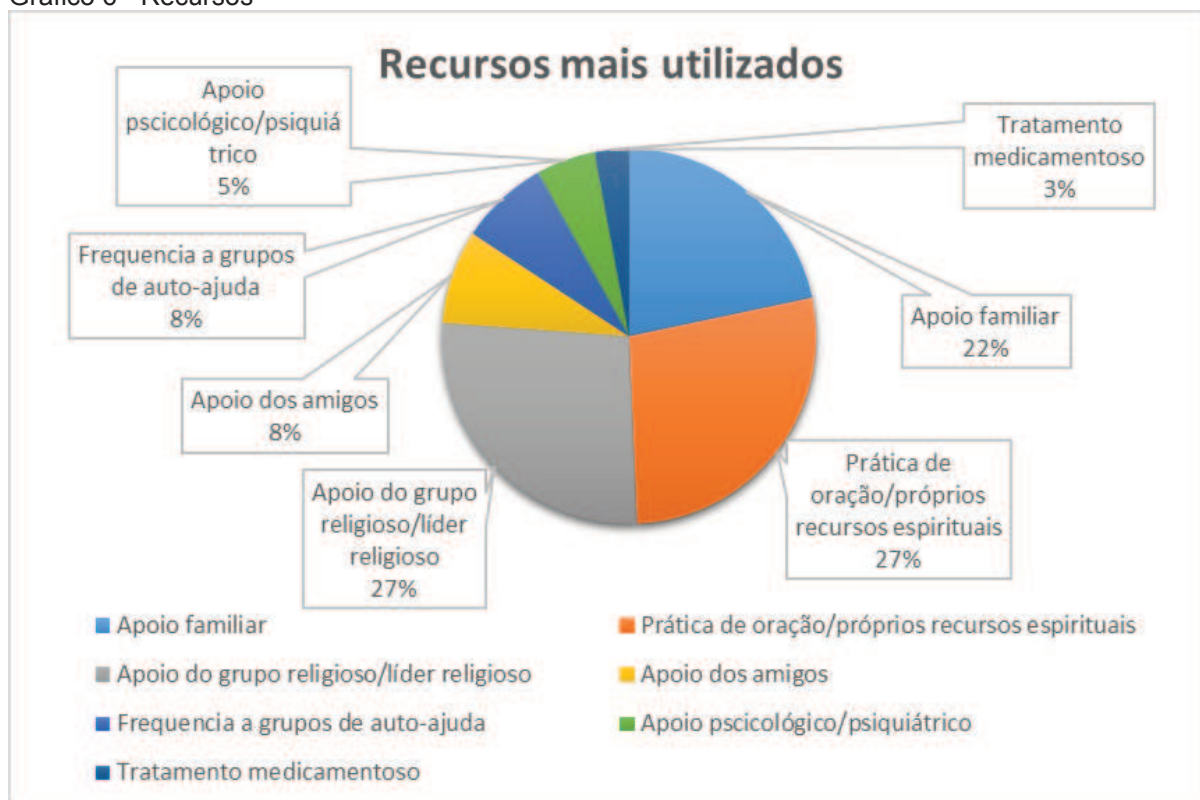
Outras estratégias utilizadas foram: conversar com outras pessoas, partilhar sobre os sentimentos, procurar mudar o comportamento, pensar na família e no valor que tem para si. Alguns dos entrevistados relataram não saber o que é fissura, ou ainda não passaram por isso. Dizem que antes da internação, sempre que sentiam desejos usavam a droga; outros, nessa mesma situação, mencionam que desenham, fazem esporte, esperam uns cinco minutos, procuram pensar em outra coisa, ingerem bala ou comem bolo, e outros afirmaram que fazem algum tipo de laborterapia.

Ao serem questionados sobre “quais recursos os ajudam mais em situação de risco para manter a sobriedade”, constatou-se que as práticas religiosas/espirituais, tais como: a oração, devoções, leitura de literatura religiosa e outros foram de maior

incidência, com 27% e o apoio do líder e do grupo religioso com 27% conforme gráfico 6. Outras formas de apoio foram: amigos: 8%, Apoio psiquiátrico e psicológico: 5% e tratamento medicamentoso, com percentual de 3%.

Nota-se, ainda, neste gráfico 6, que os recursos relacionados à religião/espiritualidade apareceram como estratégias apreciáveis por esta população. Quando somado os recursos como: a prática de oração, o apoio do grupo religioso, o apoio do líder religioso os próprios recursos espirituais o percentual é de 54%.

Gráfico 6 - Recursos



2.4.7 Escala de Coping Religioso/Espiritual Abreviada (Escala CRE-Breve)

A Escala CRE-Breve tem 49 questões por meio das quais, os participantes foram convidados a responder usando a escala *Lickert*, assinalando o número que mais representasse a intensidade da declaração.

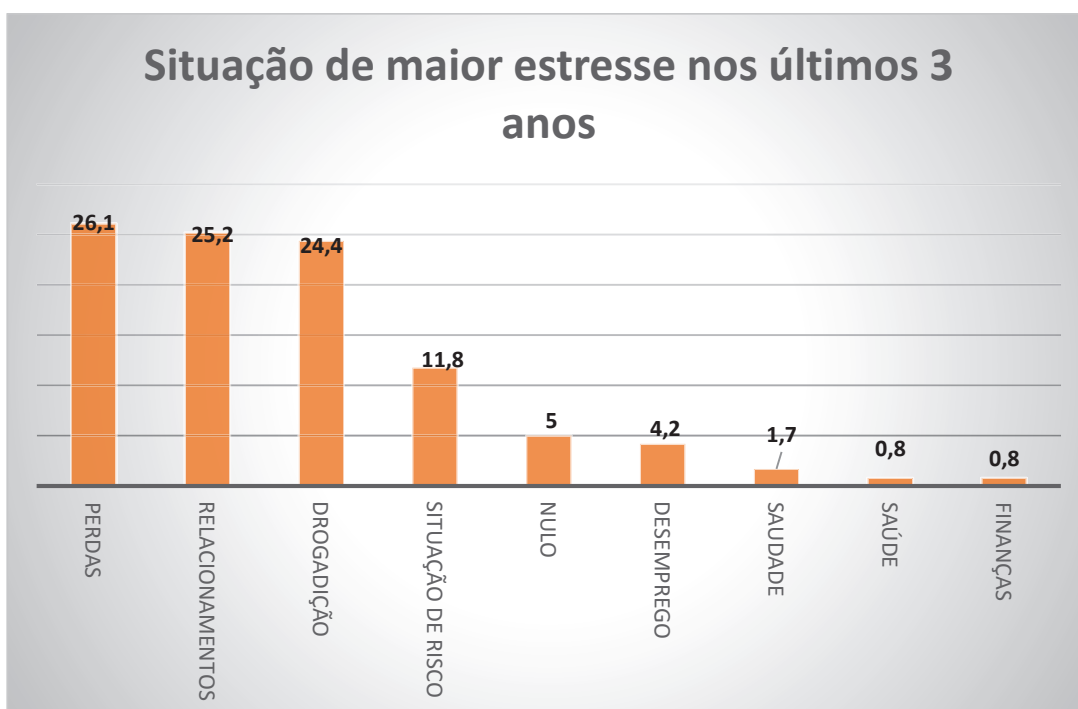
A revisão de literatura sobre religião/religiosidade e drogadicção mostra que embora hajam várias pesquisas apontando a importância da religião no tratamento da

dependência química, nenhuma delas abordam especificamente a relação entre *coping* religioso/espiritual e tratamento da dependência química.

A Escala CRE-breve permite levantar quais as estratégias de *coping* são mais utilizadas pelas pessoas em tratamento da dependência química.

No início da aplicação da Escala CRE-Breve, os participantes são convidados a pensar sobre quais foram os momentos estressantes ou mais difíceis que eles enfrentaram nos últimos três anos e a descrevê-los brevemente. Com relação aos momentos estressantes informados, 26,1% relataram ter vivenciado uma situação de perda nos últimos três anos. As perdas mencionadas foram: separação da família, falecimento de entes queridos, afastamento dos amigos e familiares. Outro fator estressante, destacado por 25,2% entrevistados, refere-se aos problemas com relacionamentos e à própria dependência química 24,4%. Nos relatos, os participantes descreveram que muitos problemas causadores de estresse vieram a partir da drogadicção, como: separações, brigas, finanças, saúde, desemprego, abandono e outros (Ver Gráfico 7). Contudo, não saber lidar com as perdas e com a solidão; problemas de relacionamentos e outros citados no gráfico 7, podem levar a pessoa ao uso abusivo da droga, tornando-se desse modo um ciclo vicioso onde causa e efeito se misturam.

Gráfico 7 – Situação de maior estresse nos últimos 3 anos



Na análise do *coping* negativo, percebe-se que 41,2% da população desta amostra fazem uso desta estratégia, com classificação média; e 7,6% com classificação alta, pelos parâmetros de interpretação dos escores da Escala CRE-Breve. Sendo assim, uma abordagem faz-se necessária nesses locais para auxiliar as pessoas em tratamento da drogadicção e sobre como elas veem a Deus, a instituição e o sentido de suas vidas. O *coping* negativo indica um olhar negativo a Deus e à própria existência, bem como não propicia a saúde mental e a qualidade de vida (Ver tabela 2).

Tabela 2 - *Coping* Negativo

Coping Negativo		
Medidas	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	4	3,4
Baixa	57	47,9
Média	49	41,2
Alta	9	7,6
Altíssima	0	0
Total	119	100

O *coping* positivo é utilizado por 62,2% da população da amostra na classificação média da tabela e 22,7% na classificação alta. Portanto, percebe-se que as pessoas têm uma prática maior de *coping* positivo. De modo geral, o *coping* positivo apareceu com a mais alta frequência, isto indica que uma parte da população desta amostra tem um bom relacionamento com Deus e com a própria existência (Ver tabela 3).

Tabela 3 - *Coping* Positivo

Coping Positivo		
Medidas	Frequência	Porcentagem
Nenhuma	0	0
Baixa	16	13,4
Média	74	62,2
Alta	27	22,7
Altíssima	2	1,7
Total	119	100

A média do *coping* religioso/espiritual positivo entre os participantes ficou em 3,12 e o *coping* religioso/espiritual negativo em 2,52. Tanto o *coping* religioso/espiritual positivo como o *coping* religioso/espiritual negativo são utilizados pelos participantes, e sendo este último em porcentagem menor.

Analisando a Razão do CRE negativo e o CRE positivo, pode-se chegar a cálculos mais seguros sobre o uso do *coping* positivo e negativo nesta amostra. Segundo Panzini e Bandeira (2005, p.513), quanto mais baixo for o valor total da Razão do CRE Negativo e positivo, maior é o uso do CRE positivo, a média nesta pesquisa ficou em 0,8269, desse modo, pode se concluir que a maior parte desta população faz uso de *coping* religioso/espiritual positivo.

Em relação ao CRE- Total, os dados indicam que a população realmente utiliza do *coping* religioso/espiritual, pois quanto mais alto for o seu valor, maior o seu uso. O CRE- total foi de 3,3279, considerado médio, de acordo com os parâmetros de interpretação da escala (Ver tabela 4), indicando que os participantes utilizam estratégias de enfrentamento religiosas/espirituais para a solução de problemas.

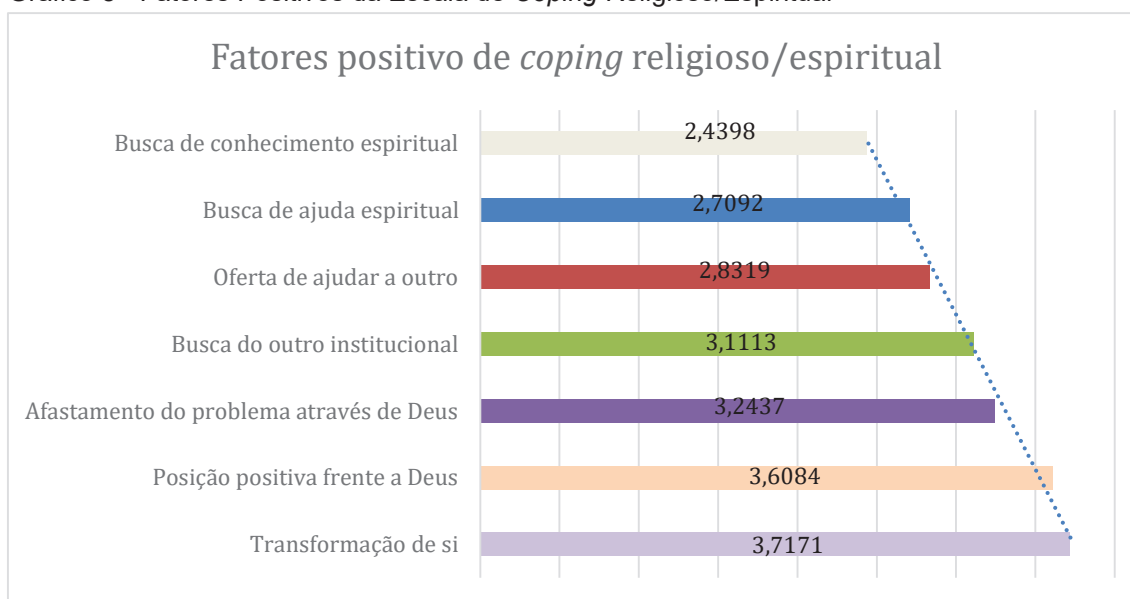
2.4.8 Fatores Positivos da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual

Os resultados coletados são interpretados a partir dos parâmetros de interpretação da Escala CRE-Breve, conforme demonstra a Tabela 4.

Tabela 4 - Parâmetros de Interpretação da Escala CRE-Breve

Parâmetros				
Nenhuma/Irrisória	Baixa	Média	Alta	Altíssima
1,00 a 1,50	1,51 a 2,50	2,51 a 3,50	3,51 a 4,50	4,51 a 5,00

A aplicação da Escala CRE-Breve trouxe os seguintes resultados de *coping* religioso/espiritual positivo, conforme mostra o Gráfico 8.

Gráfico 8 - Fatores Positivos da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual

Os fatores de *coping* positivo são descritos a seguir, na ordem em que foram os mais utilizados:

1º) P1 - “Transformação de si/sua vida”

“Transformação de si/sua vida” foi a estratégia de *coping* religioso/espíritual mais utilizada pelos participantes da pesquisa. Esse fator teve uma média de 3,71, considerada alta, segundo os parâmetros da escala (Tabela 4).

Este fator compreende conteúdos que apontam caminhos para a transformação do indivíduo a partir da reavaliação espíritual positiva da situação estressora, e equivale à “busca por modificação de aspectos de si mesmo ou de sua vida, objetivando uma transformação” (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 75). Esse fator pode ser exemplificado nas seguintes afirmações: “voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida”; “pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus”; “pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida”; “pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos”; “pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus”; “orei para descobrir o objetivo de minha vida”; “procurei por um total redespertar espíritual”; “pedi perdão pelos meus erros”; “tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus”; “refleti se não estava indo contra às leis de Deus e tentei modificar minha atitude”.

2º) P4 - “Posição positiva frente a Deus”

O resultado deste fator apontou uma média de 3,60, considerada alta de acordo com os parâmetros da escala. Foi a segunda estratégia mais utilizada por esta população da amostra.

Este fator manifesta uma posição pessoal positiva frente a Deus em relação à situação estressora. Tal comportamento expressa-se “em atitudes como: contar, colaborar, suplicar, se aproximar e/ou se apoiar em Deus, ou ainda, em ações individuais independentes da ajuda de Deus” (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 102). Este fator compreende as seguintes afirmações: “procurei o amor e a proteção de Deus”; “procurei em Deus a força, o apoio e a orientação”; “confiei que Deus estava comigo”; “tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus”; “tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus”.

3º) P6 “Afastamento do problema através de uma aproximação de Deus/religião/espiritualidade”

O índice deste fator registrou uma média de 3,24, considerada média, de acordo com os parâmetros de interpretação da escala. Este fator representa comportamento de enfrentamento religioso/espiritual que a pessoa realiza, buscando aproximar-se de Deus, da religião ou da espiritualidade e tem como consequência o afastamento do problema ou situação geradora do estresse vivido. Consiste numa mudança de perspectiva pessoal em relação à situação estressora (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 102). O afastamento do problema, através de Deus, da religião/espiritualidade pode ser evidenciado em expressões como: “fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus”, “entreguei a situação para Deus, depois de fazer tudo o que podia” e “tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto”. Um comportamento identificado como *coping* afastamento é diferente do *coping* esquiva.

Cabe ressaltar que o *coping* afastamento se diferencia do *coping* esquiva. Este último é considerado como negativo por configurar uma tentativa de fuga em relação ao problema, enquanto que o afastamento é positivo, pois a pessoa não nega o problema, nem tenta fugir do mesmo, apenas encontra alívio temporário, procurando focar sua atenção noutro tema (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 102-103).

4º) P5 - “Busca do outro Institucional”

O fator de *coping* religioso/espiritual positivo, Busca do Outro Institucional apontou uma média de 3,11, considerada média, de acordo com os padrões de interpretação da escala. Este fator diz respeito a todo comportamento pelo qual a pessoa realiza um movimento de aproximação com a religião institucional.

Este fator pode ser expresso, por exemplo, em uma aproximação com os membros ou representantes religiosos, ou ainda, com as manifestações formais e institucionalizadas das religiões (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 102). Esse quinto fator é evidenciado pelas seguintes afirmações: “Tentei me juntar a outros que tivessem a mesma fé que eu”; “Participei de atividades ou festividades religiosas ou espirituais”.

5º) P3 - “Oferta de ajuda ao outro”

Este fator compõe-se de comportamentos pelos quais a pessoa procura ajudar os outros. “Tal ajuda pode manifestar-se com orações, apoio e/ou orientação espiritual oferecida a outros, bem como os atos de caridade, trabalho voluntário em benefício de outras pessoas” (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 101, 102).

O fator “oferta de ajuda ao outro” foi o quinto fator mais utilizado, apresentando uma média de 2,83. De acordo com os parâmetros de interpretação, trata-se de um valor médio. Sobre este fator de *coping* religioso/espiritual é importante ressaltar que comportamentos de ajuda, geralmente são reconhecidos por produzir emoções positivas. Alguns estudos sugerem que atitudes de voluntariado, de iniciativa de ajudar os outros, podem influenciar a saúde mental e física de uma pessoa (KOENIG, 2005, p.62).

6º) P2 - “Busca de ajuda espiritual”

Este fator engloba todo comportamento de enfrentamento religioso espiritual em que a pessoa busca no outro, um tipo de ajuda espiritual, tanto na procura por tratamentos espirituais, quanto na busca de orientação com elementos espirituais e prática de atitudes que almejam a espiritualidade ou uma maior conexão com ela. Esse fator pode ser exemplificado nas seguintes afirmações: “procurei ou realizei

tratamentos espirituais”; “procurei me aconselhar com meu guia espiritual”; “busquei proteção e orientação de ordem espiritual como: santos, anjos e espíritos”; “participei de sessões de cura interior”; “recebi ajuda através de imposição das mãos”.

O índice deste fator de *coping* religioso/espiritual positivo na presente pesquisa encontrou uma média de 2,70. Tal escore também é considerado médio, de acordo com os parâmetros de interpretação da Escala CRE-Breve. Ressalte-se que, dentre os sete índices parciais dos fatores positivos dessa escala a média desse fator foi uma das menores apresentada. Isso revela que a população desta amostra não busca, regularmente, algum tipo de ajuda espiritual, provavelmente, pelo fato de que essa população está em tratamento da drogadicção há pouco tempo.

7º) P7 - “Busca de conhecimento espiritual”

Por meio da literatura ou pela mídia religiosa/espiritual os objetivos deste sétimo fator de *coping* religioso/espiritual podem ser facilmente alcançados. As questões que envolvem este fator são: “comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais”; “busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa e procurei auxílio nos livros sagrados”.

O índice apresentado por este fator evidenciou uma média de 2,43. Um escore considerado baixo, de acordo com os parâmetros de interpretação da Escala CRE-Breve. Este fato se explica pelo baixo nível de escolaridade das pessoas que estão em tratamento da drogadicção, uma vez que poucos chegaram a concluir o Ensino Médio e, somente, 17,1% concluíram o Ensino Fundamental, dificultando, assim a aquisição do hábito de prática de leitura e de estudo.

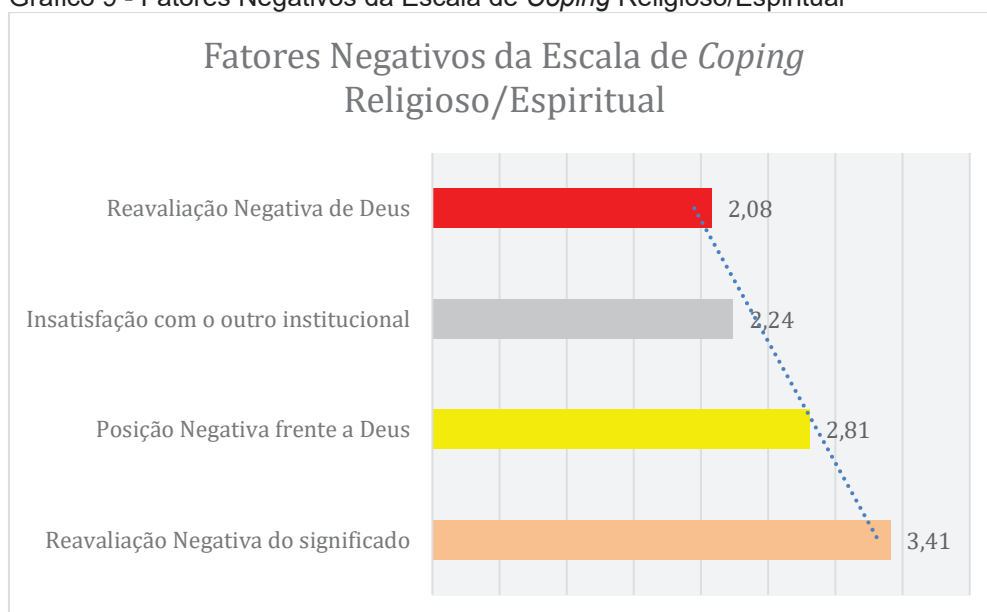
Enfim, as estratégias de *coping* religioso/espiritual positivo, diante das situações estressoras como: perdas, problemas de relacionamentos e a própria dependência química, foram utilizadas por esta amostra. Este dado se confirma com a medida da análise do CRE- total (citado acima). Quanto mais alto for o valor do CRE-Total, maior o uso do *coping* religioso/espiritual. Panzini e Bandeira (2007, p. 129) definem o CRE positivo como estratégias que proporcionam efeitos benéficos à saúde mental e qualidade de vida das pessoas que as praticam. Faria e Seidl (2005, p.384) confirmam o estudo de Panzini, quando menciona que “os padrões positivos foram associados ao crescimento psicológico e espiritual, à avaliação positiva da qualidade de vida e à redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais”.

Quanto aos resultados dos fatores mais utilizados, a pesquisa apontou que é alto o índice de pessoas em tratamento que buscam por uma transformação de si/sua vida, a partir da reavaliação espiritual positiva da situação estressora. Tal transformação é viabilizada por uma posição positiva frente a Deus, evidenciada em atitudes tais como: colaborar, suplicar, se aproximar e/ou se apoiar em Deus. O fator “afastamento do problema através Deus/religião/espiritualidade” apresentou uma média de 3,24 (considerada média a partir dos parâmetros de interpretação da escala). Considerando que a maioria dos participantes da pesquisa ainda está em tratamento (muitos ainda no início), à medida em que as estratégias espirituais vão sendo mais utilizadas e incorporadas no tratamento, é possível que este fator alcance médias maiores, possibilitando a transformação de si.

2.4.9 Fatores Negativos da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual

Os fatores da escala de *coping* religioso/espiritual negativo expressam-se “por meio de um relacionamento menos seguro com Deus; uma visão de mundo frágil e ameaçadora, uma batalha espiritual na busca por significado” (PARGAMENT et al., 1998, p. 712). O gráfico 9 aponta os fatores de *coping* religioso/espiritual negativo mais utilizados e os menos utilizados.

Gráfico 9 - Fatores Negativos da Escala de *Coping* Religioso/Espiritual



1º) N4 - “Reavaliação negativa do significado”

“Reavaliação negativa do significado” foi o fator de *coping* religioso/espiritual negativo mais utilizado. Este fator diz respeito ao comportamento pelo qual a pessoa reavalia negativamente o significado da situação estressora como um ato e/ou consequência do mal (pode ser associado a um ser personalizado, a uma figura abstrata, ou ainda, aos desejos de outras pessoas para si). Ou ainda como uma punição às suas próprias atitudes, estilo de vida, erros, pecados e outros (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 105).

Na Escala CRE-Breve este fator aparece em afirmações como: “imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros”, ou “convenci-me de que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer” ou ainda “senti que o mal estava tentando me afastar de Deus”.

Esse fator registrou uma média de 3,41; um escore considerado médio, de acordo com os parâmetros de interpretação da Escala CRE-Breve.

2º) N2 - “Posição negativa frente a Deus”

Este fator corresponde ao comportamento de *coping* religioso/espiritual, pelo qual a pessoa pede, ou espera que Deus tome o controle da situação estressora e tenha a responsabilidade de resolvê-la, sem a participação ativa individual. “Pode expressar-se através do estilo de *coping* delegação religiosa passiva ou do estilo de *coping* súplica negativa, quando a prece tenciona a modificação da vontade divina” (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 102, 105). Em relação ao índice apurado deste fator de *coping*, o resultado de 2,81 pode ser considerado médio, conforme os parâmetros estabelecidos para análise fatorial desta subescala.

Na Escala CRE-Breve este fator aparece em afirmações, tais como: “não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim”, ou “não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora” ou ainda “sabia que não poderia dar conta da situação, então, apenas esperei que Deus assumisse o controle”.

3º) N3 - “Insatisfação com outro Institucional”

Este fator obteve uma média de 2,24, considerada média segundo os parâmetros da tabela. De acordo com Panzini & Bandeira (2005, p. 105), a insatisfação com o outro institucional inclui todo comportamento de enfrentamento religioso espiritual, o qual revela sentimentos de insatisfação, desgosto ou mágoa com alguém com representatividade institucional, quer seja ele frequentador, membro, representante ou líder da instituição religiosa ou mesmo “simbolizado pelo conjunto de crenças religiosas ou espirituais que a pessoa possui”. Logo, de acordo com o índice deste fator, pode-se afirmar que essa amostra de pessoas evidencia um sentimento de insatisfação frente aos representantes da sua instituição religiosa. A despeito disso, os participantes estão em tratamento em uma comunidade terapêutica religiosa, o que supõe que a esperança de receber ajuda da instituição religiosa está presente entre essa população.

4º) N1 - “Reavaliação negativa de Deus”

Este fator é entendido como todo comportamento de enfrentamento religioso espiritual que configura uma reavaliação cognitiva negativa da ideia de Deus, ou seja, a pessoa possui uma visão negativa de Deus, em suas características e/ou atitudes.

Pode ser expresso “através do questionamento da existência, do poder, do amor, da proteção, da responsabilidade, da vontade, dos atos e/ou das punições de Deus. Em geral, acontece acompanhado da expressão de sentimentos negativos como: revolta, culpa, desamparo e mágoa” (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 105).

Este fator apontou uma média de 2,08 entre a amostra de pessoas que estavam em tratamento da drogadicção, essa média é considerada baixa, de acordo com os parâmetros de análise fatorial da Escala CRE-Breve. Ressalte-se que este é um dos menores índices entre os que compõem esta subescala.

De acordo com Panzini & Bandeira (2007, p. 38), a maior parte das estratégias de CRE negativo, definido como o uso das estratégias que geram consequências prejudiciais e negativas às pessoas, estão associadas à reduzida qualidade de vida e maior nível de depressão, além disso, as relações entre CRE negativo e crescimento associado ao estresse, cooperatividade e crescimento espiritual são menos frequentes e menos consistentes.

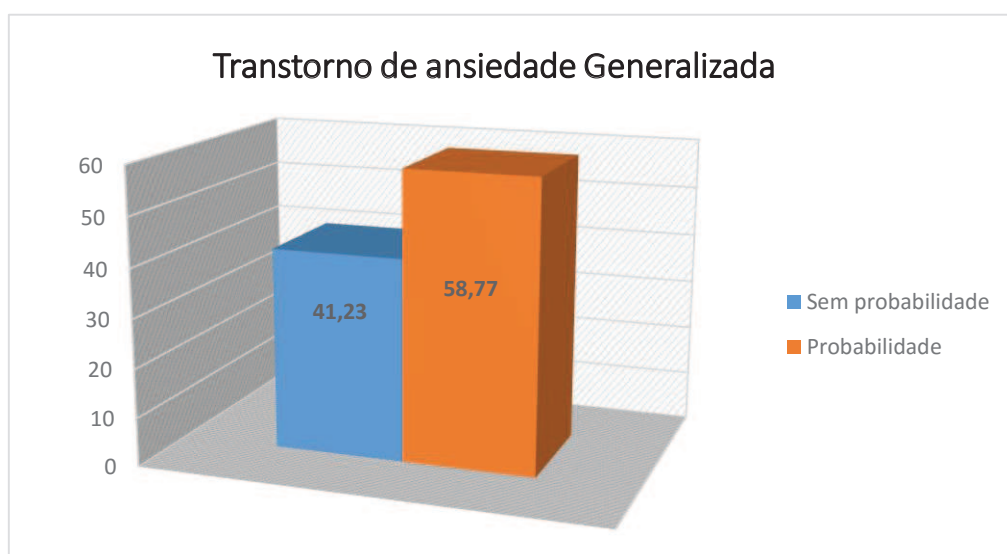
E, tomando como parâmetro a média dos fatores de *coping* religioso positivo (3,1970) em comparação ao *coping* religioso negativo (2,5412), os resultados apresentados, pela presente pesquisa, mantêm a tendência verificada em outras pesquisas, ou seja, “evidências apontam um uso consideravelmente maior de métodos de *coping* religioso positivos do que negativos para diferentes amostras em diferentes situações estressantes de vida” (PANZINI & BANDEIRA, 2005, p. 26).

O presente estudo mostra que de um lado tem-se “a reavaliação negativa do significado”, onde a pessoa avalia a situação estressora como sendo ocasionada por punição, por pecado ou consequência do mal, e ao mesmo tempo, há um esforço por uma “transformação de si”, onde a pessoa tenta ressignificar o problema de forma positiva, buscando em Deus, sentido e propósito para uma nova vida.

2.4.10 Escala de Ansiedade Generalizada

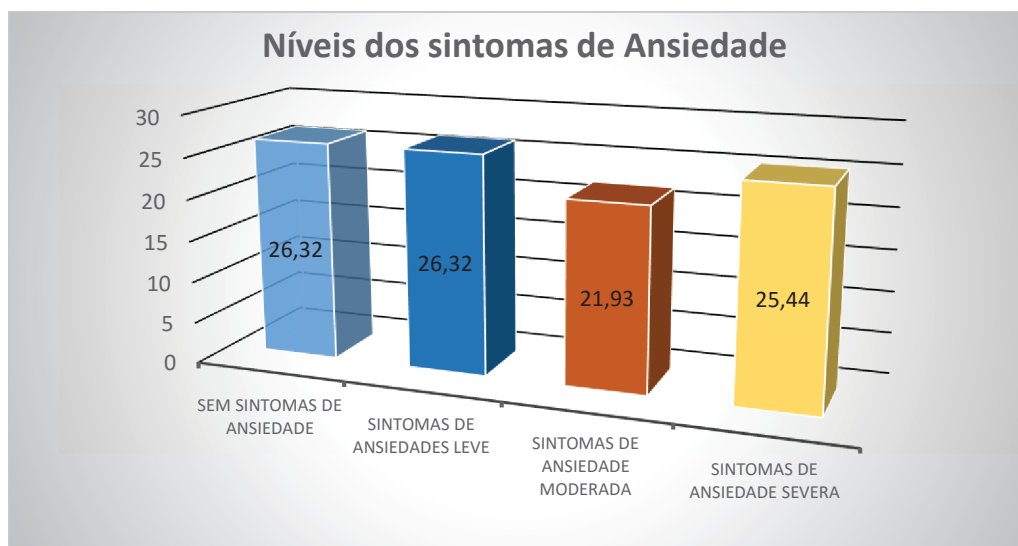
O terceiro instrumento utilizado foi a Escala de Ansiedade Generalizada. Este instrumento avalia a probabilidade do Transtorno de Ansiedade Generalizada. Os resultados apontam que 58,77% dos participantes têm probabilidade de ter o Transtorno de Ansiedade Generalizada, contra 41,23 % sem probabilidade (Ver gráfico 10).

Gráfico 10 - Transtorno de Ansiedade Generalizada



Sobre os níveis de ansiedade existe uma probabilidade de ansiedade leve 26,32%, ansiedade moderada 21,93%, ansiedade severa 25,44 (Ver gráfico 11).

Gráfico 11 – Níveis dos Sintomas de Ansiedade



Na associação da probabilidade do Transtorno de Ansiedade com o *coping* religioso/espiritual pode-se considerar que esta população utiliza-se mais do *coping* positivo (62,2% classificação alta) do que *coping* negativo (41,2% classificação média). Esses resultados apontam para a necessidade de se trabalhar, especificamente, nas comunidades terapêuticas sobre como lidar com a ansiedade generalizada, através de estratégias de *coping* positivo.

Provavelmente, a utilização de estratégias negativas de *coping* religioso/espiritual estão gerando consequências prejudiciais e negativas a esta população, causando maior índice de depressão e estresse, ocasionando sintomas de ansiedade severa, moderada e leve.

A partir dessa análise, faz-se necessária uma abordagem nas comunidades terapêuticas sobre as estratégias de *coping* positivo, com objetivo de promover saúde mental e qualidade de vida àquelas pessoas que estão internadas. Seguindo essa abordagem, pode-se conseguir ter um índice maior de pessoas que alcancem sua sobriedade.

Embora os estudos sobre *coping* religioso/espiritual negativo apontem resultados negativos para a saúde mental, no caso da dependência química isto pode ser visto por outra perspectiva. Ao mesmo tempo em que a pessoa se vê como vítima, não assumindo a responsabilidade de suas escolhas, e acredite ser tudo culpa do mal

em sua vida, alegando que o problema da drogadicção também é uma questão do mal, tentação ou uma punição, isto pode fazer com que a pessoa procure ajuda espiritual a fim de receber auxílio.

A drogadicção, em si, é de fato, um mal, tanto para o ser humano como à sociedade; e ajudar as pessoas a perceberem isso é de grande valia. A dependência química atinge a saúde integral, afeta as dimensões do bem-estar físico, psíquico e espiritual.

2.5 CONCLUSÃO PARCIAL

Na análise dos resultados percebeu-se que muitos dos participantes da pesquisa enfrentam situações estressantes como: perdas, problemas de relacionamentos e outros, causados pela drogadicção.

A média do *coping* religioso/espiritual positivo ficou em 3,12 e o *coping* religioso/espiritual negativo em 2,52. Tanto o *coping* religioso/espiritual positivo e o negativo são utilizados pelos participantes. No entanto, o *coping* religioso/espiritual negativo foi utilizado num nível um pouco mais baixo.

Das pessoas que participaram, 41,2% (em classificação média) fazem um *coping* religioso/espiritual negativo. As estratégias do *coping* religioso/espiritual negativo, com média mais alta, foi “a reavaliação negativa do significado” (3,41). Nesta forma de coping religioso/espiritual, a pessoa fica imaginando se Deus a abandonou, culpa a Deus pela situação ocorrida. Em segundo lugar, “posição negativa frente a Deus” (2,81), a pessoa não tenta lidar com a situação, apenas espera que Deus leve suas preocupações embora (ESPERANDIO, 2011, p. 5).

O *coping* religioso/espiritual positivo apareceu com 62,2%. Este índice foi mais alto que o do *coping* religioso/espiritual negativo, isto indica que há participantes com um bom relacionamento com Deus, com a própria existência em geral, saúde mental e qualidade de vida (Ver tabela 3). Quanto às estratégias utilizadas do *coping* religioso/espiritual positivo, “Transformação de si/sua vida” foi a mais alta, atingindo a média de 3,71, indicando uma alta utilização, de acordo com os parâmetros de análise da CRE-Breve, e indica que a pessoa busca em Deus ajuda para encontrar um novo propósito na vida e busca descobrir o objetivo de sua vida. A “posição positiva frente

a Deus”, com 3,60 também foi com um índice alto, indicando que a pessoa confia que Deus está com ela e procura lidar com a situação do seu jeito, sem ficar esperando que Deus haja em seu lugar.

O Transtorno de Ansiedade pode ser o responsável pelas recaídas e dificuldades na busca pela sobriedade, considerando que 58,77% dos participantes têm probabilidade de possuir TAG, conforme dado do gráfico 10.

Em sua grande maioria, as pessoas da amostra são solteiros (as) sendo 63%, com média de idade de 34,08 anos. Poucos concluíram o Ensino Fundamental e Ensino Médio, e somente 17,01 completaram o Ensino Médio e 17,01 completaram o Ensino Fundamental (Ver gráfico 1).

Sobre os recursos que mais os ajudaram foram a prática de oração, apoio do grupo religioso e da família. Aqui, nota-se a importância do suporte social para a recuperação da drogadicção.

Outro dado interessante é o histórico de dependência química, 71,4% têm alguém da família com problema de drogadicção. Destes familiares citados 41,2% mencionaram ser o pai e 9,4% a mãe (Ver gráfico 5). Percebeu-se também que muitos já haviam passado por várias comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química.

No momento de finalização do trabalho de coleta dos instrumentos nas Comunidades Terapêuticas, percebeu-se que os participantes do estudo eram desejosos de contar como eram suas vidas antes e como estão agora, e o quanto sentiam agradecidos de poder colaborar com um Projeto de Pesquisa, relatando sobre suas histórias de vida. Muitos afirmaram, ainda, que a participação nessa pesquisa os ajudaram a repensar suas vidas. Eles queriam demonstrar o quanto a drogadicção foi maléfica e quanto a experiência religiosa está os ajudando neste processo de tratamento.

Conclui-se nesta pesquisa, o papel da religião/ espiritualidade no tratamento da drogadicção, embora o trabalho também apresentou alguns fatores que precisam ser revistos pelas comunidades terapêuticas, como o coping religioso/espiritual negativo e o Transtorno de Ansiedade Generalizada.

3 CONSIDERAÇÕES TEOLÓGICO-PASTORAIS SOBRE O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O estudo realizado mostra a relevância da reflexão teológica nas considerações sobre o tratamento da dependência química. Os dados apontaram a alta probabilidade da prevalência do transtorno de ansiedade. Ao lado disso, os internos evidenciam a busca por resignificação da vida através do desenvolvimento espiritual, e de construção de sentido. Assim, refletir sobre estas questões, a partir das contribuições do teólogo Paul Tillich e do psiquiatra Viktor Frankl torna-se muito pertinente. Este capítulo também tratará aspectos ligados à prevenção das recaídas; a importância do encontro com o sagrado e da vivência de uma religiosidade intrínseca; o papel da fé e da oração; e possíveis contribuições da religião/espiritualidade no tratamento da drogadicção.

3.1 IMPLICAÇÕES DA PESQUISA PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Nas comunidades de confissão católica pesquisadas, a estratégia de *coping* positivo “busca do outro institucional” não apareceu como a mais utilizada. A estratégia de *coping* negativo “insatisfação com outro institucional”, por sua vez, apareceu como uma das estratégias mais utilizadas. Talvez isso explique a restrita utilização da estratégia de *coping* positivo “busca do outro institucional”. Pode-se considerar também a hipótese de que há mais busca pela espiritualidade do que pela religiosidade.

Na pesquisa em que participei coletando dados durante o período de 2010 a 2012, na Sede da Pastoral da Sobriedade e na Comunidade Terapêutica Vale do Sol junto às pessoas com problema em drogadicção os efeitos do investimento nos aspectos religiosos/espirituais foram mais perceptíveis em pessoas com aproximadamente um ano de tratamento (ESPERANDIO, 2010-2011). Isto pode ter relação também com a alta prevalência do TAG, por isso, talvez não seja correto afirmar que a religião/espiritualidade não está contribuindo para diminuir a ansiedade. É preciso levar em conta o pouco tempo de tratamento da drogadicção.

Importante considerar aqui, a diferença entre o Transtorno de Ansiedade e a Ansiedade Existencial, tal como colocada pelo teólogo alemão, Paul Tillich. Assim, o tópico seguinte abordará a ansiedade a partir de uma perspectiva teológica.

3.2 ANSIEDADE PATOLÓGICA E ANSIEDADE EXISTENCIAL

A ansiedade é a consciência de conflitos não resolvidos entre os elementos estruturais da personalidade, como por exemplo: conflitos entre impulsos inconscientes e normas repressivas, entre diferentes impulsos tentando dominar o núcleo da personalidade, entre mundos imaginários e a experiência do mundo real, entre tendências para a grandeza e a perfeição e a experiência de nossa pequenez e imperfeição, entre o desejo de ser aceito por outra gente e sociedade (TILLICH, 1976, p.50).

A personalidade sadia diferencia-se da personalidade neurótica da seguinte forma: a personalidade neurótica, baseada em sua maior sensibilidade para o “não ser” e, por consequência, em sua profunda ansiedade, estabelece-se numa afirmação fixada, embora limitada e irrealística. "Esta é, por assim dizer, o castelo para onde se retirou e que defende com todos os meios contra ataques, venham eles do lado da realidade ou do lado do analista" (TILLICH, 1976, p.52).

O neurótico tem consciência do perigo de uma situação, pela qual sua “autoafirmação irrealística” é derrotada e a “autoafirmação não realística” toma seu lugar. O perigo é que ele caia de novo em outra neurose (melhor protegida) ou que, com a derrocada de sua limitada autoafirmação, caia num "ilimitado desespero". A personalidade sadia, por outro lado, mantém a pessoa afastada de situações extremas batendo-se corajosamente com objetos concretos de medo.

A ansiedade patológica, como já mencionada, “é doença e perigo, e, a despeito de suas potencialidades criadoras, deve ser curada, sendo incorporada a uma coragem de ser que é tanto extensiva quanto intensiva” (TILLICH, 1976, p.53).

Tillich aponta que considerar a ansiedade sempre como patológica exclui a ansiedade existencial. Isto aponta para que no âmbito da medicina se estude o ser humano-antropologia. Ele comenta que a profissão médica tem o propósito de ajudar o ser humano em alguns de seus problemas existenciais, mas deve fazer isto com a

cooperação de outras profissões cujo papel é servir de auxílio. O mesmo na teologia, os ministros devem contar com a colaboração dos médicos, pois é dessa parceria que haverá a força de colaboração.

O psicoterapeuta pode auxiliar a pessoa a encontrar força para vencer a ansiedade existencial dentro de si próprio ele não irá substituir o sacerdote, mas será um auxiliar, bem como o sacerdote pode ser um auxiliar para o psicoterapeuta e “irradiar poder de cura para a mente e para o corpo e ajudar a remover ansiedade neurótica” (TILLICH, 1976, p.57). A igreja, os sacerdotes, pastores e aconselhadores pastorais irradiam a cura para as necessidades daqueles que estão em busca de tratamento do TAG e da própria drogadicção.

Mediante o estudo de Tillich sobre a ansiedade, pode-se afirmar que os monitores que atuam nas comunidades terapêuticas podem contribuir nessa questão, ajudando os internos a desenvolverem determinados hábitos que diminuem o estresse e aliviam a ansiedade, tais como:

a) Prover exercícios de meditação. Ela ajuda no controle da respiração, do senso corporal e treina a mente para a percepção do “aqui-agora”, contribuindo no controle de ansiedade, que em geral relaciona-se a problemas de sentimento de culpa, de comportamentos e atitudes passadas e/ou angústia pelo futuro, como apresenta Tillich;

b) Ajudar os internos a criarem novo sentido para o problema da adicção e não, simplesmente, a aceitarem como sendo um “mal” que lhes acometeu;

c) Favorecer o engajamento em um grupo de mútua ajuda, onde possam expressar seus sentimentos uns para com os outros e ajudarem-se mutuamente;

d) Ajudar a identificar situações que provocam ansiedade e listar possíveis estratégias para lidar com estas situações;

e) Ajudar os internos no processo de avaliação das estratégias utilizadas para lidar com a ansiedade e verificar aquelas estratégias mais eficazes em cada caso;

f) Incentivar a criação de um diário para registro do progresso conquistado nas situações em que deparou com a ansiedade, e ajudar na busca de repetir as estratégias que mais auxiliam no controle dessa ansiedade;

g) Proporcionar palestras com pessoas da área da psicologia e/ou outras com expertise sobre como lidar com a ansiedade no processo de tratamento da dependência química;

h) Oferecer o aconselhamento pastoral e a psicoterapia para auxiliar a lidar melhor com as situações existenciais como a morte, o destino, a culpa, o vazio e a falta de sentido.

3.3 ANSIEDADE: UMA PERSPECTIVA TEOLÓGICA

Na pesquisa de campo apresentada no segundo capítulo pôde se notar que 58,77% dos participantes têm probabilidade de ter Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Esse dado leva-nos a perguntar se a ansiedade está sendo umas das causas das recaídas, pois dos 119 participantes somente 19 estão no primeiro tratamento.

No livro “A coragem de ser”, Tillich propõe o conceito de coragem como autoafirmação, “a despeito de”, “a despeito daquilo que tende a impedir o eu de se afirmar” (TILLICH, 1976, p. 25). A coragem deve ser entendida como ato ético e afirmação do ser, ou seja, a busca pela identidade. Ela é um ato ético por ser um elemento de decisão e por crescer a estrutura do ser (TILLICH, 1976, p.1).

A consciência de si, enquanto ser, traz para o ser humano também a consciência de sua contingência, de sua finitude e, portanto, há nesta raiz ontológica uma angústia vital que se entrelaça com a coragem de ser.

Tillich apresenta duas formas básicas que ameaçam o ser: o medo e a ansiedade, ambos “têm a mesma raiz ontológica” (TILLICH, 1976, p.28). O medo, quando comparado à ansiedade, tem objeto definido, porque pode ser enfrentado, analisado, atacado e tolerado. (TILLICH, 1976, p. 29).

Aquele que está em ansiedade está, tanto quanto é mera ansiedade, entregue a ela sem apelação. O desamparo no estado de ansiedade pode ser observado da mesma forma em animais e humanos. Expressa-se pela perda de direção, reações inadequadas, falta de “intencionalidade” (o ser relacionado com conteúdos significantes de conhecimento ou vontade). A razão deste comportamento às vezes surpreendente é a falta de um objeto no qual o sujeito (um estado de ansiedade) possa concentrar-se. O único objeto é a própria ameaça, mas não a fonte da ameaça, porque a fonte da ameaça é o “nada” (TILLICH, 1976, p.29).

O objeto da ansiedade é o “nada”, o “não ser” e isso significa que é aquela possibilidade desconhecida. Então medo e ansiedade são diferentes, mas não separados.

Tillich descreve três tipos de ansiedade, que são classificadas como existenciais, porque pertencem à existência e não há um estado anormal (TILLICH, 1976, p.33).

a) A ansiedade da morte e destino

Nessa tipologia, a autoafirmação ôntica é ameaçada pelo não ser. O destino e morte são os meios. A ansiedade da morte e destino é a mais básica, porque existencialmente não tem como negá-la. Tem-se observado que a ansiedade da morte aumenta à medida que há o crescimento da individualização; no entanto, em culturas onde existe fortemente o coletivismo, pode-se encontrar também o medo da morte.

O ser humano, em cada civilização, sente-se ameaçado pelo não ser, a morte. “A ansiedade da morte é o horizonte permanente por meio do qual a ansiedade do destino trabalha” (TILLICH, 1976, p.34). As outras tipologias de ansiedade têm independência e impacto mais imediatos no ordinário.

O termo “destino” é um elemento comum a todas as pessoas, devido ao caráter temporário, e, por isso, sem possibilidade de previsão e de compreensão do significado e propósito dos fatos. Portanto, o “destino” não é matéria de ansiedade, mas, sim, o “não saber”.

b) A ansiedade de vacuidade e insignificação

A ansiedade do vazio conduz a insignificação e ameaça à autoafirmação espiritual, trazendo a dúvida total, deixando a pessoa sem rumo. Ela tenta sair dessa situação, renunciando ao risco de perguntar e duvidar, ou seja, renuncia-se a si mesmo, buscando salvar sua vida espiritual (TILLICH, 1976, p.38).

A autoafirmação espiritual no ser humano ocorre no momento em que ele vive, criadoramente, as várias esferas de significação. E para ser espiritualmente criador não precisa ser artista ou cientista, mas ser capaz de participar, com originalidade e criatividade, dos fatos da vida, mesmo que em pequenas proporções.

c) A ansiedade da culpa e condenação

O “não ser” ameaça a autoafirmação moral. O ser humano é responsável por ele próprio, exigindo que responda e se pergunte o que fez de si mesmo. Aquele que pergunta é seu juiz e ele próprio se coloca contra ele (TILLICH, 1976, p.39-40). É esta situação que produz a ansiedade.

O ser humano é liberdade finita, no sentido de ser capaz de se determinar por meio de decisões no núcleo de seu ser. Em cada ato de autoafirmação moral o ser humano contribui para a realização de seu destino, para a concretização do que ele é potencialmente (TILLICH, 1976, p.40). O ser humano tem o poder de agir contra sua autoafirmação, de contradizer seu ser essencial, de perder seu destino. A consciência desta incerteza entre o “não ser” e o “ser” é o sentimento de culpa. O juiz, que é a própria pessoa, é que se coloca contra si mesmo, faz um julgamento (diferente) negativo, sentido como culpa (TILLICH, 1976, p.40)

Na ansiedade de culpa o “não ser”, do ponto de vista moral, é diferente, mas não separado do não ser ôntico e espiritual. Assim, será “a obediência à norma moral” que excluirá o vazio e a falta de sentido (TILLICH, 1976, p.41). “Se o conteúdo espiritual perdeu seu poder, a autoafirmação da personalidade moral é um meio pelo qual a significação pode ser redescoberta” (TILLICH, 1976, p.41).

A partir do estudo das tipologias de ansiedade se faz necessário ajudar as pessoas a encontrar meios para enfrenta-las. Pois estas situações existenciais não resolvidas, como a morte, o destino, a culpa, o vazio e a falta de sentido, podem promover a reincidência nas drogas.

3.4 ANSIEDADE DA ERA MODERNA: VAZIO E FALTA DE SENTIDO

Tillich (1976, p.37) interpretou os diferentes tipos de ansiedade enfrentados pela civilização ocidental ao longo de sua história, como grandes períodos de ansiedade. Ele identificou três períodos: um, na civilização antiga predominando a ansiedade ôntica, outro, no final da Idade média predominando a ansiedade moral e outro no período moderno predominando a ansiedade da vacuidade e da insignificação.

A “ansiedade da vacuidade e insignificação” é despertada pela ameaça do não ser, na vida espiritual. A pessoa sente-se não mais como criadora e vive a frustração de que nada é capaz de satisfazê-la. O vazio conduz, então, à insignificação, que ameaça a vida espiritual, a uma dúvida total, que pode deixar a pessoa sem rumo, sem sentido.

A ansiedade da vacuidade é despertada pela ameaça do não-ser ao conteúdo especial da vida espiritual. Uma certeza rompe através dos acontecimentos externos ou processos interiores: somos cortados da participação criadora numa esfera de cultura, nos sentimos frustrados a respeito de algo que se tinha afirmado com paixão, somos conduzidos da devoção a um objeto à devoção por outro e de novo por outro, porque o sentido de cada um deles se desvanece e o Eros criador se transformou em indiferença ou aversão (TILLICH, 1976, p. 39).

Frankl (2014, p.100) escreve que, “cada vez mais o ser humano é acometido de uma sensação de falta de sentido que geralmente vem acompanhada de uma sensação de “vazio interior””. Essa ideia de Frankl confirma o pensamento de Tillich, de que nossa era vive a ansiedade do vazio e da insignificação.

No momento do vazio “a coragem de ser” ajudará na aceitação e levará a percorrer o caminho da vacuidade à abundância. Faz-se necessário suportar o desespero e este “suportar” transforma-se em coragem de ser na pessoa. Tillich trata do desespero, apresentando-o como uma situação extrema ou de “linha de fronteira”, onde, não se pode ir além dele. A etimologia da palavra “desespero” indica sua natureza, sem esperança, sem nenhum caminho para o futuro. A dor do desespero é de que o ser tem certeza de si como incapaz de afirmar-se por causa do poder de “não ser”.

A coragem mística perdura tanto quanto a situação mística. Seu limite é o estado de vacuidade do ser e significação, com seu horror e desespero, que os místicos descrevem. Nestes momentos a coragem de ser é reduzida à aceitação deste estado como um caminho que prepara, através da escuridão, para a luz, através da vacuidade, para a abundância. Enquanto a ausência da potência de ser é sentida como desespero, é a potência de ser que faz sua própria ausência sentida através do desespero. Experimentar isto, e suportá-lo, é a coragem de ser do místico no estado de vacuidade (TILLICH, 1976, p.124-125).

Segundo Tillich “cada coragem de ser “a despeito de” tem uma raiz religiosa clara ou oculta”, a raiz religiosa nunca está ausente da pessoa. É do encontro pessoal com Deus que deriva a coragem da confiança. Deus é a fonte da coragem de ser.

Desse modo, a coragem de confiança afirma-se “a despeito” da ansiedade, auxiliando a pessoa no processo de cura (TILLICH, 1976, p. 128).

Como apresenta Tillich, a coragem necessita de uma “potência de ser” maior que tudo, “Deus”, que transcenda o “não ser”, “o nada”, que está presente nos três tipos de ansiedade.

Coragem necessita a potência de ser, uma potência que transcenda o não-ser que é experimentado na ansiedade do destino e da morte, que está presente na ansiedade da vacuidade e insignificância, que é efetivo na ansiedade da culpa e condenação. A coragem que incorpora em si esta tripla ansiedade precisa estar arraigada a uma potência de ser que seja maior do que a potência de um eu e a potência do seu mundo (TILLICH, 1976, p. 118).

Voltar a ser novamente capaz de participar com original criatividade nos fatos da própria história ajudará a pessoa em tratamento a vencer a ansiedade do vazio e da insignificância. Fato este, que poderá resultar na recuperação da sobriedade.

3.5 SENTIDO DA VIDA: LIDANDO COM SITUAÇÕES EXISTENCIAIS

Entre as 119 pessoas que participaram desse estudo, 100 delas eram reincidentes na drogadicção. Este dado leva-nos a perguntar se a falta de sentido da vida também pode ser relacionada a uma das causas da reincidência na drogadicção.

Vicktor Frankl psicólogo, psiquiatra, filósofo e sobrevivente dos campos de concentração mais letais, Auschwitz e Dachau, ele escreve que, “o consumo de drogas é parte do fenômeno da falta de sentido, que resulta numa frustração das necessidades existenciais, onde, a população jovem, é especialmente, mais vulnerável ao seu apelo” (FRANKL, 2007/2014, p.101; 1985/2015, p.132). Segundo Frankl, essa realidade de falta de sentido existencial é um fenômeno universal, difundido no século XX (FRANKL, 1985/2015, p.131). O autor comenta que a sociedade industrializada visou satisfazer as necessidades humanas, com isso, criou a sociedade de consumo, que gerou falsas necessidades, em vista, de satisfazê-las. Mas, esta sociedade, não consegue suprir a necessidade de sentido (FRANKL, 2007/2014, p.101).

Para Frankl, o vazio existencial surge de uma dupla perda: 1º) a ausência de “alguns dos instintos animais básicos que regulam o comportamento do animal e

regulam sua existência”; 2º) as tradições, que serviam de apoio para os comportamentos, atualmente, vêm diminuindo com grande rapidez. Não há uma tradição ou um instinto que o diga o que deve fazer. O ser humano fica então, entre o conformismo, fazer o que os outros fazem, ou o totalitarismo, o que as pessoas querem que ele o faça (FRANKL, 2015, p.11).

Este vazio existencial manifesta-se por um estado de tédio, produzindo a síndrome da neurose de massa, constituído na tríade, dependência de drogas, agressão e depressão. Numa pesquisa realizada por Stanley Krippner, ele observou que 100% dos jovens com problema em drogadicção do seu estudo, “nada parecia ter sentido” (apud FRANKL, 2014, p.101).

Propor à população que sofre com a dependência química, a busca do sentido, pode trazer novos valores a suas vidas. “Einstein afirmou uma vez que quem sente que sua vida não tem sentido, não apenas é infeliz senão também pouco capaz de viver” (apud FRANKL, 2015, p.23). Frankl (2015, p.24) escreve, “o sentido deve ser encontrado, mas não pode ser produzido”.

Na atualidade, o ser humano tem dificuldade de encontrar o sentido em sua vida, mas consegue criar sentidos subjetivos ou contrassentidos, como a embriaguez, o êxtase, estimulado pelo LSD e outros. Com isso, a pessoa coloca-se longe do verdadeiro sentido da sua vida, sua missão autêntica (FRANKL, 2015, p.24-25).

É a consciência que ajudará o ser humano a encontrar o “rastros do sentido”, escondido em cada situação. Por pertencermos à condição humana, somos marcados pela finitude, “assim compreende-se que a consciência pode, às vezes, enganar-se e também desviar-se do homem (SIC)” (FRANKL, 2015, p.25). Embora, o ser humano até o último suspiro de vida não sabe se realmente cumpriu o sentido da vida, fica entre a incerteza e o risco. Segundo o autor se faz necessário educar o ser humano à aguçar seu ouvido, e refinar sua consciência. Uma educação voltada “para a responsabilidade”, que o leve a ser seletivo e cauteloso diante dos estímulos que chegam a ele diariamente (FRANKL, 2015, p.25-26). “Sentido é, por conseguinte, o sentido concreto em uma situação concreta. É sempre a exigência do momento” (FRANKL, 2015, p.26). Cada pessoa em particular tem um sentido especial para sua vida, não existe situação onde “a vida cesse de oferecer uma possibilidade de sentido”, e não há nenhuma pessoa para quem a vida não coloque a disposição um dever (FRANKL, 2015, p.26-27).

Frankl (1990, p. 22) afirma que umas das vias de processo de descoberta do sentido se dá no diálogo acerca da história biográfica, o sentido também pode ser localizado entre uma experiência-surpresa e uma percepção gestáltica (uma tomada de consciência do agora). O sentido nasce e se concretiza na ação, porque cada ação nos leva a dar uma resposta, um sentido para cada atitude.

Os dados levantados sugerem que os homens em tratamento da dependência química vivenciam sentimentos de perdas, culpa, problemas de relacionamento familiar, etc, e buscam ressignificar/transformar suas vidas através de uma aproximação com Deus. Isso foi evidenciado na estratégia mais empregada por eles: “transformação de si e de sua vida”. Essa busca de mudança acontece através da oração, por meio da qual a pessoa se volta para Deus com o objetivo de reencontrar o novo propósito para sua vida. O sentido, pode ser encontrado também nessas situações adversas, como no sofrimento, diante da perda de um ente querido, na separação de familiares, na doença, e outros.

Podemos encontrá-lo mesmo ali onde nos tornamos vítima de uma situação sem esperança, de uma situação que não podemos alterar, na qual apenas nos é facultado nosso próprio posicionamento frente a ela e a nós mesmos, de modo tal que, sob o aspecto humano, possamos amadurecer, crescer, ultrapassar-nos (FRANKL, 1990, p.23).

Para Frankl, “quando já não podemos mudar uma situação”, “somos desafiados a mudar a nós próprios”, ou a “transformar uma tragédia pessoal num triunfo, em converter nosso sofrimento numa conquista humana”, isto é, dar testemunho do potencial humano (FRANKL, 2015, p.136).

Assim, torna-se claro, que a vida é plena de sentido, sob qualquer condição como: dor, angústia, morte, culpa e outros. O ser humano pode ressignificar sua vida concedendo a si um novo sentido. Auxiliar as pessoas, em tratamento, a dar sentido aos acontecimentos da sua história, proporcionará forças para a vivência da sobriedade.

3.6 IMPLICAÇÕES TEOLÓGICAS DAS ESTRATÉGIAS NEGATIVAS DE *COPING* RELIGIOSO/ESPIRITUAL

Dentre as estratégias de *coping* negativo, a “reavaliação negativa do significado” foi a mais utilizada. Por isso, é importante considerar e analisar a utilização recorrente desta estratégia a qual trata de temas que apontam a necessidade de mudança de mentalidade e comportamento: “Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros”; “Convenci-me de que forças do mal atuaram para que tudo isso acontecesse”; “Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus”.

O Aconselhador pastoral, ou o monitor da comunidade terapêutica pode contribuir na promoção de um novo modo de pensar. Diante da afirmação bíblica, “pois Deus amou tanto o mundo, que entregou o seu Filho único” (Jo 3,16), pode-se compreender o imenso amor de Deus pelo ser humano. Ele dá ao ser humano o que lhe é mais precioso, “o Filho”, porque ama os seus e, de forma gratuita, sem exigir nada em troca. Ele envia seu Filho para salvar este mundo do mal, simplesmente por amor.

Na parábola do Filho Pródigo a imagem de Deus aparece como um pai amoroso e não um como um pai que dá punição a seus filhos. Segundo Sanoki (2013, p.103), o texto de Lc 15,11-32, referente à história do Filho Pródigo, é uma perícopes de gênero literário, parábola. E para Joaquim Jeremias esta parábola denomina-se “a parábola do amor do Pai” (Jeremias, 2007, p.130). Nessa parábola de Lucas, encontramos a história de dois filhos, e desses filhos, o mais novo exige do Pai a sua parte na herança. O Pai dá ao filho mais novo o que ele pede. Assim, o filho, com sua herança, parte para um país distante, onde esbanja todos os seus bens. Depois de acabar todo o dinheiro, esse filho passa por situações difíceis e decide voltar para a casa de seu pai. O pai, vendo de longe o seu filho se comove e vai ao seu encontro.

Jeremias (2007, p.130) menciona que “quem está no centro desta parábola é o pai e não o filho que retorna”, acrescenta, ainda, que esse pai é um pai terreno, mas, simultaneamente, mostra, por meio de seu amor, a imagem de Deus. Na parábola do Evangelho de Lucas, o Pai é aquele que está sempre à espera do filho, e quando ainda estava ao longe seu filho, o Pai o avista e o acolhe de volta. É assim que Deus

faz com aqueles que voltam para Ele e procuram Nele o seu perdão, concedendo a ele a dignidade que havia perdido.

A partir dessa imagem amorosa de Deus, a pessoa é encorajada a aceitar o perdão gratuito e voltar-se para o Deus de amor, recomeçando uma vida nova na sobriedade.

Percebe-se, assim, a importância de os monitores conduzirem as pessoas em tratamento à percepção de que a situação em que vivem não é fruto do mal e nem das punições em relação a seus erros cometidos.

A drogadicção pode ter sido motivada por vários fatores como: curiosidades, falta de informações, questões genéticas, o próprio ambiente familiar ou até mesmo algum tipo de transtorno mental. O importante, no entanto, é mostrar a essas pessoas que, no momento presente de suas vidas, elas estão em um processo de tratamento, pelo qual podem dar novas respostas aos fatos da sua história.

Faz-se necessário ajudar as pessoas em tratamento a buscar uma nova visão de sua biografia pessoal, considerando-a não como destino e sem qualquer opção de mudança. Enfim, é imprescindível auxiliar essas pessoas a assumirem uma nova postura em frente aos acontecimentos passados, bem como ao momento presente.

O passado do homem (SIC), de cada homem (SIC), não pode ser considerado como um destino, como algo que aconteceu e terá uma fatal continuação, sem qualquer outra alternativa possível. O raciocínio causal, que faz a ligação entre o passado e o presente como uma sucessão de causas e efeitos, está sendo cada vez mais abandonado pela psicologia moderna a favor de uma concepção que dá maior espaço para a liberdade humana, e à sua capacidade em colocar-se diante do próprio passado, qualquer que ele tenha sido, de modo fundamentalmente livre. O princípio de base é este: o homem (SIC) pode não ser responsável pelo seu passado, mas de qualquer forma é responsável pela atitude que assumir, no presente, em face deste passado (CENCINI, 1999,p.47).

Enfim, pode-se concluir que é a pessoa, em sua própria liberdade, quem faz suas escolhas, também aquelas que trazem consequências negativas, tais como: as perdas, problemas de relacionamento e outros acontecimentos ocasionados pela drogadicção. Ela precisa compreender que o caminho de sua história é traçado por suas próprias escolhas pessoais e pelo sentido que ela própria dá aos acontecimentos da vida. Nesse sentido, entende-se que a pessoa foi constituída de forma livre a fim de que ela mesma tome suas iniciativas e seja responsável pelos seus atos. A liberdade é dom divino, ou seja, Deus dá ao ser humano o livre arbítrio sobre suas decisões:

A verdadeira liberdade, porém, é um sinal eminente da imagem de Deus no homem (SIC). Pois Deus quis “deixar ao homem (SIC) o poder de decidir” (Eclo, 15,14) para que assim procure espontaneamente o seu Criador, a Ele adira livremente e chegue à perfeição plena e feliz (GS 249,17).

Queiruga, a partir da palavra grega “ponerós” que significa mal, introduz o conceito de “ponerologia”, o qual trata o mal como um problema humano. Queiruga propõe repensar ou recuperar uma nova forma de enxergar Deus e sua atuação no mundo. Deus nunca está contra a criatura, mas a favor dela, Ele se realiza na realização humana. Entretanto, existe a realidade, pela qual todos se perguntam: e o problema do mal que assola todas as pessoas, sem distinção? Para responder a esta questão Queiruga insere a “pisteodiceia” (do grego *pístis*, fé). A pisteodiceia convida a pensar a fé como um ato de crer em Deus, apesar do mal. Compreender que a criatura é finita e que o mal no mundo é inevitável. Crer que Deus cria por amor e que, por isso, toda a sua força está sendo colocada na luta contra o mal (GONÇALVES, 2009, p.4).

Para Queiruga, a maior prova de que Deus está do lado da criatura se manifesta na pessoa de Jesus de Nazaré. Este sentiu as consequências do mal em seu corpo, através da cruz. Ele havia passado toda a sua vida terrena “fazendo o bem” (At 10,38) e trouxe uma nova imagem de Deus, o *Abbá*, contrariando religiosos do seu tempo. É, em Jesus, que Queiruga vê Deus lutando contra o mal e o vencendo (GONÇALVES, 2009, p.4). Por mais que a vida possa ter sido assolada pelo mal, é, agora, pela fé que irá vencer todo tipo de mal. A fé em Deus no Deus de amor.

A segunda estratégia, de “*coping* negativo”, mais utilizada foi a “posição negativa frente a Deus”. Esta estratégia está inserida no estilo delegação, por meio do qual o indivíduo espera que Deus solucione os seus problemas e tenha a responsabilidade de resolvê-los. As afirmações que confirmam essa ideia eram as seguintes: “Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim”; “Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse embora minhas preocupações”; “Sabia que não poderia dar conta da situação, então, apenas esperei que Deus assumisse o controle”.

A mudança do comportamento passivo proporcionará ao sujeito maiores possibilidades de uma vida sóbria. Mostrar a ele o quanto é responsável por seu comportamento e por suas escolhas, fará com que ele se conscientize sobre os desdobramentos das próprias escolhas. Essa “percepção de responsabilidade” e

“controle da situação” por parte do usuário pode ser importante para motivá-lo a mudar de comportamento (SENAD, 2013, p.230).

A terceira estratégia de *coping* negativo, “insatisfação com outro institucional”, pode-se encontrar as seguintes afirmações: “Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição”; “Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando”; “Imaginei que minha instituição religiosa tinha me abandonado”; “Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas”.

As duas primeiras afirmações referem-se mais ao relacionamento com as pessoas, tanto da liderança como aqueles que eram membros do grupo e as duas últimas afirmações são sentimentos internos, pelos quais as pessoas se sentiram abandonadas pela instituição nos momentos de suas necessidades espirituais.

Auxiliar as pessoas a lidar com estes sentimentos de insatisfação, de abandono, de exclusão fará com que elas recebam, novamente, conforto espiritual e tenham seu encontro com Deus e com os irmãos.

Propor encontros para aconselhamento individual, com pessoas competentes, ajudará no processo de lidar com os próprios sentimentos. “O aconselhamento pastoral pode ser instrumento de cura e crescimento” (CLINEBEL, 2011, p.15). Assim, ofertar a possibilidade de cura desses sentimentos ajudará a pessoa a recuperar o suporte social, o qual também é necessário para a manutenção da sobriedade.

A quarta estratégia de *coping* negativo, “Reavaliação negativa de Deus”, são apresentadas cinco afirmações: “Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado”; “Pensei que Deus não existia”; “Questionei se até Deus tem limites”; “Questionei se Deus realmente se importava”; “Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer”.

Nesta estratégia aparecem quatro afirmações de “dúvida”. Segundo Tillich (1976, p.39) a dúvida pode ser provocada pela ansiedade da vacuidade e insignificância. Nota-se, aqui, a importância de propiciar momentos de encontros de oração ou retiros espirituais, que facilitem o encontro com Deus, novamente, recebendo Dele vitalidade e sentido para suas vidas “apesar de” seus problemas. É a partir do encontro pessoal com Deus, que brotará a coragem da confiança. E essa experiência de encontro com Deus, pode-se afirmar “a despeito de”, da dúvida, da culpa e de tantos outros (TILLICH, 1976, p. 128).

Evidenciar os aspectos de *coping* negativo, presentes nas pessoas em tratamento da drogadicção, pode auxiliar no momento de propor estratégias saudáveis de *coping* religioso/espiritual.

3.7 MANUTENÇÃO DA SOBRIEDADE

Em se tratando da drogadicção, faz-se necessário considerar o pós-tratamento ou manutenção e como nesse período podem ocorrer as recaídas, por isso, a necessidade da prevenção. Segundo a SENAD (2013, p.199), os profissionais que lidam com a dependência química utilizam a técnica de “Prevenção de Recaída” para prolongar o tempo de não uso das drogas ou evitar que o consumo volte a acontecer.

A prevenção da recaída faz parte do processo de reabilitação e nesse processo existem ações que auxiliam o indivíduo a manter comportamentos novos e mais saudáveis. Levar em conta a prevenção da recaída é importante pelo fato de que das 119 pessoas que participaram da pesquisa, somente 19 pessoas estavam em seu primeiro tratamento.

A SENAD (2013, p. 225) propõe uma abordagem de aconselhamento pastoral para pessoas em manutenção:

- a) As pessoas que querem se manter em manutenção necessitam ser encorajadas, ouvir que estão “no caminho certo” e que devem continuar com o novo modo de vida, o mais saudável;
- b) As pessoas com dependência química, em processo de tratamento, precisam ser fortalecidas e encorajadas, serem elogiadas pelo sucesso da mudança de comportamento. É preciso alertar sobre as possibilidades de recaída. “Caso haja uma recaída, aproveite a situação para discutir as possíveis falhas nos planos, por exemplo: verificar qual a estratégia que não funcionou. Muitas vezes, a recaída acontece porque a pessoa está confiante e acha que já pode “controlar” sozinha o uso”;
- c) Às vezes, a pessoa tenta fazer o “uso controlado” e, geralmente, ao fazer isso, é comum ela mesma perder o controle e voltar ao uso inicial. É importante ajudar a pessoa a pensar em novas estratégias e evitar as situações de risco.

Sobre as recaídas, a SENAD (2013, p.225) alerta que são normais acontecerem e que elas são influenciadas pelas emoções, conflitos com outras pessoas, pressão dos amigos, voltar ao lugar de uso, e outros. As pessoas, em recuperação da drogadicção, precisam ser motivadas em manter-se em sobriedade. Perceber os ganhos com a sua sobriedade e o quanto a pessoa que a acompanha acredita em sua mudança é fundamental.

3.8 O ENCONTRO COM O SAGRADO

Facilitar o encontro com o sagrado pode proporcionar mudança de vida e nova perspectiva de futuro. Otto define o encontro religioso de momento “numinoso”. A experiência com o sagrado provoca temor, no sentido de fascinação ou de “mistério tremendo”. Conforme Otto, e nesse sentido qualquer explicação não tem razão de ser. É neste momento que acontece a experiência religiosa (OTTO, 2007, p.39).

Segundo Otto, a experiência religiosa tem por agente o “sagrado”, o qual se manifesta como um “mistério tremendo e fascinante”. Ele afirma que é “Mistério” porque é algo maravilhoso e transcende à compreensão do ser humano. “Tremendo”, porque é uma potência estranha, de forma absoluta. “Fascinante”, porque desperta curiosidade, causa fascínio (OTTO, 2007, p. 16).

Desse modo, a experiência religiosa acontece no contato com o sagrado. E isso causa um sentimento de estado de criatura, uma dependência do sagrado ou do totalmente outro (BUBER, 1965, p.92), enchendo-a de “terror” e admiração (OTTO, 2007, p. 17).

Martin Buber (1965, p. 92) menciona que o encontro com “o totalmente outro”, “totalmente mesmo”, “totalmente presente” é mais próximo de mim do que eu próprio, e este encontro não se restringe ao nível emocional.

É da relação de encontro com o “Tu eterno” que nasce um “sentimento de dependência” ou um, “sentimento de criatura”, conforme pensamento de Otto (OTTO, 2007, p. 45). Desta experiência de encontro é preciso que nasça uma relação de reciprocidade, entre o criador e a criatura, e é por meio deste encontro, que o próprio ser humano encontra-se a si mesmo, no “Tu eterno” (BUBER, 1965, p.94).

Buber (1965, p.92) destaca que a pessoa “eu” é habitada por “Tu” maior, que é Deus o “Tu eterno”. Nesta relação recíproca, a pessoa recebe a “presença”, que é a plenitude verdadeira, que gera a reciprocidade e sentido.

E no campo religioso/espiritual, faz-se necessário ajudar a pessoa, com problema de drogadicção, realizar uma experiência que gere relação com o sagrado e deixe ser habitado pelo “Tu eterno”, proporcionando à pessoa uma religiosidade intrínseca.

3.9 RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DA DROGADICÇÃO

A fé promove qualidade de vida, pois a religião faz com que a pessoa confie em Deus e respeite as normas e valores impostos voltados para um comportamento saudável. Neste sentido, as pessoas em tratamento se afastam das drogas e começam a se conscientizar do mau moral, causado pelo abuso das substâncias (SANCHES & NAPPO, 2008, p. 269).

Segundo as autoras Sanches e Nappo, o que provoca a fé é a intensidade desenvolvida nos cultos religiosos, promovida pelos líderes religiosos. Elas afirmam que, independente da religião, a fé é um elemento chave da vida espiritual ou religiosa, e os encontros assumem forças fundamentais.

O ensinamento sobre Jesus Cristo passa a formar o alicerce daqueles que a praticam. Eles fazem orações frequentes, principalmente no momento que sentem o desejo de consumir algum tipo de droga (SANCHES & NAPPO, 2008, p. 270).

Esses meios são propostos pelos líderes religiosos para o controle da recaída. Eles sugerem também que seus adeptos orem no mínimo: “ao acordar, pedindo proteção para o dia e antes de se deitar, agradecendo a proteção recebida. Para essas pessoas em tratamento, portanto, a prece ou oração seria a forma de contato direto com Deus, como um diálogo entre pai e filho” (SANCHES & NAPPO, 2008, p. 271).

Conforme o estudo realizado pelas autoras, Sanches e Nappo, a oração pode ser considerada como substituto da terapia farmacológica, e, ainda, a oração pode agir como ansiolítico, de acordo com os relatos dos entrevistados: “Eu sonhava de noite que eu usava, acordava pingando, suado, com o coração disparado. Aí punha os joelhos no chão, orava. Foi um mês assim.” (V37MP) (SANCHES & NAPPO, 2008, p. 271).

Nessa pesquisa de campo, percebeu-se o papel fundamental da oração na vida dessas pessoas que estavam em tratamento. Pode-se afirmar, portanto, que essas pessoas utilizavam da oração para enfrentar a fissura, por fim, a oração foi um dos recursos mais utilizados em situações de risco e nos momentos fortes de busca para manter a sobriedade.

Tillich alerta sobre o perigo da oração mágica, por meio da qual o centro é o pedido em si e não Deus, ou seja, quando esta oração não é determinada pelo Espírito.

Podemos dizer que a oração determinada pelo Espírito busca levar o próprio centro pessoal, incluindo a preocupação com a saúde própria ou a de outrem, diante de Deus e que ela está disposta a aceitar a aceitação divina da oração, quer seu conteúdo seja atendido ou não. Mas uma oração que se resume a uma concentração mágica no alvo desejado e usa Deus para sua realização não aceita uma oração não-atendida como oração aceita, pois o objeto último na oração mágica não é Deus e a reunião com Ele, mas o objeto da oração, por exemplo, a saúde (TILLICH, 2005, p.718).

Nos estilos de *coping* religioso, a oração de súplica pode possuir um aspecto positivo e outro negativo. O estilo positivo acontece, quando a súplica/oração é uma busca por Deus; e o estilo negativo ocorre, quando a pessoa busca a Deus como meio de conseguir algo na vida e não aceita uma oração não atendida. A espiritualidade/religiosidade ajuda a recuperar o sentido e o propósito da vida, a qual havia sido substituída pela droga. Conhecer os métodos de *coping* religioso/espiritual utilizados pelas pessoas, no contexto de drogadicção, representa um diferencial significativo no processo de recuperação. Tal conhecimento possibilita aos agentes das comunidades terapêuticas intervirem na promoção de um “*coping* positivo”, e questionar o uso do *coping* “negativo”, ajudando-as a buscar uma vida com mais saúde, melhor qualidade de vida e força para manterem-se limpos.

A Igreja, também, pode contribuir para a conscientização do papel da religiosidade/espiritualidade na recuperação e prevenção da drogadicção, através de cursos, debates, encontros entre outros. Assumir uma postura mais crítica ao uso de álcool e drogas. Ajudar as pessoas tomarem consciência do perigo do álcool nas festas religiosas, embora ele seja cultural.

Nesse sentido, ao denunciar as práticas idólatras, produzidas pelo uso abusivo da droga, a Teologia e demais áreas prestam um grande serviço à sociedade, pois buscam sempre a promoção da pessoa humana. Diante desse grande problema social, a Teologia é convocada a dar uma resposta que marque a sua função de denúncia e anúncio. Ela pode denunciar o prejuízo dessa mazela social e anunciar que a proposta de vida plena, apresentada por Jesus é, sobretudo, um caminho fértil para muitos usuários que aceitaram a caminhada na companhia do Cristo.

As práticas espirituais/religiosas podem enriquecer o processo de tratamento da dependência química; por isso, parece-nos imprescindível analisar e estudar este

tema, no campo da teologia, nos espaços religiosos confessionais, nas várias instâncias de tratamento da dependência química, e que se investigue mais sobre quais outras possíveis estratégias de caráter religioso-espiritual podem contribuir no tratamento da drogadicção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que no processo de tratamento da dependência química a religiosidade/espiritualidade ajuda e promove a busca de sentido da vida, ou seja, a sua ressignificação. Esta busca de sentido foi evidenciada, sobretudo, na utilização da estratégia de *coping* positivo, denominada: “transformação de si/sua vida”, ou seja, a partir do uso dessa estratégia a pessoa busca, com a ajuda de Deus, dar um novo sentido à sua vida. Isto pode ser visto em afirmações como: “voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida”; “pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida”; “pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos”; “pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus”; “orei para descobrir o objetivo de minha vida”; “procurei por um total redespertar espiritual”; “pedi perdão pelos meus erros”. Ou seja, a busca por um caminho espiritual que os ajuda a criar um novo sentido e propósito para a vida passa a ser foco no processo existencial do sujeito com problema de dependência química. Ajudar os internos de comunidades terapêuticas no desenvolvimento da dimensão espiritual, sobretudo no processo de criação de novos sentidos, torna-se um fator importante a ser considerado no planejamento de atividades religiosas/espirituais oferecidas na Comunidade.

Outros elementos destacados pelos participantes da pesquisa foram: a oração, a busca pelo grupo religioso, novenas, leituras espirituais e outros. A grande maioria afirmou que a oração foi à estratégia mais utilizada como recurso para melhor lidar com as situações de risco sendo também uma “ferramenta espiritual” para vencer os momentos de fissuras na manutenção da sobriedade.

Segundo Sanches e Nappo (2008, 269) a oração age como um ansiolítico, trazendo-lhe a sensação de paz e de coragem e, ainda, é um meio de revigorar a própria fé, trazendo sempre a esperança no tratamento da drogadicção.

A participação em grupos religiosos foi considerada um aspecto relevante na busca de encontrar com o “Tu eterno”. Esse encontro traz em si uma relação de reciprocidade, entre o criador e a criatura. E é neste encontro com o “Tu Eterno” que o ser humano encontra-se a si mesmo, recebendo a plenitude verdadeira, que gera o sentido da sua própria existência.

Outro fator importante a ser considerado é o alto índice de probabilidade do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), apontando a necessidade de um

trabalho específico com os internos, no sentido de ajudá-los a desenvolverem estratégias psicológicas e espirituais para lidarem com a ansiedade.

Ao abordar as estratégias CRE- negativas mais utilizadas pela população que participou da pesquisa, percebeu-se o uso “reavaliação negativa do significado”, por meio da qual a pessoa fica imaginando se Deus a abandonou; e se Ele é culpado pela situação de sofrimento em que está vivendo. Tem-se a hipótese de que essa forma de pensar conduz ao estado de ansiedade.

Segundo Tillich (1992, p.37) a nossa era é marcada pela ansiedade da vacuidade e da insignificância, e falta de sentido, que gera a ansiedade. Conforme Frankl (2014, p.101) a população jovem está vulnerável ao uso de droga, devido ao fenômeno da falta de sentido da vida.

Os dados apresentados nessa pesquisa evidenciaram o quanto é importante a atuação da igreja, dos sacerdotes (pastores) e líderes religiosos no processo de tratamento e de busca da sobriedade.

Pode-se afirmar que as práticas espirituais/religiosas podem enriquecer o processo de tratamento da dependência química e ajudar na recuperação do sentido da vida, a qual antes tinha sido substituída pela droga.

Conhecer os métodos de *coping* religioso/espiritual utilizados pelas pessoas nesse contexto de drogadicção representa um diferencial significativo no trabalho de recuperação dos atendidos. Tal conhecimento possibilita aos agentes de pastorais intervirem na promoção de um *coping* “positivo”, questionando o uso do *coping* “negativo”, e também ajudar a pessoa em recuperação buscar os métodos positivos de *coping*, e, dessa maneira, tornar-se capaz de viver com mais saúde, melhor qualidade de vida e obter forças para manter-se limpo.

Quer se enfatizar a importância das Comunidades Terapêuticas neste processo de tratamento da dependência química, pois muitos destes trabalhos nasceram para responder a um apelo da sociedade. Pessoas que se doam gratuitamente em prol do bem-estar de outros. Propõe-se mais valorização e mais estudos sobre o trabalho das comunidades terapêuticas.

Em relação aos limites desse estudo, considerando que a amostra foi coletada exclusivamente em comunidades terapêuticas de confessionalidade católica, recomendamos que estudos sejam realizados com amostras em outros contextos, para fins comparativos e conclusões mais amplas. Teologia e Psicologia da Religião

são campos do saber que, de modo interdisciplinar, podem contribuir na reflexão sobre formas de como intervir no tratamento da dependência química.

REFERÊNCIAS

ABDALA et al. A Religiosidade/Espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução ou abandono do uso. **REVER – Revista de Estudos de Religião**, pp. 77-98 (1), mar., 2010.

ALMEIDA, J.; CAMPOS, J. Desordens devido ao álcool em adolescentes: Confiabilidade de um instrumento de medida. **Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, Araraquara, v.20, n.3, p. 435-440, jul./set., 2009.

ALMEIDA, E. S. **O julgamento sociomoral de universitários usuários de maconha**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, São Paulo, 2008.

AMATO, et al. Uso de bebida alcoólica, Religião e outras características sócio demográficas em pacientes de atenção primária à saúde – Juíz de Fora – MG – Brasil – 2006. SMAD – **Revista Eletrônica Salud Mental, Alcool y Drogas**, Vol. 4 ISS2, p. 1-17, 2008.

ANTONIAZZI; DELL'ÁGLIO; BANDEIRA. **O conceito de coping: uma revisão teórica**. *Estudos de Psicologia*, 1998, vol.3, n.2, p. 273 - 294. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>> Acesso em: 17 fev. 2012.

ANDRADE, L.; GORENSTEIN, C. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/ansi256a.htm>> Acesso em: 13 jul. 2015.

BARRETO M.; SILVA, I. **Egressos da Fazenda da Esperança de Manaus: Recaída, por quê?** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BARROS, et al. Prevalência da dependência de álcool e fatores associados em estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, Vol. 41 (4), p. 502, 2007.

BASTOS, F.; BERTONI, N.; HACKER, M. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, Vol. 42, p. 109, 2008.

BERTOLETE J.K. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: SENAD, 2006.

BEZERRA, et al. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Vol. 26 (5), p. 440(7), nov., 2009.

BÍBLIA SAGRADA. Edição Catequética Popular. 8ª ed. São Paulo, Ave Maria, 2009.

BÍBLIA DE JERUSALÉM. Nova edição, revista e ampliada. São Paulo, Paulus, 2002.

BÍBLIA DO PEREGRINO. Comentários de L. A. SCHÖCKEL. São Paulo: Paulus, 2002.

BIRCK, O. B. **O Sagrado em Rudolf Otto**. Porto Alegre. Edipucrs, 1993.

BOFF, L.; BETO, F. **Mística e espiritualidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

BUBER, M. **Eu e Tu**. 2 ed. São Paulo: Moraes, 1974.

BORINI, P., et al. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina (Marília, São Paulo). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**; 43 (2): 93-103, fev. 1994.

CAMPOS, et al. Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do Município de Passos – MG. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol 16 (12), p. 4745 (10). Dez, 2011.

CARVALHO, V.; COTRIM, B. Atividades extracurriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. **Revista de Saúde Pública**. Vol. 26 (3): 145-9, jun. 1992.

CASTILLO, A., et al. Transtornos de Ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol.22(Supl II),p.20-23, 2000.

CHARBONNEAU, P. **Drogas: Prevenção, Escola**. 2ª ed. São Paulo, Paulinas, 1988.

CENCINI, A. **Redescobrimo o Mistério – Guia formativo para as decisões vocacionais**. São Paulo, Paulinas, 1999.

CLINEBELL, H. J. **Aconselhamento pastoral. Modelo centrado em libertação e crescimento**. 5ª ed. São Leopoldo, Sinodal, 2011.

Comunidade Terapêutica Essência de Vida. Disponível em: <<http://essenciadevida.org.br/apresentacao--a.html>> Acesso em: 02 jan. 2016.

Comunidade Terapêutica Fonte de Misericórdia. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/fontedemisericordia/home>> Acesso em: 02 jan. 2016.

Comunidade Terapêutica Abrigo da Misericórdia. Disponível em: <<http://abrigodivinamisericordia.webnode.com.br/sobre-nos/>> Acesso em: 02 jan. 2016.

Comunidade Terapêutica Perpétuo Socorro. Disponível em: <http://perpetuosocorro.org.br/dependencia-quimica-o-decisivo-papel-da-familia-na-recuperacao/> Acesso em: 03 Fev. 2016.

CONCÍLIO VATICANO II – Compêndio do Vaticano II: constituições, decretos e declarações. 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

CRUZ, L. A. N. **Uso de álcool e julgamento sócio moral de estudantes do ensino médio**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Filosofia e Ciências, São Paulo, 2006.

CUNHA, M. V. Religião e Criminalidade: traficantes e evangélicos entre os anos de 1980 e 2000 nas favelas cariocas. **Religião e Sociedade** (online). 34 (1); 61-93; 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-85872014000100004>> Acesso em: 14 fev. 2015.

DALGALARRONDO P. et al. Jovens Pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e droga e saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Vol. 54 (3): 182-190, jul-sep. 2005.

DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Vol. 26 (2), p. 82, 2004.

DALGALARRONDO P. et al. Jovens Pentecostais e espíritas em comparação a católicos: uso de álcool e droga e saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Vol. 54 (3): 182-190, jul-sep. 2005.

DALLO, L. **Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascável/ PR**. Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Filosofia e Ciências, São Paulo, 2009.

DIMARÃES, C. S.; SILVA, I. L. **Atendimento emergencial dos residentes na Fazenda da Esperança: uma experiência de retorno à vida**. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

DITTRICH, M. G. **Natureza e criatividade: o ensino da arte pictórica**. Itajaí: Univali, 2001.

ESPERANDIO, M. **Drogadicção e Espiritualidade: “O papel da religião, Religiosidade e Espiritualidade no processo de Adicção e Recuperação”**. Projeto de Pesquisa Científica (PIBIC), Curitiba, 2011.

ESPERANDIO, M. **Drogadicção e Espiritualidade: Comunidade Terapêutica Vale do Sol**. Projeto de Pesquisa Científica (PIBIC), Curitiba, 2010.

ESPERANDIO, M. **Drogadicção e Espiritualidade: “O papel da religião, Religiosidade e Espiritualidade no processo de Adicção e Recuperação”**. Projeto de Pesquisa Científica (PIBIC), Curitiba, 2011.

ESPERANDIO, M. **Drogadicção e Espiritualidade: Comunidade Terapêutica Vale do Sol**. Projeto de Pesquisa Científica (PIBIC), Curitiba, 2011.

ESPERANDIO, M. *Coping Religioso-Espiritual em pacientes renais crônicos*. In: III Congresso Nacional da ANPTECRE, 2011, São Paulo. **Anais do III Congresso da ANPTECRE**. Textos Completos (formato CD). São Paulo: SethDesign, p. 1-16, 2011.

FERNANDES, S. Marcos definidos da condição juvenil para católicos e pentecostais na baixada fluminense – algumas proposições a partir de um *survey*. **Revista Religião e Sociedade**, Vol. 31 (1), p. 96, 2011.

FRANKL, V. et al. **Dar sentido à vida**. Petrópolis-RJ, Vozes; São Leopoldo – RS, Sinodal, 1990.

FRANKL, V. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 37ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; São Leopoldo (RS): Sinodal, 1985/2015.

FRANKL, V. **Logoterapia e análise existencial**. Campinas (SP): Psy II, 1995.

FRANKL, V. **A presença ignorada de Deus**. (15ª ed., W. O. Schlupp & H. H. Reinhold, Trad.) São Leopoldo: Sinodal; Petrópolis: Vozes, 2007/2014.

FRANKL, V. **O sofrimento de uma vida sem sentido: caminhos para encontrar a razão de viver.** (1ªed. Bocarro. K. Trad.) É realizações, São Paulo, 2015.

FREITAS, H. et al. **Revista de administração, São Paulo**, v. 35, n.3, p. 105-112, 2000.

GONÇALVEZ, A. **Estudos dos níveis motivacionais em relação ao uso de substâncias psicoativas e a espiritualidade.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2008.

GONÇALVES, A. Deus absolvido: a contribuição de Andrés Torres Queiruga para o problema do mal. **Ciberteologia - Revista de Teologia & Cultura** - Ano V, n. 24 julho-agosto, 2009.

JEREMIAS, J. **As parábolas de Jesus.** 10ª ed. São Paulo, Paulus, 2007.

JESUS, C.; REZENDE, M. Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. **Estudos de Psicologia de Campinas (online)**. Vol. 25(4) 499-507, out.- dez., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a04v25n4.pdf>> Acesso em: 13 fev. 2015.

KALINA, E. **Drogadicção: indivíduo, família e sociedade.** Trad. De Santiago Kovadloff. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1999.

KOENIG, H. **Medicina, Religião e Saúde. O encontro da ciência e da espiritualidade.** Rio Grande do Sul: IPM, 2012.

KOENIG, H. **Palestra no Seminário Ciência e Saúde.** Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=AylAGbcNnyc>> Acesso em: 22 abr. 2015.

KOENIG, H. **Religion, Spirituality and Health.** Philadelphia - USA: Templeton Foundation Press, 2005.

LACERDA, R.B. **Efeitos de substâncias psicoativas no organismo: módulo 2.** Brasília, SENAD, 2008.

LADARIA, L. F. **O Deus vivo e verdadeiro. O mistério da trindade.** 2ª ed. São Paulo, Loyola, 2012.

MARTINS, R., et al. Padrão de Consumo de Álcool em estudantes de Ensino Médio de uma cidade do interior de São Paulo. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.** SMAD, Vol.4 n.1, 2008. Disponível em: <<http://www.2.eerp.usp.br/resmald/artigos.asp>>. Acesso em: 10 set. 2012.

MARTINS, R., et al. AUDIT para identificação do consumo de álcool entre estudantes do Ensino Médio. **Revista Interamericana de psicologia**, Vol. 42 (2), p. 307-316, 2008.

MARTINS C.; SEIDL, E. M. Mudança de comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** (online). Vol. 27 (1) p. 55 (10), Jan-Mar, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722011000100008&script=sci_arttext. Acesso em: 13 fev. 2015.

MARQUES J.; SILVA, I. **A Fazenda da Esperança do Amazonas e o olhar do ex-residente.** Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil.** Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/entenda-o-assunto/bebidas-alcoolicas>> Acesso em: 21 out. 2012.

NEVES, et al. Estudantes de graduação da UNICAMP Saúde mental auto avaliada e uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas. **Sistema de Biblioteca digital da Unicamp**, 2007. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000420654>> Acesso em: 15 fev. 2015.

NÓBREGA, M., et al. Policonsumo simultâneo de drogas entre estudantes de graduação da área de ciências da saúde de uma universidade: implicações de gênero, sociais e legais, Santo André/Brasil. **Enfermagem** (online), Vol. 21 (spe); 25-33; 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 fev. 2015.

NOÉ, S. V. **Espiritualidade e Saúde – Da cura d'almas ao cuidado integral.** São Leopoldo, Sinodal, 2004.

NOGUEIRA M. E.; LEMOS M.L. **Tecendo o fio de ouro. Caminho Ordo Amoris.** 7ª ed. Fortaleza, Shalom, 2006.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS – OBID. II **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Resultados preliminares, 2013.** <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/>. Disponível em: <http://inpad.org.br/LENAD/>. Acesso em: 08 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Relatório sobre o consumo de drogas ilícitas.** Disponível em: <http://www.onu.org.br/relatorio-da-onu-mostra-que-cerca-de-230-milhoes-de-pessoas-consumiram-drogas-ilicitas-em-2010/>. Acesso em: 21 out. 2012.

OTTO, R. **O Sagrado.** São Paulo. Vozes, 1992.

PANZINI, R.G. **Escala de Coping Religioso/Espiritual (Escala CRE): tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PANZINI, R.; BANDEIRA, D. **Escala de coping religioso/espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto.** *Psicologia em Estudo*, Vol.10, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 19 fev. 2012.

PANZINI, R.; BANDEIRA, D. **Coping (enfrentamento) religioso/espiritual.** *Revista de Psiquiatria Clínica.* vol.34, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 19 fev. 2012.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: Theory, research, practice.** New York, USA: The Guilford Press, 1997.

PARGAMENT, K. I.; SMITH, B. W.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. **Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors,** *Journal for the Scientific Study of Religion*, 1, p. 710 – 724, 1998.

PAVANI et al. Caracterização do consumo de maconha entre escolares do ensino médio de São José do Rio Preto, SP, 2003, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, Vol. 10 (2), p. 157, 2007.

QUEIRUGA, T. A. **Esperança apesar do mal.** Trad. Pedro Lima Vasconcellos. São Paulo: Paulinas, 2007. (Coleção Algo a Dizer)

RAUPP, L. M.; SAPIRO, M. C. A reeducação de adolescentes em uma comunidade terapêutica: O tratamento da drogadicção em uma instituição religiosa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, (online), Vol. 24 (3), pp. 361-368, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n3/v24n3a13.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

RIBEIRO, F. MINAYO, M. O papel da religião na promoção da saúde na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, p. 1773 (17), Jun., 2014.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO S. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, Vol. 42(2); p. 265-272, 2008.

SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Vol. 34, supl. 1; p. 73-81, 2007.

SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L.; NAPPO, S. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 9 (1), p.43, 2004.

SANCHEZ et al. O papel da informação como medida preventiva do uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 74 (5), p. 699(10), mai., 2010.

SANOKI, K. Parábola: um gênero literário. **Revista Eletrônica Espaço Teológico**, ISSN 2177-952X, Vol. 7, n. 12, 2013.

SCHNEIDER D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva (online)**. Vol. 14, (5) Mai., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300011>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SENADO FEDERAL. **Perfil do consumo de crack no Brasil**. Jornal do Senado (online). Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/aumento-do-consumo-de-drogas/perfil-do-consumo-de-crack-no-brasil.aspx>. Acesso em: 02 jul. 2015.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. **Curso Fé na prevenção. Módulo II. 3ªed. Brasília 2013.** Disponível em:

<http://www.fenaprevencao.senad.gov.br/message/index.php?user=16828&id=20224>
> Acesso em: 04 jan. 2015.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. **Curso Fé na prevenção. Módulo II. 3ªed. Brasília 2013. Disponível em:** <<http://www.fenaprevencao.senad.gov.br/message/index.php?user=16828&id=20224>> Acesso em: 04 jan. 2015.

SILVA, et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, Vol. 40 (2), p.280, 2006.

SILVA, C. C. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/ CAPS- AD. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 19 (3), p. 737 (9), Mar., 2014.

SILVA R. P. et al. Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 62 (3); 191-198, 2013.

SILVA J; GARCIA M. Comunidade Terapêutica religiosa no tratamento da dependência química no Estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Vol. 53 (4): 243-252, Jul-Ago., 2004. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=J.%20bras.%20psiquiatr&connector=ET&lang=pt>> Acesso em: 12 fev. 2015.

SOLDERA A.; DALGALARRONDO P. Religião e uso frequente de drogas por estudantes de segundo grau. **Medicina Ribeirão Preto**, 32 (supl): 9-12, jun., 1999. Disponível em: <<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0076-6046&lang=pt>> Acesso em: 15 fev. 2015.

SOUZA, R. S. R. Religião e Criminalidade: da cultura da morte à cultura da Paz. Horizonte: **Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião**, Vol. 3(6), p. 97, 2009.

SOUZA et al. A representação do consumo de bebidas alcoólicas para adolescentes atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro vol.15 (3), p. 733-741, mai., 2010.

SOUZA et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. **Caderno Saúde Pública**, 28 (6), 1167-1174, Junho 2012.

TILLICH P. **A coragem de ser**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

TILLICH P. **Teologia Sistemática**. São Leopoldo, Sinodal, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Autorização da instituição.....	106
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	107
APÊNDICE C - Escala CRE-Breve.....	110
APÊNDICE D - Avaliação TAG.....	114
APÊNDICE E - Dados Sociobiodemográficos.....	115
APÊNDICE F - Doze passos do N.A.....	118
APÊNDICE G - Oração da Sobriedade.....	119

APÊNDICE A**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Eu _____, abaixo assinado, responsável pela(o) _____,

autorizo a realização do estudo "**Espiritualidade e Saúde: *Coping* (Enfrentamento) Religioso/Espiritual no Tratamento da Dependência Química**", a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Curitiba,..... dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:

Dra. Mary Rute Gomes Esperandio

Márcia Regina Corrêa

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
 nacionalidade _____ idade _____ estado
 civil _____, profissão _____,
 endereço _____

_____, RG _____, estou sendo
 convidado a participar de um estudo denominado **“Espiritualidade e Saúde: *Coping* Religioso/Espiritual no Tratamento da Dependência Química”**.

A palavra inglesa *coping* não tem tradução literal em português. Ela pode significar “lidar com”, “manejar”, “enfrentar” ou “adaptar-se a”. Desse modo, *coping* religioso/espiritual pode ser definido como o conjunto de estratégias de caráter religioso e/ou espiritual que uma pessoa utiliza para se adaptar às circunstâncias adversas da vida. Embora se reconheça o caráter espiritual de tratamentos que tem como base o Programa de 12 Passos e haja um número significativo de Centros de Recuperação com oferta de tratamento de base religiosa, ainda são escassas as investigações acadêmicas acerca da temática da drogadicção e espiritualidade.

Assim, esta pesquisa visa aprofundar o estudo em torno da temática da Espiritualidade e Saúde e tem como foco investigar o papel da religiosidade/espiritualidade no processo de tratamento (recuperação e abstinência) da dependência química.

O levantamento de dados será feito através dos seguintes instrumentos: 1) Questionário com perguntas relativas a dados Sociobiodemográficos; 2) Escala de *Coping* Religioso/Espiritual – CRE-Breve; 3) Escala de Conflitos Espirituais, e 4) Avaliação do Transtorno de Ansiedade Generalizada.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder às questões dos instrumentos acima listados. Fui informado que os dados coletados ficarão em posse da pesquisadora, em local protegido, não sendo, sob hipótese nenhuma, repassados a terceiros.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como ter oportunidade de refletir sobre o papel da minha própria religiosidade/espiritualidade em meu processo de tratamento e abstinência da droga, sendo também um modo de contribuir com as pesquisas que estão sendo realizadas nessa área. Entretanto, compreendo que tal contribuição ficará mais clara apenas ao final do estudo.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Considerando que as perguntas requerem que eu pense sobre a minha experiência com a drogadicção e recuperação, é possível que este exercício me cause algum desconforto emocional ou constrangimento. Caso isso aconteça, devo reportar a situação aos pesquisadores e poderei ser encaminhado para a professora coordenadora da pesquisa, que é também psicóloga (CRP 08/13082). Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto e com os quais eu poderei manter contato são: Dra. Mary Rute Gomes Esperandio – Professora coordenadora da pesquisa junto à PUCPR – Tel. (41) 9229-8339 e 3271-2671; Márcia Regina Correa – tel. (47) 9932-1482 e Monique Olsen – tel. (41) 9965-3356, ambas alunas da PUCPR.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, e tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento em forma de dinheiro. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, _____ de _____ de 2015.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE C

Número _____ Data _____

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião 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. Faça um X no 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) nem um pouco	(2) um pouco	(3) mais ou menos	(4) bastante	(5) muitíssimo
1. Orei pelo bem-estar de outros					
2. Procurei o amor e a proteção de Deus					
3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim					
4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social					
5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais					
6. Procurei em Deus força, apoio e orientação					
7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição					
8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida					
9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros					
10. 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.)					
11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas.					
12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus					
13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer.					
14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material					

15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor, etc)					
16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida					
17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus					
19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado					
20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos					
21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus					
22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora					
23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus					
24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia					
25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida					
26. Fui a um templo religioso					
27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)					
28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado					
29. Procurei por um total re-despertar espiritual					
30. Confiei que Deus estava comigo					
31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais					
32. Pensei que Deus não existia					
33. Questionei se até Deus tem limites					
34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa					
35. Pedi perdão pelos meus erros					
36. Participei de sessões de cura espiritual					
37. Questionei se Deus realmente se importava					

38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto					
39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo					
40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas					
41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle					
42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)					
43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus					
44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando					
45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais					
46. Procurei auxílio nos livros sagrados					
47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus					
48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer					
49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude					

APÊNDICE D

AVALIAÇÃO TAG

Avaliação do Transtorno de Ansiedade Generalizada				
(TAG 7 - Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B.)				
Nas últimas duas semanas, quão frequentemente você tem se incomodado com os seguintes problemas	Nem um pouco	Vários dias	Mais ou menos metade dos dias	Quase todos os dias
1. Fico nervoso, ansioso ou à flor da pele	0	1	2	3
2. Me sinto incapaz de parar ou controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupado demais por diferentes coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade de relaxar	0	1	2	3
5. Fico tão inquieto que é difícil ficar parado	0	1	2	3
6. Fico facilmente aborrecido ou irritado	0	1	2	3
7. Tenho uma sensação de medo, como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3
Soma das colunas				
8. Se você marcou algum desses problemas, quanto esses problemas atrapalham você a fazer seu trabalho, a cuidar das coisas em casa, ou conviver com outras pessoas?	Nem um pouco	Um pouco	Muito	Extremamente
Quando os sintomas começaram?				

APÊNDICE E**Dados Sociobiodemográficos**

1. Sexo:

Masculino Feminino

2. Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

3. Estado Civil

Casado

Solteiro

Em situação de casado

Separado ou Divorciado

Viúvo

3. Profissão _____

Ocupação atual _____

4. Desempregado. Quanto tempo? _____

Último emprego _____

5. Escolaridade

Ensino fundamental completo

Ensino fundamental incompleto. Até _____ ano.

Ensino Médio completo

Ensino Médio incompleto

Curso Superior completo.

Qual: _____

Curso Superior incompleto

Pós-Graduação:

5. Renda familiar:

Até um salário mínimo

Até 3 salários mínimos

Entre 5 e 8 salários mínimos

Mais de 8 salários mínimos

6. Eu me considero uma pessoa

Religiosa

() Espiritualizada mas não religiosa

() Religiosa e espiritualizada

7. Grupo religioso atual:

() Católica

() Evangélica: Qual grupo religioso?

() Religiões Afro-Brasileiras: Qual

() Espírita

() Pentecostal: Qual grupo religioso?

() Outro: _____

8. Você já trocou de religião alguma vez? () Sim () Não

9. Sua religião anterior:

10. Quais os recursos que mais o ajudaram e quanto o ajudaram em situações de risco e/ou para manter a abstinência. Marque de 0 (em nada me ajudou) a 5 (Me ajudou muito)

	0	1	2	3	4	5
	Nenhum pouco	Ajudou um pouco	Ajudou mais ou menos	Ajudou muitas vezes	Ajudou bastante	Ajudou muitíssimo
Prática da Oração	0	1	2	3	4	5
Apoio Familiar	0	1	2	3	4	5
Apoio do Grupo religioso	0	1	2	3	4	5
Apoio dos Amigos	0	1	2	3	4	5
Apoio psiquiátrico/psicológico	0	1	2	3	4	5
Apoio de Líder religioso: padre/pastor/guia espiritual	0	1	2	3	4	5

Frequência a Grupo de mútua ajuda (NA/AA/outros)	0	1	2	3	4	5
Tratamento Medicamentoso	0	1	2	3	4	5
Meus próprios recursos espirituais	0	1	2	3	4	5

11. História de Dependência química na família: () Sim () Não
 () Pai () Mãe () Filho/a () Irmão/ã () Avó/Avô

() Outros (explicitar)

12. Idade de início do uso da droga _____

13. Com qual droga iniciou _____

14. Data da última vez que fez uso de substâncias _____

15. Tratamentos já realizados:

Tipo	Quantas Vezes	Quanto tempo de duração

18. No momento da fissura, o que mais funciona para você?

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

APÊNDICE F

OS DOZE PASSOS DO N.A.

PRIMEIRO PASSO: Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.

SEGUNDO PASSO: Viemos a acreditar que um Poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.

TERCEIRO PASSO: Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós o compreendíamos.

QUARTO PASSO: Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.

QUINTO PASSO: Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.

SEXTO PASSO: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

SÉTIMO PASSO: Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.

OITAVO PASSO: Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.

NONO PASSO: Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.

DÉCIMO PASSO: Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

DÉCIMO PRIMEIRO PASSO: Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.

DÉCIMO SEGUNDO PASSO: Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

APÊNDICE G**ORAÇÃO DA SOBRIEDADE**

Senhor, **ADMITO** minha dependência dos vícios e pecados, e que sozinho, não posso vencê-los. Liberta-me!

Senhor, **CONFIO** em Ti, ouve o meu clamor. Cura-me!

Senhor, **ENTREGO** minha vida, minhas dependências, em tuas mãos. Espero em Ti. Aceita-me!

Senhor, **ARREPENDIDO** de tudo que fiz, quero voltar para a tua graça, para a casa do Pai. Acolhe-me!

Senhor, **CONFESSO** meus pecados, e publicamente, peço teu perdão e o perdão dos meus irmãos. Absolve-me!

Senhor, **RENASÇO** no teu Espírito para a Sobriedade. O homem velho passou, eis que sou uma criatura nova. Batiza-me!

Senhor, **REPARO** financeira e moralmente a todos que, na minha dependência, eu prejudiquei. Ajuda-me a resgatar minha dignidade e a confiança dos meus. Restaura-me!

Senhor, **PROFESSO** que creio na Santíssima Trindade e peço a ajuda da Igreja, com a interceção de todos os santos. Instrui-me na Tua Palavra!

Senhor, **ORANDO e VIGIANDO** para não cair em tentação, seremos perseverantes nos Teus ensinamentos. Dá-me a Tua Paz!

Senhor, **SERVINDO**, a exemplo de Maria, nossa mãe e de todos, queremos, gratuitamente, fazer dos excluídos os nossos preferidos, através da Pastoral da Sobriedade.

Senhor, **CELEBRANDO** a Eucaristia, em comunidade com os irmãos, teremos força e graça, para perseverarmos nesta caminhada. Alimenta-nos no Corpo e Sangue de Jesus!

Senhor, **FESTEJANDO** os 12 passos para a Sobriedade Cristã, irmanados com todos, na mesma esperança, por um século sem drogas, queremos partilhar e anunciar Jesus Cristo Redentor, pelo nosso testemunho.

Amém.

"Piedade Redentora de Cristo, dai-nos a Sobriedade." (3x)

"Sobriedade e Paz, só por hoje, graças a Deus."