

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E RELIGIOSIDADE

Priscila Azevedo Bernardi*
Ana Patrícia Alves Parizotto**

Resumo

Neste trabalho descreve-se sobre dependência química, enfatizando-se conceitos, causas, algumas formas de tratamento, bem como o papel da religiosidade no tratamento para dependentes químicos. A dependência química é considerada uma doença crônica relacionada ao uso contínuo de substâncias psicoativas. As causas pelas quais as pessoas procuram as drogas são distintas e podem ser sociais, psicológicas e/ou genéticas. Portanto, nota-se a necessidade de tratamento para essa doença, e uma das formas é usar a religiosidade como base, pois esta atua como suporte para os pacientes que possuem fé em um poder superior, no caso, Deus. O objetivo com este trabalho foi analisar a percepção dos profissionais que trabalham em uma comunidade terapêutica localizada na região Meio-Oeste de Santa Catarina sobre a utilização da religiosidade como base no tratamento de dependentes químicos. Para tal, foi aplicada uma entrevista com questões norteadoras com dois blocos temáticos: o bloco I contendo dados de identificação dos sujeitos da pesquisa e o bloco II contendo questões norteadoras referentes ao tema de pesquisa. Palavra-chave: Dependência química. Tipos de drogas. Tratamentos. Religiosidade.

1 INTRODUÇÃO

Nota-se que o uso de drogas está cada vez mais evidente na sociedade brasileira e no mundo, sendo considerado um problema de saúde pública. O consumo de drogas causa prejuízos tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, como os vários tipos de violência (sexual, agressão física e/ou verbal, roubo, etc.), contribui para a prevalência da prostituição, descontrole emocional, adultério, desestruturação familiar, problemas financeiros, além de ter outras consequências.

Esses comportamentos inadequados podem ser explicados pelo fato de que o consumo de qualquer tipo de substância gera alterações no organismo do ser humano; como cita a Organização Mundial da Saúde (apud COLETT, 2010), droga é qualquer substância química ou mistura de substâncias que, uma vez introduzidos no organismo vivo, altera sua função biológica, como o comportamento, o humor e a cognição.

Entretanto, dependência química é o uso contínuo de drogas e é considerada uma doença crônica, que necessita de tratamento. Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) (2010), existem distintas formas de ajuda para essa doença, como tratamento médico, terapia cognitiva comportamental, psicoterapia, grupos de autoajuda (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos), comunidades terapêuticas, entre outros; esta última inclui tratamentos que têm a religiosidade como base, e será o foco deste trabalho, uma vez que, segundo Sanchez e Nappo (2008), “[...] a religiosidade atua como um dos fatores de proteção para o consumo de drogas.”

Portanto, percebe-se que o psicólogo deve ter conhecimentos sobre os efeitos que as drogas causam no organismo do ser humano, além de conhecer as distintas formas de tratamento para a dependência química sem desconsiderar que a religiosidade pode trazer benefícios no processo de recuperação de tais pacientes.

* Graduanda em Psicologia pela Universidade do Oeste de Santa Catarina; priscilaazevedojba@hotmail.com

** Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina; Professora do Curso de Psicologia na Universidade do Oeste de Santa Catarina; Rua Getúlio Vargas, 2125, 89600-000, Flor da Serra, Joaçaba, Santa Catarina, Brasil; ana.parizotto@unoesc.edu.br

Com o presente trabalho teve-se como objetivo analisar a percepção dos profissionais que trabalham em uma comunidade terapêutica localizada na região Meio-Oeste de Santa Catarina sobre a utilização da religiosidade como base no tratamento para a dependência química, além de identificar conceitos e causas relativos à dependência química, conhecer a classificação das drogas e seus efeitos no organismo, identificar os tipos de tratamentos utilizados com os dependentes químicos e identificar os conceitos de religiosidade, espiritualidade e religião.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Como o objetivo é analisar as diferentes percepções dos sujeitos, já que cada um possui sua subjetividade, tornou-se viável utilizar a pesquisa qualitativa. Neste contexto, Oliveira (1997) menciona que:

As pesquisas que se utilizam da abordagem qualitativa possuem a facilidade de poder descrever a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinado grupo e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Portanto, realizou-se pesquisa qualitativa por meio de entrevistas que, apesar de não atenderem a um foco central, permitem uma melhor interação entre os assuntos estudados com os sujeitos da pesquisa.

2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa são cinco profissionais que trabalham na comunidade terapêutica da Igreja Católica no Município de Caçador, Santa Catarina.

A escolha dos sujeitos foi feita a partir de todos os profissionais que trabalham no tratamento da dependência química nessa Instituição. E a escolha da comunidade terapêutica Adoradores da Misericórdia ocorreu por ser uma comunidade que a pesquisadora frequenta com frequência, pois, além de ser um local utilizado para tratamento da dependência química, nela realizam-se encontros religiosos para todos os públicos.

2.3 CONTATO COM OS SUJEITOS

O contato inicial para informar e/ou esclarecer sobre a pesquisa foi feito na comunidade terapêutica onde os pacientes com dependência química estão internados. Em outro momento, por meio de telefone, foram agendados os dias e horários para a realização da coleta de dados.

2.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Para a coleta de dados, utilizou-se o método da entrevista realizada na comunidade terapêutica, com dias e horários previamente agendados conforme a disponibilidade dos sujeitos. A escolha do local deve-se ao fato de que todos os profissionais se encontram na comunidade terapêutica, facilitando o encontro para a realização das entrevistas.

2.5 INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista, contendo dois blocos de questões. O primeiro com sete questões de identificação dos sujeitos da pesquisa e o segundo com sete questões norteadoras, as quais foram gravadas e transcritas posteriormente.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

No trabalho com seres humanos, nota-se a necessidade de preservar os aspectos éticos, e, por essa razão, apresentou-se aos sujeitos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este é um documento baseado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, que prevê aspectos éticos como: preservação da identidade, autonomia para se retirar do estudo a qualquer momento da pesquisa sem prejuízos pessoais ou sociais e outros aspectos relevantes.

A pesquisadora entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada sujeito de pesquisa, tendo uma cópia sob sua responsabilidade.

O presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade do Oeste de Santa Catarina de Joaçaba.

2.7 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a coleta de dados, os resultados foram transcritos e posteriormente analisados e relacionados à literatura, uma vez que esse processo teve como base as respostas dos sujeitos contidas na entrevista, visando comparar e analisar as respostas dos profissionais a respeito da percepção que estes possuem a respeito do tratamento da dependência química utilizando a religiosidade como base.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com dois blocos temáticos: o bloco I contendo dados de identificação dos sujeitos da pesquisa e o bloco II contendo questões norteadoras referentes ao tema de pesquisa.

O Quadro 1 ilustra os dados de identificação dos sujeitos da pesquisa:

Quadro 1 – Sujeitos da pesquisa

Sujeitos	Idade	Sexo	Nível de escolaridade	Tempo de atuação na área	Tempo de atuação na comunidade	Religião	Estado civil
S1	22	F	Superior completo	Nunca atuou	4 meses	Católica	Solteira
S2	45	F	Ensino Médio completo	-----	9 anos	Católica	Casada
S3	25	F	Ensino Médio completo	-----	5 anos	-----	Solteira
S4	29	F	Ensino Médio completo	-----	8 anos	Católica	Solteira
S5	32	F	Superior completo	Nunca atuou	7 anos	Católica	Solteira

Fonte: os autores.

A partir desse Quadro, é possível observar que as idades dos entrevistados variam de 22 a 45 anos. O nível de escolaridade é de 60% com Ensino Médio completo e 40% com Ensino Superior completo. Entre

os entrevistados que possuem Ensino Superior completo, 100% nunca atuaram na área. O tempo de atuação na comunidade varia entre quatro meses a nove anos. A religião que predomina é a Católica (100% dos entrevistados), 60% são solteiros e 40% são casados.

3.1 CONCEITO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O conceito de dependência química varia conforme a concepção teórica adotada pelos estudiosos que trabalham com essa temática, podendo variar de acordo com diferentes abordagens teóricas, épocas, aspectos epistemológicos, entre outros.

O psiquiatra Cury (2000) explica que as pessoas que experimentam as drogas pela primeira vez sentem vontade de repetir a dose porque, em um primeiro momento, elas proporcionam prazer, desta forma, a causa da dependência pode ser psicológica e/ou física. Assim, nota-se que dependência química é o uso contínuo de drogas, uma vez que o indivíduo sente um desejo incontrolável de experimentá-las.

No que se refere ao tema apresentado, observa-se nas falas dos sujeitos da pesquisa que esse conceito varia desde aspectos relacionados a características biológicas voltadas à hereditariedade até aspectos sociais.

Nos aspectos biológicos, observa-se a fala do S1, o qual afirma que: “É quando o organismo da pessoa já se faz com muita necessidade de uma substância, não mais por desejo, mas por necessidade das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.” (informação verbal).

Partindo da concepção de Cury (2000), o qual afirma que o indivíduo sente um desejo incontrolável de experimentar drogas, Araújo et al. (2008) definem por *craving* esse desejo, uma vez que o S1 afirma ser uma necessidade de usá-las. Os autores relatam que “[...] *craving* é um intenso desejo de utilizar uma específica substância” e mencionam que está relacionado ao:

[...] desejo de experimentar os efeitos da droga; forte energia; irresistível impulso para usar droga; pensamento obsessivo; alívio para os sintomas de abstinência; incentivo para auto-administrar a substância; expectativa de resultado positivo; processo de avaliação cognitiva e processo cognitivo não-automático. (ARAÚJO et al., 2008).

Torna-se importante ressaltar o que está apresentado no CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998) e no DSM-IV (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2003) no que se refere ao desejo citado por Araújo et al. (2008). Ambos possuem conceitos semelhantes, visto que um dos sintomas da dependência química citado no CID-10 é “[...] o desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.” E no DSM-IV é a “[...] necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado.”

Quanto aos aspectos de ordem social, observa-se nas falas dos sujeitos S2, S3, S4 e S5 percepções que se assemelham:

É uma fuga que a pessoa quer procurar a felicidade e procura no lugar errado. (S2)
É algo que prende a pessoa em um estado que não consegue mais raciocinar por ela. Destruição psicológica, emocional e espiritual do ser humano. (S3)
A dependência química não somente como conceito, mas pela OMS também. A dependência química é quando a pessoa tem a substância como foco principal da vida dela. (S4)
Uma doença que fere muitas pessoas e que acaba com muitas famílias. (S5) (informações verbais).

Percebe-se nas falas dos referidos sujeitos que a dependência química afeta tanto o psicológico quanto o contexto social em que o indivíduo está inserido. Os autores Eckschmidt, Andrade e Oliveira (2013) relatam que o uso abusivo de substâncias psicoativas é um problema significativo de saúde pública mundial, considerando-se a diversidade dos aspectos envolvidos, uma vez que causa problemas no indivíduo e na sociedade, afetando o produtivo, o político, o social e o ambiental. Paz (2013) citam que a Orga-

nização Mundial de Saúde (OMS) também considera que o uso de drogas constitui um problema de saúde pública, que traz problemas sociais, emocionais, políticos e nacionais.

3.2 CAUSAS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Partindo do pressuposto que a dependência química é um problema que afeta a saúde pública trazendo prejuízos tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, torna-se necessário compreender as causas que levam as pessoas a experimentarem as drogas, facilitando a busca de um tratamento adequado para evitar tais problemas.

Conforme as falas dos sujeitos da pesquisa, observa-se que 70% dos profissionais entrevistados indicam que as causas que levam as pessoas a usarem drogas se referem ao aspecto estrutura familiar, e isto fica evidenciado nas falas de S1, S2 e S5, respectivamente: “[...] a gente vê muito a questão da estrutura familiar”, “[...] famílias desestruturadas”, “[...] pessoas que não têm uma estrutura familiar.” (informações verbais).

Primeiramente, nota-se a importância de destacar o conceito de família, uma vez que este é muito complexo, o que explica a distinção dos conceitos entre os autores que estudam essa temática. Entre esses autores, destaca-se Minuchin (1990 apud CARDIM; LOURENÇO, 2009), que define família como “[...] um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros da mesma, considerando-a, igualmente, como um sistema, que opera através de padrões transacionais.”

Todas as famílias possuem uma dinâmica familiar que pode ser compreendida, segundo Paz e Colossi (2013), considerando a estrutura, os subsistemas e as fronteiras do funcionamento da família. A estrutura familiar pode ser definida como “[...] um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem.” Ela não é facilmente percebida, sendo expressa por meio dos subsistemas, da hierarquia, dos papéis e das fronteiras, entre outras dimensões do funcionamento familiar.

No que diz respeito às fronteiras, Paz e Colossi (2013) afirmam que elas funcionam como “barreiras invisíveis” que envolvem os sujeitos dentro do contexto familiar. As fronteiras apresentam uma importância para analisar o funcionamento da família, uma vez que elas podem ser tanto excessivamente rígidas quanto difusas, causando patologia nos indivíduos e, conseqüentemente, uma disfunção no funcionamento da família.

Conforme as afirmações desses autores, percebe-se que as famílias dos dependentes químicos são extremamente difusas, com fronteiras enfraquecidas, levando-os a reagirem exageradamente e de forma intrusiva com os membros de sua família. Para Barcelos (2000), as fronteiras são necessárias para o bem-estar emocional da família. Nesse sentido, quando os pais não exercem autoridade para com seus filhos, criam condições para muitos problemas, e um deles é o uso de drogas, como uma forma de o filho pedir por limites e fronteiras.

Ainda sobre as causas da dependência química, nota-se que a religiosidade é um aspecto presente, observado como um fator de proteção. A fala do S5 ilustra esse aspecto: “[...] pessoas que não foram introduzidas na religião.” (informação verbal).

Os autores Sanchez e Nappo (2008) afirmam que a religiosidade atua como protetora contra o consumo de drogas entre pessoas que frequentam a igreja regularmente, praticam os preceitos da religião professada, creem na importância da religião em suas vidas ou tiveram educação religiosa na infância.

Os autores Mombelli e Costa (2009) destacam que as causas da dependência química incluem aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos. Entre eles destacam-se a influência de amizades e do grupo de pares e privações econômicas, como citado nas falas de S1, S2 e S4, respectivamente: “[...]”

influência de amizades”, “[...] menores que buscam a realização financeira no lugar errado”, “[...] influencia também de parentes. Sempre tem algum parente usuário.” (informações verbais).

A questão da influência de amizades, mencionada pelo S1 da pesquisa, é percebida principalmente na passagem da infância para a adolescência e nos jovens adultos, que, segundo Cury (2003) é a fase em que os sujeitos têm maior probabilidade de iniciar o uso de drogas.

Percebe-se que as causas que levam os adolescentes e jovens adultos a experimentar as drogas estão relacionadas ao grupo social ao qual pertencem, pois nessa fase são facilmente influenciados. Para Zimmerman (1997), o homem pertence a vários grupos, nos quais estão presentes três ou mais pessoas. O grupo pode ser da família, uma turma ou gangue de formação espontânea, grupo terapêutico, entre outros.

Nos grupos compostos por adolescentes e jovens adultos, estes são fiéis às suas amizades, tendo um relacionamento estável, mesmo quando brigam voltam a se unir e costumam compartilhar seus problemas e felicidades. Nesse caso, Cury (2000) menciona que ser diferente do grupo significa ser rejeitado, ou seja, não ser aceito pelos demais membros. “Nessa fase, o conceito de interação grupal é perceptível, e o adolescente busca pertencer a um grupo com o qual se identifica. Este terá a capacidade de influenciar suas ações e fará com que adote atitudes as quais serão a prova de sua aceitação na ‘tribo’.” (CAVALCANTE, 2008).

Dessa maneira, são facilmente influenciáveis por amigos que usam drogas. Percebe-se que as causas que levam adolescentes e jovens adultos a experimentarem as drogas estão relacionadas ao grupo social ao qual pertencem. Cury (2000) menciona que o homem é um ser social e que ninguém fica completamente isolado do mundo. Para Zimmerman (1997), o homem pertence a vários grupos, onde estão presentes três ou mais pessoas. O grupo pode ser da família, uma turma ou gangue de formação espontânea, grupo terapêutico, entre outros.

De acordo com a fala de S4 sobre a influência do grupo de pares, é possível verificar a literatura de Mombelli e Costa (2009), os quais afirmam que um dos aspectos relacionados às causas da dependência química é “[...] o uso de drogas ou atitudes positivas frente às drogas pela família.”

Outro aspecto relevante em relação às causas da dependência química é quando as pessoas buscam a droga somente pelo prazer inicial que ela proporciona. Observa-se na fala de S3: “[...] às vezes não tem nenhum problema e procura a felicidade no prazer da droga.” (informação verbal).

Diante dessa situação, Araújo et al. (2008) destacam que, quando a pessoa sente um desejo de experimentar determinada droga, sem motivo aparente, ela é impulsionada pelo *craving* de ordem psicossocial ou cognitiva que está associado à expectativa antecipada que o indivíduo tem sobre os efeitos da droga.

Um aspecto que merece destaque é a questão da religiosidade atuando como suporte após o tratamento na comunidade. Percebe-se na fala de S1: “Quando o dependente químico se engaja nas coisas de Deus quando sai da comunidade, ele evita cair nas drogas novamente.” (informação verbal).

Sanchez e Nappo (2008) relatam que a religiosidade, independentemente da religião (católica, evangélica, entre outras), facilita na recuperação dos dependentes das drogas e diminui as recaídas, mesmo não tendo um tratamento formal, apenas frequentando missas e cultos.

Sobre os benefícios da prática da religiosidade, Dalgarrondo (2008 apud VITT, 2009), ressalta em seu livro *Religião, Psicopatologia e Saúde Mental* que:

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

Partindo desse pressuposto, os dependentes químicos, quando inseridos em um contexto religioso, passam a dar um sentido para a sua vida, criam novos objetivos, tornam-se esperançosos e motivados, o que faz aumentar a resiliência para enfrentar suas dificuldades como, por exemplo, as recaídas.

3.3 CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS E SEUS EFEITOS NO ORGANISMO

Conforme as falas dos sujeitos da pesquisa, em se tratando da temática classificação das drogas, todos os profissionais entrevistados responderam que conhecem a maconha, o álcool, a cocaína e o *crack*, porém nenhum deles apresentou conhecimentos sobre a classificação das drogas, as quais podem ser, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas (2010), estimulantes, depressoras e alucinógenas do Sistema Nervoso Central. Sobre esse aspecto fica evidenciado nas falas de: S1, S2, S3, S4 e S5, respectivamente:

As drogas lícitas, como o álcool. Tem também a dependência de *crack*, maconha e cocaína.
 Dependência do álcool, das drogas ilícitas como maconha, *crack*, cocaína, essas coisas.
 Conheço álcool, maconha, cocaína, *crack*.
 Geralmente começa com álcool, maconha, depois cocaína, mas quem tem uma classe social não pega cocaína, e *crack* é o final.
 Tem as drogas ilícitas e lícitas, como a cocaína, álcool, maconha, *crack*. (informações verbais).

Um dos sujeitos da pesquisa relata que conhece o cigarro, sendo esta uma droga lícita. Este aspecto está evidenciado na fala de S1: “Conheço também o cigarro.” (informação verbal).

Sobre o aspecto referente aos efeitos que as drogas causam no organismo do ser humano, a maioria dos entrevistados mencionou efeitos que, segundo eles, estão relacionados à abstinência, como agressividade, explosão e alucinações, como se observa nas falas de S1, S2 e S5: “São agitados, explosivos”, “Veem bichos, têm alucinações”, “Ficam agressivos e têm alucinações.” (informações verbais).

Em se tratando dos efeitos citados pelos sujeitos da pesquisa, nota-se que agitação, explosão e agressividade estão presentes nos dependentes das drogas depressoras do Sistema Nervoso Central. As bebidas alcoólicas do grupo das destiladas são exemplos de drogas depressoras. Segundo Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas (2010), os efeitos aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e a outra depressora:

Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar). Com o passar do tempo, começam a surgir os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma.

Outras drogas que provocam agitação, explosão e agressividade citados por S1, S2 e S5 são as drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central, como o *crack*. Segundo Rocha (2010), os usuários dessa droga são violentos e facilmente irritáveis e apresentam hiperatividade e insônia.

No que diz respeito aos efeitos de alucinação citados pelos mesmos sujeitos da pesquisa, segundo Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas (2010), esses efeitos estão presentes nas drogas perturbadoras do Sistema Nervoso Central, como a maconha. Segundo Crippa et al (2005), esses efeitos são: “[...] euforia, disforia, sedação, alteração da percepção do tempo, aumento da interferência na atenção seletiva e no tempo da reação, alteração das funções sensoriais, prejuízo do controle motor, do aprendizado e prejuízo transitório da memória de curto prazo”, além da exacerbção de efeitos psicóticos existentes.

Percebe-se a importância de destacar as falas de S4 e S5, os quais relatam sobre o *crack* como sendo a pior droga existente: “O crack destrói muito rápido a mente, os neurônios. O primeiro uso do crack já é dependente” (S4), “O *crack* é a pior de todas.” (S5) (informações verbais).

Para Vitt (2009) o poder destrutivo do *crack* é superior a todas as drogas, em razão da grande acessibilidade, do poder de vício elevado, da letalidade, da precocidade com que os sujeitos iniciam seu uso; assim como da duração da intoxicação (de 30 a 60 minutos), considerada baixa, o que favorece a busca pelo consumo imediato.

Rocha (2010) menciona que o *crack* é uma mistura da cocaína em forma de pasta e é consumida por meio da inalação da fumaça provocada pela queima da droga. Os primeiros efeitos são uma euforia plena que desaparece repentinamente seguida por uma profunda depressão. Por causa da rapidez do efeito, os usuários buscam novas doses para os efeitos depressivos desaparecerem e voltar a euforia.

3.4 DIFERENÇA ENTRE RELIGIÃO, RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Importante mencionar que os conceitos de espiritualidade, religiosidade e religião guardam algumas relações entre si, porém cada um apresenta suas próprias especificidades.

De acordo com as falas dos sujeitos da pesquisa, observa-se que 100% dos profissionais entrevistados referem-se à religião como sendo as denominações existentes. Seguem as seguintes falas:

Religião: são as denominações como católica, protestante. (S1)

Religião são as denominações. (S2)

Religião: é aquilo que você decide seguir, que adota como sua crença. (S3)

A religião consegue focar num determinado conceito. As doutrinas se diferem entre si. O catolicismo não tem nada a ver com o espiritismo que não tem nada a ver com o budismo. (S4)

Religião são as dominações, cada um segue o que melhor convém. (S5) (informações verbais).

Nesse contexto, Vitt (2009) afirma que a religião é “[...] um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados”, ou seja, esse sistema permite que o fiel se aproxime de Deus (poder superior) do qual se julga dependente.

No que diz respeito ao conceito de espiritualidade, observa-se nas falas dos sujeitos da pesquisa que espiritualidade é a vivência da religião. Esse aspecto está evidenciado nas falas de S1, S2 e S5, respectivamente: “A espiritualidade é a vivência da religião”, “Espiritualidade leva as pessoas a terem uma visão religiosa, vendo que sozinhos a gente não consegue nada, tem que ter o amor de Deus junto”, “A espiritualidade está ligada à religião.” (informações verbais).

Percebe-se que os conceitos de espiritualidade dos sujeitos da pesquisa estão equivocados quando comparando com a literatura, uma vez que esta menciona que a prática da espiritualidade não necessita especificamente de uma religião.

Nesse sentido, Vitt (2009) destaca esse conceito como sendo a condição humana de atribuir um sentido à vida, podendo ou não participar de uma religião, tornando a pessoa capaz de enfrentar sentimentos como culpa, raiva e ansiedade. A espiritualidade desperta o interesse por si e pelos outros, sendo considerada um sentimento pessoal.

Em se tratando do conceito de religiosidade, observa-se que 10% dos sujeitos entrevistados mencionam que para ter uma religiosidade não precisa seguir uma religião, uma vez que a religiosidade é uma crença pessoal do indivíduo. “Religiosidade, não ter uma religião, mas é uma devoção particular.” (S3) (informação verbal).

Nota-se que esse conceito do sujeito da pesquisa, quando comparado com a literatura, refere-se à espiritualidade. Sanchez (2008) define espiritualidade como a busca da condição humana ou elevação espiritual, considerando que essa busca envolve a elevação da própria condição humana, um exemplo é a música e a procura de um tratamento psicoterápico, em ambos, o indivíduo está procurando elevar-se espiritualmente.

Além do conceito de religiosidade, observa-se que existe outro conceito para religiosidade, na qual os participantes relatam que religiosidade é a vivência da religião. Nota-se nas falas de S4 e S5: “Eu entendo como religiosidade uma pessoa que tem uma espiritualidade profunda, focada. É isso que eu entendo. A religião consegue focar num determinado conceito”, “Religiosidade é estar em sintonia com Deus.” (informações verbais).

Nota-se que as falas citadas estão de acordo com a literatura. Sobre esse aspecto, Vitt (2009) define que religiosidade “[...] é a crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião.” Michelazzo (2008) também faz esta definição afirmando que “[...] ao almejar a religiosidade igualmente está se elevando em níveis espirituais, mas o contrário não apresenta tal simetria, pois alguém que busca pela elevação da sua espiritualidade não está necessariamente em busca da religiosidade.”

Dessa maneira, observa-se que religião, religiosidade e espiritualidade apresentam conceitos distintos, porém estão ligados entre si.

3.5 OUTRAS FORMAS DE TRATAMENTO PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Considerando as falas dos sujeitos de pesquisa sobre outras formas de tratamento para a dependência química, além da religiosidade, nota-se que a maioria dos profissionais entrevistados conhecem o tratamento medicamentoso. “Pelo o que eu tenho conhecimento, tem algumas clínicas que trabalham com medicamentos para desintoxicação” (S1), “Uso de medicamentos;” (S5) (informações verbais).

Outra forma de tratamento conhecida por um dos sujeitos da pesquisa é o tratamento clínico. “Conheço o tratamento clínico.” (informação verbal).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (2010) demonstra que existem distintas formas de ajuda para as pessoas que são dependentes químicas, como o tratamento médico (que inclui o uso de medicamentos), a terapia cognitiva comportamental, outras abordagens psicoterápicas (tratamento clínico), grupos de autoajuda (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos), comunidades terapêuticas, entre outros modelos de tratamento. É importante ressaltar que alguns pacientes necessitam receber mais de um tipo de tratamento, como, por exemplo, psicoterapia aliada ao tratamento médico.

3.6 TRATAMENTO NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Diante das falas, observa-se que 100% dos sujeitos da pesquisa relataram que o primeiro passo para o tratamento é a vontade de ser tratado. Esse aspecto está evidenciado nas falas seguintes:

É preciso querer entrar na nossa comunidade. (S1)
 Se o dependente químico não quiser entrar, o tratamento não resolve. (S2)
 O primeiro passo é querer ser tratado. (S3)
 Primeiramente é necessário querer receber o tratamento, caso contrário não terá efeito, o dependente químico quer ir embora, pois Deus faz, mas é necessário ter a vontade de mudar. (S4) (informações verbais).

Sobre esse aspecto, Sanchez e Nappo (2008) mencionam que os católicos adotam uma técnica chamada *Os 12 passos cristãos*, semelhante ao grupo dos AA (Alcoólatras Anônimos), porém com princípios católicos e sem tratamento farmacológico. Neste grupo aprendem que Deus promove forças para parar de consumir drogas, mas o sucesso depende do esforço individual. Os autores relatam que esse esforço individual não tem características místicas.

Conforme as falas dos entrevistados, percebe-se que a oração é uma das formas de “tratamento” para a dependência química na comunidade terapêutica, pois ela auxilia nos momentos em que os dependentes químicos sentem desejo de consumir a droga.

Aqui no retiro trabalhamos com a espiritualidade, por meio das orações. Se o dependente químico se apoiar no “eu vou conseguir” ele cai e fica vulnerável. Sabemos que quando confiamos em Deus, Ele nos capacita. (S1)

Quem entra já sabe: somos católicos, a gente vai falar de Deus. Quem é Deus? A gente sabe quem é. A gente não pode omitir. (S4) (informações verbais).

Sobre esse assunto Sanchez e Nappo (2008) mencionam que “[...] a oração é considerada o substituto da terapia farmacológica e teria função ansiolítica semelhante a um fármaco para este fim.” Vitt (2009) também reconhece que a oração apresenta um papel fundamental na mente humana, relatando que “A oração é o principal método de tratamento da síndrome de abstinência e de qualquer sintoma de recaída associada à fissura.” Ressalta, ainda, que a oração é utilizada sempre que surge a vontade de usar drogas e sempre que sentem necessidade de “conversar com Deus”.

Além de tranquilizar o usuário de drogas, por meio de um estado meditativo e da alteração da consciência, a oração também promove a fé, dividindo a responsabilidade do “tratamento” com Deus; ameniza o peso da luta solitária e permite Sua intervenção protetora frente aos “espíritos do mal” ou o “diabo”. (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Portanto, quando uma pessoa adota referenciais de uma religião, ela passa a orar confiando na proteção de Deus, além de respeitar as normas e valores impostos pela religião. Sanchez e Nappo (2008) relatam que esse tipo de comportamento leva ao afastamento natural das drogas, ou seja, o dependente químico decide pela própria vontade parar de consumir essas substâncias.

Em se tratando das técnicas adotadas na comunidade terapêutica, nota-se que os profissionais utilizam algumas técnicas semelhantes à teoria cognitiva comportamental por meio da conscientização. Observa-se que 100% dos profissionais relataram esse aspecto, que está evidenciado nas falas a seguir:

À noite nós trabalhamos através de filmes, palestras, diálogo, sobre as drogas, os seus efeitos, e o que devem fazer em situações de risco. (S1)

Eles devem saber que são dependentes, e o mal que as drogas fazem para eles e a sociedade. (S2)

Trabalhamos com a conscientização, para eles saberem o que fazer quando os amigos oferecem drogas, eles precisam parar com essas amizades. (S3)

Nós, enquanto comunidade, compreendemos que a dependência química, ela é crônica, progressiva e fatal. Sabemos disso, além de estudos comprovarem que essa é a realidade. E até mesmo a manutenção deles, quando a gente trabalha, a gente trabalha sempre essa realidade de que a dependência deve ser sempre combatida na sua raiz, isso, em minha percepção, é o diferencial da casa. A gente não combate a dependência química como a substância em si. A gente não combate em primeira instância o álcool ou a droga, a gente combate os maus comportamentos que geram isso, e a gente percebe que esse método dá muito mais resultado. (S4)

À noite é passado filmes, palestras mostrando os efeitos das drogas, conscientizando eles sobre isso. Através dos 12 passos cristãos, é ensinado a como evitar os comportamentos que os levam para as drogas. (S5) (informações verbais).

De acordo com as técnicas da Teoria Cognitiva Comportamental, Jaeger, Oliveira e Schreiner (2003 apud FARIAS et al., 2009) afirmam que algumas crenças são observadas nos dependentes químicos, como “[...] aquelas que envolvem baixa tolerância a frustrações e crenças disfuncionais sobre as substâncias.” Estas crenças estão presentes desde o início da dependência e representam um estado de gratificação e privação que pode ser verificado nos seguintes discursos: “Ficarei mais tranquilo e sociável se eu consumir e se eu não consumir perderei os amigos”. Em seguida, evoluem para as crenças permissivas, que autorizam o indivíduo a usar a substância, presentes nos discursos do tipo: “Como tive um dia difícil, mereço”.

Para os autores, as crenças relacionadas às drogas são ativadas em situações específicas quando há algum estímulo gerando a fissura. As técnicas da Teoria Cognitiva Comportamental permitem que o indiví-

duo não se encontre no estado de fissura, possibilitando a consciência dos efeitos negativos que as drogas causam nele. “As técnicas utilizadas visam identificar, testar a realidade e corrigir as conceituações cognitivas distorcidas.” (JAEGER; OLIVEIRA, SCHREINER, 2003 apud FARIAS et al., 2009).

Portanto, nota-se que os profissionais da comunidade terapêutica fazem com que os dependentes químicos tenham consciência da sua doença e das situações que os levam a usar drogas. Realizam este processo por meio de palestras, filmes, diálogo e uma apostila que explica os 12 passos cristãos, o que foi citado por um dos sujeitos da pesquisa, S5.

A família desempenha um papel fundamental no processo de recuperação dos dependentes químicos, desta maneira, a comunidade terapêutica realiza um acompanhamento para ela. Observa-se nas falas de S1, S2, S3, S4, respectivamente: “Visita das famílias, como a família deve trabalhar com eles”, “Tem tratamento com a família. A família participa”, “Uma vez ao mês a família visita”, “Trabalhamos com a família também. Ela deve acolher eles.” (informações verbais).

A família apresenta um papel fundamental no processo de recuperação do dependente químico; Barcelos (2000) fundamenta quatro fatores principais para trabalhar com a família: o primeiro refere-se à importância que os pais (ou outros membros da família) possuem na vida dos dependentes químicos, e a família deve ter consciência disso. O segundo assinala que a família deve aprender a ajudar o usuário a superar as drogas e como fazer para ajudá-lo. O terceiro fator afirma que os membros da família precisam estar bem, como, por exemplo, não deixar de fazerem o que gostam, caso contrário, será difícil ajudar o dependente químico. E o quarto refere-se a reconhecer a importância da espiritualidade no processo de recuperação. Ter fé não é necessariamente professar uma religião, mas refere-se a relacionamentos, ou seja, como a pessoa se relaciona consigo mesma, com os outros e com Deus.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados explanados, percebe-se que a dependência química é uma doença crônica que afeta tanto o físico quanto o psicológico dos indivíduos, além de afetar o contexto social que ele está inserido. Nota-se a importância do tratamento para esta doença, uma vez que a abordagem da Teoria Cognitiva Comportamental é a mais indicada. Porém, com a realização deste trabalho, percebeu-se que a interação dos dependentes em uma comunidade terapêutica que utiliza a religiosidade como base apresenta resultados benéficos nesse processo.

Partindo do pressuposto que o objeto do presente trabalho é analisar a percepção dos profissionais que trabalham na recuperação dos dependentes químicos na comunidade terapêutica Adoradores da Misericórdia, onde utilizam a religiosidade como base, nota-se que esses profissionais reconhecem que o tratamento não será eficaz somente com as práticas religiosas, é necessário utilizar também as técnicas com bases teóricas. Os profissionais relatam que frequentemente fazem cursos para se aprofundarem mais sobre o tema. Além disto, reconhecem que é necessário o dependente sentir vontade de receber o tratamento, caso contrário, as práticas religiosas e as técnicas não surtirão efeito.

Conforme os resultados obtidos, o tratamento da dependência química aliado à religiosidade é eficaz, pois esta atua como suporte para as pessoas que usam drogas, uma vez que dividem suas frustrações com Deus, sentindo-se acolhidos e perdoados por Ele. Além disso, quando inseridos em um contexto religioso, passam a dar um sentido para a sua vida, criam novos objetivos, tornam-se esperançosos e motivados, o que faz aumentar a resiliência para enfrentar suas dificuldades como, por exemplo, as recaídas.

Contudo, o contexto que envolve a religiosidade é muito complexo na Psicologia como área de saber científico, pois, segundo Angerami (2008), literalmente, psicologia significa “estudo da psique”, e “psique”

é uma expressão grega que define alma, logo, os psicólogos estudam e tentam compreender a alma de diferentes maneiras.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI, V. A. **Psicologia e Religião**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

ARAÚJO, R. B. et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 abr. 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV-TR**. Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

BARCELOS, C. **Quero meu filho de volta: o papel da família na recuperação dos jovens usuários de drogas**. São Paulo: Gente, 2000.

CARDIM, É. G.; LOURENÇO, J. S. **Intervenções Familiares no Tratamento da Dependência Química**. 2005. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/ensino/Interv_Familiares_Tratamento_Dependencia_Quimica.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CAVALCANTE, M. B. de P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 555-559, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a24>>. Acesso em: 14 set. 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **Cartilha sobre drogas psicotrópicas**. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 16 set. 2013.

COLETT, C. **Dependência química e relações sociais no centro de detenção provisória do São José dos Pinhais**. 2010. 63 p. Monografia (Especialização em Serviço Social)–Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010. Disponível em: <http://www.esedh.pr.gov.br/arquivos/File/Dependencia_quimica_e_relacoes_sociais_no_CDPSJP.pdf>. Acesso em: 16 set. 2013.

CURY, A. **A pior prisão do mundo**. São Paulo: Academia de Inteligência, 2000.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Tratamento farmacológico para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

ECKSCHMIDT, F.; ANDRADE, A. G. de; OLIVEIRA, L. G. de. Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 3, p. 199-207, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n3/04.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

FARIAS, L. et al. **Terapia cognitiva comportamental no tratamento da dependência química**. 2009. Disponível em: <<http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2009/artigos/psicologia/salao/563.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

FONTE, C. **Comportamentos aditivos: tipos de drogas, classificação de drogas e tipos de consumo**. Disponível em: <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/533/1/104-112FCS2006-10.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013.

OLIVEIRA, S. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Org.). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

PAZ, F. M.; COLOSSI, P. M. Aspectos dinâmicos da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 4, p. 551-558, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a02v18n4.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2013.

SANCHEZ, Z. van D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo v. 42, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000200011&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 abr. 2014.

SILVA, C. J. da; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, suppl. 1, maio 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500009&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2014.

TORRES, A. R. R. et al. **Psicologia e Religião**. São Paulo: Cengage, 2008.

VITT, S. J. dos S. **A espiritualidade e a religiosidade na recuperação de dependentes químicos**. 2009. 64 p. Tese (Mestrado em Teologia)–Escola Superior de Teologia, São Leopoldo, 2009. Disponível em: <http://tede.est.edu.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=153>. Acesso em: 01 abr. 2014.

ZIMERMAN, D.; OSORIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

