



Aline Maria Figueiredo Ko da Cunha

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COMO
DIMENSÕES PARA UM CUIDADO INTEGRAL A SUJEITOS
EM USO NOCIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**Belo Horizonte - MG
2019**

Aline Maria Figueiredo Ko da Cunha

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE COMO DIMENSÕES PARA
UM CUIDADO INTEGRAL A SUJEITOS EM USO NOCIVO DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Orientador: Prof. Luís Paulo Souza e Souza

Belo Horizonte - MG
2019

C972e

Cunha, Aline Maria Figueiredo Ko da.

Espiritualidade e Religiosidade como dimensões para um cuidado integral a sujeitos em uso nocivo de álcool e outras drogas. / Aline Maria Figueiredo Ko da Cunha. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

57 p.

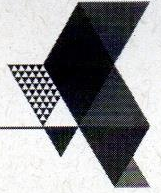
Orientador(a): Luís Paulo Souza e Souza.

Monografia (Especialização) em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Inclui bibliografia.

1. Abuso de Álcool. 2. Abuso de Drogas. 3. Espiritualidade. 4. Religiosidade. 5. Estratégia de Enfrentamento. I. Souza, Luís Paulo Souza e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 427



ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Declaramos que o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS da aluna **Aline Maria Figueiredo Ko da Cunha**, intitulado "Espiritualidade e religiosidade como dimensões para um cuidado integral a sujeitos em uso nocivo de drogas", foi avaliado pela banca composta por: Luís Paulo Souza e Souza (orientador), Ana Regina Machado (avaliadora), Marconi Moura Fernandes (avaliador) foi considerado aprovado obtendo Nota/Conceito 99 / A.

Reformulações:

- Sugeridas - Somente para Conceito A, B e C.
- Exigidas para Aprovação - em conceito D
- Não se aplicam.

Obs: conforme orientações já realizadas pela banca.

Belo Horizonte, 10 de outubro de 2019.

Luís Paulo Souza e Souza

Luís Paulo Souza e Souza

Ana Regina Machado

Ana Regina Machado

Marconi Moura Fernandes

Marconi Moura Fernandes

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e oportunidades infinitas de crescimento. Pelo seu amor incondicional, que posso sentir no meu íntimo, que me auxilia a prosseguir diante dos desafios e me incentiva a também amar!

Ao meu pai Jen, *in memoriam*, peça fundamental para o meu crescimento espiritual. Sei que ainda me acompanha e zela por mim!

À minha mãe Ariane e irmãos Henry e Sthefan por todo o amor e cumplicidade!

Ao meu marido Sandro e filho Bruno pela paciência e compreensão durante esse processo de escrita, pelo incentivo e pelo simples fato de existirem! À Lívia pelo carinho de sempre e pela escuta generosa durante a produção dessa pesquisa!

Ao Luís Paulo, orientador querido, pela sua generosidade, parceria, compreensão e incentivo nesse processo tão difícil que é escrever, pelos seus ensinamentos e pelo seu bom humor e positividade!

A todos os professores da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais pelos ensinamentos e reflexões, em especial ao Marcelo Arinos que com suas perguntas nos fez sair da zona de conforto e ampliou o nosso olhar sobre a nossa prática cotidiana. E à coordenação do curso, em especial, à Ana Regina por todo o zelo e rigor com a especialização e pelo apoio e sensibilidade conosco!

Aos colegas de jornada pela agradável convivência e trocas de experiência ao longo do curso. Em especial, à “Grazi” pela alegria, entusiasmo e disponibilidade de sempre!

*“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
Aperta e daí afrouxa,
Sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”.*

Guimarães Rosa

RESUMO

Objetivo: Analisar a produção científica brasileira acerca do papel da espiritualidade e da religiosidade no consumo nocivo de substâncias psicoativas. **Materiais e Método:** Revisão integrativa, realizada em fevereiro de 2019, utilizando todas as bases de dados incluídas na Biblioteca Virtual em Saúde, com o cruzamento dos descritores “Abuso de Álcool”, “Alcoolismo”, “Abuso de Drogas”, “Dependência de Drogas”, “Espiritualidade”, “Religiosidade”, “Resiliência Psicológica”, “Resiliência”, “Enfrentamento” e “Estratégias de Enfrentamento”. Incluíram-se artigos científicos publicados em português, disponíveis na íntegra eletronicamente e com acesso gratuito. **Resultados:** Foram selecionados 18 artigos após análise sistemática. Houve um equilíbrio entre os estudos quantitativos transversais (n=9; 50%) e os qualitativos (n=8; 44,4%), sendo um classificado como quanti-qualitativo (5,6%); a maior parte deles foi publicada em 2012 (n=3; 16,7%), realizada na região Sudeste do Brasil (n=11; 61,1%) e desenvolvida com usuários de álcool e/ou outras drogas em tratamento (n=8; 44,4%). O local de pesquisa mais recorrente foi a Comunidade Terapêutica (n=4; 22,2%). A maior parte dos estudos analisou o consumo prejudicial de álcool e outras drogas e especificou as drogas pesquisadas (n=8; 44,4%), seguido de estudos que analisaram especificamente o consumo de álcool (n=6; 33,3%). Quanto à diferenciação do conceito de espiritualidade e religiosidade, 10 (55,6%) dos artigos a levou em consideração, e 9 (50,0%) estudos diferenciaram a prática religiosa de ter uma religião. Observou-se que na maior parte dos estudos incluídos na revisão, houve influência positiva da religiosidade e/ou da espiritualidade no menor consumo de drogas. Os protestantes foram o grupo religioso que menos fez uso prejudicial de substâncias psicoativas (SPA). O uso prejudicial de álcool mostrou-se menos sensível à influência moderadora da religiosidade e da espiritualidade. **Considerações Finais:** Foram poucos os estudos, mostrando que as pesquisas na área são relativamente recentes e que, também, há certa negligência do reconhecimento destas dimensões humanas no cuidado aos usuários do sistema de saúde. Novos estudos, principalmente longitudinais, são essenciais, na tentativa de esclarecer quais são as variáveis da religiosidade e/ou da espiritualidade que de fato atuam como fatores de proteção e recurso de tratamento para o uso nocivo de drogas. Destaca-se a influência da família e da educação religiosa na infância como fatores protetores ao uso problemático de drogas através do desenvolvimento de uma religiosidade denominada intrínseca, que se aproximaria do conceito de espiritualidade, no sentido de ser algo do próprio sujeito, constitutivo de sua subjetividade, que atuaria de forma mais consistente e duradoura na proteção ao uso de drogas. A espiritualidade e a religiosidade são dimensões humanas que devem ser consideradas pelos profissionais da saúde, na busca da garantia do cuidado integral e do direito à saúde.

Palavras-chave: Abuso de Álcool; Abuso de Drogas; Espiritualidade; Religiosidade; Estratégia de Enfrentamento.

ABSTRACT

Objective: The analysis of the Brazilian scientific production about the role of spirituality and religiosity in the harmful consumption of psychoactive substances. **Materials and Methods:** Integrative review, performed in February 2019, using all databases included in the Virtual Health Library, with the intersection of the descriptors “Alcohol Abuse”, “Alcoholism”, “Drug Abuse”, “Drug Addiction”, “Spirituality”, “Religiosity”, “Psychological Resilience”, “Resilience”, “Coping” and “Coping Strategies”. Scientific articles published in Portuguese, available in full electronically and with free access, were included. **Results:** Eighteen articles were selected after systematic analysis. There was a balance between quantitative cross-sectional studies (n = 9; 50%) and qualitative studies (n = 8; 44,4%), with one classified as quantitative and qualitative (5.6%); most of them were published in 2012 (n = 3; 16,7%), carried out in the southeastern region of Brazil (n = 11; 61.1%) and developed with users of alcohol and / or other drugs being treated (n = 8; 44,4%). The most recurrent research site was the Therapeutic Community (n = 4; 22,2%). Most studies analyzed the harmful use of alcohol and other drugs and specified the drugs researched (n = 8; 44,4%), followed by studies that specifically analyzed alcohol consumption (n = 6; 33.3%). Regarding the differentiation of the concept of spirituality and religiosity, 10 (55,6%) of the articles took it into consideration, and 9 (50,0%) studies differentiated the religious practice of having a religion. It was observed that in most of the studies included in the review, there was a positive influence of religiosity and / or spirituality on lower drug use. Protestants were the least harmful religious group using psychoactive substances (SPA). Harmful use of alcohol was less sensitive to the moderating influence of religiosity and spirituality. **Final Considerations:** There have been few studies showing that research in this area is relatively recent and that there is also some neglect in recognizing these issues in the care of health care users. New studies, especially longitudinal studies, are essential in an attempt to clarify what are the variables of religiosity and / or spirituality that actually act as protective factors and treatment resources for harmful drug use. We highlight the influence of family and religious education in childhood as protective factors to the problematic use of drugs through the development of a so-called intrinsic religiosity, which would approach the concept of spirituality, in the sense of being something of the subject himself, constitutive of his own. subjectivity, which would act more consistently and lasting in protecting drug use. Spirituality and religiosity are dimensions of the subjects that should be considered by health professionals, seeking the guarantee of comprehensive care and the right to health.

Keywords: Alcohol Abuse; Drug Abuse; Spirituality; Religiosity; Coping Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Relação dos artigos encontrados e selecionados segundo descritores, critérios de inclusão e leitura seletiva. Fevereiro, 2019	20
Quadro 2 - Descrição dos artigos incluídos na revisão segundo variáveis de interesse. Fevereiro, 2019	22

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AD	Álcool e outras Drogas
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAGE	<i>Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas
CERSAM-NO	Centro de Referência em Saúde Mental – Noroeste
CID	Código Internacional de Doenças
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CRE	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual
CREN	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Negativo
CREP	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual Positivo
CT	Comunidades Terapêuticas
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Quarta Edição</i>
DUSI	<i>Drug Use Screening Inventory</i>
ESPMG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GHQ-12	Questionário Geral de Saúde de 12 itens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LNUD	Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
QV	Qualidade de Vida
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SPA	Substâncias Psicoativas
SSRS	<i>Spirituality Self-Rating Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
WHOQOL-Bref	Questionário simplificado de Qualidade de Vida da OMS
WHOQOL-SRPB	Questionário de Qualidade de Vida da OMS – Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais

SUMÁRIO

ANTECEDENTES E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	10
1 INTRODUÇÃO	11
2 MATERIAIS E MÉTODO	18
2.1 Definição e protocolo	18
2.2 Critérios de elegibilidade	18
2.3 Fontes de informação e estratégias de busca	18
2.4 Seleção e extração dos dados	19
2.5 Análise dos dados	19
3 RESULTADOS	21
4 DISCUSSÃO	28
4.1 Pesquisas em espaços sociais não voltados especificamente para tratamento de abuso e/ou dependência de AD	28
4.1.1 Pesquisas com adolescentes escolares e jovens adultos em situação de vulnerabilidade	28
4.2 Pesquisas em espaços de tratamento de abuso e/ou dependência de AD	33
4.2.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD)	33
4.2.2 Comunidades Terapêuticas (CT)	34
4.2.3 CT, CAPS-AD e Alcoólicos Anônimos (AA), conjuntamente	38
4.2.4 Instituição Hospitalar de desintoxicação de <i>crack</i>	41
4.2.5 Programa Social	42
4.2.6 Psicoterapia particular	43
4.3 Pesquisas em outros espaços de apoio para as questões de AD	44
4.3.1 Instituições Religiosas	44
4.3.2 Grupo de Autoajuda com familiares de alcoolistas	46
4.3.3 Grupos de Terapia Comunitária Integrativa com familiares de alcoolistas ...	46
4.4 Pesquisas em espaços de tratamento/acompanhamento de outras questões de saúde	47
4.4.1 Estudo com gestantes	47
4.4.2 Estudo com Hepatopatas	48
4.4.3 Estudo com pacientes portadores de HIV	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	54

ANTECEDENTES E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

A espiritualidade e a psicanálise chegaram ao mesmo tempo em minha vida, quando aos 13 anos tive que lidar com a morte abrupta do meu pai. Elas conviveram por algum tempo, mas, notava a incompatibilidade. Encantei-me pela psicanálise e deixei a espiritualidade adormecida por muitos anos. Aos 18 anos fui mãe, nesta ocasião a espiritualidade ameaçou despertar, mas, consegui contê-la. Isso mesmo, hoje percebo que me esforcei para anulá-la. Escolhi cursar psicologia, algo que considero ser vocacional, pois, sempre fui aquela a quem as amigas procuravam para falar das dores do existir, algo que fazia com grande interesse e satisfação!

O curso de psicologia parece ter favorecido e intensificado o adormecimento da espiritualidade que me habita. Cheguei a acreditar que o homem havia criado Deus para lidar com as próprias angústias, curiosamente, ensinamentos e reflexões feitos na graduação realizada na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais! Encantei-me também pelo campo da Saúde Mental e da Saúde Pública quando, no último ano da graduação, fiz um estágio no Centro de Referência em Saúde Mental – Noroeste (CERSAM-NO), em Belo Horizonte – Minas Gerais (MG), uma experiência muito rica e transformadora.

No final de 2006, prestes a me formar, fiz concurso público almejando voltar para o Sistema Único de Saúde (SUS). Comecei a atender em consultório particular, trabalhei com Saúde Mental em uma Organização Não Governamental (ONG) chamada Laço e, na prefeitura de Santa Luzia - MG, eu trabalhei com psicologia hospitalar, até que fui chamada no concurso e há oito anos trabalho em Unidade Básica de Saúde no município de Belo Horizonte, no programa de Saúde Mental.

Tudo isso aconteceu e a espiritualidade dormindo, serena e calma, esperando o momento certo de voltar... Estive em grande sintonia com a psicanálise por muitos anos, muito bem “encaixada” naquele modo de ler o mundo. Até algo sair do lugar, não sei bem como aconteceu, mas aquele encaixe perfeito desmoronou, vivi um grande vazio existencial e muita angústia. Foi nesse momento que a espiritualidade voltou e dessa vez com muita força! Ela sempre esteve comigo, mas, ficou silenciosa (ou silenciada) por muito tempo.

Hoje, estou no desafio de me reinventar, de tecer uma renda delicada que conecte essas duas leituras de mundo tão importantes em minha vida (psicanálise e espiritualidade). Essa transformação impõe questões à minha prática profissional. Assim, durante essa especialização ofertada pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG), escutei um discurso bastante familiar, que me agrada e tem a ver com muitas convicções minhas. Mas, não totalmente. Uma parte ficou de fora.

Por isso, não poderia ser outro o tema do meu estudo, do Trabalho de Conclusão de Curso: *Espiritualidade e Abuso de Drogas*.

1 INTRODUÇÃO

As substâncias psicoativas (SPA), também denominadas drogas, são substâncias não produzidas pelo organismo que, ao serem utilizadas, produzem alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional de quem as utiliza. Tais alterações variam a partir das características dos sujeitos que as consomem; do tipo e quantidade da droga consumida; além do contexto sociocultural em que as pessoas estão inseridas e das circunstâncias em que as drogas são utilizadas (BRASIL, 2011a; SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2017).

A relação humana com as substâncias psicoativas é milenar. Desde os primórdios da humanidade, tais substâncias estiveram associadas aos ritos religiosos, às práticas sociais e culturais, ao uso medicinal, aos meios de obtenção de prazer e formas de aliviar as angústias do existir, sem que necessariamente se relacionassem a problemas de saúde e sociais. Foi a partir do século XX que o consumo de drogas se tornou uma preocupação mundial, devido ao aumento do seu consumo, comércio ilegal e danos à saúde e sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Autores relacionam essa modificação na forma de perceber e lidar com as drogas – concebendo-as como um risco à sociedade, independente da forma de consumo, que necessita ser combatido mundialmente – ao paradigma proibicionista instituído em 1912, na Primeira Conferência Internacional do Ópio, e implantado mais efetivamente a partir de 1961, na Convenção Única sobre Entorpecentes, sediada e patrocinada pelos Estados Unidos da América (EUA), sob a coordenação da Organização das Nações Unidas (ONU) (FIORE, 2012; KARAM, 2013).

Neste evento foram definidas quais drogas seriam consideradas ilícitas e, portanto, combatidas. O critério de classificação utilizado foi “Drogas com potencial de abuso, mas, conhecido uso medicinal” e “Alto potencial de abuso e nenhum uso medicinal”. Neste último grupo foram enquadradas as seguintes plantas ou substâncias: papoula/ópio/heroína, coca/cocaína e cannabis/maconha. Curiosamente, o álcool e o tabaco não foram incluídos nesse grupo, evidenciando certa arbitrariedade nessa classificação. A partir da Convenção Única sobre Entorpecentes, diversos países, inclusive o Brasil, se comprometeram a combater e a punir a produção, o comércio e o consumo de certas drogas. Esse alinhamento político entre alguns países no modo de compreender e enfrentar o consumo de drogas ficou conhecido como “Proibicionismo” (FIORE, 2012; KARAM, 2013).

Fiore (2012) aponta que, além da manifesta preocupação com a saúde e com a segurança da sociedade presentes no discurso proibicionista, existem outros interesses ocultos

como o da indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção e comércio das drogas; assim como o das empresas que produzem as drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco; além do medo da desordem urbana vivido pelas elites. Para Karam (2013), a política proibicionista surge como uma forma de controle social através do sistema penal, como um mecanismo velado para perpetuar a segregação racial e de classes sociais desfavorecidas, uma vez que a maioria dos encarcerados por uso ou tráfico de drogas são negros e pessoas de classes socioeconômicas desfavorecidas. Nota-se que a questão das drogas, e mais especificamente da “guerra às drogas”, é bastante complexa. É um fenômeno multifatorial que engloba dimensões políticas, relações de poder, interesses econômicos e mercadológicos, questões antropológicas e culturais, sociais, bem como individuais ou subjetivas, não podendo ser analisada de modo simplista.

Dutra e Henriques (2016) destacam a relação do uso problemático de drogas – mais especificamente do *crack* – com a exclusão social vivenciada por muitos indivíduos ao longo da vida.

Ou seja, indivíduos com mais acesso aos capitais econômico, cultural e social e que incorporaram disposições disciplinadoras oriundas da socialização primária e escolar, possuem maior possibilidade de fazer um uso não problemático de *crack* (ou não tão problemático) conforme conseguem conciliar o uso com a realização de suas atividades cotidianas, “ancorados” psicologicamente que estão aos seus relacionamentos sociais (afetivos e profissionais) (DUTRA; HENRIQUES, 2016, p. 310).

Diferente do que tem sido difundido, de que as drogas são danosas em si mesmas e que trazem grande potencial de dependência e prejuízos à saúde e à sociedade, Dutra e Henriques (2016) sinalizam que sujeitos valorizados e amparados socialmente tendem a não estabelecer uma relação problemática ou “totalizante” com as drogas. Assim, desmitifica-se essa construção de que a substância em si é perigosa, superando o foco apenas nos aspectos químico e biológico da questão, englobando outros importantes aspectos envolvidos no uso nocivo ou problemático de drogas, tais como suas dimensões políticas, sociais, econômicas, culturais, psicológicas.

Machado (2018) problematiza a visibilidade exacerbada e alarmista que vem sendo dada ao *crack*, eleito como o novo inimigo da sociedade a ser combatido, sinalizando que algo fica acobertado por essa estratégia (proibicionista). No entanto, o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (FIOCRUZ, 2017) aponta que o uso de *crack* não representa o maior problema de saúde relacionado ao uso de SPA na atualidade, mas, sim, o consumo abusivo de álcool.

O III LNUD apontou que, em 2015, entre os brasileiros na faixa etária de 12 a 65 anos, 17,3% consumiu produtos de tabaco nos 12 meses que antecederam a pesquisa; 43,1% consumiu bebida alcoólica nesse período; 16,5% (cerca de 25 milhões de pessoas) fez consumo caracterizado por *binge drinking* (uso de cinco ou mais doses em uma mesma ocasião para homens e de quatro ou mais doses para mulheres, dentro de um período de 30 dias) e 1,5% (aproximadamente 2,3 milhões de brasileiros) apresentou padrão de consumo caracterizado por dependência alcoólica, de acordo com critérios do DSM-VI. Importante dar ênfase ao *binge drinking*, uma vez que tem se associado ao aumento do número de acidentes, de episódios de violência, de comportamento sexual de risco, de dependência alcoólica e no desenvolvimento de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) como obesidade, infarto agudo do miocárdio, diabetes *mellitus*, configurando-se como um problema de saúde pública que necessita de estratégias de prevenção e tratamento (GARCIA; FREITAS, 2015; FIOCRUZ, 2017; GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2018).

A droga considerada ilícita mais consumida pelos brasileiros foi a maconha, seguida pela cocaína e pelo *crack*, com prevalência de consumo nos 12 meses que antecederam o estudo de 2,5%, 0,9% e 0,3% da população, respectivamente. Aproximadamente 1,2 milhões de pessoas (0,8% da população de pesquisa) apresentaram dependência de alguma droga que não o álcool e o tabaco nos últimos 12 meses. Houve predominância da dependência de maconha (0,29%), seguida dos benzodiazepínicos (0,20%), da cocaína (0,18%), dos opiáceos (0,14%) e do *crack* (0,09%) (FIOCRUZ, 2017).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2019 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), assim como no Brasil, a droga ilícita mais consumida no mundo foi a maconha. Em 2017, foi estimado que essa substância foi utilizada por cerca de 188 milhões de pessoas de 15 a 64 anos, no ano anterior. Estimou-se que 53 milhões de pessoas fizeram uso de opióides no mundo, número 56% superior ao que foi estimado em 2016. Os opióides foram responsáveis por dois terços das 585 mil mortes resultantes de uso de drogas em 2017, dentre essas substâncias estão o fentanil e o tramadol. Em 2010, foram apreendidos no mundo menos de 10 kg de tramadol, já em 2013 essa apreensão passou para quase 9 toneladas e em 2017 atingiram o recorde de 125 toneladas. Quanto à estimativa de consumo de cocaína no mundo, obteve-se que cerca de 18 milhões de pessoas ou 0,4% da população pesquisada a consumiu. Esse dado se refere tanto a cocaína em pó, quanto ao *crack*. Na América do Sul, o Brasil surgiu como o principal mercado consumidor de cocaína, apresentando cerca de 1,5 milhões de usuários de cocaína e *crack* (UNODC, 2019).

Diante desses dados, é importante problematizar o enfoque alarmista sobre o *crack* – sem negar a importância do cuidado para usuários abusivos e dependentes dessa SPA – quando se evidencia que o consumo de outras substâncias como o álcool e os opióides têm representado maior risco à saúde da população. Esse alarde sobre os perigos das drogas, e especialmente do *crack* no Brasil, parece se constituir em uma estratégia da política proibicionista mundial, que visa justificar a intensidade das ações repressoras e punitivas em relação ao uso e comércio de drogas.

Os primeiros recursos utilizados para lidar com a problemática das drogas no Brasil foram a força policial e o sistema penal, o campo da saúde só entra em cena posteriormente. Segundo Santos e Machado (2018) as primeiras leis brasileiras para reprimir o uso e o tráfico de drogas foram instituídas na década de 1920. Em 1971 foi instituída a Lei Federal nº 5.726 que previa tratamento psiquiátrico para “infratores viciados” em modalidade de internação hospitalar, onde um olhar criminalizante, moralizante e excludente sobre o usuário de drogas fica evidente. As autoras destacam que alcoolistas não eram atendidos, mas, somente usuários de drogas consideradas ilícitas, demonstrando que mais do que uma preocupação com a saúde dos usuários, existia um compromisso com o plano internacional de combate às drogas consideradas ilícitas. Chama a atenção que ainda no ano de 2019, no Relatório Mundial sobre Drogas, não conste pesquisa sobre o consumo de álcool no mundo.

De acordo com Santos e Machado (2018), na década de 1990 houve o maior crescimento de Comunidades Terapêuticas (CT) no Brasil, uma resposta da sociedade para lidar com a questão das drogas, frequentemente associada a grupos religiosos e não vinculada ao sistema público de saúde. As CT têm como proposta de tratamento a internação que visa exclusivamente a abstinência. Em 2000 foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), responsável por integrar ações de repressão à produção, tráfico e uso de drogas, bem como, ações de prevenção e tratamento para usuários de SPA, sendo constituído pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), ambos alocados no Gabinete Militar. A SENAD apoiou o modelo de atenção proposto pelas CT e vem buscando financiamento público para elas, visando torná-las o modelo de atenção à usuários de drogas oficial.

Tófoli (2015) salienta que as CT surgem diante do vazio deixado pelo Estado até o século XXI em termos de política pública de saúde para usuários em sofrimento devido ao uso prejudicial de SPA. Apesar de se constituírem em serviços muito heterogêneos, o autor situa algumas características principais das CT: a concepção de que todo uso problemático de

drogas é uma doença crônica incurável, o objetivo exclusivo da abstinência e a utilização da espiritualidade como recurso de tratamento. Tófoli (2015) questiona o financiamento estatal para tratamentos de cunho religioso, uma vez que o Estado é constitucionalmente laico. Menciona também a sua preocupação com o risco de retrocesso ao se instituir dispositivos com lógica manicomial, que violem direitos humanos fundamentais.

Em 2003, surge a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. Diferente das abordagens anteriores que possuíam um olhar reducionista para a questão do uso prejudicial de drogas (ora compreendendo-a apenas como uma questão de justiça e segurança pública, ora compreendendo-a como uma questão de saúde, que tinha como paradigma o modelo biomédico, psiquiátrico e de orientação manicomial), essa Política propõe analisar a problemática do uso nocivo de SPA em toda a sua complexidade, entendendo-a como um fenômeno multifatorial. Dessa forma, busca a contribuição e a articulação de diversos saberes e formas de intervenção, compreendendo-os como complementares e não concorrentes. Preconiza o cuidado em rede, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que reafirma os princípios das Reformas Psiquiátrica e Sanitária Brasileiras, enfatizando os serviços de base territorial e comunitária em substituição ao modelo hospitalocêntrico e manicomial (BRASIL, 2003; 2011b).

O carro-chefe dessa Política é a estratégia da Redução de Danos (RD) ao invés da imposição, a priori, da meta da abstinência. O foco se dá no vínculo com o sujeito (e com sua família), buscando compreender sua realidade e desejos e acompanhá-lo na construção da vida que deseja ter, respeitando e incentivando o seu protagonismo nessa construção e auxiliando-o a minimizar os efeitos nocivos que o abuso e/ou dependência da droga possam causar em sua vida. Ressalta-se que a abstinência pode ser um objetivo dentro da lógica da RD, mas, não se apresenta com a única meta ou solução possível para o sofrimento de sujeitos que fazem uso prejudicial de drogas. Vale destacar, ainda, que muitas vezes a fonte do sofrimento é outra (e não o uso da droga), sendo necessária abertura e disponibilidade para compreender o que faz sofrer ou adoecer.

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o locus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc. (...) Nunca é demais, portanto,

insistir que é a rede – de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não-governamentais em interação constante (...) que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida. Este é o compromisso da saúde: fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida (BRASIL, 2003, p.11).

Essa concepção de saúde como uma busca pela dignidade da vida – um conceito ampliado de saúde – está em consonância com a proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS), no documento de sua constituição em 1946, que compreende a saúde não como mera ausência de doenças, mas, como um estado dinâmico de bem-estar físico, mental e social. Em 1998, a OMS amplia ainda mais essa concepção ao incluir a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais em seu instrumento para medir a Qualidade de Vida, o *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs* (BACKES *et al.*, 2012).

Por religiosidade, entende-se conjunto de crenças e práticas ritualísticas de uma religião, realizadas coletiva ou individualmente, que auxiliam a aproximação com o sagrado. A espiritualidade envolve uma relação pessoal com algo transcendente, metafísico, refere-se à forma pessoal de se relacionar com o sagrado ou Força Superior, que propicia respostas para questões existenciais e produz sentidos para a vida (SILVA *et al.*, 2010; ZERBETTO *et al.*, 2017).

Assim como o uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade desde os seus primórdios, a sua relação com o sagrado também é milenar e faz parte a experiência humana. Frequentemente é a sua relação com o metafísico, ou seja, com o que está além do físico, ou o espiritual, que possibilita ao homem encontrar respostas para suas questões existenciais e sentidos para seu viver (DINIZ; SOUZA e SOUZA, 2017).

Chama a atenção como a dimensão espiritual do ser humano tem ficado à margem das práticas de cuidado em saúde, como se fosse algo ilegítimo ou mesmo imaginário, ou de menor importância quando comparado ao saber científico e técnico, que se impõe como o saber legítimo, palpável e, portanto, respeitável. Se o campo da saúde fez o importante movimento de ampliar o seu olhar para o que seja essa condição (a saúde), compreendendo que ela vai muito além da ausência de doenças físicas, que ela também engloba as dimensões psíquica, social e cultural do ser humano, sua dimensão espiritual também deve ser acolhida e contemplada nessa relação de cuidado. Não como uma imposição de quem cuida, mas, como uma abertura e sensibilidade para acolher a subjetividade de quem receberá cuidados, em todas as suas dimensões, inclusive a espiritual.

Na atualidade, falar das dimensões espiritual e religiosa como recursos de cuidado para usuários de álcool e outras drogas parece automaticamente remeter ao modelo de atenção

adotado pelas Comunidades Terapêuticas e, com isso, diversas ideias se coadunam, como a do retorno ao modelo manicomial, a da imposição da abstinência e mesmo a imposição de uma determinada crença religiosa aos usuários nessa relação de cuidado. Ambas ideias relacionadas a condutas autoritárias. Vivemos um momento político delicado, onde o medo do fim da democracia paira no ar. No campo da saúde, e mais especificamente da atenção aos usuários de drogas, percebemos uma disputa entre dois modelos de atenção, representados por dispositivos distintos: o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) com a lógica da Redução de Danos e as Comunidades Terapêuticas com a lógica da abstinência. Um almejando manter-se como modelo vigente e o outro buscando se instituir como modelo oficial.

Hoje, o desafio é, também, resistir a um modelo que caminhe para considerar válida somente a lógica da abstinência, como a proposta de política adotada pelo novo governo no país. Adotar tais proposições é permitir a instituição de práticas de cuidados verticalizadas, dissociadas da participação dos sujeitos e de suas crenças e contextos de vida, favorecendo uma lógica reducionista do ser humano.

Propõe-se, aqui, dissociar a concepção de espiritualidade e religiosidade desse emaranhado de ideias, e lhes compreender como mais uma das dimensões do ser humano, que pode ser contemplada em uma relação de cuidado, e não necessariamente de modo impositivo ou autoritário. Adotar uma compreensão mais ampla das dimensões do sujeito deve ser considerada como garantia do direito à saúde, fortalecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) com práticas de cuidado que sejam integrais, equânimes e democráticas.

Sendo a espiritualidade e a religiosidade características marcantes dos brasileiros, dados corroborados pelo último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), que constatou que a maior parte da população declarou ter uma crença religiosa, frequentar cultos religiosos ou se dedicar às práticas espirituais, e entendendo que, dentro da concepção de atenção integral aos usuários de drogas, a espiritualidade e a religiosidade são dimensões humanas que deveriam ser contempladas, este estudo objetivou analisar a produção científica brasileira acerca do papel destas dimensões diante do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas.

Por fim, vale a pena destacar que, nesta revisão, o foco é avaliar os aspectos trazidos pelas publicações, abstendo-nos de nos posicionar a favor ou contra entidades religiosas, comunidades terapêuticas ou demais instituições.

2 MATERIAIS E MÉTODO

2.1 Definição e protocolo

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, que visou reunir e sistematizar resultados de pesquisa sobre um determinado tema ou questão, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Neste estudo, iniciou-se com a definição do seguinte problema: “*Qual é o papel da espiritualidade e da religiosidade diante do uso abusivo e/ou dependência de álcool e de outras drogas?*”. A hipótese inicial é de que as dimensões espirituais e religiosas do ser humano, quando fortalecidas, aumentam sua capacidade de lidar com frustrações e sofrimentos oriundos da vida. Ao aumentar a resiliência psicológica¹, a espiritualidade e a religiosidade atuam como fatores protetores contra o uso nocivo de substâncias psicoativas.

Assim, seguiram-se protocolos já estabelecidos e cientificamente aceitos para elaboração desta revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). A revisão foi desenvolvida de forma sistematizada, seguindo as etapas preconizadas por Souza, Silva e Carvalho (2010): 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão integrativa.

2.2 Critérios de elegibilidade

A busca bibliográfica ocorreu na primeira quinzena do mês de fevereiro de 2019 e foi realizada por mais de um autor, separadamente, para validá-la. Os critérios de inclusão utilizados foram: textos em português, do tipo artigo original (observacionais, experimentais, relatos de experiência, entre outros), disponíveis eletronicamente, de forma completa e gratuita. Como critérios de exclusão, foram adotados: estudos repetidos nas bases de dados, que abordavam o consumo de SPA que não se enquadrava na modalidade de abuso ou dependência, revisões de literatura, relatórios técnicos, dissertações e teses.

2.3 Fontes de informação e estratégias de busca

Para a coleta de dados, foram utilizadas as bases indexadas junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Estas bases foram escolhidas pelos autores por entenderem que abrangem a

¹ Definida, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), como “habilidade humana de se adaptar diante de tragédias, traumas, adversidades, privações e de fatores estressantes significativos e corriqueiros da vida”. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

literatura publicada no Brasil e incluem periódicos conceituados da área da saúde. Após consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram selecionados dez descritores com o intuito de ampliar a capacidade da busca. Os descritores utilizados foram “Abuso de Álcool”, “Alcoolismo”, “Abuso de Drogas”, “Dependência de Drogas”, “Espiritualidade”, “Religiosidade”, “Resiliência Psicológica”, “Resiliência”, “Enfrentamento” e “Estratégias de Enfrentamento”. Foi realizado o cruzamento dos descritores utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”.

2.4 Seleção e extração dos dados

As referências relevantes foram selecionadas pelos títulos e resumos por mais de um autor, sendo que as discordâncias foram resolvidas por consenso. Caso o resumo estivesse indisponível, o texto completo era acessado a fim de determinar elegibilidade.

Após cruzamentos dos descritores, foram encontradas 13.480 publicações. Após a aplicação dos critérios de inclusão, restaram 483 textos. Destes, 386 foram excluídos devido a repetições nas bases de dados, restando 97 artigos para leitura seletiva. Após leitura de título e resumo, 69 artigos foram excluídos, pois, não se relacionavam diretamente ao tema da pesquisa, 28 artigos foram lidos na íntegra, 10 foram excluídos por fugirem ao recorte da pesquisa. A amostra final desta revisão foi composta por 18 artigos (**Quadro 1**).

2.5 Análise dos dados

Realizou-se uma leitura mais criteriosa dos 18 artigos, de forma analítica e interpretativa, buscando ordenar as informações contidas nas fontes com a leitura analítica e buscando conferir um significado global dos dados encontrados, tornando possível uma associação com conhecimentos previamente obtidos com a leitura interpretativa. Destaca-se que a análise dos estudos foi baseada em protocolos já estabelecidos (SAMPAIO; MANCINI, 2007; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), adaptados ao objeto deste estudo; avaliando-se: título e autores do artigo; ano de publicação; local e população do estudo; tipo de abordagem e método do estudo; tipo de drogas analisadas pelos autores (álcool ou outras drogas); critérios de análise do consumo de drogas e da espiritualidade e religiosidade; diferenciação entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade e entre ter e praticar uma religião; principais resultados (papel da espiritualidade e religiosidade); qualidade do conteúdo; discussão das ideias dos autores; e limitações dos estudos.

Quadro 1 - Relação dos artigos encontrados e selecionados segundo descritores, critérios de inclusão e leitura seletiva. Fevereiro, 2019.

Descritores	Encontrados – somente cruzamento dos descritores	Selecionados após critérios de inclusão*	Excluídos devido repetição nas bases	Selecionados após leitura seletiva
Abuso de álcool AND Espiritualidade	122	07	02	04
Abuso de álcool AND Religiosidade	22	12	05	05
Abuso de álcool AND Resiliência psicológica	68	03	01	00
Abuso de álcool AND Resiliência	75	03	03	00
Abuso de álcool AND Estratégias de Enfrentamento	1.217	15	07	00
Abuso de álcool AND Enfrentamento	1.272	46	26	01
Alcoolismo AND Espiritualidade	113	08	07	01
Alcoolismo AND Religiosidade	11	06	06	00
Alcoolismo AND Resiliência psicológica	56	04	03	00
Alcoolismo AND Resiliência	64	04	04	00
Alcoolismo AND Estratégias de Enfrentamento	1.124	18	13	00
Alcoolismo AND Enfrentamento	1.171	38	36	00
Abuso de drogas AND Espiritualidade	197	16	09	02
Abuso de drogas AND Religiosidade	23	16	10	03
Abuso de drogas AND Resiliência psicológica	124	00	00	00
Abuso de drogas AND Resiliência	135	01	00	00
Abuso de drogas AND Estratégias de Enfrentamento	1.674	32	18	01
Abuso de drogas AND Enfrentamento	1.744	66	56	00
Dependência de drogas AND Espiritualidade	188	14	13	01
Dependência de drogas AND Religiosidade	17	11	11	00
Dependência de drogas AND Resiliência psicológica	119	00	00	00
Dependência de drogas AND Resiliência	129	03	02	00
Dependência de drogas AND Estratégias de Enfrentamento	1.548	30	28	00
Dependência de drogas AND Enfrentamento	1.602	54	50	00
(Abuso de álcool) AND (Espiritualidade OR Religiosidade)	136	17	17	00
(Alcoolismo) AND (Espiritualidade OR Religiosidade)	118	12	12	00
(Abuso de drogas) AND (Espiritualidade OR Religiosidade)	212	26	26	00
(Dependência de drogas) AND (Espiritualidade OR Religiosidade)	199	21	21	00
Total	13.480	483	386	18

*Critérios de inclusão: Textos em português, do tipo artigo; disponíveis online, de forma completa e gratuita.

3 RESULTADOS

Para facilitar a apresentação dos resultados, criou-se um quadro sinóptico que contemplou os aspectos considerados pertinentes (**Quadro 2**).

Observou-se que maior parte dos estudos foi publicada no ano de 2012 (n = 3; 16,7%); na região Sudeste (n = 11; 61,1%); era do tipo transversal, quantitativo (n = 9; 50,0%); desenvolvida com usuários de substâncias psicoativas em tratamento (n = 8; 44,4%). Dos 18 textos, 12 (66,7%) foram encontrados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 3 (16,7%) na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), 2 (11,1%) na Index Psicologia (Index Psic) e 1 (5,6%) na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Destaca-se que, em relação ao tipo de droga analisada pelos autores, maior parte dos estudos (n = 8; 44,4%) analisou o papel da espiritualidade e/ou da religiosidade no consumo de álcool e outras drogas, especificando os tipos de drogas analisadas; seguido por aqueles que analisaram especificamente no consumo de álcool (n = 6; 33,3%). Destacam-se aqueles estudos que citavam “consumo de drogas”, no geral (n = 3; 16,7%), além daqueles que analisaram especificamente no consumo de *crack* (n = 2; 11,1%). Quanto à diferenciação do conceito de espiritualidade e religiosidade, 10 (55,6%) dos artigos a levou em consideração, e 9 (50,0%) estudos diferenciaram a prática religiosa de ter uma religião.

Quadro 2 - Descrição dos artigos incluídos na revisão segundo variáveis de interesse. Fevereiro, 2019.

Título do artigo	Autores e ano de publicação	Local	População	Tipo e abordagem/método do estudo	Drogas analisadas	Crítérios de análise do consumo de drogas	Crítérios de análise da espiritualidade e da religiosidade	Considerou a espiritualidade e diferente da religiosidade?	Considerou a diferença entre “ter religião” e “praticar a religião”?	Papel da espiritualidade e da religiosidade no abuso e/ou dependência de drogas*
Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade	Sanchez; Oliveira; Nappo (2004)	Rio de Janeiro – Rio de Janeiro	Adolescentes e jovens adultos de classe social baixa, moradores de favelas e conjuntos habitacionais do governo	Qualitativo Entrevistas analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo	Drogas psicotrópicas, sem especificar quais	1) <i>Não usuários</i> : nunca ter usado ou experimentado drogas ilícitas; uso apenas experimental de cigarro (menos de 5 vezes na vida) e/ou uso leve de álcool (uso esporádico e não-abusivo). 2) <i>Usuários abusivos</i> : consumo diário e descontrolado de drogas, gerador, em potencial, de danos morais, pessoais e sociais ao usuário.	Não informado	Não informado	Sim	Religiosidade e Espiritualidade como influências positivas para um menor consumo de drogas e na recuperação diante do uso abusivo
Religião e uso de drogas por adolescentes	Dalgalarondo <i>et al.</i> (2004)	Campinas – São Paulo	Adolescentes de escolas públicas e privadas	Quantitativo Transversal, analítico, utilizando questionário autoaplicável	Álcool, Tabaco, Medicamentos, Maconha, Solventes, Cocaína e Ecstasy	Definições da Organização Mundial da Saúde (OMS): 1) <i>Uso no mês</i> : uso de drogas nos 30 dias que antecederam a pesquisa; 2) <i>Uso frequente</i> : uso de 6 a 19 vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa; 3) <i>Uso pesado</i> : uso em 20 dias ou mais nos 30 dias anteriores à pesquisa.	Apenas variáveis relacionadas à <i>religiosidade</i> : ter ou não ter uma religião, filiação religiosa; tempo em que está na religião; frequência de ida à igreja por mês; considerar-se uma pessoa religiosa e educação religiosa na infância.	Sim	Sim	Religiosidade como influência positiva para um menor consumo pesado (abusivo) de drogas

Religiosidade e problemas com o álcool: um estudo de caso	Xavier (2005)	Não informado	Único usuário de álcool (dependente) do sexo masculino psicoterapia particular	Qualitativo Estudo de caso único, com entrevista em profundidade tomadas como narrativas biográficas	Álcool	Já foi definido que o participante era dependente alcoólico.	Questões norteadoras sobre a relação da religiosidade e os problemas com o álcool.	Não <i>Pela análise, fica evidente que o autor as considerou como sinônimas, pois utiliza o termo “religiosidade-espiritualidade”</i>	Não	Religiosidade-Espiritualidade como influência positiva no tratamento da dependência alcoólica
Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas	Sanchez; Nappo (2008)	São Paulo – São Paulo	Ex-usuários de drogas que frequentavam instituições religiosas	Qualitativo Entrevistas em profundidade, com observação participante	Álcool e outras drogas, como cocaína e crack	Dependência de drogas psicotrópicas diagnosticada por meio da aplicação de questões do <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-VI)</i>	Práticas religiosas (oração, frequência a cultos e outros) e dimensões espirituais (fé em Deus e na existência do espírito imortal)	Não <i>Autoras consideraram as duas conjuntamente</i>	Não	Promoção da abstinência
Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon	Filzola <i>et al.</i> (2009)	Não informado	Familiares de alcoolistas que frequentam o grupo Al-Anon	Qualitativo Entrevistas semiestruturadas	Álcool	Dependência de álcool do familiar das frequentadoras do grupo Al-Anon	Serem mencionadas como estratégias de enfrentamento do alcoolismo na família durante a entrevista.	Não <i>Pela análise, fica evidente que as autoras as consideraram como sinônimas, pois utilizam o termo “religiosidade/ espiritualidade”</i>	Não	Estratégia de enfrentamento do alcoolismo na família
Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes	Silva <i>et al.</i> (2010)	Juiz de Fora – Minas Gerais	Gestantes em acompanhamento pré-natal	Quantitativo Transversal, analítico, com instrumento aplicado pelos pesquisadores	Álcool e outras drogas	<i>Uso disfuncional de álcool: por meio do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) Abuso de uma ou mais substâncias psicoativas: por meio do MINI (Mini</i>	Aspectos da religião: ter ou não ter; filiação religiosa; e praticar ou não a religião.	Sim <i>Considerou-se apenas a religiosidade</i>	Sim	Religiosidade como influência positiva diante do uso abusivo de drogas e nula para uso de álcool

						<i>International Neuropsychiatric Interview</i>), uma entrevista diagnóstica que contempla os principais transtornos psiquiátricos do DSM-VI				
Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem	Pillon <i>et al.</i> (2011)	Interior de Minas Gerais	Universitários de uma instituição pública	Quantitativo Transversal, analítico, utilizando questionário autoaplicável	Álcool	<i>Uso disfuncional de álcool: por meio do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)</i>	Escala de Espiritualidade (<i>Spirituality Self-Rating Scale-SSRS</i>) Questões sobre espiritualidade e religiosidade	Sim	Sim	Influência nula diante do uso abusivo de álcool
Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária	Ferreira <i>et al.</i> (2012)	João Pessoa - Paraíba	Mulheres idosas que lidam com alcoolismo na família e participantes de Terapia Comunitária Integrativa (TCI)	Quantitativo-qualitativo Retrospectivo, documental, analisando fichas das participantes, organizando em forma de narrativas e categorias analíticas	Álcool	Registros de rodas de Terapia Comunitária Integrativa que mencionavam conflitos gerados por dependência de álcool na família	Registros de rodas de Terapia Comunitária Integrativa que mencionavam estratégias de enfrentamento do alcoolismo na família relacionados à espiritualidade/religiosidade	Não <i>Autoras consideraram as duas conjuntamente</i>	Não	Estratégia de enfrentamento do alcoolismo na família
Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino	Martins <i>et al.</i> (2012)	Juiz de Fora - Minas Gerais	Hepatopatas alcoólicos e não alcoólicos do sexo masculino em tratamento ambulatorial	Quantitativo Transversal, analítico, utilizando questionário autoaplicável	Álcool	Instrumentos validados no Brasil para rastreamento de: 1) <i>Síndrome de Dependência Alcoólica na vida: por meio do questionário CAGE (referente ao anagrama Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener).</i> 2) <i>Uso disfuncional</i>	<i>Coping Religioso-Espiritual, por meio da Escala de coping religioso/espiritual (CRE)</i>	Não. <i>Autores consideraram as duas conjuntamente.</i>	Sim	Religiosidade e Espiritualidade como poucas influências positivas diante dos consumos mais altos de álcool e diante de provável dependência alcoólica

						<i>de álcool: por meio do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)</i>				
Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos	Backes <i>et al.</i> (2012)	Região central do Rio Grande do Sul	Usuários de drogas em condições de extrema vulnerabilidade física, psíquica e social	Qualitativo Relato de experiência	<i>Crack</i>	Dependentes de <i>crack</i> em tratamento de desintoxicação da SPA em instituição hospitalar, em regime semifechado	Interesse em participar da oficina de espiritualidade	Sim <i>Ênfase na espiritualidade</i>	Não	Influência positiva no tratamento
Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas	Silva; Guimarães; Salles (2014)	Município do interior de São Paulo	Usuários de drogas em uma Comunidade Terapêutica	Quantitativo Transversal, descritivo, utilizando questionário semiestruturado	Álcool, Cocaína/ <i>Crack</i> , Tabaco, Maconha, Inalantes, Anfetaminas / Ecstasy, Alucinógenos	Uso abusivo e dependência de álcool e/ou drogas por meio de questionário semiestruturado baseado nos testes AUDIT; CAGE; ASSIST (<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>) e DUSI (<i>Drug Use Screening Inventory</i>)	Ser mencionada como fator protetor à recaída no preenchimento do questionário	Sim <i>Considera-se apenas a religiosidade</i>	Não	Religiosidade como influência positiva no tratamento
Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos	Gonçalves; Santos; Pillon (2014)	Quatro municípios do interior de São Paulo	Usuários de drogas do sexo masculino em tratamento em três Comunidades Terapêuticas, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e um grupo de Alcoólicos Anônimos	Quantitativo Transversal, descritivo, utilizando questionário autoaplicável	Álcool, Maconha, Cocaína, <i>Crack</i> e outras	1) <i>Uso disfuncional de álcool: por meio do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) versão C</i> 2) <i>Uso das demais drogas: sim versus não</i>	Avaliou questões da espiritualidade, por meio do instrumento <i>Spirituality Self Rating Scale (SSRS-br)</i>	Sim	Sim	Estudo descreve o perfil religioso e espiritual de usuários de SPA em CAPS-AD, AA e CT. O resultado mais importante é que há diferença entre espiritualidade e prática religiosa entre grupos de usuários de álcool e drogas em tratamento.

Adolescência, drogas e religiosidade no município de São Paulo – Brasil	Gomes <i>et al.</i> (2015)	São Paulo – São Paulo	Adolescentes de escolas públicas e privadas	Quantitativo Transversal, analítico, com questionário autoaplicável	Álcool, Tabaco, Maconha e Cocaína	Critérios da OMS: "uso na vida", "uso no mês" e "uso pesado", utilizando o <i>Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence</i>	Foram avaliadas diversas orientações religiosas	Não	Não	Religiosidade como influência positiva para o menor consumo pesado de álcool, tabaco e maconha
Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV	Silva; Passos; Souza (2015)	Pelotas – Rio Grande do Sul	Pacientes HIV positivo em tratamento ambulatorial	Quantitativo Transversal, analítico, por meio de questionário aplicado pelos pesquisadores	Álcool e Tabaco	Rastreamento de abuso e dependência de álcool, tabaco e outras drogas, por meio do teste de triagem <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> (ASSIST 2.0).	Religião: ter versus não ter. Prática religiosa: frequência à missa, culto ou sessão na religião do entrevistado e a oração. Religiosidade: conjunto de ter e praticar a religião.	Sim <i>Foram considerados apenas aspectos da religiosidade.</i>	Sim	Religiosidade como influência positiva diante do abuso/ dependência do tabaco
Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais de dependentes químicos em tratamento	Bettarello <i>et al.</i> (2016)	Uberaba – Minas Gerais	Usuários de drogas do sexo masculino internados em uma Comunidade Terapêutica	Quantitativo Transversal, descritivo, utilizando questionário autoaplicável	Drogas psicotrópicas, sem especificar quais	<i>Os participantes foram classificados como dependentes químicos previamente ao estudo</i>	WHOQOL sobre Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (WHOQOL-SRPB), contemplando oito facetas [conexão a ser ou força espiritual; sentido da vida; admiração; totalidade e integração; força espiritual; paz interior; esperança e otimismo; fé].	Sim	Sim	Apenas uma faceta da Espiritualidade e Religiosidade mostrou influência positiva no tratamento da dependência, que foi a “Admiração” (que envolveria admirar e apreciar as coisas, de forma a inspirar o usuário a viver)
Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a	Zerbetto <i>et al.</i> (2017)	São Carlos – São Paulo	Alcoolistas em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial	Qualitativo Entrevistas analisadas pela técnica de	Álcool	Usuários diagnosticados com Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de	Participante declarar ter uma religião	Sim	Sim	Influência positiva no tratamento

vida e tratamento do alcoolista			Álcool e outras Drogas	Análise de Conteúdo		álcool - síndrome de dependência, de acordo com critérios do Código Internacional de Doenças (CID-10/F10.2)				
Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de enfrentamento às drogas entre internos de comunidades terapêuticas: pesquisa documental	Lemes <i>et al.</i> (2017)	Barra do Garça - Mato Grosso	Usuários de drogas do sexo masculino de uma Comunidade Terapêutica	Qualitativo Retrospectivo, documental, analisando fichas de registro de rodas de terapia comunitária integrativa	Álcool, crack e outras drogas	<i>Definido a priori o público de dependentes químicos</i>	Dimensões da espiritualidade ou religiosidade terem sido mencionadas como estratégias de enfrentamento ao sofrimento oriundo da dependência química, nas rodas de TCI	Não informado	Não informado	Influência positiva no tratamento
O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack	Almeida <i>et al.</i> (2018)	Recife, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho e Caruaru – Pernambuco	Usuários de crack atendidos por um programa social governamental	Qualitativo Entrevistas analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo	Crack	<i>Os participantes foram classificados como dependentes de crack previamente ao estudo</i>	Espiritualidade ter sido mencionada nas entrevistas como recurso relacionado ao sucesso do tratamento	Não informado	Não informado	Espiritualidade como influência positiva no tratamento da dependência do crack

Notas: *A opção por trazer o papel separadamente se deu pelo fato de que, em grande parte dos artigos – principalmente os qualitativos, os autores não padronizam ou diferenciam a utilização dos termos no momento da coleta, aparecendo os termos de formas separadas nos achados. Assim, escolhemos apontar o efeito separado, nos artigos que assim o fizeram.

4 DISCUSSÃO

A fim de facilitar a discussão dos achados dos artigos, criaram-se categorias segundo ambientes em que foram realizadas as pesquisas, tendo-se quatro grandes categorias: 1) Pesquisas em espaços sociais não voltados especificamente para tratamento de abuso e/ou dependência de AD; 2) Pesquisas em espaços de tratamento de abuso e/ou dependência de AD; 3) Pesquisas em outros espaços de apoio para as questões de AD; 4) Pesquisas em espaços de tratamento/acompanhamento de outras questões de saúde.

4.1 Pesquisas em espaços sociais não voltados especificamente para tratamento de abuso e/ou dependência de AD

4.1.1 Pesquisas com adolescentes e/ou jovens adultos

Foram encontrados dois estudos envolvendo escolares do ensino médio e/ou fundamental, um com universitários – todos transversais – e um com adolescentes e jovens adultos em situação de extrema vulnerabilidade – do tipo qualitativo.

Dalgalarondo *et al.* (2004), em estudo com 2.287 estudantes (idade média de 15,8 anos) do 1º e 2º graus de escolas particulares e públicas, periféricas e centrais, da cidade de Campinas, São Paulo, investigaram se diferentes variáveis da religiosidade tinham influência no uso frequente ou pesado de álcool e outras drogas. As drogas pesquisadas foram o álcool, tabaco, solventes, medicamentos “para dar barato”, maconha, cocaína e *ecstasy*. Para classificação do consumo das drogas, os autores utilizaram critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1981), classificando em três categorias: “uso no mês” (uso nos 30 dias que antecederam a pesquisa); “uso frequente” (uso de 6 a 19 vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa); “uso pesado” (uso em 20 dias ou mais nos 30 dias que antecederam a pesquisa). Em relação à religiosidade, os autores analisaram as seguintes variáveis: ter ou não religião (qualquer denominação religiosa); filiação religiosa; frequência de ida à igreja por mês; considerar-se uma pessoa religiosa (muito, moderadamente, pouco ou não religioso); e educação religiosa na infância (muito religiosa, moderadamente, pouco ou não religiosa).

Constatou-se que as garotas e alunos de escolas públicas de periferia eram mais religiosos. Aqueles que se declararam protestantes históricos ou pentecostais (vertentes mais conservadoras) se situaram entre os não usuários com maior frequência relativa, e os católicos e espíritas tiveram maior frequência relativa entre os usuários pesados (DALGALARRONDO

et al., 2004). Esses dados estão em consonância com o estudo de Gomes *et al.* (2015), também incluído na presente revisão, que afirma que denominações mais conservadoras tendem a estar associadas à menor consumo de álcool e drogas.

Na análise bivariada, com exceção da variável “frequência religiosa”, todas as outras relacionadas à religiosidade apresentaram significância estatística quando associadas ao uso pesado de drogas, apresentando uma relação inversa, ou seja, quanto mais religioso o subgrupo avaliado, menor a frequência de uso pesado de droga (DALGALARRONDO *et al.*, 2004).

Evoluindo para a análise multivariada, no estudo de Dalgarrondo *et al.* (2004), a variável que mais se destacou quanto à associação a um possível efeito inibidor de consumo (no mês e uso pesado) de álcool e outras drogas foi “ter tido educação religiosa (ou muito religiosa) na infância”. Foi encontrada associação também entre a presença de sintomas psicopatológicos (identificada por meio do teste GHQ-12 – *General Health Questionnaire*) e as variáveis “não ter tido educação religiosa na infância” e “considerar-se uma pessoa não religiosa”. Os autores fazem uma interessante interpretação dos resultados encontrados em sua pesquisa:

De forma geral, os dados do presente estudo (maior influência da “educação religiosa”, “considerar-se mais religioso” e a menor influência da “frequência aos cultos”) indicam que dimensões da religiosidade relacionadas à internalização de normas, valores e atitudes morais e religiosas foram mais importantes do que uma possível prática social religiosa, como ir com frequência a cultos e missas (DALGALARRONDO *et al.*, 2004, p.88).

Os autores ressaltam, ainda, a religiosidade intrínseca, em detrimento da religiosidade extrínseca, como fator protetor do consumo de drogas. A primeira estaria relacionada a valores religiosos e normas éticas pessoais introjetadas ao longo da vida, e a segunda estaria “(...) relacionada à busca utilitarista na igreja de segurança, sociabilidade, status e auto-justificação” (DALGALARRONDO *et al.*, 2004, p.89).

A variável “educação religiosa na infância”, para os autores, pode estar relacionada a normas morais e comportamentais bem definidas, a um ambiente sociofamiliar mais estruturado e a internalização de valores que dão sentido à vida. Sendo essa “bagagem interna”, consolidada na subjetividade do adolescente, que teria maior influência sobre o uso ou não uso de drogas (DALGALARRONDO *et al.*, 2004).

Esta pesquisa apresenta potencialidades pelo fato de ter avaliado múltiplos aspectos relacionados à religiosidade, além de utilizar instrumento válido para categorizar o consumo de drogas. Todavia, as limitações dessa pesquisa referem-se ao fato de se ter trabalhado com

amostra de conveniência, exigindo cautela quanto a generalizações de seus resultados; a não contemplação dos adolescentes faltosos ou fora da escola, que tendem ao maior envolvimento com drogas; e o fato de ser um estudo transversal, que traz associações descritivas e não relações causais entre as variáveis estudadas (DALGALARRONDO *et al.*, 2004).

O segundo artigo com escolares é o de Gomes *et al.* (2015), os quais realizaram uma pesquisa no município de São Paulo com 2.434 estudantes de 15 a 18 anos do ensino médio de 22 escolas (públicas e privadas) como objetivo de avaliar a relação entre o uso de drogas e a prática das religiões. Quanto ao consumo de drogas, foram utilizadas três categorias de análise, seguindo o instrumento da OMS já citado, mas classificando em: “uso na vida” (uso pelo menos uma vez na vida); “uso no mês” e “uso pesado”. As drogas analisadas foram álcool, tabaco, maconha e cocaína. As religiões foram classificadas em: 1) Católica; 2) Evangélica/Protestante; 3) Espírita; 4) Outras religiões [Judeus, Muçulmanos, Wicca, Xamanismo, Budistas, Espiritualistas sem religião, crentes em Deus, Rosa Cruz, Seicho no Ie, Hare Krishna, Messiânica, entre outras]; 5) Sem Religião. Como resultados encontraram-se que os católicos compunham 41,4% da amostra; 27,6% se declararam sem religião; 16,8% eram protestantes, e 4,1% eram espíritas. O álcool foi a droga mais consumida nos quesitos “uso na vida” e “uso pesado”, totalizando 84% e 19% da amostra, respectivamente. No quesito “uso na vida”, o tabaco havia sido consumido por 37% dos participantes, a maconha por 9% e a cocaína por 2%, já no quesito “uso pesado”, os índices foram 2% para tabaco e maconha e 0,2% para cocaína.

Estatisticamente, os evangélicos/protestantes foram os que menos consumiram drogas nas três categorias de uso e os não religiosos foram os que mais consumiram, exceto em duas situações: os espíritas os superaram no uso de tabaco “na vida” e no uso de álcool “no mês”. Católicos, espíritas e não religiosos apresentaram taxas semelhantes de uso de álcool “na vida” e “uso pesado”. Houve baixa frequência de “uso pesado” de maconha e tabaco, sendo encontrada diferença estatística no uso de maconha entre os não religiosos e os protestantes ($p=0,05$) e os católicos ($p=0,04$), e apenas uma tendência à diferença no uso de tabaco entre os grupos não religiosos e os protestantes ($p=0,055$). Não foi possível fazer uma comparação de base estatística do “uso pesado” de cocaína entre os grupos religiosos devido à baixa frequência dessa categoria, dos 2.434 estudantes, apenas 6 faziam uso dessa substância, sendo 4 não religiosos e 2 católicos (GOMES *et al.*, 2015).

Gomes *et al.* (2015), analisam que o maior consumo de drogas por parte dos jovens espíritas, nas duas situações de uso mencionadas, pode estar relacionado à classe social mais

alta a que pertencem, citam uma tese de doutorado que encontrou essa evidência (maiores índices de consumo em jovens de classes socioeconômicas mais altas) e que também apontou maior concentração de adolescentes resilientes entre os praticantes da religião espírita e menor concentração entre os protestantes (BENINCASA, 2010 apud GOMES *et al.*, 2015). Conclui-se com esse estudo que ter uma religião está associado, na maioria dos casos, a um menor consumo de drogas, havendo diferenças nos índices de consumo entre as distintas religiões. Como limitações da pesquisa, destacam-se que não foi explorada a dedicação de cada jovem a sua religião, considerando o tempo que o jovem se dedica a ela; há quanto tempo optou por praticá-la; se há prática religiosa na família. Contudo, este estudo apresenta um potente resultado, pois considerou uma amostra grande, probabilística de escolas de perfis diferentes, numa cidade de representatividade no cenário brasileiro, além de utilizar instrumento consistente na avaliação do consumo de drogas, considerar diversas religiões, e conduzir análises multivariadas dos dados.

Sanchez, Oliveira, Nappo (2004) entrevistaram 62 adolescentes e jovens adultos, com idade entre 16 e 24 anos, hipossuficientes economicamente, moradores de favelas e casebres, onde 32 eram não-usuários de drogas (nunca haviam experimentado nenhum tipo de droga) e 30 eram usuários (uso abusivo de drogas). O estudo apontou a família e a religiosidade como os principais fatores relacionados ao não uso de SPA. Constatou-se que a proteção ofertada pela família estaria relacionada à ideia de apoio e afeto, além do estabelecimento de regras e normas. A religiosidade, para os não-usuários, estaria relacionada à prevenção ao uso inicial da droga, à recusa a sua experimentação (prevenção primária) e para os usuários estaria associada à cessação do uso ou a sua redução significativa (prevenção secundária ou terciária). A quase totalidade dos não-usuários (96,9%) referiu crer em uma religião e 81% a praticavam. Dentre os usuários, apenas 33,3% acreditam em uma religião e 13,3% a praticavam, buscando nessa prática um auxílio para cessar o uso de drogas.

A maioria dos familiares de ambos os grupos acreditavam em uma religião, mas, 73,3% dos familiares dos não-usuários eram praticantes e apenas 33,3% dos familiares dos usuários a praticavam. De acordo com as entrevistas dos não-usuários, a religião na família e o consequente efeito na sua educação e na constituição da subjetividade de seus membros (religiosidade intrínseca) atuavam na prevenção ao uso de drogas, assim como foi encontrado no estudo de Dalgarrondo *et al.* (2004). Outros fatores protetores mencionados pelos entrevistados relacionaram-se a informações sobre a dependência de drogas e a perspectiva de futuro (o jovem ter planos e sonhos que busca realizar). Observou-se que, dentre o grupo de

usuários, existiu uma despreocupação com o futuro antes do seu envolvimento com a droga (SANCHEZ; OLIVEIRA; NAPPO, 2004).

Na pesquisa de Pillon *et al.* (2011), objetivou-se investigar o uso de álcool e níveis de espiritualidade entre 191 estudantes de Enfermagem de uma instituição pública de ensino superior de Minas Gerais. Para análise do consumo de álcool, foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), validado no Brasil, obtendo-se que pessoas com pontuação do AUDIT < 8 correspondiam aos abstinentes ou bebedores dentro dos limites recomendados pela OMS e AUDIT ≥ 8 como aqueles que fazem uso problemático do álcool. Na análise da espiritualidade, utilizou-se a Escala de Espiritualidade (*Spirituality Self-Rating Scale* - SSRS), que apresenta itens da escala do tipo *Likert* referentes à intervenção divina no dia a dia da pessoa e prática de rituais religiosos, permitindo uma análise por escore (quanto maior o escore, maiores os níveis de orientação espiritual). Os resultados mostraram que a maioria dos estudantes era do sexo feminino (75,4%) e tinha idade entre 18 e 48 anos. Quanto à religião, 149 declararam ser católicos, quatro evangélicos, três espíritas, dois declararam não ter religião e 33 não responderam esse item. Sobre a prática da religião, 71% se consideravam praticantes. O uso de álcool no último ano alcançou 81,7% da amostra; o uso problemático foi igual a 30,4%; e episódios de embriaguez ao menos uma vez por mês foi de 45,2%. Entre as mulheres, 75% consumiam bebida alcoólica e 56,9% fazia uso problemático; 43,1% dos homens faziam uso problemático. Foram identificados baixos níveis de espiritualidade nos estudantes desta amostra (média de 12,9 e desvio padrão de 4,05), especialmente entre as mulheres. Pillon *et al.* (2011) afirmam que tais dados foram surpreendentes, uma vez que a maioria dos estudos aponta maiores índices de consumo de álcool entre os homens e maiores índices de espiritualidade entre as mulheres.

Os autores não encontraram relação estatisticamente significativa entre o beber problemático de álcool e os níveis de espiritualidade, inclusive constataram que aqueles que não faziam uso excessivo da substância possuíam menores níveis de espiritualidade do que os que faziam uso problemático. Sendo assim, nessa amostra, a espiritualidade não se apresentou como um fator de proteção contra o uso prejudicial de álcool. Pillon *et al.* (2011) ressaltam que o consumo de álcool e drogas é um fenômeno multifatorial e que possivelmente outras variáveis estavam atuando nessa amostra, sendo importante investigar quais são elas para o desenvolvimento de programas de prevenção ao uso problemático de álcool entre universitários.

Analizamos, ainda, que a grande maioria da amostra (78%) se declarou católica. Em estudo realizado por Sanchez e Nappo (2007), não incluído nesta revisão, foi evidenciado que os católicos apresentaram o maior consumo de álcool entre os diferentes grupos religiosos, assemelhando-se ao padrão de consumo dos que se declararam sem religião. As autoras discutem que a maneira como os indivíduos avaliam pertencer ou não a um grupo religioso pode interferir no resultado da pesquisa, e assinalam que pelo fato de o Brasil ser um país de maioria católica, muitos se autodenominam católicos sem ter uma prática religiosa ou um envolvimento mais profundo com sua religião. Quanto à amostra da pesquisa de Pillon *et al.* (2011), observamos que apesar da maioria da amostra se declarar praticante de sua religião (71%), os níveis de espiritualidade foram baixos, evidenciando que praticar uma religião não é sinônimo de ser uma pessoa espiritualizada.

A partir dos resultados do SSRS, Pillon *et al.* (2011) destacam que os estudantes de enfermagem valorizavam a presença em cultos como manifestação da sua espiritualidade, não acreditando que orações solitárias tivessem a mesma importância do que quando são feitas coletivamente. Esse dado nos permite questionar se a religiosidade manifesta pelos estudantes dessa amostra se trataria de uma religiosidade extrínseca, conforme definiram Dalgalarrodo *et al.* (2004). Estes autores propõem que a religiosidade intrínseca teria maior poder de proteção e moderação do uso de substâncias psicoativas do que a religiosidade extrínseca.

Assim, a partir da análise dos textos citados, levantamos a hipótese de que baixos níveis de espiritualidade estariam relacionados a uma religiosidade extrínseca e elevados níveis de espiritualidade estariam associados a uma religiosidade intrínseca; e que seria essa segunda forma de religiosidade que atuaria como fator de proteção ao consumo ou uso prejudicial de substâncias psicoativas. Questões estas que não foram completamente respondidas, mas que mostram um caminho importante a ser investigado nas pesquisas.

4.2 Pesquisas em espaços de tratamento de abuso e/ou dependência de AD

4.2.1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS- AD)

Especificamente com usuários de CAPS, foi encontrado um estudo, que foi conduzido por Zerbetto *et al.* (2017), os quais encontraram cinco categorias temáticas a partir de entrevistas com dependentes alcoólicos em tratamento em um CAPS-AD: 1) *A religião conforta as pessoas em abstinência*. Dentro desse campo temático encontramos relatos de que a mensagem cristã promove tranquilidade, conforto, alívio emocional, estados espirituais

positivos, incentivo, reflexões sobre a vida e atitudes, facilita o encontro de soluções para os problemas, instrumentaliza para mudanças de comportamento na vida e no tratamento; 2) *Ter força interior para cuidar da saúde*. A espiritualidade foi relacionada à ideia de força interior e força de vontade, elementos considerados importantes pelos entrevistados para resistir ao impulso de usar o álcool e permanecer no tratamento. Destacamos uma frase interessante de um dos entrevistados: “Espiritualidade é algo que vem de dentro para fora, uma força interior”. 3) *A religião promove mudança de hábito, rotina e comportamento*. Através da transmissão de valores morais e referenciais de conduta, a religião auxilia na mudança de hábitos e comportamentos. Quando esses valores são internalizados pelos indivíduos, estes passam a se autorregular. 4) *A religião é o apoio complementar ao tratamento*. A frequência a instituições religiosas surge na fala dos entrevistados como mais um espaço de amparo e acolhimento. 5) *A oração como um recurso terapêutico*. A oração foi apontada pelos entrevistados como fonte de auxílio diante das dificuldades, assim como foi encontrado na pesquisa de Sanchez e Nappo (2008), sendo utilizada mesmo por quem não frequenta instituição religiosa.

As autoras propõem uma reflexão por parte dos profissionais de saúde, de modo que reconheçam que a espiritualidade e a religiosidade dos usuários podem se constituir em mais uma ferramenta de cuidado, em um recurso complementar do tratamento (ZERBETTO *et al*, 2017). Uma limitação deste estudo consiste na maneira como as dimensões espirituais e religiosas dos participantes foram investigadas, ou seja, através de uma pergunta norteadora que aborda apenas a influência positiva dessas dimensões na vida e no tratamento dos entrevistados, podendo ter induzido ou influenciado os resultados da pesquisa.

4.2.2 Comunidades Terapêuticas (CT)

Entre os artigos incluídos na presente revisão, três referiam-se a usuários em tratamento em Comunidades Terapêuticas.

No estudo de Silva, Guimarães e Salles (2014), identificaram-se fatores de risco e proteção à recaída com 50 usuários de substâncias psicoativas em tratamento em uma CT em São Paulo. Para análise do uso de drogas, as autoras utilizaram questões do AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*); do CAGE (referente ao anagrama *Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener*) para identificar possível dependência alcoólica na vida; do ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) e do DUSI (*Drug Use Screening Inventory*). O tipo de droga mais consumida pelos participantes era o álcool (72%),

seguido da cocaína/*crack* (70%) e tabaco (56%). Os autores constataram que a maioria dos participantes considerou sua família pouco unida ou desunida (60%) e classificou a convivência familiar como difícil ou péssima (58%). Quanto aos motivos que levariam à recaída, os usuários destacaram a frustração (46%), os problemas familiares (36%) e o cansaço (34%). Dentre os sentimentos que relacionaram à indução à recaída, encontraram-se a frustração (50%), a ansiedade (48%), a raiva (48%), o medo (48%) e a culpa (44%). As principais situações associadas ao retorno ao uso da droga referiram-se aos conflitos familiares e aos convites para festas, ambos com 44%; o meio em que vivem (30%); a perda do trabalho (22%); problemas sexuais (22%); oferta de drogas (20%) e o preconceito (12%). Quanto às companhias que facilitariam a recaída, encontramos os amigos usuários de drogas (80%), a companheira (10%) e desconhecidos (8%). Quanto ao tipo de apoio que auxiliaria na prevenção à recaída, encontraram-se proporções elevadas para a religiosidade (74%), os grupos de apoio (70%), o suporte familiar (54%), o trabalho (48%) e o apoio profissional (30%). Como era permitido escolher mais de uma opção de resposta, o percentual foi calculado pelo número de indicações.

Destacou-se a religiosidade como a principal rede de suporte mencionada pelos participantes. Para os autores, a religiosidade está associada à promoção da fé que auxiliaria no fortalecimento e preparação para lidar com experiências dolorosas e adversas – o que poderíamos chamar de resiliência, à construção de sentidos para a vida, promoção de hábitos saudáveis, melhoria na qualidade de vida. Além de promover um aumento do otimismo, da melhora da autoestima, a diminuição da ansiedade e a construção de novos grupos de amizade que possam auxiliar no enfrentamento e manejo dos fatores de risco. Destaca-se, ainda, que as autoras analisam que a família tem o potencial de ser uma rede de apoio que auxilia no tratamento, mas, também, pode atuar como elemento estressor que impulsiona a recaída (SILVA; GUIMARÃES; SALLES, 2014).

A limitação do estudo consiste em ter sido realizado em uma única Comunidade Terapêutica, não permitindo comparações. Além disso, não houve detalhamento de como a religiosidade foi avaliada e considerada como opção de resposta. Características mais específicas sobre a CT em que os participantes estavam também não foram mencionadas no artigo. As autoras sugerem que pesquisas de fatores de risco e proteção à recaída na percepção dos usuários de drogas sejam realizadas em variadas instituições que atendam essa população, de modo a obter uma amostra panorâmica e heterogênea. Ressaltam que conhecer o que leva ao risco de recaída e o que atua como uma proteção à mesma são medidas importantes para o

desenvolvimento de intervenções mais eficazes nesse campo tão complexo (SILVA; GUIMARÃES; SALLES, 2014).

Já no estudo de Bettarello *et al.*(2016), identificaram-se os escores de qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade e crenças pessoais e sua relação com o número de recaídas de 180 dependentes químicos de 11 CT de Uberaba, Minas Gerais. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e dois instrumentos desenvolvidos pela OMS e validados no Brasil, o *WHOQOL-Bref*, que investiga a qualidade de vida (QV) através dos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, e o *WHOQOL-SRPB* que investiga a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, através de facetas relacionadas à Conexão com Ser ou Força Espiritual, Sentido da Vida, Admiração, Totalidade e Integração, Força Espiritual, Paz Interior, Esperança, Otimismo e Fé.

A maioria dos participantes se declarou católica (46,3%) e praticar sua religião (57,2%); 52,2% dos entrevistados já teve recaída durante o tratamento e houve prevalência dos que recaíram cinco ou mais vezes (18,2%). Quanto à espiritualidade, a faceta Fé alcançou o maior escore e Paz Interior, o menor. Contudo, na análise de associação, no *WHOQOL-Bref*, somente o domínio Relações Sociais se associou ao número de recaídas; e no *WHOQOL-SRPB*, somente a faceta Admiração.

Bettarello *et al.* (2016) analisam que há uma relação inversa entre número de recaídas e o domínio Relações Sociais, a saber, quanto menor o número de recaídas, maior é o escore desse domínio, sinalizando a importância do apoio social e das relações pessoais como fatores protetores contra recaídas. Quanto à faceta Admiração, destacam que está relacionada à capacidade de admirar a vida ocasionando inspiração para viver. Os autores relacionam a desmotivação e a ociosidade a um sentimento de vazio relatado pelos dependentes químicos que pode interferir nessa capacidade de admirar e se inspirar para a vida, e que, por vezes, gera a busca pela droga como uma forma de preenchimento desse vazio. As autoras afirmam que a religiosidade é um dos principais mecanismos de proteção à recaídas, auxiliando na promoção da fé e nas mudanças comportamentais oriundas do estímulo a hábitos de vida saudáveis, por sua vez, permitindo melhoria na qualidade de vida (BETTARELLO *et al.*, 2016).

Mesmo utilizando instrumentos validados, o estudo tem sua limitação para compreender a relação causal dos dados encontrados por seu recorte transversal. Novos estudos com metodologias distintas, que possibilitem a compreensão do mecanismo pelos quais a espiritualidade e a religiosidade auxiliam no tratamento da dependência química,

prevenção de recaídas e melhoria da qualidade de vida, necessitam ser realizados (BETTARELLO *et al.*, 2016).

O terceiro estudo desta subcategoria foi o conduzido por Lemes *et al.* (2017), e buscou analisar os registros de fichas de rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), quanto aos problemas elencados e às estratégias enunciadas para enfrentamento de problemas decorrentes da dependência de drogas, em 22 fichas de registro de rodas realizadas em duas CT masculinas, no Mato Grosso. Os problemas relatados pelos usuários nas rodas de TCI no estudo de Lemes *et al.* (2017) se assemelharam aos encontrados no estudo de Silva, Guimarães e Salles (2014): frustração; conflitos familiares e o consecutivo afastamento da família; ansiedade, raiva, culpa e medo (no caso dessa pesquisa, mais especificamente o medo da recaída). Além de outros problemas registrados como a desesperança e problemas de saúde (física). Quanto às estratégias de enfrentamento citadas após participação nas rodas, foram encontrados a confiança (no tratamento), o desejo de superar o vício, a busca de apoio mútuo dentro do grupo, o resgate dos vínculos familiares, a construção de nova rede de amizades, a fé, a esperança e o sentimento de superação, a busca de trabalho remunerado (LEMES *et al.*, 2017).

As autoras enfatizam que na perspectiva da reabilitação do dependente de drogas, aprender a lidar com o sentimento de frustração é essencial. Nesse sentido, o desenvolvimento da capacidade de resiliência, entendida como “capacidade inerente ao ser humano de se transformar e de transformar sua realidade, superando ou adaptando-se às adversidades do dia a dia” (LEMES *et al.*, 2017), é um norteador do tratamento. No presente estudo, as principais frustrações mencionadas pelos participantes referiam-se a dificuldades financeiras e ao medo da recaída. Fica claro que as dimensões econômicas, sociais e, portanto, políticas constituem dimensões importantes do cuidado de dependentes de drogas, e não só as dimensões biológicas, psicológicas e espirituais. As rodas de TCI propiciam debates sobre problemas de ordem individual, mas, também coletivos, e incentivam o autoconhecimento, o empoderamento e a cidadania dos participantes.

Identificou-se, ainda, nos registros, a expressão da fé relacionada à busca da paz interior, como forma de alívio do sofrimento. Sobre isso, as autoras discutem que o incentivo ao exercício da espiritualidade pode favorecer o processo de reabilitação dos indivíduos em uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas ao promover mudanças no estilo de vida. Novos vínculos, novas práticas cotidianas, além da adesão a alguma religião são estimulados para que os indivíduos consigam afastar-se de situações facilitadoras do uso de

substâncias psicoativas (LEMES *et al.*, 2017). Todavia, é muito importante destacar que tal incentivo deva respeitar a subjetividade daqueles que se encontram em tratamento e não se confunda com imposição de crenças, regras ou determinações punitivas neste contexto. Além disso, vale ressaltar que aspectos relacionados à religiosidade e à espiritualidade isoladamente não são suficientes para o cuidado aos usuários de drogas, sendo necessário um cuidado integral.

Por fim, destaca-se que os estudos desta subcategoria têm a limitação de terem sido realizados em Comunidades Terapêuticas, locais onde a religiosidade é uma dimensão muito valorizada, podendo ter interferido nos resultados.

4.2.3 Comunidades Terapêuticas, CAPS-AD e Alcoólicos Anônimos (AA), conjuntamente

Na pesquisa de Gonçalves, Santos e Pillon (2014) realizada com 138 usuários de álcool e drogas em um CAPS-AD, um AA e em três Comunidades Terapêuticas (uma de cunho evangélico, uma católica e uma sem cunho religioso) do interior paulista, com o objetivo de conhecer aspectos espirituais e religiosos desse público, foram utilizados um questionário autoaplicável com dados sociodemográficos e questões sobre uso de drogas, além do AUDIT, versão C, composto por três perguntas: número de doses, frequência de uso e consumo de cinco ou mais doses em uma única ocasião; e a versão brasileira do *Spirituality Self Rating Scale* (SSRS-br), uma escala que se constitui de seis itens que mensuram o quanto o indivíduo considera importantes questões relacionadas a sua dimensão espiritual e as põe em prática. A amostra tinha média de idade de 39 anos, 58,7% dos participantes estavam vinculados às CT, 21,7% ao AA e 19,6% ao CAPS-AD. Quanto à substância utilizada, 47,1% usavam álcool exclusivamente e 52,9% faziam uso de drogas, sendo que destes, 60% eram poliusuários. Em relação aos usuários de álcool, 63,1% eram católicos, 50,8% não praticavam sua religião e 35,4% frequentavam a igreja apenas aos finais de semana. A maioria dos usuários de droga (43,1%) era afiliada à religião evangélica, 72,2% era praticante da sua religião e 47,2% frequentavam diariamente ou quase diariamente sessões religiosas. Ambos possuíam família praticante da religião e não consideravam religiosidade como sinônimo de espiritualidade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores do SSRS-br entre os grupos.

As autoras concluem que apesar das diferenças nas afiliações, frequência e práticas religiosas entre os dois grupos, o nível de espiritualidade entre eles é semelhante, e que a

espiritualidade independe dos aspectos da vida religiosa de cada um. Ressaltam a importância do cuidado integral que busque contemplar toda a complexidade do ser humano, que possui dimensões biopsicossociais e também espirituais (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

A espiritualidade identificada nos participantes da pesquisa a partir do teste SSRS-br estaria relacionada à busca de uma vida mais saudável, sentimento pessoal positivo que auxilia no enfrentamento de problemas e maior tolerância a sentimentos disruptivos como a ansiedade (promovendo, portanto, a resiliência), melhoria das relações interpessoais, condições que facilitariam a manutenção de estado de abstinência (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

A maioria dos usuários de drogas (75,3%) estava vinculada às CT, 97,3% deles já haviam sido internados e 73,4% dos usuários de álcool tinham histórico de tratamentos em modalidade de internação. As autoras analisam que tais dados sugerem que usuários de álcool e drogas têm buscado serviços de internação integral e destacam o crescimento da procura por CT nas últimas décadas (GONÇALVES; SANTOS; PILLON, 2014).

Quanto à expansão da busca pelas CT mencionada pelas autoras, devemos nos interrogar sobre os possíveis motivos, que certamente são multifatoriais. Seria ainda um efeito da lógica proibicionista oriunda dos Estados Unidos da América e de sua concepção de que o único tratamento possível para o uso prejudicial de drogas seja a abstinência, que faz com que usuários busquem esse modelo de tratamento? Seria a internação, além de um afastamento temporário dos usuários da exposição às drogas, um descanso para as famílias tão desgastadas na lida com essa questão? Poderíamos também levantar a hipótese de que a crescente busca por tratamentos de cunho religioso em CT esteja relacionada ao rechaço das dimensões espirituais e religiosas pelo campo da Saúde Mental (que teve forte influência da psicanálise). Observamos que, frequentemente, essa dimensão humana está sendo desconsiderada no cuidado ofertado nos programas de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde e esta dimensão está sendo acolhida por serviços alternativos.

Gonçalves, Santos e Pillon (2014) ressaltam que cientistas do início do século XX acreditavam que com o desenvolvimento da ciência e da racionalidade moderna, a religião tendia a desaparecer. No entanto, a subjetividade humana está sempre buscando respostas para as suas questões existenciais e frequentemente o faz através da conexão com o transcendente, algo que denominaram de transmutação da religião em espiritualidade. Destacam que a prática de um cuidado integral em saúde implica, também, em considerar a dimensão espiritual do ser humano.

Importante destacar os achados do estudo realizado por Jesus e Rezende (2008), que não foi incluído nesta revisão. Os autores realizaram uma pesquisa qualitativa e exploratória com dez dirigentes de CT de quatro cidades do interior paulista. Constatou-se baixo nível de escolaridade entre os dirigentes entrevistados, sendo que dois possuíam Ensino Fundamental; três eram da área da saúde, mas, não tinham formação em dependência química; cinco dirigentes eram ex-dependentes de drogas. Havia um menor número de técnicos da área da saúde em comparação com ex-dependentes e pessoas do setor religioso. Quanto à definição de dependência, houve predomínio do entendimento da questão como uma doença, que alguns consideravam incurável, outros curável (mediante conversão religiosa). Houve, também, concepções morais sobre a questão: “falta de caráter”, “caráter deformado” ou “falta de amor”. Quanto ao tratamento ofertado, 40% das instituições utilizavam a religião e a laborterapia como ferramentas; 30% utilizavam regras disciplinares, os doze passos dos grupos de mútua ajuda e terapia individual; 20% ofertavam atendimento psiquiátrico, orientação familiar, oficinas, terapia ocupacional, terapia em grupo e estímulo à convivência entre os usuários; 10% ofertavam palestras motivacionais e técnicas de relaxamento.

De acordo com Jesus e Rezende (2008), havia predomínio de intervenções de cunho pedagógico e disciplinar, que pareciam desconsiderar a subjetividade dos usuários, o modo como cada um vivenciava sua relação com a droga. Outra modalidade de intervenção referia-se ao incentivo à convivência entre os internos, que visaria construir uma rede de apoio. Os autores observaram que quanto menor a formação profissional, maior era a utilização do recurso religioso e da laborterapia como tratamento. O principal critério de admissão é o interesse do dependente de drogas pelo tratamento e a alta está associada ao cumprimento do programa previamente estabelecido (meses de internação), sem avaliar outros elementos.

Jesus e Rezende (2008) identificaram que havia alguma promoção de saúde no âmbito físico, como a melhoria da alimentação, sono e higiene. Ressaltam a importância de que dirigentes e equipe de instituições que ofertem cuidados a sujeitos em uso nocivo de drogas busquem formação profissional e atualização científica para melhoria do cuidado ofertado. As instituições pesquisadas não recebiam nenhum apoio financeiro do governo e apesar de possuírem recursos humanos e financeiros escassos para realizar o trabalho, apresentavam abertura para acolher a demanda que surgia, e ofertavam o tratamento de acordo com a concepção de dependência de drogas que possuíam. Essa abertura para acolher aqueles que buscam cuidados parece ser um fator importante, conforme foi evidenciado em outras pesquisas.

Ainda na discussão acerca dos tipos de serviços e modos de ofertar cuidados, em um artigo teórico recente, Schlemper Júnior (2018) traz reflexões sobre a bioética como referencial para embasar o acolhimento aos dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas. O que sugere ser um movimento para sanar a heterogeneidade apresentada por esses serviços, mencionadas por Tófoli (2015). Dentre os princípios da bioética, destaca-se: a autonomia do acolhido, a privacidade e confidencialidade, a alteridade, a solidariedade, o cuidado respeitoso e a espiritualidade. Entende a espiritualidade como uma força que auxilia na transformação pessoal e na preparação para o enfrentamento dos desafios da vida, estando ela relacionada a dimensões profundas do ser humano e à produção de sentidos para a vida. Propõe que esteja desconectada da religião, demarcando uma diferença entre espiritualidade e religiosidade. A espiritualidade não é entendida como o tratamento em si, mas, faz parte do mesmo, ao funcionar como uma sustentação ética diante dos impasses da vida e sendo considerada como promotora de bem-estar, conforto, esperança e, portanto, de saúde.

4.2.4 Instituição Hospitalar de desintoxicação de *crack*

Foi encontrada uma pesquisa em unidade hospitalar de desintoxicação de *crack*, que recebe jovens que se encontram, majoritariamente, em condições de extrema vulnerabilidade (em situação de rua; com laços familiares rompidos; percurso de atos infracionais). O estudo traz a experiência de oficinas de espiritualidade mediadas por docentes e discentes de Enfermagem. Estas oficinas ocorriam de duas ou três vezes por semana, por livre demanda dos usuários, na capela do hospital, contando com cerca de doze participantes. Nos encontros, era adotada metodologia ativa e participativa denominada “*leitura orante da Bíblia*”. Os próprios participantes escolhiam um texto bíblico para leitura e releitura reflexiva, meditação sobre o que o texto trazia para a vida de cada um e, ao final, faziam uma oração pessoal contemplando o que o texto suscitou e o que os fazia querer dizer a Deus, à família, aos amigos, aos profissionais que cuidavam deles. Segundo as autoras, frequentemente, eram momentos de muita emoção, desabafos, súplicas, pedidos de perdão e agradecimentos pela nova oportunidade que sentiam receber (BACKES *et al.*, 2012).

Importante destacar neste estudo a mudança que as oficinas geraram para além do indivíduo, influenciando a forma como os profissionais da unidade passaram a se mobilizar no cuidado integral aos usuários. As autoras destacam o caso de uma participante de 25 anos, usuária de *crack* há sete anos, grávida de três meses, sendo sua quinta gestação, e que já havia

perdido a guarda de seus quatro primeiros filhos devido à extrema vulnerabilidade socioeconômica em que viviam. Sua participação nas oficinas de espiritualidade, suas reflexões e postura altruísta, sua capacidade de comunicação e liderança chamaram a atenção da equipe. Ela passou a dar depoimentos de sua vida e transformação íntima tanto para usuários, quanto para profissionais. Diversos profissionais eram reticentes quanto a esse recurso terapêutico. A partir dos relatos de transformação influenciados pelos encontros, após quatro meses de tratamento, sua melhora foi tão evidente, que houve uma mobilização dos profissionais para que não perdesse a guarda do seu bebê e articulação de moradia, trabalho e creche para o filho, para que eles pudessem recomeçar sua vida (BACKES *et al.*, 2012).

É notável que mesmo com tantos recursos de tratamento (oficinas de desenho, pintura, autocuidado, informática, leituras educativas, atividades lúdicas e esportivas, atendimentos em musicoterapia) e equipe multiprofissional disponível, a dimensão espiritual, que não estava sendo contemplada, emergiu, e pôde ser abordada por acadêmicos de enfermagem. As autoras analisam que a oficina de espiritualidade produziu efeitos interessantes de autorreflexão e transformação íntima. Enfatizam que a espiritualidade transcende a religiosidade. Situam que a espiritualidade se relaciona ao sentido que cada sujeito atribui a própria vida, como entende o mundo e a sua existência, reflete o modo como vive e o porquê vive, está relacionada à essência do ser. Diante desse entendimento, Backes *et al.* (2012) interrogam a razão dos profissionais da área da saúde demonstrarem tanta resistência em aceitar essa dimensão do ser humano em suas práticas de cuidados, mesmo havendo diversos indícios de seu auxílio no enfrentamento de enfermidades, angústias e sofrimentos.

4.2.5 Programa social

Almeida *et al.* (2018) optaram por investigar os elementos relacionados ao sucesso do tratamento da dependência de *crack* sob a ótica dos próprios usuários em um projeto social denominado ATITUDE - Programa de atenção integral aos usuários de drogas e seus familiares, da Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas de Pernambuco. As autoras destacam a escassez de estudos qualitativos nesta área e a importância de empregar técnicas qualitativas para ampliar a compreensão desse fenômeno. Constatou-se que aspectos individuais e institucionais foram mencionados. Dentre os individuais, os usuários situaram a importância de se considerar o desejo do usuário pelo tratamento, ou seja, a voluntariedade do mesmo, e a espiritualidade como um recurso para lidar com as angústias da existência. A respeito dos elementos institucionais, mencionaram opções diversificadas de atividades de

modo a experimentarem prazeres diferentes do uso do *crack*, acesso a espaço protegido da droga em determinados momentos de suas vidas e cursos de qualificação profissional associados a programas de inserção no mercado de trabalho (ALMEIDA *et al.*, 2018). O artigo traz pouca discussão acerca da espiritualidade e religiosidade, pois, apesar de citar, este não era o objetivo central.

4.2.6 Psicoterapia particular

O estudo de Xavier (2005) envolve um estudo de caso com um único sujeito que procurou por psicoterapia particular. Este artigo traz um contraponto aos outros estudos incluídos nesta revisão. O autor afirma que a prática clínica tem evidenciado que sujeitos com problemas com o álcool têm considerado a dimensão espiritual/religiosa importante. Em contrapartida, destaca que pesquisas envolvendo essas duas dimensões e buscando entender a sua relação ainda são relativamente escassas. Faz crítica à forma como a maioria dos estudos tem abordado a questão, com prevalência de métodos quantitativos, com utilização de escalas e análise do comportamento, buscando correlações simples, métodos que são condizentes com o paradigma de ciência vigente, baseado no materialismo, no atomismo e no universalismo. Diante disso, o autor propõe outra forma de pesquisar a questão, através de um estudo de caso único com enfoque qualitativo.

O sujeito estudado, denominado O., possuía mais de 50 anos e sofria com diversos problemas físicos, fazia uso abusivo de medicamentos e de álcool. No momento em que procurou ajuda, O. apresentava prejuízo dos laços sociais e a bebida ocupava lugar central em sua vida. Xavier (2005) ressalta que em uma abordagem psiquiátrica tradicional, provavelmente, O. receberia diagnóstico de dependência de álcool, seria indicado tratamento medicamentoso e sua inserção em grupo de autoajuda, onde seria rotulado de “alcoólatra”, convencido a aceitar-se “doente” e a submeter-se a passos para alcançar a abstinência, e suas questões subjetivas ficariam relegadas à segundo plano ou nem seriam abordadas. A partir da escuta de O., Xavier (2005) identificou aspectos religiosos em seu discurso e os classificou em três categorias baseadas na teoria Junguiana: religiosidade consciente (o espiritismo), religiosidade inconsciente (dionisíaca, referente ao deus grego do vinho, Dionísio, uma construção cultural que se relacionava com suas questões subjetivas) e a *religio* (que embasaria e expandiria ambas).

Para o sujeito do estudo, religiosidade significava essencialmente fé, fé no espiritismo. Essa fé estava relacionada a esforço e conquista de objetivos, a atitudes como a modéstia, o otimismo e o respeito a limites, parecia também atuar fortalecendo a sua vontade, além de promover incentivo ao estudo (em especial da doutrina espírita) para conhecer melhor a si e ao outro (algo que se relaciona à noção de *religio*, pois, refere-se à autorreflexão frequente, visando à harmonia consigo e com o mundo). A religiosidade também surge como promotora de sentidos para a vida, ideais a serem alcançados por O., uma força motriz que o auxilia em seu tratamento e na vida. Essa dimensão consciente de sua religiosidade foi classificada pelo autor de apolínea, que fez um contraponto à dimensão dionisíaca. Ambas as dimensões da religiosidade apresentada por O. foram acolhidas em seu processo psicoterápico, além de outras questões subjetivas, e uma nova construção emergiu através da *religio*. Essa dimensão dionisíaca antes manifesta exclusivamente pelo uso abusivo do álcool encontra novas formas de manifestação, como a expressão das suas emoções e da sua criatividade através da arte, especialmente do teatro. Segundo Xavier (2005), no momento da produção do artigo, O. não preencheria critério nem para abuso de álcool.

4.3 Pesquisas em outros espaços de apoio para as questões de AD

4.3.1 Instituições Religiosas

Sanchez e Nappo (2008) realizaram estudo de abordagem qualitativa e exploratória, através de observação participante, durante 17 meses, em 21 instituições religiosas da cidade de São Paulo, entre 2004 e 2005, com ex-usuários de drogas que haviam utilizado recursos religiosos e não-médicos para tratar a dependência de drogas e estavam abstinentes há, no mínimo, seis meses. As religiões católica, evangélica (protestante) e espírita (kardecista) foram escolhidas por representarem 95% da população brasileira que professa alguma religião. A amostra foi composta por 69 homens (81%) e 16 mulheres (19%). Houve predomínio do consumo de substâncias ilícitas como cocaína e *crack* entre os evangélicos; e entre os católicos e os espíritas, houve maior prevalência do consumo de álcool. A maioria dos entrevistados era de família católica, mas não professava e/ou não dava importância prévia à religião. No entanto, quando buscaram auxílio religioso, todos declararam crer em Deus.

De acordo com os participantes da pesquisa, o principal fator que os vinculou à religião foi o acolhimento recebido no momento em que buscaram auxílio, destacando tanto a

prontidão do acolhimento, quanto sua qualidade. Em todos os grupos, houve valorização do contato físico sem preconceito e da relação não hierárquica entre quem acolhe e quem é acolhido, gerando um sentimento de valorização pessoal e elevação da autoestima. Os entrevistados que buscaram tratamentos convencionais prévios mencionaram dificuldade de encontrar tratamento na rede pública, queixaram-se da demora para agendamento de consultas, além do tratamento frio e distante dos profissionais da área da saúde. Assim, o bom acolhimento nos diferentes grupos religiosos estaria relacionado à vinculação do novo membro ao grupo. Em um primeiro momento, o benefício parecia advir do suporte social ofertado e, num segundo momento, a espiritualidade emergiria como um recurso terapêutico (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Os recursos de tratamento comuns às três religiões pesquisadas consistiam na frequência às reuniões religiosas, onde são feitas as leituras e reflexões acerca dos textos bíblicos (e no caso dos espíritas também das obras de Allan Kardec) que constituíam referenciais morais aos indivíduos (uma nova leitura da realidade); na prática regular da oração; no exercício da fé; e na conscientização da vida após a morte.

Para todas elas, a prece, ou oração, seria a forma de contato direto com Deus, como um diálogo entre pai e filho. Em relação ao tratamento da dependência, a oração é considerada o substituto da terapia farmacológica e teria função ansiolítica semelhante a um fármaco para esse fim (SANCHEZ; NAPPO, 2008, p. 269).

A oração seria, portanto, uma forma de conexão com Deus, fonte irrestrita de força e amparo, que promoveria tranquilidade por meio de um estado meditativo. A oração estaria diretamente relacionada à fé, esta promoveria alívio das angústias vividas solitariamente através da crença em uma força superior, permanentemente disponível, que cuida e protege, com quem se divide o peso e a responsabilidade pelo “tratamento”. Já a crença na imortalidade da alma ampliaria a concepção de futuro, gerando efeitos nas ações da vida presente, como a adoção de hábitos mais saudáveis e a consequente melhoria da qualidade de vida (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Quanto às especificidades de cada grupo religioso, e que as autoras denominaram como “recursos terapêuticos no tratamento da dependência de drogas”, observaram-se entre os católicos a prática da confissão (perdão dos erros passados e perspectiva de um novo futuro) e a eucaristia (na comunhão os fiéis receberiam simbolicamente o corpo de Cristo que os protegeria e fortaleceria para os desafios), além da oferta de grupos que seguem os moldes do AA. Entre os evangélicos, encontraram-se a “célula”, um pequeno grupo de fiéis que se reunia semanalmente para ler a bíblia e se apoiar mutuamente; os cultos de cura e libertação;

os testemunhos de fé durante os cultos; e a leitura bíblica regular como forma de receber bênçãos divinas. Já entre os espíritas, foram encontrados o “passe” que promoveria reequilíbrio energético; o método da desobsessão (similar ao culto de cura e libertação dos evangélicos, onde haveria um afastamento de influências espirituais negativas); e a utilização da moral contida nos evangelhos para instrumentalizar os seus membros a lidar com as dificuldades da vida. Não houve valorização no discurso dos espíritas das terapêuticas do passe e da desobsessão, mas enfatizaram que a sua religião promoveu modificação no modo de pensar e agir, melhorando a maneira de viver, sensibilizando-os para práticas de caridade, o que favoreceria o recebimento de ajuda dos “espíritos protetores”.

O tempo médio de abstinência dos entrevistados pertencentes aos três grupos foi de cinco anos, quase todos se encontravam abstinentes há mais de dois anos, um indício de sucesso do tratamento. Os espíritas foram os que apresentaram os períodos mais longos de abstinência e os evangélicos os mais curtos, sendo provável que esse achado se relacione à diferença de faixa etária entre eles, pois os primeiros tinham em média 48,1 anos e os segundos, 35 anos (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Por fim, apesar do estudo de Sanchez e Nappo (2008) apontar resultados consistentes e válidos, ressalta-se que todos os grupos avaliados estavam vinculados a alguma “religião”, não fazendo comparação com outros grupos, por exemplo, que não tinham ou não praticavam sua religião ou religiosidade.

4.3.2 Grupo de Autoajuda com familiares de alcoolistas

Filzola *et al.* (2009) realizaram um estudo qualitativo com seis integrantes do grupo Al-Anon, um grupo de autoajuda voltado para familiares de alcoolistas, que está em consonância com os fundamentos do AA. As autoras enfatizam o sofrimento e adoecimento dos familiares de dependentes de álcool e a importância de ofertar suporte a esse público. No discurso das participantes (5 esposas e 1 filha de alcoolista), a família é mencionada como importante ponto de apoio (seus membros se unem para lidar com a situação), alguns familiares recorrem à espiritualidade/religiosidade buscando alívio e forças, bem como ao suporte do grupo Al-Anon. Neste espaço, familiares aprendem que o alcoolismo é uma doença crônica e mudam a forma de lidar com o familiar, com menos julgamentos e mais tolerância. Familiares passam a utilizar os princípios do grupo e reduzem os conflitos. As autoras defendem a eficácia do grupo Al-Anon, que ao promover espaço de apoio e de

compartilhamento de experiências, auxilia na melhoria das relações familiares e na saúde do familiar participante do grupo. A espiritualidade aparece como mais um recurso de apoio.

4.3.3 Grupos de Terapia Comunitária Integrativa com familiares de alcoolistas

Ferreira *et al.* (2012), em estudo retrospectivo documental, analisaram 776 (100%) fichas de registro de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) realizadas por 60 terapeutas do município de João Pessoa, Paraíba. Os autores constataram que 89 (11,4%) rodas de TCI haviam sido realizadas com idosos e 10 dessas 89 rodas de TCI abordaram o tema alcoolismo (11,2%). Houve predomínio de mulheres, acima de 60 anos, aposentadas e moradoras de comunidades carentes. Os encontros de TCI abordam problemas trazidos pelo grupo, as estratégias de enfrentamento e as palavras finais que refletem os sentimentos suscitados pela vivência. Os problemas analisados referiam-se às dificuldades na lida com alcoolistas na família. Foram citadas 30 estratégias de enfrentamento, sendo a mais utilizada a espiritualidade, representada por expressões de fé e religiosidade com 10 citações, seguido de apoio em grupos de ajuda mútua, com 8 citações, e do fortalecimento das relações familiares, com 4 citações. Quanto às palavras finais, encontraram-se: coragem com 7 menções, esperança com 6 menções, fé, confiança e união com 5 menções cada.

As autoras ressaltam que as palavras finais também se referem às melhores estratégias de enfrentamento do problema, por isso, fazem uma relação entre elas. Destacam a relação entre espiritualidade, fé e esperança e atribuem a essa conjunção a promoção da resiliência, que em sua concepção estaria relacionada não só a capacidade de enfrentar as adversidades, mas, também de sair fortalecido da experiência. Afirmam que a promoção da resiliência, do empoderamento (que relacionam à coragem e à confiança) e o fortalecimento de vínculos são efeitos positivos da TCI. No contexto das rodas, a fé é prevalentemente associada à espiritualidade cristã e religiosidade (FERREIRA *et al.*, 2012).

4.4 Pesquisas em espaços de tratamento/acompanhamento de outras questões de saúde

4.4.1 Estudo com gestantes

Silva *et al.* (2010) realizaram um estudo transversal baseado no “Estudo Longitudinal sobre o Uso de Álcool e Aspectos Psicossociais entre Gestantes”, para testar a relação entre prática religiosa, transtornos psiquiátricos e consumo de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Foram entrevistadas 260

gestantes, entre 15 e 45 anos, que estavam no terceiro trimestre de gestação e realizavam pré-natal em instituições da cidade. Para análise do consumo de álcool, utilizou-se o AUDIT; e para análise dos transtornos psiquiátricos, foi utilizado o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Quanto à religiosidade, foi investigado se a gestante tinha religião, qual afiliação religiosa e se era praticante.

A maioria das gestantes era casada, declaradamente branca, tinha no mínimo o ensino médio, estava em situação de emprego inativa, tinha renda familiar entre 1 a 5 salários-mínimos. Das 260 gestantes, 241 declararam ter religião e 19 não professaram nenhuma religião; 60,8% se declararam praticantes, as que não tinham religião foram integradas ao grupo que se declarou não praticante, constituindo 39,2% da amostra. A maioria das entrevistadas era católica (60,4%) e esse grupo demonstrou ser o que menos praticava sua crença religiosa, esse dado está em consonância ao encontrado no estudo de Sanchez e Nappo (2004).

No AUDIT, 40 constitui o escore máximo, geralmente, o ponto de corte para o consumo alcoólico de risco é 8, no entanto, como é recomendável a abstinência para as gestantes, a pontuação 1 foi adotada como consumo de risco. Assim, foram identificadas 64 gestantes consideradas em consumo alcoólico de risco, sendo que 30 estavam entre as praticantes de sua religiosidade e 34 entre as não praticantes. Na análise da relação entre uso de risco de álcool e prática religiosa, não foi encontrada diferença estatística entre os grupos de gestantes ($p=0,149$). No entanto, foi encontrada uma tendência à relevância estatística ($p=0,057$) entre prática religiosa e o diagnóstico de Abuso de uma ou mais substâncias psicoativas (através do MINI).

Silva *et al.* (2010) apontam como limitação metodológica de sua pesquisa o modo como coletaram a informação sobre prática religiosa, a saber, baseada em uma simples pergunta: se a pessoa se considera ou não praticante de sua religião. Na pesquisa de Zerbetto *et al.* (2017), incluída nesta revisão, entrevistados que se autodeclararam não praticantes de sua religião, ao serem ouvidos sobre sua prática, relataram leituras bíblicas e orações diárias fora da instituição religiosa, e frequência semanal à igreja. Assim, Silva *et al.* (2010) analisam que a maneira como foi realizada a coleta da informação pode ter influenciado no resultado da pesquisa e sugerem a realização de novos estudos que considerem esse aspecto. Defendem, ainda, que mais importante do que a afiliação religiosa de uma pessoa é o seu grau de envolvimento e dedicação a sua crença religiosa.

4.4.2 Estudo com Hepatopatas

No estudo transversal de Martins *et al.* (2012), os autores avaliaram o uso de *Coping* Religioso-Espiritual (CRE) e suas possíveis modulações no uso de álcool em 123 pacientes do sexo masculino, hepatopatas de etiologia alcoólica ou não, com média de idade de 42,6 anos, em tratamento em um ambulatório de hepatologia em Minas Gerais. Para os autores, *Coping* Religioso-Espiritual foi definido como o uso de crenças e práticas religiosas e espirituais como meios de lidar com problemas e prevenir ou amenizar sofrimentos oriundos de circunstâncias estressantes da vida. Na análise dos consumos do álcool, foram usados o questionário CAGE para rastreamento de possível síndrome de dependência alcoólica na vida e o AUDIT para conhecimento do uso disfuncional de alcoólicos no último ano. E para análise do CRE, utilizou-se a Escala CRE, que traz 66 estratégias consideradas como *coping* religioso/espiritual positivo (CREP) e 21 estratégias de *coping* religioso/espiritual negativo (CREN). O CREP se refere à relação positiva com a ideia de Deus e práticas religiosas, além de ações de auxílio ao outro e vivência de transformação íntima; e o CREN tem relação com uma concepção negativa de Deus e a insatisfação com instituições religiosas. De acordo com o padrão de utilização, as pontuações variam de 1 (correspondente a nem um pouco) a 5 (muitíssimo). A escala CRE possui quatro índices de avaliação: CRE Positivo (CREP), CRE Negativo (CREN), CRE total e Razão CREN/CREP. Para os três índices diretos, quanto maior o valor, maior é o uso daquela dimensão de *coping*; pelo fato de se esperar uma maior utilização do *coping* positivo, quanto menor a razão CREN/CREP, mais equilibrado é o uso do *coping* religioso/espiritual, isto é, maior o uso do *coping* positivo em relação ao negativo.

Quanto à religião, 60,3% de 121 participantes se denominaram católicos, 15,7% evangélicos/protestantes, 16,6% pertenciam a outras religiões e 7,4% informaram não possuir. Entre os participantes, 115 disseram frequentar cultos religiosos e, destes, 45,2% não frequentam com regularidade e 47% frequentavam, no mínimo, semanalmente. As medianas dos índices de CRE foram de 1,95 para o CREN; 3,01 para o CREP; e 0,65 para a razão CREN/CREP.

A partir das análises estatísticas, constatou-se que os protestantes foram o grupo religioso que mais utilizou CRE, tanto negativo quanto positivo. Os católicos foram os que menos utilizaram CREN e os indivíduos que se consideram sem religião foram os que menos utilizaram o CREP. O *coping* religioso-espiritual é melhor utilizado em indivíduos que frequentam regularmente instituições religiosas. Para os autores, eventos estressantes da vida aumentam o uso de CRE, seja positivo ou negativo. Pessoas interpretam vivências difíceis

como uma oportunidade de crescimento pessoal ou de conexão com Deus, assim como interpretam como um abandono ou punição por parte dele (MARTINS *et al.*, 2012). Ainda acerca dos achados dos autores, identificou-se que pacientes hepatopatas com CAGE negativo, abstinentes ou com consumo de baixo risco no último ano apresentavam menor uso de CREN e pacientes com CAGE positivo (provável dependência a alcoólicos na vida) e com consumo de médio risco no último ano apresentavam maior uso de *coping* negativo. O estudo encontrou evidências de que não só o uso de *coping* positivo está relacionado à promoção de saúde física e mental, mas, que o uso de *coping* negativo produz efeitos nocivos à saúde. Os resultados de Martins *et al.* (2012) apresentam as limitações de não terem avaliado a gravidade da doença hepática, uma vez que a condição clínica pode influenciar no uso do CRE. Outros aspectos referem-se às características sociodemográficas dos participantes, não ficando claro se os autores as consideraram como ajustes nas análises estatísticas e nem se testaram se haviam diferenças entre os grupos. Por exemplo, maior parte dos participantes tinha baixa escolaridade (até primeiro grau completo), estavam casados/amigados e eram trabalhadores inativos; e estas características podem influenciar na forma como lidam como CRE.

Como considerações finais, os autores levantam a hipótese de que o uso de CREN tenha mais impacto negativo na saúde do que o uso de CREP gere benefícios à mesma. Sugere-se a ampliação de pesquisas que enfoquem os efeitos do *coping* negativo na vida e na saúde da população (MARTINS *et al.*, 2012).

4.4.3 Estudo com pacientes portadores de HIV

Silva, Passos e Souza (2015) realizaram uma pesquisa transversal que investigou a associação entre religiosidade e indicativos de ansiedade e depressão em 617 pacientes com HIV (idade média 42 anos) em uma cidade do Rio Grande do Sul. Para análise do consumo de drogas, utilizou-se o ASSIST; e para análise da religiosidade, considerou-se o conjunto de “ter religião” (sim; não); “prática religiosa” (ir pelo menos uma vez por mês à missa, culto ou sessão na religião; e rezar) e “ter religiosidade” (ter e praticar sua religião). Maior parte da amostra era do sexo feminino (51,7%); declarou ter religião (76,3%); dedicava-se à prática religiosa pelo menos uma vez por mês (54,4%); e possuía religiosidade (50,6%). Quanto à saúde mental, 47% tinham indicativo de ansiedade e 34,4% de depressão; 45,7% faziam abuso ou eram dependentes de tabaco e 32,8% de álcool. Mais da metade dos pacientes tinham lipodistrofia (alteração corporal decorrente do uso da medicação antirretroviral). Constatou-se que ter religião se manteve associado com o aumento da idade; praticar religião

e ter religiosidade se mantiveram associados entre aqueles com 47 anos ou mais. Aqueles que tinham lipodistrofia apresentaram proporção maior de prática religiosa e religiosidade; os pacientes com indicativo de ansiedade apresentaram menores proporções de prática religiosa e de religiosidade; e os com indicativo de depressão menor proporção de ter religião. Em relação ao uso de drogas (especificamente as consideradas lícitas), aqueles com abuso/dependência de álcool apresentaram menores proporções de ter religião; e os com abuso/dependência de tabaco apresentaram menores proporções de praticar a religião e de ter religiosidade.

O estudo de Silva, Passos e Souza (2015), apesar de ter a limitação por ser transversal e não poder concluir relação causal entre exposição (religiosidade/espiritualidade) e desfecho (uso nocivo de drogas), apresenta as potencialidades de ter considerado tanto o indivíduo ter a religião quanto praticá-la, ampliando as análises. Além disso, os autores conduziram análises estatísticas válidas, evoluindo para análises multivariadas dos dados, o que minimiza possíveis confusões entre as interações das variáveis.

Por fim, os autores inferem que a religiosidade seja benéfica para a saúde mental, especialmente a prática da religião e a religiosidade em pacientes com sintomatologia ansiosa e a crença em uma religião em pacientes com indicativo de depressão, frente ao abuso/dependência de tabaco, os aspectos da religiosidade se mostraram positivos. Os autores não discutem os achados relativos ao abuso e dependência do álcool, mas em relação ao tabagismo, inferem ser um modo desadaptativo de lidar com a soropositividade, o que potencializa a ansiedade (SILVA; PASSOS; SOUZA, 2015). Ademais, é importante frisar que os dados podem ter sofrido influência do viés de causalidade, ou seja, os que apresentavam maiores indícios de ansiedade e depressão já faziam menos consumo de álcool e tabaco devido às restrições médicas pela condição clínica, recorrendo às estratégias relacionadas à religiosidade para lidar com as situações estressantes.

Os estudos de Martins *et al.* (2012) e Silva, Passos e Souza (2015) apresentam a limitação de terem avaliado grupos com condições clínicas específicas, limitando a comparação com outros grupos populacionais. Compreender como os sujeitos vulneráveis com relação ao adoecimento não relacionado diretamente ao consumo nocivo de álcool e outras drogas lidam com este adoecimento e com as estratégias de enfrentamento sobre o consumo de substâncias psicoativas e a espiritualidade sempre associados é importante para contribuir na prática dos profissionais de saúde, orientando-os como ofertar um cuidado que atenda às necessidades de cada sujeito, garantindo a integralidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos artigos analisados encontrou indícios da associação positiva da espiritualidade e da religiosidade com o menor consumo de álcool e outras drogas, possibilitando inferir que atuam como fatores de proteção ao uso nocivo de substâncias psicoativas, além de se apresentarem como um recurso complementar ao tratamento da dependência e abuso de drogas, bem como, suporte e estratégias de enfrentamento para os familiares de alcoolistas. Os estudos que não encontraram essa associação positiva se referiam à análise do consumo de álcool. Esse indício de que a religiosidade atue menos como um fator protetor ao consumo nocivo de álcool do que em relação a outras drogas precisa ser mais bem investigado em pesquisas futuras.

Dentre os benefícios relacionados à espiritualidade e à religiosidade, foram evidenciadas as ideias de resiliência, força pessoal, sentimento de proteção e amparo, transformação íntima, construção de sentidos para a vida e nova leitura da realidade, mudanças nos hábitos de vida, melhoria das relações interpessoais, redução da ansiedade e da angústia, alívio do sofrimento, sentimento pessoal positivo, otimismo, respeito a limites, autorreflexão produzindo harmonia consigo e com o mundo, construção de nova rede de amizades e suporte social, melhoria na qualidade de vida.

Destaca-se a importância do acolhimento e do suporte social ofertado dentro dos grupos religiosos, num primeiro momento, quando o usuário de drogas busca auxílio, no entanto, a espiritualidade propriamente dita emerge como recurso terapêutico num segundo momento. Possivelmente, quando a leitura de mundo do sujeito começa a ser transformada pelos estudos bíblicos e pela convivência com pessoas que já desenvolveram a própria espiritualidade, onde uma nova moral passa a nortear o seu jeito de pensar e agir no mundo. Além de uma possível construção ou resgate de sua relação com Deus, um Ser Superior com quem se estabelece uma relação de pai e filho.

Essa ideia se relaciona com o conceito de *religiosidade intrínseca*, que se apresenta como um arcabouço moral, internalizado, que guia o sujeito em sua vida e norteia suas escolhas e ações. Ela é constituída na relação com outro, ao longo da vida, mas é algo que se torna do próprio sujeito, constitutiva de sua subjetividade. Damos destaque a esse conceito de religiosidade, e interrogamos se ele não estaria bem próximo ao conceito de espiritualidade, que parece ter ação mais significativa e duradoura do que a religiosidade extrínseca. Algumas práticas religiosas parecem ter efeitos reguladores externos, que parecem funcionar quando

esse efeito autorregulador não está operante. No entanto, quando esses reguladores externos (exercidos pelos pares nas relações sociais dentro de comunidades religiosas) deixam de atuar, o indivíduo não consegue sustentá-los sozinho. Levantamos a hipótese de que a religiosidade intrínseca ou a espiritualidade sejam operadores mais efetivos e duradouros para a proteção ao consumo nocivo de drogas, porém, mais raros.

Entendemos a espiritualidade como algo mais profundo do que a religião e do que a religiosidade extrínseca. Ela diz respeito a uma relação pessoal e íntima com o transcendente, com o metafísico, que amplia o olhar sobre o mundo e produz novos sentidos para a vida, trazendo possibilidades de realizações e satisfações não apenas materiais, mas, subjetivas e espirituais. Nesse sentido, a espiritualidade nos remete ao conceito freudiano de sublimação, onde a satisfação pulsional encontra caminhos mais elevados para a sua realização, como a arte, a ciência e, quiçá, a religiosidade e a espiritualidade. Algo que fica como mais uma vertente a ser explorada em pesquisas futuras.

As limitações da presente revisão relacionam-se ao fato de analisar somente artigos em português e a quase totalidade das pesquisas ser do tipo transversal, seja com abordagem quantitativa ou qualitativa. Assim, estudos de corte longitudinal nesta área precisam ser desenvolvidos, de forma a analisar mais profundamente a relação entre as variáveis, vendo como se comportam os sujeitos ao longo do tempo. As pesquisas nesse campo são relativamente recentes e ainda se encontram em fase de exploração do tema. Como desafios para o seu desenvolvimento, encontramos a multiplicidade de entendimentos e conceituações do que seja espiritualidade e religiosidade; a dificuldade de mensurá-las e, portanto, de comparar os estudos; a não clareza de quais variáveis desses constructos de fato atuam como fatores protetores e auxiliam no tratamento do uso abusivo de SPA; quais os mecanismos pelos quais essas dimensões influenciam na questão do consumo de AD. Questões que ainda precisam ser respondidas, sendo importante avançar nas pesquisas.

Por fim, enfatizamos que foram poucos os estudos que analisaram essa temática, demonstrando a existência de entraves e estigmas com relação ao tema e a dificuldade de reconhecer a espiritualidade e a religiosidade como formas de enfrentamento, cuidado e tratamento ao uso nocivo de drogas. Ressaltamos, portanto, que a abertura dos profissionais de saúde, em especial da Saúde Mental, para acolher o sujeito em sofrimento relacionado ao uso prejudicial de drogas, contemplando todas as suas dimensões, inclusive as espirituais e religiosas, é fundamental para a realização de um cuidado integral em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.B.F. *et al.*. O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 745-756, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300745&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.
- BACKES, D.S. *et al.* Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.5, p.1254-1259, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500030>. Acesso em: 02 jun. 2019.
- BETTARELLO, V.C *et al.*. Qualidade de vida, espiritualidade, religião e crenças pessoais de dependentes químicos em tratamento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, 20 dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.41677>. Acesso em 20 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); conteúdo e texto original: Beatriz H. Carlini. - 2. ed., reimpr. – Brasília : Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011a. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- COOK, C.C.H. Addiction and spirituality. **Addiction**, v.99, n.5, p.39-51, 2004.
- DALGALARRONDO, P. *et al.*. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.
- DINIZ, A.P.; SOUZA e SOUZA, L.P. **Espiritualidade e Religiosidade como práticas de cuidado e enfrentamento no uso abusivo de álcool e outras drogas: revisão integrativa da literatura**. Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Monografia. Belo Horizonte, 2017.
- DUTRA, R.; HENRIQUES, V. **O poder discricionário dos agentes institucionais que lidam com usuários de crack: invisibilidade de classe e estigma de gênero**. In: SOUZA, J. Crack e exclusão social. Brasília, Ministério da Justiça/SENAD, 2016, p. 305-327.
- ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME – UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas 2019**. Viena: UNODC 2019. Disponível em: <<https://www.unodc.org/wdr2019/>>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- FERREIRA, M.O. *et al.*. Alcoolismo no contexto familiar: estratégias de enfrentamento das idosas usuárias da terapia comunitária. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 26-35, 2012. Disponível em <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3762/2979>>. Acesso em 20 ago. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. 2017. Disponível em

<<https://theintercept.com/document/2019/05/31/iii-levantamento-nacional-sobre-o-uso-de-drogas-pela-populacao-brasileira-2/>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

FILZOLA, C.L.A. *et al.*. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 181-186, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

IORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.2, p.227-37, 2015.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE - GBD. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v.392, n.22, p.1015-35. 2018.

GOMES, M.B. *et al.*. Adolescência, drogas e religiosidade no município de São Paulo - Brasil. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 65, n. 142, p. 1-13, jan. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432015000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago 2019.

GONCALVES, A.M.S.; SANTOS, M.A.; PILLON, S.C.. Uso de álcool e/ou drogas: avaliação dos aspectos da espiritualidade e religiosos. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 61-69, ago. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico Brasileiro 2010**. Brasília: INGE, 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 02 jun. 2019.

JESUS, C.F.; REZENDE, M.M.. Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 499-507, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

KARAM, M.L. Proibição às drogas e violação de direitos fundamentais. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais**, v. 7, n. 25, p. 169-190, jan./abr. 2013.

LEMES, A.G. *et al.*. Terapia Comunitária Integrativa como estratégia de enfrentamento às drogas entre internos de comunidades terapêuticas: pesquisa documental. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 101-108, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

MACHADO, A.R. **Políticas públicas para uso prejudicial de álcool e outras drogas: avanços e retrocessos**. In: MACHADO, A.R. *et al.* (org.). Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Belo Horizonte, ESP-MG, 2018, p.35-41.

MARTINS, M.E.*et al.*. Coping religioso-espiritual e consumo de alcoólicos em hepatopatas do sexo masculino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46,n. 6,p. 1340-1347, dez. 2012. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-764, out./dez. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2019.

OLIVEIRA, A.L.C.B. *et al.* Espiritualidade e religiosidade no contexto do uso abusivo de drogas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.18, n.2, p.283-90, 2017.

Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/19273/29987>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**, Nova Iorque: OMS, 1946. Disponível em

<<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 30 jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS / World Health Organization - WHO, **Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: a WHO Memorandum**. Bulletin of the World Health Organization. 1981, v. 59, n.2, p. 225-45.

PILLON, S.C.*et al.*. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45,n. 1,p. 100-107, mar. 2011. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.1, p.83-89, 2007.

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

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

SANCHEZ, Z.V.M.; NAPPO, S.A.. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 265-272, abr. 2008. Disponível

em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200011. Acesso em 20 ago. 2019.

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

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

SANTOS, M.P.; MACHADO, A.R. **Lei de Drogas no Brasil e a atenção às pessoas que fazem uso de drogas: o teor das propostas para o futuro**. In: MACHADO, A.R. *et al.* (org.). Caminhando contra o vento: cuidado e cidadania na atenção a usuários de drogas no SUS. Belo Horizonte, ESP-MG, 2018, p.43-62.

SCHLEMPER JUNIOR, B.R.. Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26,n. 1,p. 47-57, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422018000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.

SILVA, C.S. et al. Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v.37, n.4, p.152-156, jan./fev. 2010.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000400002>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, M.L.; GUIMARÃES, C.F.; SALLES, D.B.. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 6, p. 1007-1015, out.-dez., 2014. Disponível em <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11324/1/2014_art_mlsilva.pdf>. Acesso em 20 ago. 2019.

SILVA, S.K.; PASSOS, S.M.K.; SOUZA, L.D.M.. Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 17,n. 2,p. 36-51,ago. 2015. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019

SILVEIRA, D.X.; DOERING-SILVEIRA, E.B. **Padrões de Uso de Drogas: Eixo Políticas e Fundamentos**. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov00.br/medias/original/201704/20170424-094251-001.pdf>>. Acesso em 10 mar. 2019.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p.102-106, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2019.

TÓFOLI, L.F.Política de drogas e saúde pública: algumas incongruências entre políticas de drogas, saúde coletiva e direitos humanos no Brasil. **SUR: Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 12, n. 21, p. 1-5, ago. 2015.

XAVIER, M.. Religiosidade e problemas com o álcool: um estudo de caso. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 25,n. 1, p. 88-99, mar. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019

ZERBETTO, S.R. *et al.* Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.21, n.1,e20170005 jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 ago. 2019.