

Religiosidade e espiritualidade no tratamento hospitalar das adições

Amanda Ely¹, Alessandra Mendes Calixto²

Resumo

Nesta pesquisa qualitativa analisou-se o modo como a religiosidade e a espiritualidade são abordadas no tratamento das adições em instituição laica. A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2016 na Unidade de Internação em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Para tanto, utilizaram-se múltiplos recursos, como observação participante, documentos institucionais e entrevistas com pacientes e profissionais. Os resultados consistem na descrição da abordagem da dimensão religiosa e espiritual e de seu significado para pacientes e profissionais, dividindo as atividades entre essas duas esferas, que são menos alinhadas ao princípio da laicidade.

Palavras-chave: Espiritualidade. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Serviços de reabilitação.

Resumen

Religiosidad y espiritualidad en el tratamiento hospitalario de las adiciones

En esta investigación cualitativa se analizó cómo la religiosidad y espiritualidad es abordada en el tratamiento de las adicciones en una institución laica. La recolección de datos tuvo lugar desde julio a septiembre de 2016 en la Unidad de Internación de Adición do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Adicción del Hospital de Clínicas de Porto Alegre), utilizando datos provenientes de múltiples fuentes como: observación participante, consulta a documentos institucionales y entrevistas con pacientes y profesionales. Los resultados describieron el abordaje de la dimensión religiosidad y espiritualidad y su significación para pacientes y profesionales, dividiéndose las actividades entre abordaje espiritual y religioso, estando éstos menos alineados con el principio de la laicidad.

Palabras clave: Espiritualidad. Trastornos relacionados con sustancias. Servicios de rehabilitación.

Abstract

Religiosity and spirituality in hospital treatment of addictions

In this qualitative research it was analyzed how the religiosity and spirituality is approached in the treatment of addictions in a secular institution. Data were collected from July to September 2016 at the Unidade de Internação de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Addition Hospital of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre), using data from multiple sources such as: participant observation, consultation of institutional documents and interviews with patients and professionals. The results described the approach of the religiosity and/or spirituality dimension and its significance for patients and professionals, dividing the activities between spiritual and religious approaches, which are less aligned with secularism.

Keywords: Spirituality. Substance-related disorders. Rehabilitation services.

Aprovação CEP-HCPA 1.600.556

1. **Especialista** amandaelli@gmail.com – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) 2. **Mestre** calixto.ale@gmail.com – HCPA, Porto Alegre/RS, Brasil.

Correspondência

Amanda Ely – Av. Protásio Alves, 4.495, sala 203, Alto Petrópolis CEP 91010-320. Porto Alegre/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

O transtorno por uso de substâncias (TUS) é considerado um distúrbio de etiologia complexa e não completamente esclarecida, que demanda intervenção multiprofissional e acompanhamento contínuo¹. No cenário atual, pesquisas sobre aspectos que aumentem a probabilidade de remissão dos problemas relacionados ao comportamento compulsivo de uso de substâncias destacam a influência positiva da *religiosidade e espiritualidade* (RE) tanto na prevenção e diminuição do abuso de drogas quanto na manutenção da abstinência²⁻⁵.

Esses dois aspectos são dimensões que, embora categorizadas juntas, têm significados diferentes para alguns autores. A espiritualidade pode ser definida como a busca pessoal pela compreensão das questões últimas da vida, seu sentido e relação com o sagrado, o transcendental, sem necessariamente conduzir ou originar rituais religiosos. Já a religiosidade é entendida como crença que o indivíduo pratica de forma organizada, frequentando templos, orando e lendo livros religiosos⁶.

Apesar do grande aporte de estudos científicos embasando os benefícios da RE no tratamento do TUS, na prática essas dimensões são abordadas quase exclusivamente por instituições religiosas. Nesse contexto, multiplicam-se “tratamentos” em três linhas principais: 1) grupos de ajuda mútua em igrejas; 2) cultos religiosos; e 3) comunidades terapêuticas (CT) com ênfase na mudança comportamental a partir do apoio religioso, que substitui ou aprimora outras formas de cuidado^{4,7}.

No âmbito da saúde pública, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas⁸, a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa 101/2001⁹, bem como a resolução em vigência RDC Anvisa 29/2011¹⁰, apresentaram critérios bastante flexíveis para regulamentar CT, permitindo adequar muitas dessas entidades, que são cofinanciadas pelo Estado. Estima-se que atualmente sejam responsáveis por cerca de 80% das vagas de tratamento de uso de drogas no Brasil^{8,11}.

A inserção das CT na rede de atendimento tem gerado tensão em alguns setores, que denunciam o “tratamento religioso” (conversão oferecida por muitas CT) como ameaça ao princípio constitucional da laicidade. Nessa perspectiva, a transferência de recursos para essas instituições é vista como saída fácil que promove a precarização do atendimento a usuários na rede pública de saúde mental^{7,12}.

Em contrapartida, não se pode desconsiderar a importância da dimensão religiosa/espiritual no

tratamento do TUS, tampouco o papel fundamental de algumas CT e outros espaços de assistência religiosa no projeto terapêutico singular de pessoas que buscam tratamento. Desse modo, inserir nos serviços de saúde o tema da RE em linhas de cuidado torna-se desafio e necessidade.

Nessa transposição, é indispensável aprofundar o conceito de laicidade a fim de reconhecer a importância da manifestação da diversidade de crenças e religiões, sem que interfiram em ações estatais. Serviços de saúde públicos, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD), hospitais de referência e outros serviços conveniados que também seguem a legislação para o setor podem incorporar a RE no cotidiano de intervenções. No entanto, seus representantes não devem manifestar algum credo particular, de modo a evitar atos coercitivos e discriminatórios.

A reflexão aqui apresentada é fruto da prática profissional no Serviço de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde foi desenvolvido trabalho de conclusão de residência (TCR) voltado a compreender a abordagem religiosa e espiritual de pacientes internados para tratamento de TUS. A pesquisa foi realizada na Unidade de Internação em Adição do HCPA e, além do exposto, teve como objetivo conhecer a visão de pacientes e profissionais acerca do tema.

Com os resultados deste artigo, espera-se reunir dados que apontem para modelo de tratamento que considere a dimensão da RE em instituições laicas, e que leve adiante a discussão do princípio da integralidade no atendimento em saúde.

Método

Coleta de dados

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, do tipo estudo de caso. A coleta de dados se deu entre julho e setembro de 2016, na Unidade de Internação em Adição do HCPA. Foram utilizados múltiplos recursos, como pesquisa bibliográfica, observação participante em grupos relacionados à RE, registro em diário de campo, consultas a documentos institucionais e entrevistas semiestruturadas com pacientes e profissionais que atuam em intervenções ligadas a esses dois aspectos.

Amostra

Para definir a amostra utilizou-se o método de amostragem teórica¹³, no qual a quantidade de participantes não foi definida *a priori*, mas no decorrer

da pesquisa. Assim, selecionaram-se indivíduos de acordo com suas possibilidades de contribuir com o tema proposto. Dos 10 pacientes e quatro profissionais convidados a colaborar, todos concordaram, não havendo recusas ou perdas. Para fechamento da amostra, utilizou-se o critério de saturação teórica¹⁴, ou seja, interrompeu-se a inclusão de casos quando os pesquisadores entenderam que não havia mais informações novas.

Os pacientes da pesquisa estavam internados na unidade há mais de 15 dias e inseridos em atividades de grupo com temáticas voltadas à RE (diálogos e manifestação religiosa). Os excluídos da amostra apresentavam sintomas psiquiátricos agudos ou déficit cognitivo entre moderado e grave, o que poderia inviabilizar a compreensão das questões formuladas. Os critérios de inclusão dos profissionais foram atuação na unidade de internação e desenvolvimento de atividades voltadas à espiritualidade. Foram excluídos os profissionais com vínculo institucional inferior a seis meses no período do levantamento. Na coleta de dados, utilizou-se instrumento para descrever intervenções e dois roteiros de perguntas semiestruturadas para profissionais e pacientes.

Instrumentos de coleta de dados

A partir de perguntas fechadas, coletaram-se dados sociodemográficos, denominação religiosa e práticas de RE, além de informações sobre uso de substâncias. As perguntas abertas seguiram roteiro semiestruturado a fim de verificar se o paciente já havia feito tratamento. Em caso positivo, buscou-se saber como eram esses espaços e se neles a espiritualidade era abordada. Pretendeu-se também constatar se na internação concomitante ao estudo o tema RE era discutido e de que forma, bem como descobrir se o paciente considerava a dimensão espiritual importante para sua recuperação.

Na entrevista com profissionais, indagou-se sobre dados sociodemográficos, tempo de trabalho na instituição, denominação religiosa e práticas religiosas e espirituais regulares. O roteiro de entrevistas semiestruturadas questionava se o profissional considerava importante abordar a espiritualidade para reabilitar o paciente, se havia espaços para práticas desse tipo e qual era, em sua opinião, a melhor forma de tratar o tema. Os instrumentos utilizados constam ao final do artigo. As entrevistas ocorreram na própria Unidade em Adição do HCPA, em sala de atendimento individual, e contaram com a presença somente de entrevistadora e entrevistado.

Análise dos dados

Informações sociodemográficas e referentes ao perfil dos participantes foram digitadas em planilha do Excel e posteriormente transformadas em gráficos. As entrevistas foram transcritas e analisadas seguindo o método apresentado por Minayo¹⁴, que sugere dez passos para estruturar a investigação qualitativa, culminando na criação e interpretação de categorias empíricas ou unidades de sentido que foram compreendidas, interpretadas e dialetizadas.

Devido aos limites impostos pela estrutura do artigo, agruparam-se em dois núcleos as categorias e subcategorias encontradas nas entrevistas: importância da RE para tratamento do TUS; e visão de pacientes e profissionais sobre intervenções em RE na unidade pesquisada.

Crerios éticos

Este estudo obedeceu aos critérios éticos do Conselho Nacional de Saúde, Resolução CNS 466/2012¹⁵, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. Todos os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Descrição da unidade pesquisada

A Unidade Álvaro Alvim foi inaugurada em 2011, a partir de projeto da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) em parceria com o HCPA. É um serviço hospitalar de referência que realiza internações de curta duração, com possibilidade de continuar o acompanhamento no Ambulatório de Adição situado no mesmo local ou em outros serviços de saúde mental no país. Dispõe de 20 leitos masculinos adultos e equipe multiprofissional com mais de 100 membros efetivos, além de residentes e estagiários. Os pacientes chegam encaminhados de duas emergências psiquiátricas e do Caps AD municipal, com regulação via central de leitos. As internações são voluntárias, com maior quantidade de pacientes alcoolistas do que usuários de outras substâncias.

O programa de internação é dividido em etapas, e o progresso dos pacientes é mensurado por critérios de apropriação do tratamento, responsabilização e compreensão dos temas propostos. A rotina na unidade é organizada em grades semanais de atividades, coordenadas por profissionais de diversas áreas. Constatou-se a existência de 35

grupos, em média cinco por dia, sendo nove relacionados a temáticas de RE: diálogos sobre espiritualidade (1); meditação do final de semana (2); estudo dos 12 passos conduzidos por profissionais da unidade (2); reuniões de manifestação religiosa (2); painéis de narcóticos e alcoólicos anônimos, que recebem voluntários da comunidade (2).

Fez parte da pesquisa a observação participante dos grupos, notando-se que as atividades realizadas pelos profissionais contemplavam questões espirituais mais amplas, como busca pelo sentido da vida e autoconhecimento. Já as conduzidas por voluntários, como painéis de alcoólicos e narcóticos anônimos e grupos de manifestação religiosa, eram direcionadas à exposição de conceitos e práticas das entidades representadas pelos voluntários: por exemplo, estudo dos 12 passos, doutrina espírita, passes, evangelização e louvor.

Perfil dos entrevistados

A idade dos pacientes variou entre 21 e 64 anos, com média de 49,8 anos. Todos os entrevistados relataram uso de álcool; dois deles ainda associaram ao uso de outras substâncias (maconha e cocaína). Dos 10 participantes, oito professavam religião, distribuídos entre evangélicos (4), católicos (3) e espírita (1). Dois negaram afiliação religiosa, mas relataram práticas religiosas/espirituais regulares, como oração e meditação. Apenas um dos pacientes, autodenominado católico, negou qualquer tipo de prática religiosa ou espiritual. Os demais (n=9) classificaram como frequente sua participação em cultos religiosos, bem como leitura da *Bíblia*, orações e práticas contemplativas.

Quanto ao perfil dos profissionais, foram entrevistados um homem e três mulheres, com idade entre 31 e 55 anos, todos funcionários efetivos da unidade há mais quatro anos. Um deles era de nível técnico e três de nível superior, todos da área da enfermagem. Os quatro afirmaram ter religião – católico (1), espírita (2) e espiritualista (1) – e manter práticas religiosas/espirituais regulares, como orações, participação em culto, meditação, entre outras.

Importância da religião/espiritualidade no tratamento

As falas dos pacientes do estudo revelam a dimensão espiritual como fator essencial à sua própria sobrevivência, com sentidos e significados relacionados ao tratamento: “*Quem me colocou aqui dentro foi Deus. Se não fosse a vontade de Deus*

eu não estava aqui, já estava morto” (Paciente 2). Revelam também a extrema importância atribuída a essa dimensão na manutenção da abstinência: “*Eu quando me afasto [da religião], eu caio. Mas quando eu me foco mesmo, me traz uma paz, uma tranquilidade”* (Paciente 2).

Nas entrevistas com os profissionais, a dimensão RE mostrou ter reconhecido potencial terapêutico, não só pelo aporte espiritual, mas psicológico e moral. Entende-se a RE como “*um dos pilares que ajudam o paciente a manter a esperança, uma força interna para superar as dificuldades”* (Profissional 1); e também como “*um instrumento positivo para o paciente ter qualidade de vida e ter força na vida dele”* (Profissional 4).

Os profissionais ainda ressaltam que a RE contribui para ampliar o senso de pertencimento, criando oportunidades de convívio social e construção de vínculos significativos: “*não é só a religião, é todo o aporte social que a religião dá (...) não é religião, mas é um grupo, ter uma rede de pessoas, isso a espiritualidade e a religião proporcionam bastante”* (Profissional 4). Este último dado aparece claramente na fala de um dos pacientes entrevistados, que cita um pastor evangélico como uma das figuras mais importantes do tratamento: “*O pastor tem sido um amigo, porque não é qualquer pessoa que faz isso, ainda mais pra um alcohólatra”* (Paciente 1).

Alguns pacientes entrevistados entendem que a inserção religiosa/espiritual após a alta é fundamental para a recuperação: “*Então meu plano é me firmar na igreja que eu mais me identifico (...) Quero me aproximar de Deus, a igreja no caso é só o local de conexão”* (Paciente 6). No decorrer das entrevistas se delineiam possibilidades de inserção religiosa de acordo com crenças pessoais, como um dos profissionais descreve:

“Na verdade, o que eu percebo na dependência química é que as pessoas durante o período de abstinência tinham uma crença, (...) daí meio que deixaram de lado e voltaram a usar droga, daí elas estão abstinentes de novo e elas querem retomar isso (...) Difícilmente a pessoa nunca teve e agora quer” (Profissional 4).

Corroborando a fala do profissional, um dos pacientes relata: “*Tenho um primo meu que é crente, eu não vou ir lá, me atirar e gritar, esse primo meu era totalmente do avesso, bandido, de péssima índole, hoje é pastor de igreja... Gosto muito dele, mas eu me sinto melhor em outro lugar”* (Paciente 10).

A partir do exposto, pode-se aferir que os pacientes entrevistados atribuem muita importância ao exercício da dimensão RE, e cada um deles a compreende de acordo com as próprias concepções. Buscam força nas crenças e utilizam-nas como auxílio de grande valor para a recuperação e abstinência. Os profissionais também reconhecem a relevância da RE para o processo de reabilitação, entendendo-a como recurso válido, capaz de propiciar aos sujeitos motivação para se manterem abstinentes a partir da construção de rede social e de apoio.

Abordagem da espiritualidade em Unidade de Adição

Dos 10 entrevistados, sete já haviam sido internados em outros locais de tratamento para TUS e, incluindo alguns destes, sete tinham feito tratamento ambulatorial prévio. Pode-se dizer, portanto, que a maioria era teoricamente capaz de fazer comparações e refletir sobre possíveis benefícios da atual internação. Assim, o intuito foi avaliar se os pacientes reconheciam e compreendiam as intervenções em RE oferecidas pelo programa.

Quando questionados sobre a questão da RE em tratamentos anteriores (hospitalares e ambulatoriais), cinco relataram esse tipo de intervenção em reuniões de alcoólicos anônimos (2), ações pontuais em internações (2) e cultos e louvores em comunidade terapêutica evangélica (1).

Em relação às oportunidades para desenvolver a espiritualidade na atual internação, todos os pacientes relataram atividades voltadas ao tema: *“Sim, é bem falado, muito falado. A gente tem rodas de conversa sobre esse assunto. As meditações trabalham muito a espiritualidade também, o contato consciente com Deus”* (Paciente 7). Os profissionais confirmam a existência desses espaços e descrevem as atividades desenvolvidas: *“É oferecido sempre. Desde o começo que abriu a unidade foram criados esses espaços dentro dos grupos de estudo de 12 passos direcionados para compreensão da espiritualidade, grupos de diálogos sobre espiritualidade, as práticas de relaxamento”* (Profissional 1).

Tanto pacientes quanto profissionais da unidade descrevem os grupos como espaços para atividades sem discursos ou práticas ligadas a alguma crença particular: *“A gente trabalha bem essa questão ampla, não para o lado da religião, onde se discute alguns temas como o significado e sentido da vida”* (Profissional 4).

Os espaços de manifestação religiosa são abertos mediante visitas voluntárias e sistemáticas

de representantes de instituições religiosas, de duas a três vezes por semana. Essas entidades são previamente cadastradas no HCPA e indicam membros para atuarem no local: *“A gente recebe visitas regulares de instituições religiosas, né? A gente convidou algumas igrejas para vir, algumas têm frequência com a gente a pedido dos pacientes”* (Profissional 1).

Durante a pesquisa, equipes de uma igreja Universal e de um centro espírita kardecista estavam realizando essas atividades. Para participarem delas na internação, os pacientes registram o nome em um livro que fica no posto de enfermagem, informando interesse. Só depois disso são avisados das visitas pela equipe.

Os enfermos avaliaram essa atividade como positiva, e alguns disseram participar de atividades de outra religião que não a sua: *“Também tem o pessoal religioso que vem aqui, por exemplo... Veio o pessoal do Chico Xavier, vêm os evangélicos também. Eu participo dos dois, porque falam de Deus”* (Paciente 2). O caráter voluntário é ressaltado por outro entrevistado: *“Ontem mesmo teve uma palestra sobre espiritualidade. Eu não fui porque era voltado para o lado espírita, aí eu não comungo dessa filosofia, eu não participei”* (Paciente 6). Um paciente resalta que a interação religiosa potencializou seu tratamento: *“Esteve aqui um pessoal da igreja. Eu gostei (...) Dali para cá eu comecei a me sentir mais leve, mais tranquilo depois que esse pessoal da igreja veio, eu melhorei 80, 90%”* (Paciente 3).

Embora existam espaços próprios para manifestação religiosa, essa questão aparece com frequência em grupos que tratam de outras temáticas, exigindo manejo constante da equipe, que introduz explicações a respeito dos conceitos de ética, religiosidade e espiritualidade: *“Quando se faz grupos de conversa, sempre se fala no início que é independente da religião, (...) e ainda assim é difícil eles não colocarem as crenças deles ou quererem que o outro tenha a mesma crença, e já fizeram muito isso”* (Profissional 3).

Esse ponto em particular aparece na entrevista com um paciente católico. Ele relata que durante um grupo de Diálogos em Espiritualidade, outro paciente (possivelmente evangélico) questionou a validade da imagem de Jesus Cristo pregado na cruz, o que provocou confronto: *“Então eu questionei isso nesse momento, cheguei ao ponto de até ir por meio violento nas minhas respostas, meio agressivo, dizendo que (...) aquilo ali simboliza uma história que aconteceu”* (Paciente 5). O dogmatismo religioso perceptível em alguns discursos é reforçado pelas intervenções religiosas na unidade: *“Teve aqui um pessoal da*

igreja. Eu gostei. (...) Mas teve gente que não gostou. Que não gosta que fale em Deus, que fale em Jesus. Mas a gente tem que tentar de alguma forma evangelizar essas pessoas” (Paciente 3).

Quanto à ideia de boas práticas na abordagem da RE em pacientes com TUS, ressalta-se a compreensão de um profissional entrevistado, para quem a dimensão espiritual é “*mais uma ferramenta de cuidado que a gente pode ter na dependência química*” (Profissional 4). No cotidiano dos profissionais esse tema se mostra como uma das múltiplas dimensões que compõem o universo do paciente atendido, devendo ser tratado tendo em vista a integralidade. Todos os pacientes entrevistados reconhecem haver atividades de RE na unidade pesquisada, considerando-as parte do tratamento, apesar de apenas metade deles ter vivenciado tais experiências em tratamentos anteriores.

As práticas de RE realizadas pelos profissionais se voltam mais para o conceito de espiritualidade, enquanto as atividades conduzidas por voluntários de entidades religiosas são mais focadas na religiosidade. Alguns pacientes têm dificuldade em diferenciar os dois conceitos e os momentos de expressá-los, o que exige manejo da equipe. Essa dificuldade, manifestada pelo dogmatismo e reforçada por visitas de voluntários religiosos, acaba contribuindo para a divisão entre pacientes de religiões diferentes ou aqueles cujas crenças não são contempladas por essas intervenções. Embora o discurso laico predomine entre os profissionais, a oferta de atividades ligadas a religiões específicas revela incongruência, já que o discurso dos voluntários religiosos, conforme se constatou no período observado, aponta a perspectiva de evangelização.

Discussão

O conceito de laicidade, de modo geral, pode ser entendido como a não associação do Estado a nenhum tipo de confissão religiosa, ou seja, imparcialidade perante diversidade de crenças, ideologias e religiões. Portanto, não se trata de oposição a práticas dessa natureza, mas sim da posição de neutralidade¹⁶. Nessa linha de compreensão, entende-se que o conceito de laicidade se opõe ao chamado Estado confessional, assegurando o não favorecimento de nenhuma religião, inclusive o ateísmo, ao considerar que este último assume posição caracteristicamente religiosa, mesmo que em sentido negativo¹⁷.

A espiritualidade é inerente a muitas pessoas – está na raiz de suas identidades como seres

humanos e lhes dá à vida sentido e propósito. Necessidades espirituais tornam-se particularmente fortes quando doenças ameaçam a vida ou o modo de viver³. Portanto, a abordagem da RE pelos profissionais de saúde deve levar em conta a história de crenças e valores do indivíduo sob seus cuidados para: 1) familiarizar-se com as crenças religiosas/espirituais de seus pacientes e perceber como encaram as medidas de tratamento médico; 2) entender o papel da religião diante de doenças ou situações de estresse; 3) identificar necessidades espirituais que necessitem de acompanhamento³.

Quando se trata de pacientes com TUS, estudos transversais comprovam a eficácia das questões espirituais na prevenção e tratamento de transtornos aditivos, principalmente como forma de obter apoio social e desenvolver recursos internos para manter a abstinência⁴. Além disso, evidências científicas apontam que pacientes usuários de substâncias têm melhores índices de recuperação quando o tratamento é permeado por uma abordagem espiritual, de qualquer origem, se comparados a pacientes que são tratados exclusivamente por meio médico¹⁸. Assim, ressalta-se evidências de que a espiritualidade é um dos principais componentes de mudança de comportamentos aditivos⁵.

Quanto ao perfil dos pacientes entrevistados, a maioria da amostra acredita em alguma religião e realiza práticas espirituais com frequência. Portanto, são pessoas que já possuem sistema de crenças e práticas singulares. Esses dados se equiparam às pesquisas sociodemográficas no Brasil, as quais apontam que 98% da população professa religião, sendo 64,6% católicos, 22,2% evangélicos e 2% espíritas. Essas são as três religiões mais mencionadas, enquanto 3% dos brasileiros declaram seguir outras¹⁹.

Cabe considerar que em cada denominação religiosa existem vertentes específicas. A publicação “Novo mapa das religiões”²⁰, com base em dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontou a existência de pelo menos 25 ramificações dentro das três principais denominações (católicos, evangélicos e espíritas), além de outras crenças, como islamismo, hinduísmo e budismo, que não se classificam nos três primeiros grupos.

Sabe-se que no Brasil a maioria das pessoas forma a base de suas crenças e valores espirituais por meio de escolhas religiosas, podendo haver, por vezes, nesta base, uma composição de diferentes religiões e também de práticas de autocohecimento²¹. Ou seja, a dimensão espiritual de

cada sujeito assume manifestações singulares, que podem incluir uma ou mais religiões, ou nenhuma em particular. Nesse sentido, é direito do paciente ter suas crenças e valores espirituais respeitados e integrados ao cuidado²².

Os resultados do estudo apontam que: 1) pacientes internados para tratamento do TUS possuem crenças espirituais/religiosas definidas; 2) reconhecem a importância do enfoque espiritual para o tratamento; e 3) podem se beneficiar de vínculos comunitários ligados a suas crenças. Tanto pacientes quanto profissionais reconhecem haver intervenções de RE na unidade pesquisada e consideram que se beneficiam delas.

Como exposto anteriormente, a espiritualidade difere da religiosidade por abranger fenômenos mais amplos. Para fins clínicos, o foco na primeira dimensão é mais inclusivo. Na literatura acadêmica existem várias definições de “espiritualidade” que convergem em alguns fundamentos: enfatiza o significado da vida, a integração dos valores finais e a conexão com o transcendente, temas que podem ser tratados de forma mais ampla do que no contexto de religião específica²³.

As atividades de RE na unidade pesquisada podem ser consideradas espaços que lidam com questões espirituais de forma laica. Isso é feito mediante intervenções e grupos de estudo coordenados por profissionais da unidade e voluntários de grupos como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

Porém, grupos religiosos acabam contrariando as prerrogativas de hospitais laicos, como foi averiguado no período de observação da pesquisa. O discurso dos voluntários religiosos reforça o dogmatismo ao afirmar que “apenas as igrejas podem cuidar da parte espiritual” e que os “serviços de saúde cuidariam apenas da parte biológica”.

A oferta de duas vertentes religiosas, com sistemas de regulação moral e crenças diferentes, contribui para formar pequenos grupos, o que pode gerar conflitos entre os pacientes. Os sujeitos passam a afirmar suas crenças perante aqueles que professam outra “fé” ou se declaram ateus. Dessa forma, pode-se comprometer seriamente a “coesão grupal”, elemento terapêutico indispensável para tratamento em grupo na área da adição²⁴.

Contudo, o dogmatismo inerente a algumas religiões pode ser reforçado pelas intervenções ligadas a RE na unidade. Foram constatados, por exemplo, discursos com reforços morais de culpa, preconceito, estigmatização ou salvação única por

meio de crença específica, identificada falaciosamente pelos agentes religiosos externos como “fé”, em detrimento das demais ações que fazem parte do tratamento.

A intervenção religiosa no tratamento de usuários de substâncias tem sido criticada por diversos setores da sociedade brasileira. Por estarem inseridas no contexto de saúde pública, essas práticas acabam sendo vistas como imposição de credo religioso e de projeto terapêutico de base moral. Ao mesmo tempo, desconsidera-se a possibilidade de política universal que beneficiaria o conjunto da população⁷.

Diante dos resultados deste estudo, é importante que as instituições públicas estreitem laços com entidades conveniadas, como CT e clínicas particulares, a fim de garantir a implementação da política pública de saúde, oferecendo ambientes de tratamento laico, onde as intervenções relacionadas a RE sejam reguladas de forma ética e controladas por profissionais capacitados para trabalhar com essa dimensão da saúde.

A observação da Unidade em Adição do HCPA apontou a necessidade de ampliar e diversificar as atividades que lidam com a questão espiritual dos pacientes, em detrimento das atividades em grupo voltadas a crenças religiosas em particular. Estas devem ser consideradas e trabalhadas no tratamento, sobretudo em nível individual por meio de recursos adequados: anamnese espiritual e outros instrumentos já validados e reconhecidos para esse fim, como os sugeridos em publicação recente do grupo de pesquisa em bioética do HCPA²⁵.

Por fim, a adoção de perspectiva laica da espiritualidade em tratamentos depende da capacitação dos profissionais envolvidos, principalmente em relação ao conceito de laicidade e às possibilidades terapêuticas de utilizar a RE no cuidado com o paciente. Para tanto, outras categorias profissionais precisam estudar e debater o tema, além da enfermagem, que tradicionalmente tem se ocupado dessas questões.

Considerações finais

Este estudo se propôs a descrever a abordagem da RE em instituição laica que oferece internações de curta duração a usuários de substâncias psicoativas. Buscou-se conhecer a visão de profissionais e pacientes sobre a importância desse aspecto e de suas intervenções no tratamento da unidade. Constatou-se que tanto pacientes quanto profissionais reconhecem a relevância da RE na recuperação

e manutenção da abstinência, uma vez que permite mobilizar recursos internos importantes, como motivação e fé, ao mesmo tempo que proporciona oportunidades de construir vínculos sociais significativos.

As intervenções de RE no local pesquisado podem ser divididas entre as de caráter espiritual, realizadas por profissionais da unidade e por voluntários do AA e NA, e as de cunho religioso, coordenadas por voluntários de duas instituições religiosas. Compreende-se que os pacientes com TUS atribuem importância à RE por saberem que esse assunto aponta sentidos para a vida e pode dar conforto moral perante adversidades e injustiças do cotidiano. O dogmatismo, nessa circunstância, é bem aceito pelos que já professam religião, pois apontaria enfaticamente caminhos para amenizar a situação nefasta na qual a pessoa se encontra. Assim, a aceitação de bases dogmáticas parece ter relação com o medo e a incerteza quanto à abstinência, ao abandono do vício e à recaída.

Por um lado, a análise dos dados mostrou que as atividades de voluntários religiosos estavam restritas somente a duas religiões e não contemplavam a diversidade religiosa brasileira. Porém, para aqueles que professavam essas religiões, o efeito das intervenções foi positivo. Compreende-se,

portanto, que as ações de voluntários religiosos, além de serem direito do paciente quando internado em ambiente hospitalar, podem ser bom recurso terapêutico, potencializado pela ampliação de visitas individuais de membros de entidades religiosas às quais o paciente pertença ou que solicite, inclusive como mobilizadoras de recursos sociais após a alta.

Enquanto este artigo era produzido, suas contribuições já estavam sendo problematizadas na unidade, o que pode resultar em mudanças na organização das atividades. Sugere-se ampliação dos espaços laicos de espiritualidade já existentes e capacitação de profissionais de várias áreas para lidar com a RE, o que pode contribuir para implementar o cuidado integral.

As limitações desta pesquisa foram o número de sujeitos entrevistados, bem como a impossibilidade metodológica de analisar outras variáveis de interesse para a compreensão do fenômeno estudado, como as concepções de espiritualidade e saúde de profissionais de diferentes áreas; o impacto de intervenções de RE na recuperação; a inserção religiosa como fator contributivo de busca de tratamento; o *coping* religioso, entre outros temas que poderão ser esclarecidos em futuras pesquisas.

Este artigo resulta do trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Saúde Coletiva com ênfase em atenção integral ao usuário de drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

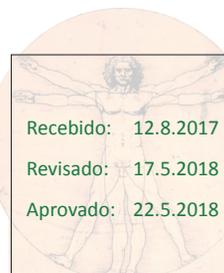
Referências

1. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. 3ª ed. Bethesda: NIH Publication; 2012.
2. Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR. Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug Alcohol Rev* [Internet]. 2007 [acesso 4 out 2018];26(4):389-95. Disponível: <https://bit.ly/2PQr9Yb>
3. Koenig HG. Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM; 2012.
4. Sanchez ZVDM, Ribeiro LA, Nappo SA. Religiosidade e espiritualidade. In: Ribeiro M, Laranjeiras R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 483-94.
5. Treloar HR, Dubreuil ME, Miranda Jr R. Spirituality and treatment of addictive disorders. *R I Med J* [Internet]. 2014 [acesso 4 out 2018];97(3):36-8. Disponível: <https://bit.ly/2QxltzA>
6. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2012.
7. Ribeiro FML, Minayo MCS. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface Comum Saúde Educ* [Internet]. 2015 [acesso 4 out 2018];19(54):515-26. Disponível: <https://bit.ly/2PNj3iT>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 5 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2zGrbbb>
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 30 maio 2018 [acesso 4 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2OBILYd>

10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Anvisa nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 30 jun 2001 [acesso 4 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2zSNbRn>
11. Brasil. Senado Federal. Comunidades terapêuticas oferecem 80% das vagas para tratamento de dependentes químicos. Em Discussão [Internet]. 2011 [acesso 20 out 2016];2(8):60-2. Disponível: <https://bit.ly/2x6fNEQ>
12. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. 2ª ed. Brasília: CFP; 2011.
13. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso 5 out 2018];17(3):621-6. Disponível: <https://bit.ly/2FfryQ1>
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, nº 12, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 5 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/20ZpTyq>
16. Raymundo MM, Martinez DG. Compreendendo a laicidade e sua aplicação em saúde pública. Rev HCPA [Internet]. 2010 [acesso 8 out 2018];30(2):180-4. Disponível: <https://bit.ly/2FclOoK>
17. Lacerda GB. Sobre as relações entre Igreja e Estado: conceituando a laicidade. In: Conselho Nacional do Ministério Público. Ministério Público em defesa do estado laico. Brasília: CNMP; 2014. p. 179-205.
18. Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. Rev Psiquiatr Clín [Internet]. 2007 [acesso 8 out 2018];34(Supl 1):73-81. Disponível: <https://bit.ly/2PiPtIX>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 8 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2PiPtIX>
20. Neri MC, coordenador. Novo mapa das religiões [Internet]. Rio de Janeiro: FGV: CPS; 2011 [acesso 8 out 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2QuWXil>
21. Dezorzi LM, Raymundo MM, Goldim JR. Religiões e credos no Brasil: um guia breve para profissionais de saúde. Porto Alegre: WW Livros; 2016.
22. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Carta de direitos e deveres dos pacientes [Internet]. Porto Alegre: HCPA; [s.d.] [acesso 10 nov 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2Mumsxs>
23. Gedge E, Querney D. The silent dimension: speaking of spirituality in addictions treatment. J Soc Work Values Ethics [Internet]. 2014 [acesso 8 out 2018];11(2):41-51. Disponível: <https://bit.ly/2JRkRC2>
24. Yalom ID, Leszcs M. Psicoterapia de grupo: teoria e prática. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
25. Dezorzi LW, Raymundo MM, Goldim JR. Espiritualidade na atenção a pacientes/famílias em cuidados paliativos: um guia de apoio para profissionais de saúde. Porto Alegre: WW Livros; 2016.

Participação das autoras

As autoras participaram em conjunto da elaboração do trabalho.



Anexo

a. Roteiro da entrevista com pacientes

1. Dados do paciente

Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Situação de moradia no último mês:

() reside sozinho () reside com familiares () situação de rua () outros _____

Anos de estudo: _____

Trabalha atualmente? () sim () não

Se sim, em quê? _____

Religião: _____ Praticante: () sim () não

Práticas espirituais regulares: () sim, quais? _____ () não

2. Uso de substâncias

Está em tratamento para uso de quais substâncias:

() Álcool () Maconha () Tabaco () Cocaína () Outros

3. Tratamento

Já esteve internado antes? () não () sim, quantas vezes? _____

Como eram os locais onde esteve internado?

Além da internação, frequenta ou já frequentou outros espaços de tratamento?

() não () sim, quais? _____

Nos locais onde já buscou tratamento existiam espaços de espiritualidade? () não () sim, como eram? _____

Você percebe nesta internação que a espiritualidade é abordada? () não () sim, de que forma? _____

Você considera que a abordagem da espiritualidade é importante para sua recuperação?

() não () sim, por quê? _____

b. Roteiro da entrevista com profissionais

1. Dados do profissional

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Tempo de trabalho na instituição _____

Religião: _____ Praticante: () sim () não

Práticas espirituais regulares: () sim, quais? _____ () não

2. Prática assistencial

Você considera que a abordagem da espiritualidade é importante para a reabilitação do TUS?

Você percebe que é oferecido aos pacientes espaço para o exercício da sua espiritualidade? Se sim, de que forma?

Na sua opinião, qual seria a melhor forma de se abordar esse tema?