



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSC)

VALTERDES FABIO PESSOA SOARES

**INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA EXPERIÊNCIA DE ABSTINÊNCIA DO
INDIVÍDUO COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA (TUS).**

FORTALEZA

2019

VALTERDES FABIO PESSOA SOARES

INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA EXPERIÊNCIA DE ABSTINÊNCIA DO
INDIVÍDUO COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA (TUS).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde. Eixo Temático: Sociedade, Cultura, Educação e Saúde. Linha de pesquisa: Educação, Espiritualidade e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S657i Soares, Valterdes Fábio Pessoa.
Influência da espiritualidade na experiência de abstinência do indivíduo com transtorno por uso de substância (TUS) / Valterdes Fábio Pessoa Soares. – 2019.
184 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Ângela Maria Bessa Linhares.
1. Espiritualidade. 2. Religião. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Abstinência. 5. Condutas terapêuticas. I. Título.

CDD 610

VALTERDES FABIO PESSOA SOARES

INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA EXPERIÊNCIA DE ABSTINÊNCIA DO
INDIVÍDUO COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA (TUS).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde. Eixo Temático: Sociedade, Cultura, Educação e Saúde. Linha de pesquisa: Educação. Espiritualidade e Saúde.

Aprovado em: 29/08/2019.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Maria do Socorro de Sousa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Lidia Valesca Bonfim Pimentel
Centro Universitário Farias Brito

A Deus.

À minha esposa, Vilmara.

Aos meus pais, Jesus e Edeltrudes.

Aos meus filhos, Lucas e Davi.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Ângela Linhares, pelo trabalho na orientação e pelo trabalho na seara espírita.

Aos professores participantes da banca examinadora: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota, Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa, Profa. Dra. Lídia Valesca Bomfim Pimentel Rodrigues e Prof. Francisco de Assis Carvalho Cajazeiras, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Ao professor Marcelo Ferreira e sua esposa, Eugênia Marques, pelo incentivo para realização do mestrado.

Ao Francisco Cajazeiras, médico espírita, um verdadeiro cuidador de homens e de almas, que extinguiu todas as minhas dúvidas e preconceitos e que me apresentou ao Mestre de Lion (Allan Kardec) de uma maneira singular, racional e convincente.

Aos meus amigos que me incentivam e não deixaram que eu me perdesse pelo caminho. Em especial, Jorge Eduardo e Fernando Bezerra.

À coordenadora do Hospital-dia Elo de Vida Sandra Coelho pela disposição, incentivo e amizade.

Aos funcionários do Hospital-dia Elo de Vida, principalmente a técnica de enfermagem Meire, por estarem sempre dispostos a ajudar.

A todos os participantes da pesquisa por terem confiado e aberto o livro de suas vidas para mim.

Aos amigos espirituais que, a sua maneira, iluminaram meu caminho e proporcionaram a inspiração necessária na escrita dessa dissertação.

Enfim, a todos que de alguma forma tornaram a elaboração desse trabalho possível.

“Quanto mais avança a evolução espiritual da humanidade, tanto mais certo me parece que o caminho para a religiosidade genuína não passa pelo medo da vida, nem pelo medo da morte, nem pela fé cega, mas pelo esforço por atingir o conhecimento racional. ”

Albert Einstein (1875 – 1955)

RESUMO

O presente estudo traz à tona que a dependência química é uma questão de saúde coletiva, multifacetada, havendo a necessidade de modificar as condições que provocam exclusão e eclodem no intenso sofrimento psíquico do sujeito em uso abusivo de drogas. Nesse quadro, este estudo identificou e analisou como a espiritualidade estava envolvida na experiência de abstinência do indivíduo com transtorno por uso de substância (TUS). Para isso, examinou-se os fatores espirituais no período de abstinência de um grupo de sujeitos, que narraram práticas sociais e saberes envolvidos no período de abstinência. A pesquisa foi realizada no Hospital-dia Elo de Vida, setor ligado ao Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, por meio da metodologia do grupo focal, com proposta multimetodológica, mediante a qual se efetivou uma escuta capaz de focar as trajetórias de vida e os contextos experienciais mencionados pelos sujeitos portadores de TUS. Apoiado na metodologia mencionada, observou-se que as recaídas no uso das drogas estavam relacionadas à ausência do sujeito de sua própria responsabilidade em evitar o uso abusivo, em uma falta de autoridade sobre seus atos e escolhas. Concluiu-se que o valor da espiritualidade na abstinência centra-se, sobretudo, no “cuidar do Outro”, o que consegue chamar novamente o sujeito para seu compromisso de mudar, ocasião em que ele reflete sobre vínculos e articula dimensões envolvidas em mais larga compreensão da relação consigo, com o Outro e com o ambiente social. Constatou-se, pois, que o desenvolvimento de uma dimensão (a da espiritualidade) pode ser capaz de impulsionar a evolução de outras dimensões (a afetiva e a social, por exemplo), que são pontos de apoio para a manutenção da abstinência, mediante o que nomeamos e descrevemos como progressão por elos. Verificou-se o fato de que a espiritualidade extrínseca atua mais visivelmente na crise, enquanto um aprofundamento do autoconhecimento e, pois, da espiritualidade intrínseca age na produção de efeitos mais duradouros, uma vez que envolve produção de sentidos espirituais, da parte do sujeito, para com suas experiências, o que dá ênfase à autonomia e à reflexividade na operacionalização de escolhas. Mediante articulação feita entre a teoria sobre o Cérebro Triuno de Paul MacLean (1990) e o pensamento de André Luiz (2006), conclui-se pelo valor da propositura de um trabalho com várias instâncias da mente, situada no Espírito, e em correspondência com o sujeito da saúde, que deve ser tomado de modo multidimensional, conforme essa compreensão teórica.

Palavras-chave: Espiritualidade. Religião. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias (TUS). Abstinência. Condutas terapêuticas.

ABSTRACT

The present study highlights that chemical dependence is a multifaceted collective health problem, and there is a need to modify the conditions that cause exclusion and break out in the drug abuser intense psychological distress. In this context, this study identified and analyzed how spirituality was involved in the withdrawal experience of individuals with substance-related disorders (SRD). For this, we examined the spiritual factors in the abstinence period of a group of subjects, who narrated social practices and knowledge involved in their abstinence period. The research was carried out at Elo de Vida Day Hospital, a branch of Professor Frota Pinto Mental Health Hospital. A qualitative approach was used, according to Focal Group methodology, with a multi-method proposal, through which was implemented a listening mode capable of focusing on life course and experiential contexts mentioned by subjects undergoing the problematic of SRD. Based on the mentioned methodology, it was observed that drug use relapses were related to the absence of the subject self-responsibility in avoiding abusive use of substances, in a lack of authority over their own acts and choices. It was concluded that the value of spirituality during abstinence process focuses, above all, on “taking care of others”, which can again draw the subject to his commitment to change, upon his reflections on bonds and articulating of dimensions involved in widely understanding the relationship with oneself, the others and the social environment. It was found, therefore, that the development of one dimension (that of spirituality) may be able to propel the unfolding of other dimensions (affective and social, for example), which are fulcrum points for maintaining abstinence, through what we have named and described as a progression by links. It has been found that extrinsic spirituality acts most visibly in the crisis, while a deepening of self-knowledge and, therefore, intrinsic spirituality acts in the production of more lasting effects, since it involves the production of spiritual senses on the human being, according to the subjects experiences, which emphasizes autonomy and reflexivity in the operationalization of choices. Through the articulation between the theory of Paul MacLean(1990) on the Triune Brain and André Luiz(2006) thoughts, it is concluded the worth of proposing a work with several instances of the mind, situated in the Spirit, and in correspondence with the health subject, which must be taken in a multidimensional way, according to this theoretical understanding.

Keywords: Spirituality. Religion. Substance-related disorders. Abstinence. Therapeutic approaches.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Esquema representativo da progressão em elos, formando uma complexa teia 86
- Figura 2 – O cérebro trino de Paul MacLean..... 139
- Figura 3 – Esquema representativo da casa mental, configurada em três andares, cada um deles interagindo com uma das três partes do cérebro físico..... 141
- Figura 4 – Esquema dos componentes impulsionadores e mantenedores da abstinência.. 158

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Primeira droga de uso dos entrevistados.....	68
Gráfico 2 – Idade em que houve o primeiro uso de alguma droga pelos entrevistados (em anos).....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sócio demográficos	66
Tabela 2 – Religião professada pelos entrevistados	68
Tabela 3 – Motivos para o primeiro uso	69
Tabela 4 – Droga (s) de preferência atual	70
Tabela 5 – Pessoa que o incentivou a buscar tratamento atual	72
Tabela 6 – Maior período de abstinência	72
Tabela 7 – Situações ou fatos, ou especialmente alguém (vínculo) importante para manutenção da abstinência	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos anônimos
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Associação de Psiquiatria Americana)
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas.
CE	Ceará
CEASA	Centrais Estaduais de Abastecimento
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
EUA	Estados Unidos da América
E/R	Espiritualidade/religiosidade
fMRI	Ressonância magnética funcional
HGCC	Hospital Geral César Calls
HSM	Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NA	Narcóticos anônimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Política Nacional Antidrogas ou Política Nacional sobre Drogas
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PRD	Política de Redução de Danos
RS	Rio Grande do Sul
SAA	Síndrome de Abstinência Alcoólica

SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SRTs	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TUS	Transtorno por Uso de Substância
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

LISTA DE SÍMBOLOS

- > Maior que
- < Menor que
- % Porcentagem

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I - DESCORTINANDO O UNIVERSO DA PESQUISA	18
1.1	Introdução	18
1.1.1	<i>Da biografia à construção do objeto.....</i>	18
1.1.2	<i>Conceituando dependência química</i>	21
1.1.3	<i>Abstinência e recaída no TUS: o estado da questão.....</i>	23
1.1.4	<i>Traçados de um caminho tortuoso: as políticas sobre drogas no Brasil</i>	26
1.1.5	<i>Espiritualidade, religiosidade e religião: diálogos necessários.....</i>	33
1.1.6	<i>Relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e saúde: aproximações e afastamentos.....</i>	34
1.1.7	<i>Relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e saúde mental: propondo uma perspectiva dialógica.....</i>	38
1.1.8	<i>Relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e drogadição: a complexa teia de uma situação-limite.....</i>	40
1.1.9	<i>Novos olhares: as aberturas da medicina teossomática.....</i>	44
2	CAPÍTULO II – FORMANDO OS ALICERCES DO ESTUDO	46
2.1	Da justificativa à pergunta chave.....	46
2.2	Objetivos.....	49
2.2.1	<i>Objetivo geral.....</i>	49
2.2.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	49
2.3	O caminho teórico-metodológico.....	50
2.3.1	<i>A abordagem qualitativa em pauta.....</i>	50
2.3.2	<i>Grupo focal: a metodologia escolhida.....</i>	52
2.3.3	<i>Procedimentos de investigação.....</i>	55
2.3.3.1	<i>Do local da pesquisa.....</i>	55
2.3.3.1.1	O Hospital de Messejana: antes colônia, hoje hospital referência	57
2.3.3.2	<i>Dos sujeitos da pesquisa.....</i>	60
2.3.3.3	<i>Outras técnicas auxiliares.....</i>	60
2.3.3.3.1	Diário de campo.....	60
2.3.3.3.2	Entrevistas semiestruturadas.....	61
2.3.3.3.3	Análise documental.....	61
2.3.4	<i>Análise de dados.....</i>	61

2.3.5	<i>Do estudo exploratório realizado</i>	62
3	CAPÍTULO III - EXPERIÊNCIA DE ABSTINÊNCIA E BIOGRAFIA: COMPONDO MAPAS EXPERIENCIAIS	65
3.1	Entrevista inicial	65
3.1.1	<i>Dados sócio demográficos</i>	65
3.1.2	<i>Religião professada</i>	67
3.1.3	<i>Início do consumo de drogas e a escalada do consumo</i>	68
3.1.4	<i>Percepções sobre o uso de drogas e a busca por tratamento</i>	70
3.2	O trabalho como experiência de inserção social	73
3.3	As derrapagens da autoralidade da mudança de vida e a construção das rotinas no cotidiano	76
3.4	A construção da família como potência para a sustentação da abstinência	86
3.5	A espiritualidade como compreensão de si	90
4	CAPÍTULO IV - PRÁTICAS SOCIAIS E SABERES DO SUJEITO COM TUS: UM SUJEITO FERIDO SE LEVANTA?	125
4.1	Vínculo, resiliência e outros achados	125
4.2	O cérebro triuno e o reconhecimento do “cuidar do outro” no levantar do sujeito com TUS	135
5	CONCLUSÃO	155
	REFERÊNCIAS	162
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA INICIAL	179
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL	181
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	182

1 CAPÍTULO I - DESCORTINANDO O UNIVERSO DA PESQUISA

"O meu maior respeito e minha máxima admiração vai para todos os engenheiros, especialmente o maior de todos: Deus". Thomas Alva Edison (1847 - 1931).

1.1 Introdução

Este estudo busca desvendar de que forma a espiritualidade está envolvida na experiência de abstinência do indivíduo com Transtorno por Uso de Substância (TUS). Objetiva, pois, contribuir para a produção de conhecimento capaz de revelar as relações entre espiritualidade e abstinência no contexto do adoecimento mental que manifesta dependência química.

Antes de adentrarmos intimamente na presente investigação, precisamos relatar como nasceu em mim a ideia do estudo, e como me foi despertado o interesse envolvendo as duas áreas em questão: espiritualidade e dependência química.

1.1.1 Da biografia à construção do objeto

A temática que persigo se originou do diálogo entre dois assuntos extremamente importantes que surgiram durante minha carreira profissional: a psiquiatria (representada aqui pelo Transtorno por Uso de Substância) e a espiritualidade (E/R). E cada tópico desses tem uma história própria que me envolveu por completo.

Para explicar tal situação, é preciso voltar ao ano de 1997, início do meu estágio acadêmico de internato no Hospital Geral César Cals (HGCC). Um caso escutado foi emblemático de uma velada questão: o que quer um médico? Um amigo contara a história de um residente do último ano de cirurgia plástica que tinha abandonado a especialização e deixado a medicina, e minha reação foi instantaneamente de descrença total e não ficou somente nisso, usei de sarcasmo e ironia para enfatizar que aquilo era impossível e se tratava de uma piada. Minha mente restrita e limitada não podia crer que uma pessoa passasse seis anos de faculdade, três anos de cirurgia geral e dois anos de cirurgia plástica e, depois, abandonasse tudo.

Mas o tempo é um professor implacável e paciente. Não demorou muito, no final do ano seguinte, no momento da colação de grau da graduação, já enfrentava meu primeiro episódio depressivo, que foi seguido de muitos outros, culminando com o abandono de duas especializações (residência médica de doenças infecciosas no Hospital São José no ano 2000 e

em clínica médica no HGCC, em 2001) e já estava pensando em largar tudo, inclusive a medicina, justamente aquilo que, no passado, achara impossível agora era uma pergunta muda.

Com o auxílio de minha esposa e um apoio espiritual importante, que aprofundou questões que eu não vira até então, consegui voltar ao exercício de minha profissão, após algum tempo e muita dor compartilhada. Voltando a estudar, consegui ser aprovado em concurso federal para a função de perito médico previdenciário em 2005.

A partir de 2007, resolvi aprender mais sobre a psiquiatria e suas particularidades (que a distingue totalmente das outras áreas da medicina), motivado não somente por ser um portador de transtorno mental, mas também por estar exercendo um cargo em perícia médica, onde as perícias psiquiátricas eram as mais difíceis de ser realizadas. Assim, fui acumulando conhecimento na área e em 2012 iniciei meu trabalho em um CAPS Geral (Centro de Atenção Psicossocial) da cidade de Fortaleza, atuando como terapeuta de pessoas com problemas parecidos com o meu – o que me fez recordar do mito do centauro¹ Quíron.

No mito do centauro Quíron, conhecido como curador ferido, que fora o mestre de Asclépio (deus grego da medicina), também chamado Quirão, foi o grande centauro, educador de heróis (Jasão, Peleu, Aquiles e Asclépio, entre outros). Ensinava música, artes da guerra e da caça, moral, e, sobretudo, medicina. Foi um grande médico, que sabia compreender muito bem seus pacientes, por ser um médico ferido.

Conta a lenda que ele foi acidentalmente ferido por uma flecha envenenada do filho de Alcmena, ferimento até então incurável. Apesar da aplicação de todo seu conhecimento através de unguentos sobre o ferimento, não vinha a cura, e, recolhido à sua gruta, Quíron (ou Quirão) teve ímpetos de desejar morrer, mas nem isso conseguiu, porque era imortal. Por fim, Prometeu, que nascera mortal, cedeu-lhe seu direito à morte e o Centauro então pôde descansar. Conta-se que Quirão subiu ao céu sob a forma da constelação de Sagitário, uma vez que a flecha - em latim *sagitta* a que se assimila o Sagitário - estabelece a síntese dinâmica do homem, voando através do conhecimento para sua transformação, de ser animal em ser espiritual (BRANDÃO, 1987, p. 90).

Voltando à construção do objeto de estudo, após dois (2) anos em CAPS Geral, decidi mudar para um CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), no intuito de aprender cada vez mais sobre adoecimento mental nesta especialidade médica. No início de

¹ Centauros eram seres meio homens, meio cavalos, que habitavam as regiões próximas às montanhas e às florestas. Eles reuniam em si as características racionais dos seres humanos e as paixões inferiores, mas também alguns valores importantes dos cavalos, do ponto de vista da mitologia grega.

2016, decidi avançar para o atendimento de emergência aos portadores de tais transtornos e consegui, através de experiência confirmada, entrar na cooperativa médica que é responsável pelo atendimento em regime de plantões no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Então, já executando minhas atividades, ofereceram-me a oportunidade de ficar como responsável pela enfermaria de desintoxicação para usuários de substância psicoativa. Assim, assumi o trabalho em uma enfermaria específica para tratamento de indivíduos com TUS.

O segundo tema relacionado à esta pesquisa é a espiritualidade, que foi estudo e grande amparo nos meus quadros depressivos, principalmente a partir de 2003/2004, quando me tornei espírita. Mudança que me fez entender de maneira mais lúcida e racional o objetivo da espiritualidade e seus efeitos sobre as doenças.

Tive, e tenho muitos amigos de outras religiões, alguns deles espíritas. Todavia, devido a influência de um professor de história na minha adolescência havia nascido em mim certa dificuldade de pensar o Espiritismo como possibilidade de religião ou ciência. Hoje, vislumbro a magnitude da importância de um professor. Sempre admirei esta profissão, principalmente por ter em minha genitora a personificação viva dessa função.

Este sacerdote do ensino não é responsável somente pelo processo educativo formal, mas também pela influência (positiva ou negativa) que exerce sobre seus tutelados. Assim, aprendi que um mestre nunca deve repassar seus preconceitos e suas opiniões baseadas na superficialidade das informações ou alicerçadas em boatos, longe de um conhecimento profundo do assunto.

A partir desse relato, posso referir que minha passagem para o Espiritismo não foi tão fácil, mas tive a oportunidade de conhecer e conviver com um médico espírita, um verdadeiro cuidador de homens e de almas, que extinguiu todas as minhas dúvidas e preconceitos e que me apresentou ao Mestre de Lion (Allan Kardec²) de uma maneira singular, racional e convincente. Assim, com ajuda desse benfeitor e de minha estimada esposa consegui enxergar através do Espiritismo a realização das mudanças necessárias e imprescindíveis na minha vida.

Desse modo, tornei-me um estudioso tanto da psiquiatria quanto da espiritualidade. E cada vez mais, fui encontrando acolhimento em vários artigos que tratavam sobre a relação desta temática. Vários autores renomados, já referidos anteriormente, faziam pesquisas e demonstravam que E/R tinham implicações significativas para a prevalência (especialmente

² Allan Kardec – pseudônimo de Hippolyte Léon Denizard Rivail, nascido em Lião / França, a 3 de outubro de 1804, de uma família antiga que se distinguiu na magistratura e na advocacia, conhecido como o codificador da Doutrina Espírita (KARDEC, 2005).

depressão e uso de substâncias), diagnóstico, tratamento e prevenção da doença mental, bem como consequências que podem ser potencializadas para apoiar o sujeito a superar a reflexão apenas sobre o sintoma e alçar ao plano causal.

Acumulando desafios, associo meu trabalho no HSM, que perfaz o atendimento especificamente a pessoas com transtorno por uso de substâncias, à minha procura de entendimento dos paradigmas emergentes. Assim é que fui prosseguindo na busca de compreender como comparece a dimensão espiritual na biografia do sujeito adicto, dessa maneira avançando em delinear estudo que envolvesse os dois assuntos: TUS e espiritualidade.

Lendo um estudo publicado em 2007 (SANCHEZ; NAPPO) sobre uma revisão na base de dados Pubmed e Scielo, entre 1976 e 2006, no qual as autoras descreveram os principais estudos científicos que tratavam do papel da E/R no tratamento e na prevenção do consumo de drogas, concluindo que a quase totalidade dos trabalhos científicos indexados tinham caráter quantitativo e transversal, não enfocando os mecanismos ou as variáveis de causalidade. Sugeriram ainda que fossem feitas pesquisas qualitativas que pudessem desvendar o papel real dessa espiritualidade na recuperação da dependência de drogas. Eis o ensejo que faltava e que me impulsionou.

Dessa forma nasceram em mim vários questionamentos que foram configurando o tema em questão: eu precisaria ver como se dá a ação da experiência espiritual na prevenção primária do consumo de drogas e, especialmente, no tratamento da dependência. E quais eram os processos envolvidos na vivência espiritual do indivíduo com TUS que estariam relacionados ao período de abstinência – talvez ao menor número de recaídas.

Eu deveria saber em que momento a ausência de E/R favorece o adoecimento expressado pela dependência química e ao contrário, tentando descrever o campo experiencial dessa confluência. Aprofundando, adentraria na compreensão dos fatores de natureza espiritual que poderia estar envolvido na predisposição para um desfecho positivado (ou ao contrário), no contexto do tratamento do indivíduo com TUS.

Vejamos alguns conceitos iniciais.

1.1.2 Conceituando Dependência Química

Etimologicamente, a palavra droga deriva de *droog*, holandês antigo, que significa folha seca, uma vez que, antigamente, grande parte dos medicamentos era originada à base de vegetais, principalmente de suas folhas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2018) e, não raro, nas práticas rituais de várias culturas religiosas em que se utilizavam de

substâncias alucinógenas retiradas das folhagens de ervas. Desse modo, droga seria qualquer substância que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo (e que não seja produzida por ele), levando a alterações em seu funcionamento.

As drogas que possuem a capacidade de atuar sobre o cérebro, gerando modificações no psiquismo são nomeadas drogas psicotrópicas ou de substâncias psicoativas. O Ministério da Saúde em sua Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, (BRASIL, 1998) define psicotrópico como “substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico”.

Já o termo dependência química está sendo substituído - embora ainda seja a terminologia mais utilizada -, por Transtorno por Uso de Substância (TUS). Este termo foi inaugurado na versão mais atual do DSM 5, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta edição, datado de 2013, da Associação Americana de Psiquiatria (*APA - American Psychiatric Association*). O TUS no DSM 5 combina as categorias de abuso e dependência de substâncias presentes no DSM IV, em um único diagnóstico, medido em um *continuum* de leve a grave. Cada substância específica é tratada como um transtorno de uso separado, mas quase todas as substâncias são diagnosticadas com base nos mesmos critérios gerais. O novo DSM 5 conceitua, portanto, TUS como um padrão mal adaptativo de uso da substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por dois (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de doze meses (APA, 2014, 483-484):

1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos;
4. Fissura, desejo intenso ou urgência em consumir a substância (*craving*);
5. Uso recorrente da substância resultando em fracasso para cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
6. O uso da substância continua, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos;
7. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
8. Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico;
9. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso;
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade da substância;
11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

No que diz respeito à classificação da gravidade do transtorno, esta se baseia na quantidade de critérios acima preenchidos pelo indivíduo, sendo considerada leve, quando na presença de dois (2) a três (3) sintomas; moderada, quando na presença de quatro (4) a cinco (5) sintomas; e grave, quando na presença de seis (6) ou mais sintomas (APA, 2014).

Após breve entendimento do conceito de dependência química e TUS, em pauta nos referenciais acima expostos, observaremos, a seguir, como se situa a evolução do problema do adoecimento psíquico quando junto à dependência por uso de substância, esclarecendo os conceitos de abstinência e recaída.

1.1.3 Abstinência e recaída no TUS: o estado da questão

Faz-se necessário inicialmente diferenciarmos abstinência de Síndrome de Abstinência. Segundo o Novo Dicionário Aurélio da língua portuguesa (FERREIRA, 2010), o significado de abstinência, de acordo com a concepção da Medicina, é a “restrição, em grau variável, de procedimentos diversos, tais como alimentação, uso de drogas, relação sexual”, ou seja, ação de abster, de se privar de alguma coisa, e no caso, ao falarmos de dependência química, abstinência seria o período em que o indivíduo evita o uso de determinada substância, do qual se percebe dependente.

Já a Síndrome de Abstinência seria um conjunto de sinais e sintomas contrários aos que se manifestam com o uso da droga e que ocorre quando uma pessoa para abruptamente de consumir a droga que utilizava constantemente e à qual organismo parecia já estar adaptado. A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) é a mais conhecida. Pessoas que bebem de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente, podem apresentar um conjunto bem definido de sinais e sintomas chamado de SAA.

Esta situação, se parece sempre desejável, pode constituir, em certos casos, uma patologia que se apresenta sob a forma de casos leves até casos mais graves, onde há o desenvolvimento de sintomas e complicações de difícil tratamento, capaz de levar à morte. Os sintomas mais frequentes são: hiperatividade autonômica, tremores, insônia, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias, agitação psicomotora, ansiedade e convulsões tipo grande mal (LARANJEIRA et al, 2000, p. 63).

Voltando à definição de abstinência como o período em que o indivíduo se priva do uso da droga, Rigotto e Gomes (2002, p. 96) trazem de Prochaska e DiClemente (1986) a descrição dos quatro estágios para a obtenção da abstinência, denominados de pré-contemplação, contemplação, decisão/ação e manutenção:

Na pré-contemplação o adicto pode mostrar interesse em mudar o comportamento ou ainda não parecer suficientemente consciente de que tem problemas. Na contemplação o adicto demonstra consciência do seu problema e começa a pensar em fazer mudanças, mas sem um sério compromisso para agir. Na decisão/ação, ocorrem tentativas concretas de modificar comportamentos, experiências, e meio ambiente. Por fim, na manutenção trabalhasse para evitar a recaída e consolidar os ganhos (RIGOTTO; GOMES, 2002, p. 96).

Vemos aqui, nos estudos de abstinência, o relevo que se dá à participação do sujeito na compreensão do que lhe acontece, para nós aspecto fundamental - o lugar do sujeito - em nosso olhar pesquisador.

Outro conceito importante e que merece problematização, que desde logo apontaremos, é a apreciação do significado do que seja recaída. Os autores que situam dependência química como transtorno, e o definem junto ao uso de substância, entendem que a dependência química é um transtorno crônico que, pela sua própria natureza, apresenta tendências a episódios de “recaída”. Essa pode ser compreendida como a dificuldade em administrar as barreiras que surgem na jornada de um dependente em recuperação podendo levá-lo à recidiva do uso de drogas (BÜCHELE, 2004, p. 234).

Sempre nos perguntamos como médico em atendimentos diários e intermináveis plantões junto aos sujeitos com adoecimento psíquico, em uma unidade pública referida como de desintoxicação aos adictos: que elementos nessa jornada da abstinência poderiam ser trazidos para a reflexão sobre saúde e adoecimento, e que devolvessem o sujeito à sua história pessoal e à sua potência de modificá-la, assenhoreando-se de sua vontade e determinação?

A recaída, apesar de ser tão temida por todos (tanto pela pessoa em tratamento como por familiares e cuidadores), faz parte do processo de recuperação do indivíduo com TUS e está relacionada com as aprendizagens de superação que o sujeito vivencia. Isso sempre nos parecia significar que após um período de parada do uso, seguido de uma recidiva na utilização de uma substância pelo sujeito que está em dependência, far-se-ia necessário rever a experiência da tentativa de suspensão de utilização da droga, proporcionando ao sujeito a identificação de quais aspectos poderiam ter ajudado ou não nesse período. É de se supor que aspectos desse aprendizado são constitutivos da história do sujeito, com seus problemas e superações, daí tornando-se possível incentivá-lo a retomar o processo de abstinência, utilizando a recaída, mas também a abstinência como oportunidade de aprendizagem.

Segundo Diehl et al (2011), recaída pode ser definida como o retorno aos sintomas após um período de remissão, ou seria considerado recaída o processo de qualquer retomada dos comportamentos disfuncionais pelo sujeito em recidiva no uso da substância. Trata-se de um risco constante que implica certa continuidade de tratamento (MCLELLAN, 2002).

Todavia, nessa visada, à medida que o tempo de abstinência aumenta, a chance de recaídas tende a diminuir.

Consequentemente, pode-se concluir que abstinência parece gerar abstinência, embora estudos refiram ser importante lembrar que se há possibilidades de transformação, como em todo movimento crítico do sujeito, há riscos de recaída (KIRSHENBAUM et al, 2009). Contudo, pensamos que mesmo em meio a essa conjunção de fatores, o caráter de aprendizagem de si, desses movimentos de abstinência, dever-se-ia considerar e positivar de modo mais dominante nas abordagens em saúde. A abstinência seria uma superação da recaída?

Entre as maiores dificuldades do indivíduo durante a recaída parecem estar situadas a incompreensão e a reação negativa exacerbada e inadequada de familiares e de amigos, que acreditam ser a recaída a prova irrefutável do fracasso do tratamento. Por ignorância ou por um longo sofrimento afetivo que possui sua história na economia afetiva de seus pares, os sujeitos que lidam com o paciente com TUS, na intenção de dar limite, nem sempre conseguem não complicar mais ainda o processo com críticas, ameaças e cobranças para uma mudança de comportamento rápida e intempestiva, sem tropeços.

Acarretando reações complexas e sentimento de impotência da parte do sujeito em tratamento, a recidiva parece agravar dificuldades, tornando o caminho da recuperação, frequentemente, mais longo e penoso. Rigotto e Gomes (2002), estudando sobre a experiência de recaída encontraram as seguintes situações associadas à recidiva do uso de substâncias: falta de apoio familiar, falta de acompanhamento apropriado, envolvimento com antigos amigos usuários, uso coadjuvante de bebidas alcoólicas, necessidade de aprovação social e frustrações diante de circunstâncias adversas.

Assim, é lícito dizer que a recaída não é o fim do tratamento, mas uma etapa importante da terapêutica que deve ser vivenciada, com sua complexa teia de aprendizagens, entendida e examinada de maneira profunda em busca de (re) conhecimentos e razões que levaram não só à recidiva do uso da substância, mas à capacidade e à potência de superação aprendida com a abstinência.

Determinar-se-ia, a partir dessa pergunta por aprendizagens dentre recaídas e abstinências, respostas e estratégias para o sujeito tomar posse de sua transformação, manifesta no dever da abstinência? Perguntávamo-nos ao confrontar a literatura e os pacientes que conviviam comigo, e esse percurso de inquirições levou-nos às questões trazidas pela espiritualidade.

Assim, prosseguiremos com os delineamentos teóricos dos termos religião, religiosidade e espiritualidade, lugar de exame da experiência de abstinência, de modo a

configurar a base de nosso estudo. Antes, porém, parece-nos lícito apresentarmos o panorama brasileiro das políticas de drogas, para em seguida, determo-nos sobre aqueles delineamentos teóricos supracitados.

1.1.4 Traçados de um caminho tortuoso: as políticas sobre drogas no Brasil

Antes de adentrarmos essa esfera mais detalhada da vida dos sujeitos e sua escuta analítica com a abertura do campo empírico da pesquisa, vejamos o cenário das políticas públicas em que se inscrevem essas biografias e suas peripécias. Desse modo é que devemos situar os sujeitos e suas históricas no contexto onde se descerram as políticas sobre drogas em nosso país.

Partindo para o conceito de políticas públicas, tiramos de Santos e Oliveira (2013, p. 82) a definição dada por Souza, pesquisador da área: “o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. É o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado brasileiro em níveis federal, estadual e municipal, com vistas ao bem coletivo”. Assim, quando se fala dos diversos problemas que podem prejudicar o bem coletivo temos, entre eles, o crescimento contínuo da produção, da circulação e do uso de drogas, que por sua vez geram outros problemas em nível de sociedade: aumento da violência doméstica, da violência no trânsito, dos homicídios, dos custos com a saúde, entre outros.

Configurando-se como um verdadeiro problema de saúde pública não somente no Brasil, mas também no mundo (UNODC, 2018), as políticas públicas sobre drogas passam a necessitar de medidas em todos os níveis de governo, ou seja, passam a demandar uma política pública eficaz para diminuir ou cessar os prejuízos causados.

Viajando pela história, constatamos que a primeira lei que veio a mencionar a proibição do uso de um tipo de droga foi expedida pela Câmara do Rio de Janeiro, em 4 de outubro de 1830, e referia ao impedimento da “venda e uso do pito de pango, bem como a conservação dele em casas públicas”. Explicando melhor, esta lei aplicava penalidades aos negros que fossem pegos fumando maconha (SANTOS; OLIVEIRA, 2013): o que se diria ser direcionada pelo racismo esta forma de legislação.

Segundo Maurides de Melo Ribeiro (2016, p. 5), esta lei, porém, é considerada como “o primeiro ato legal de proibição de venda e uso da maconha no mundo ocidental”. Foi, contudo, com o Código Penal Republicano de 1890, o primeiro diploma penal brasileiro incriminador que em seu artigo 159 dispôs da proibição a algumas substâncias tidas como

venenosas (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

No ano de 1915, mais precisamente em 10 de fevereiro de 1915, foi publicado o Decreto 11.481/1915 que obrigava o cumprimento da Convenção firmada na Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia em 1912, e da qual o Brasil foi signatário (BATISTA, 1997). Esta convenção foi o primeiro tratado internacional de controle de drogas, que refletia naquela época o reconhecimento da necessidade da cooperação internacional no controle de drogas.

Dadas essas influências internacionais e diante de um emergente problema social que, como dissemos, também se colocava como um problema de saúde pública, inúmeras outras alterações legislativas foram realizadas, como por exemplo, a inclusão no Código Penal Brasileiro, pelo Decreto 4.294/1924, da pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína.

A posse ilícita, todavia, só foi criminalizada pelo Decreto 20.930/1932, e o consumo somente passou a fazer parte da lista de ações criminalizadas em 1938, mediante o Decreto-lei 891, de 25/11/1938 (KARAM, 2001). No entanto, o ato de criminalizar o consumo teve vida pouca, pois, o Código Penal de 1940 suprimiu a criminalização do uso, deixando no artigo 281 as condutas relativas ao tráfico e à posse ilícita (BATISTA, 1997).

A partir de 1940, não houve mudanças importantes na legislação até 1968, apesar da criação do Ministério da Saúde em 1953. O citado artigo 281 do Código Penal foi então alterado pelo Decreto-lei 385, de 26/12/1968, que passou a equiparar a conduta do usuário à do traficante, condição que foi mantida até a promulgação da Lei 6.368/1976 (BRASIL, 1976), conhecida como a Lei de Entorpecentes, que disciplinou a conduta do usuário (art. 16) de forma distinta da atuação do traficante (art. 12), o que representou um avanço (RIBEIRO, 2016).

A nova lei, de 1976, tratava das medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e veio a ampliar o leque de ações preventivas destinadas aos dependentes de entorpecentes e não apenas para os infratores que se apresentavam como viciados (BRASIL, 1976). Outro determinante relevante desse ato legislativo de 1976, foi que passou a considerar o usuário de drogas como um doente e os hospitais psiquiátricos se tornaram os dispositivos assistenciais de atenção (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Em 2 de setembro de 1980, o Decreto nº 85.110 instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, criando o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), que ficaria responsável pela formulação de políticas públicas para o enfrentamento das drogas (BRASIL, 1980). Este órgão foi autor de várias iniciativas, como o

apoio aos centros de referência em tratamento, às pesquisas em prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da SIDA entre usuários de drogas injetáveis, o que representou um grande passo das práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Este Conselho Federal de Entorpecentes viria a ser substituído por outro, o CONAD - Conselho Nacional Antidrogas, através da Medida Provisória 1.689/1998. Tratava-se de um órgão normativo e deliberativo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). O CONAD estava subordinado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, este era incumbido de estabelecer as diretrizes relativas ao controle do impacto das drogas na sociedade brasileira (ALVES, 2009).

A SENAD foi então o órgão responsável pela coordenação e articulação da Política Nacional Antidrogas – PNAD (elaborada em 2002), que foi formulada e instituída pelo Decreto 4.345/2002 (BRASIL, 2002a), e somente revogada agora em 2019 pelo Decreto 9.761/2019. Santos e Oliveira (2013) assim explanam melhor sobre o PNAD de 2002, referindo que essa política retratava o uso indevido de drogas como uma ameaça séria e persistente à humanidade e à vida em sociedade, associando-o ao tráfico de drogas e a outros crimes e modalidades de violência. O texto da política justificava a adoção de uma postura firme do Estado brasileiro de combate às drogas. Entre seus pressupostos básicos, destacava-se aquele que traduz a essência da perspectiva proibicionista em relação às drogas: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (SANTOS; OLIVEIRA, 2013, p. 85).

Uma grande evolução foi observada com a Lei 10.409/2002, que afirmava que o tratamento do dependente ou usuário seria feito de forma multiprofissional, e sempre que possível, com a assistência de sua família (BRASIL, 2002b).

Nessa conjuntura, foi instituída a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde em 2003 (BRASIL, 2003) que preconizava a atenção ao campo da saúde mental como devendo se pautar por ações de prevenção, de tratamento e de educação. Tais ações se deveriam constituir na interface do Ministério da Saúde com outros ministérios e com a sociedade organizada, reconhecendo-se o desafio de que o consumo dessas substâncias seria problema de saúde pública.

No bojo dessa política e como estratégia de intervenção, definiu-se a Política de Redução de Danos (PRD), o estabelecimento dos CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) e as redes assistenciais (BRASIL, 2003). Outra mudança veio com a formulação da Política do Ministério da Saúde Para Atenção Integral a Usuários de Álcool e

Outras Drogas, que mudou o nome de “Antidrogas” para “Políticas sobre Drogas” (BRASIL, 2004).

Outra política nacional sobre drogas foi aprovada por uma resolução do CONAD em 2005, e tinha como algumas de suas principais diretrizes: atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas, reconhecer o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição, reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante, priorizar ações de prevenção, incentivar ações integradas aos setores de educação, saúde e segurança pública, promover ações de redução de danos, garantir ações para reduzir a oferta de drogas no país, entre outras orientações (BRASIL, 2005).

Em 2006, a legislação brasileira sobre drogas sofre nova alteração promovida pela Lei 11.343/2006 (BRASIL, 2006) que revogou a Lei 10.409/2002 e a Lei 6.368/1976. Esse novo documento legal instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabeleceu normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, e definiu os crimes relacionados ao assunto, além de determinar as penalidades (BRASIL, 2006). De acordo com a avaliação de Santos e Oliveira (2013, p. 85), essa lei apresentou alguns avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Vejamos os termos em que discorrem os autores:

Se por um lado as atividades de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas, com definição de novos crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas; por outro lado, distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda, de forma mais extensiva que as leis anteriores, as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social. Outra mudança expressiva refere-se ao estabelecimento de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde, com o objetivo de aumentar o leque de ação das diretrizes anteriores, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD) (BRASIL, 2009). Essa nova diretriz política tinha como intuito principal aumentar o conjunto de ações das diretrizes anteriores. Entre as finalidades principais temos:

Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no SUS; diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas,

e capazes de enfrentar, de modo sustentável, a situação de vulnerabilidade e exclusão social dos usuários (BRASIL, 2009).

O próximo ato do Ministério da Saúde foi instaurar no ano de 2010 o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2010). Novamente, editam-se os objetivos principais de ampliar as ações voltadas à prevenção e reinserção social de usuários, contemplando também a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis.

Contudo, assim como os planos anteriores, fala-se muito em metas, mas não há um planejamento claro e de funcionamento operante, capaz de corresponder com mais vigor ao proposto pela lei, que sempre é fruto de lutas sociais nas áreas diversas, inclusive na saúde coletiva. Assiste-se ainda, e mais uma vez, acumular-se uma grande quantidade de material teórico sem que uma aplicabilidade prática mais efetiva lhe acompanhe. Por outro lado, também se torna cada vez mais complexo acompanhar a crescente disseminação do uso de drogas de abuso na coletividade brasileira (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Garcia et al. (2008, p. 273) concluem que o processo político de formulação e implementação de uma política pública sobre drogas é atravessado por interesses, valores e ideologias conflitantes, que se faz hoje em escalada mundial como indústria partícipe dos grandes negócios ilícitos, e observam ainda os autores:

O processo de formulação e implementação da política pública sobre drogas oscilou entre aquilo que deveria ser – o mais transparente possível, e corresponder, da melhor forma, às necessidades dos cidadãos que são os beneficiários finais da política – e aquilo que efetivamente tem sido – um jogo marcado por pressões externas e interesses das indústrias (de um lado a indústria bélica, de outro as indústrias de bebidas alcoólicas e de produtos destinados ao refino de drogas).

Certamente até o presente momento, não houve uma política que trouxesse os resultados esperados de redução do consumo e impedimento do tráfico. E é nesse contexto que uma nova política é firmada.

Um bom resumo das mudanças dessa nova política encontramos na Nota Técnica de nº 11/2019 (BRASIL, 2019d), emitida pelo Ministério da Saúde, veículo utilizado para prestar esclarecimentos sobre as modificações na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, englobando sinteticamente uma série de resoluções, portaria e portarias interministeriais expedidas durante os anos de 2017 e 2018.

Podemos dizer que as mudanças imprimidas por esses dispositivos legais atuam junto ao direcionamento geral das políticas públicas não somente relacionadas a drogas, mas

também se acham dependentes do tráfico mundial, bem como adentram a questão da saúde mental como um todo.

Vejam os alguns pontos que parecem ser alvo de lutas reiteradas para conquistá-los como direitos efetivados:

- a) A modificação no número de serviços que formam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que deve ter cobertura expandida;
- b) A expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e de outros serviços da RAPS, importantes para a oferta de tratamento em serviços de base comunitária;
- c) A criação de uma nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 (vinte e quatro) horas e com equipe completa, nas regiões mais envolvidas com o tráfico, conhecidas como cracolândias;
- d) O incentivo ao atendimento ambulatorial, cuja abrangência deveria ser aumentada e capaz de atingir lugares mais vulneráveis;
- e) A expansão dos leitos qualificados em hospitais gerais, dentro de unidades psiquiátricas especializadas;
- f) A criação de grupos de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento das Comunidades Terapêuticas, acompanhando sua capacidade de dar apoio à recuperação de usuários de drogas.

E assim se percorre um campo de tensões, mas que já enuncia ter percorrido caminhos de descobertas e possibilidades a serem tentadas. No entanto, talvez a medida mais polêmica desse novo direcionamento político foi em relação aos ambulatórios e hospitais psiquiátricos.

Segundo a norma legal, o Ministério da Saúde não apoiará o fechamento de ambulatórios, explicando que são serviços que não concorrem com os CAPS, na medida em que fornecem assistência a pacientes com necessidades distintas e que o Ministério da Saúde passa a incentivar, inclusive financeiramente, a abertura e fortalecimento de tais serviços, com o objetivo de dar conta da grande demanda reprimida para tratamento comunitário em saúde mental no país.

No tocante ao hospital psiquiátrico, que foi incluído na RAPS, o Ministério explica que a desinstitucionalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos continua sendo incentivada pelo governo federal, e que não entende esses serviços como locais de moradia de pacientes, mas a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos. Para tal medida, a pasta do governo federal justifica que o Brasil conta

hoje com uma cobertura deficitária nesta modalidade assistencial e possui baixo índice de número de leitos psiquiátricos por habitante (BRASIL, 2019d).

Em relação às ações da nova política de saúde mental destinadas ao problema das drogas, além da criação da modalidade de CAPS AD IV, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) aprovou a resolução apresentada pelo ministro do desenvolvimento social da época. Segundo este Conselho, a política pública sobre entorpecentes até então em vigor sofreria uma mudança profunda de direção. Em 2018, assegura o CONAD que a proposta deveria mudar a estratégia de intervenção baseada na redução de danos para o método apoiado na abstinência.

Desse modo, observamos que os defensores da busca da abstinência como principal objetivo ganharam força sobre os grupos que defendem a prevalência da redução de danos nas políticas públicas sobre o tema.

A partir de 2019, a política acima passa a ser de competência da nova Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, do Ministério da Cidadania, conforme a medida provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, que foi convertida na LEI Nº 13.844, de 18 de junho de 2019 (BRASIL, 2019c).

Nesse cenário, foi aprovado em abril do corrente ano uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) por meio do Decreto nº 9.761/2019 (BRASIL, 2019a) que se fundamentou a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial instituído pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, na Resolução nº 1/2018, já mencionado acima, mantendo o direcionamento voltado à abstinência.

Doravante, a implementação e coordenação da nova PNAD fica a cargo da articulação de duas secretarias de ministérios diferentes: Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública (BRASIL, 2019b).

Entrevemos que a nova PNAD coloca de maneira inovadora, nunca reconhecida antes, a espiritualidade como um dos seus pressupostos, identificando essa como um fator de proteção ao uso, vejamos na íntegra o item 2.15 do citado documento legal que trata dos pressupostos da atual PNAD e seus objetivos, quais sejam: “Reconhecer o vínculo familiar, a espiritualidade, os esportes, entre outros, como fatores de proteção ao uso, ao uso indevido e à dependência do tabaco, do álcool e de outras drogas, observada a laicidade do Estado” (BRASIL, 2019b).

Mas a questão sobre a espiritualidade teve mais espaço. Vejamos os itens abaixo que estão contidos no tópico destinado as medidas preventivas:

[...] 4.1.3. As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física, mental e social, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica, à formação e fortalecimento de vínculos familiares, sociais e interpessoais, à promoção de habilidades sociais e para a vida, da espiritualidade, à valorização das relações familiares e à promoção dos fatores de proteção ao uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, considerados os diferentes modelos, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência (*op.cit*).

Continuando a discorrer sobre a pluralidade cultural, junto aos princípios éticos como base de ações preventivas, direcionadas ao fortalecimento dos mecanismos de proteção ao indivíduo e suas coletividades, o documento propõe o desenvolvimento da espiritualidade, coadjuvando um pensamento mais aliciador de novos sujeitos sociais na questão da saúde coletiva:

[...] 4.1.4. As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, ao incentivo da educação para a vida saudável e à qualidade de vida, ao fortalecimento dos mecanismos de proteção do indivíduo, ao acesso aos bens culturais, à prática de esportes, ao lazer, ao desenvolvimento da espiritualidade, à promoção e manutenção da abstinência, ao acesso ao conhecimento sobre drogas com embasamento científico, considerada a participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação das ações. [...] 4.2.5. Promover e apoiar ações que promovam o vínculo familiar, o desenvolvimento da espiritualidade e a prática de esportes, entre outras, como fatores de proteção ao uso de tabaco e seus derivados, de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2019b).

Dessa maneira, avistamos finalmente uma ação do poder público que valoriza a espiritualidade como “fator protetivo” como algo que pode realmente contribuir junto a outros campos de ação, para a melhora do indivíduo portador de transtorno por uso de substância (TUS).

O que vimos de fazer com isso? Admitir espiritualidade e qualidade de vida como equação relevante tem se observado ser algo evidenciado em estudos que têm se multiplicado nas áreas da saúde. Sabe-se que, cientificamente falando, já houve estudos no mundo inteiro e pesquisas que se fazem em diversas áreas e que demonstram ser a espiritualidade uma abordagem complementar eficaz junto ao tratamento convencional aplicado aos diversos pacientes alvo dos adoecimentos mais diversos, inclusive na área mental.

1.1.5 Espiritualidade, religiosidade e religião: diálogos necessários

Não é tarefa fácil fazer a distinção entre religião, religiosidade e espiritualidade. Diversas discussões no meio acadêmico tentam definir o seu objeto de estudo como exigência

teórica e metodológica, e encontram-se, nessa troca de ideias, definições que estabelecem relações de similaridade, complementaridade, sobreposição e oposição entre estes âmbitos conceituais. Estes termos costumam até ser utilizados como sinônimos em estudos empíricos (MILLER; THORESEN, 2003).

Neste trabalho, utilizamos as definições de religião e espiritualidade propostas por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2001) e de religiosidade, utilizada por MILLER (1998), que assim resumimos:

Religião: é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados a facilitar a aproximação ao sagrado ou transcendente (Deus ou força superior) e a promover um entendimento e relações entre os membros de uma comunidade.
Espiritualidade: é a busca pessoal pelo entendimento de respostas às questões fundamentais da vida, do significado e das relações com o sagrado e transcendente, que pode ou não estar relacionada a propostas de uma determinada religião.
Religiosidade: crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião.

O sagrado está presente na religião e na espiritualidade como relação com o que se considera divindade e divino, entretanto, enquanto a religião é um sistema formal focado na comunidade e orientado para ações concretas e uma comunidade de prática e de crença, a espiritualidade é menos formal e sistemática, focada no indivíduo e orientada pela emoção (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001).

Assim, podemos referir que a religiosidade, então, estaria contida na espiritualidade, e a religião seria um acervo de saberes e práticas sociais que se singulariza no sujeito da crença e dialoga com a perspectiva da espiritualidade. Observamos que seriam mais fecundas ilações que disjunções, utilizaremos, pois, a nomenclatura espiritualidade / religiosidade (E/R), comportando a complexidade desses construtos em interação.

1.1.6 Relação entre espiritualidade / religiosidade (E/R) e saúde: aproximações e afastamentos

Atualmente, há uma tendência, resultante dos avanços das pesquisas na área, em integrar a dimensão do bem-estar espiritual às dimensões corporais, psíquicas e sociais na avaliação do estado de saúde, segundo proposta da OMS (FLECK et al., 2003). O pesquisador Dr. Harold G. Koenig, diretor do Centro para Teologia, Espiritualidade e Saúde da Universidade de Duke (Estados Unidos da América - EUA), refere o crescente aumento do interesse de estudo sobre o assunto, nos termos:

No ano 2000, o número de estudos examinando a relação entre algum aspecto da religião, da espiritualidade e da saúde e a saúde ou a assistência médica subiu para

quase 1.200 (cerca de 70% eram sobre saúde mental e 30% sobre saúde física). Desde então, centenas de outros estudos foram publicados. Assim, é seguro dizer que mais de mil estudos de pesquisa examinaram de forma quantitativa as relações entre religião, espiritualidade e saúde, muitos deles relatando descobertas positivas (KOENIG, 2012, p. 22).

Além do Dr. Koenig, não podemos falar sobre pesquisas entre E/R e saúde sem citar o conceituado Dr. David B. Larson, que foi o idealizador do *The International Center for the Integration of Health & Spirituality*, além de ter sido presidente do *National Institute for Healthcare Research*. Este incansável pesquisador escreveu mais de duzentos (200) artigos na área e, juntamente com Dr. Koenig e Dr. McCullough, escreveram uma das mais abrangentes obras sobre o assunto: *Handbook of Religion and Health*.

Esses estudos tem examinado a relação E/R e uma variedade de aspectos não somente físicos, mas também psicológicos, entre eles citamos: envelhecimento e saúde (MUSICK et al., 2000), bem-estar (FRANCIS; KALDOR, 2002; PARGAMENT et al., 2001), depressão (SCHNITTKER, 2001), saúde mental (KOENIG, 2001a; VENTIS, 1995), saúde física (KOENIG, 2001b; SIEGEL et al., 2001), psiconeuroimunologia (KOENIG, 2000), personalidade (SCHAEFER; GORSUCH, 1993), e psicoterapia (CARONE JR.; BARONE, 2001; WORTHINGTON et al., 1996), entre outros.

Koenig, em seu livro “*Espiritualidade no Cuidado do Paciente: Por que, Como, Quando e o Que*”, refere haver evidências crescentes mostrando que o envolvimento religioso está relacionado com o melhor bem-estar, maior apoio social e, por conseguinte, melhor saúde física (KOENIG, 2005, p. 22). Citamos a seguir algumas das principais pesquisas, a título de exemplificação.

Relacionando E/R e função imune, podemos apontar um estudo realizado com cento e doze (112) mulheres portadoras de metástase de câncer de mama, onde um número mais alto de células de defesa (leucócitos e linfócitos totais) foi encontrado naquelas que demonstravam maior importância da expressão da religião. Estudos dessa natureza apoiaram a hipótese de que uma maior expressão espiritual estaria associada a uma maior imunidade, ou, pelo menos, indica que as relações entre a importância atribuída à expressão espiritual e os índices fisiológicos de imunidade merecem uma investigação mais aprofundada (SEPHTON et al., 2001, p 349-350).

O sistema cardiovascular pode ser considerado uma das áreas do corpo mais sensíveis ao estresse psicológico e social, principalmente quando se faz referência à pressão arterial, como bem documentado por Matthews et al. (2006), o que o torna uma fonte de pesquisa interessante para a análise de sua relação com a espiritualidade. Examinando pesquisas

que se debruçavam na relação do envolvimento religioso/espiritual e a função cardiovascular, Koenig (2005) constatou que a maior parte deles envolvia grandes estudos epidemiológicos, concluindo que:

Há evidências de estudos transversais e, em menor medida, de estudos prospectivos de que o envolvimento religioso ou as práticas espirituais estão relacionados à pressão arterial mais baixa e a menor hipertensão. Essas descobertas são reforçadas por estudos experimentais que demonstram menor reatividade cardiovascular em pessoas mais religiosas, embora esse efeito possa variar de acordo com o gênero (KOENIG, 2005, p. 111-112).

Um estudo longitudinal bastante respeitável na literatura científica examinou os efeitos da participação religiosa sobre a mortalidade por mais de vinte e oito (28) anos. Strawbridge et al. (1997, p. 958-960) realizaram este estudo longitudinal que teve início no ano de 1965, em Berkeley (EUA). Os pesquisadores demonstraram que os frequentadores assíduos de serviços religiosos tiveram taxas de mortalidade mais baixas do que os não-frequentadores assíduos. Segundo eles, aqueles que compareciam assiduamente aos serviços religiosos tinham 36% menos probabilidade de estarem mortos, e no acompanhamento do estudo em 1994, esse número foi reduzido para 23% (ainda estatisticamente significativa) quando feito o controle dos fatores de confusão.

Vejamos outro dado sobre a mortalidade: Hummer et al. (1999, p. 273), utilizando dados divulgados do arquivo da Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde - Múltiplas Causas de Morte nos Estados Unidos da América, encontraram uma diferença significativa de sete anos na expectativa de vida aos vinte (20) anos entre aquelas pessoas frequentadoras de serviços religiosos (mais de uma vez por semana) e aqueles que nunca compareceram. Isso significa que o não comparecimento religioso está associado diretamente à mortalidade adulta dos EUA: as pessoas que nunca participaram de serviços relacionados à religião exibiram 1,87 vezes o risco de morte no período de acompanhamento em comparação com pessoas que frequentam assiduamente ambientes religiosos.

Todavia, seria ingenuidade pensar que todos os efeitos da religião são positivos. A religião também pode influenciar negativamente a saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais (KOENIG, 2001b). Em um estudo realizado em Indiana (EUA), Kaunitz et al. (1984) investigaram as mortes maternas e perinatais ocorridas entre mulheres que eram membros de um grupo religioso, que não receberam nenhum atendimento pré-natal e deram à luz em casa sem atendentes treinados. Os autores mostraram que os membros do grupo religioso tiveram uma taxa de mortalidade perinatal três vezes maior e uma taxa de mortalidade materna

cerca de cem (100) vezes maior do que as taxas estaduais, devido deixarem de buscar cuidados pré-natais ou obstétricos por motivos religiosos.

Outro exemplo desse efeito nocivo da religião, encontramos na recusa de vários grupos religiosos em aceitar a vacinação infantil, levando eclosão de epidemias de pólio, coqueluche e outras doenças infecciosas, como demonstrado, respectivamente, por Conyn-Van Spaendonck et al. (2001), Etkind et al. (1992) e Rodgers et al. (1993). Em um relatório datado de 1998, Asser e Swan referiram que entre os anos de 1975 e 1995 houve cento e setenta e duas (172) mortes de crianças devido à proibição dos pais para a realização do tratamento médico por motivos religiosos (ASSER; SWAN, 1998, p. 626).

Entretanto, no geral, as principais religiões com acervos de saberes e tradições bem estabelecidas tendem a promover mais experiências humanas positivadas que negativas (KOENIG, 2001a). Pargament et al. (1998) também concluíram que existem evidências para um uso, consideravelmente maior, de estratégias de *coping* (enfretamento) religioso positivo que o negativo, para diferentes amostras em diferentes situações estressantes.

Mas o que seria *coping*? Na língua portuguesa não há uma palavra que expresse de maneira clara o significado de *coping*, pois isso é que a maioria dos estudos realizados sobre o *coping* utiliza a própria palavra sem fazer a tradução. Panzini (2004, p.25) observa que *coping* é uma palavra de origem inglesa e que significa “enfrentar”, “aguentar” e “lidar”. Esta autora traz de Lazarus e Folkman (1980, 1984) o conceito de *coping*: “refere-se aos esforços comportamentais e cognitivos que ajudam a dominar, reduzir ou tolerar as demandas internas e/ou externas que são criadas por operações estressantes” (PANZINI, 2004, p.22).

Panzini observa que foi Pargament o criador da definição de *coping* religioso/espiritual, adequando o conceito de Lazarus e Folkman, afirmando que acontece o *coping* religioso quando as pessoas se voltam para religião para lidar com o estresse (PANZINI, 2004, p.25). Koenig et al. (1998, p. 513) detalharam a definição de *coping* como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias de vida estressantes.

Corrêa (2016, p. 44) faz alusão a obra *Religion, Spirituality and Health* de Koenig (2005), onde o autor observa que existem mais de sessenta (60) estudos que examinaram qual o papel da religião, em vários momentos de condições adversas (artrite, diabetes, transplante de rins, hemodiálise, câncer, doença arterial, cirurgia do coração, transplante de coração, transplante de pulmão, HIV/SIDA e outros), e em quase a totalidade desses estudos, o grau de *coping* religioso/espiritual é alto.

Assim é que a discussão avança na direção de estudos, feitos por outros autores, que referem ser a espiritualidade reconhecida como um fator que influencia não só a saúde como a qualidade de vida das pessoas e sua ambiência social (PANZINI et al., 2007), contribuindo assim para uma crescente conscientização pública e acadêmica sobre a importância da relação existente entre E/R e Saúde.

Ainda Koenig (2012, p. 23), analisando a qualidade dos estudos que focam a relação E/R e saúde, refere que apesar de existirem falhas metodológicas graves em centenas deles, a qualidade das pesquisas aumentou de modo substancial desde o ano de 2002 e os investigadores estão revendo e aprofundando muitas das questões expressas em estudos anteriores, concluindo que:

Embora o campo da religião, espiritualidade e saúde ainda esteja na infância e sejam necessárias muitas pesquisas para verificar (ou refutar) descobertas prévias, muito trabalho considerável já foi feito. Existe boa razão para começar a implantar parte do que já é conhecido na prática clínica. (KOENIG, 2012, p. 23).

“*God moves in a mysterious way*”³, frase dita pelo poeta do século XVIII, William Copper (1731-1800), pode ter várias interpretações. Preferimos acreditar que o poeta estava a dizer que em tudo existe Deus. E que mesmo o homem (cientista) não comportando essa dimensão em seus estudos, Deus está em tudo a mover caminhos e auxiliar toda a humanidade em sua evolução.

Pelo que foi mencionado pelos autores supracitados, em pesquisa na qual fizeram revisão dos estudos no assunto, a E/R não se tem evidenciado como efeito placebo, sendo cientificamente comprovada sua eficácia e sua veracidade. Na verdade, seu potencial de ruptura epistemológica é inegável. E os estudos não param somente na investigação da relação E/R com a saúde física de maneira geral, vão além e de maneira mais atenta e desafiadora quando se trata da correlação entre E/R e saúde mental.

1.1.7 Relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e saúde mental: propondo uma perspectiva dialógica

No Manual de Religião e Saúde Mental publicado em 1998, Koenig levanta dezenas de evidências científicas que apontam para uma relação positiva direta entre religiosidade e o enfrentamento do estresse ou de eventos negativos da vida, e uma relação inversa desta variável com patologias mentais, tais como: depressão, ansiedade, psicoses e dependência química

³ “Deus move-se de forma misteriosa” (Tradução nossa).

(KOENIG, 1998). Revisões sistemáticas da literatura acadêmica identificaram mais de três mil estudos empíricos que investigaram a citada relação (MOREIRA-ALMEIDA, 2016).

Dentre esses estudos, merece destaque uma pesquisa realizada por Koenig (2007) sobre o impacto do envolvimento religioso na remissão de quadros depressivos em pacientes clínicos e idosos internados em ambiente hospitalar. Segundo os resultados encontrados, os pacientes envolvidos em atividades religiosas experimentaram um tempo mais curto para a remissão da depressão, isto é, quinhentos e dez (510) enfermos remiram da depressão durante o período de acompanhamento (59%) do total de oitocentos e sessenta e cinco (865), e o tempo médio de remissão foi de 10,9 semanas (KOENIG, 2007, p. 391).

Smith et al (2003) realizaram um metanálise de cento e quarenta e sete (147) estudos (um total de quase 100.000 indivíduos), examinando a relação de religiosidade e sintomas depressivos, e concluíram que em todos os estudos a maior religiosidade estava associada a menos sintomas depressivos, sendo este resultado mais forte em estudos envolvendo pessoas que estavam sob estresse devido a eventos recentes da vida.

Quando o assunto é suicídio, Koenig relata uma análise feita por sua equipe, na qual se verificou que dos sessenta e oito (68) estudos examinados sobre o assunto, 84% mostraram baixas taxas de suicídio ou baixas atitudes negativas entre os mais religiosos (KOENIG, 2005, p. 21). Dados importantes (KOENIG, 2012, p. 76) também foram encontrados pelo mesmo autor, ao analisar setenta e seis (76) estudos em relação a transtornos ansiosos, demonstrando níveis de ansiedade significativamente menor ou menos medo entre os mais religiosos em trinta e cinco (35) deles, enquanto 24 não observaram associação e dez verificaram maior nível de ansiedade.

Volcan et al. (2003) investigaram a relação entre bem-estar espiritual e prevalência de possível transtorno mental em uma amostra de 464 (quatrocentos e sessenta e quatro) jovens universitários de Pelotas (RS). E verificaram que jovens com bem-estar espiritual baixo ou moderado apresentavam o dobro de chances de apresentar também transtorno mental (VOLCAN et al., 2003, p.444). Concluindo o estudo, mostraram que o bem-estar espiritual atua como fator protetor para transtornos psiquiátricos menores.

Koenig (2005, p. 112) nos fala ainda de um estudo de onze (11) anos de seguimento, envolvendo uma análise de três gerações de americanos-mexicanos, no total de 624 (seiscentos e vinte e quatro) indivíduos, onde Levin, Markides e Ray (1996) investigaram a relação entre frequência religiosa e bem-estar psicológico. Os autores encontraram que a frequência religiosa apresentou correlação significativa com menor depressão 11 anos depois, com o ajuste das covariantes relativas à geração mais jovem.

De maneira geral, na psiquiatria, está sendo demonstrado que E/R tem implicações significativas para a prevalência (especialmente da depressão e da dependência química), diagnóstico, tratamento, e prevenção da doença mental, bem como consequências benéficas na qualidade de vida e no bem-estar. Mediante tal comprovação, a Associação Mundial de Psiquiatria incluiu em seu *positioning statement*, publicado em abril de 2016, a espiritualidade na abordagem do paciente. Nesse sentido, constata-se também o reconhecimento da relevância da inclusão do tema E/R no processo de ensino, pesquisa e prática clínica em psiquiatria (MOREIRA-ALMEIDA, 2006).

1.1.8 Relação entre espiritualidade/religiosidade (E/R) e drogadição: a complexa teia de uma situação-limite

Estudos sobre a influência da espiritualidade no consumo de álcool e drogas vêm sendo realizados em todo o mundo desde a década de 1970, e a maioria desses estudos identifica a E/R como um efeito protetor ao consumo. Koenig et al. (2001) afirmaram haver, até o ano de 2000, mais de cem (100) estudos notórios, no campo da religião, relacionados com o abuso de substâncias psicotrópicas, sendo que a maioria enfatizou a relação inversa da religiosidade com o consumo de drogas.

Lorch e Hughes (1985) estudaram treze mil, oitocentos e setenta e oito (13.878) estudantes e verificaram que a importância dada à religião foi o fator protetor fundamental para o não consumo de drogas, constatando que quanto maior era a importância dada à religião, menor era o envolvimento com as drogas.

Para Hawks e Bahr (1992), a religiosidade, expressa pela prática de uma religião, retarda o primeiro uso do álcool e influencia a menor frequência posterior do seu consumo. Luna et al. (1992), na Espanha, verificaram, em trabalho realizado com novecentos e cinquenta e cinco (955) estudantes universitários, que os que consideravam a religião algo importante nas suas vidas não só consumiam menos álcool e outras drogas como consideravam perigoso fazê-lo.

O retorno à religiosidade, independente da denominação religiosa professada, também pode facilitar a recuperação da dependência de drogas e diminuir os índices de recaída dos pacientes (DIEHL et al., 2011).

Sanchez e Nappo (2007), em sua revisão de literatura, descreveram os principais estudos científicos que tratavam do papel da religiosidade no tratamento e na prevenção do consumo de drogas. Já referimos este artigo anteriormente, no qual as autoras encontraram

evidências significativas de que as pessoas que frequentam regularmente um culto religioso, ou que dão relevante importância à sua crença religiosa, ou, ainda, que praticam, no cotidiano, propostas da religião professada, apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Outro ponto importante pesquisado conclui que a eficácia do tratamento e a manutenção de uma abstinência superior a cinco anos estão diretamente ligadas ao desenvolvimento da espiritualidade do paciente (CARTER, 1998), mas o autor faz a sugestão que sejam feitas pesquisas qualitativas que possam desvendar o papel real dessa espiritualidade na recuperação da dependência de drogas, e aponta que como acontece esse desenvolvimento da espiritualidade na remissão do uso abusivo de drogas fica como pergunta irrespondida.

Singh e Mustapha (1994), em Trinidad e Tobago, investigaram mil, seiscentos e três (1.603) estudantes secundaristas e identificaram quatro variáveis religiosas claramente relacionadas com menor envolvimento do consumo de drogas: aderir e participar de programas religiosos para jovens, valorizar os ensinamentos da sua religião, considerar importante crer em Deus e considerar importante orar ou relacionar-se com a sua divindade ou mundo espiritual quando se está diante de uma dificuldade. Mas os pesquisadores não se debruçaram sobre compreensões de como essas variáveis agem concretamente de modo a propiciar que o sujeito possa alcançar menor envolvimento com o consumo de drogas.

Para Matthews e Clark (1998), o relato de pessoas viciadas (álcool, maconha, cigarro, compulsão por comer, crack e cocaína) confirmou que o melhor caminho para permanecer livre da dependência é o desenvolvimento de uma vida espiritual, não significando, entretanto, que essas pessoas não teriam dificuldades ou momentos de queda, ou que teriam todos os problemas resolvidos, mas que a constante retroalimentação e apoio espiritual poderiam fazê-los permanecer livres das drogas.

Sutherland e Shepherd (2001) compararam aspectos sociais da vida dos usuários e de não-usuários e sugeriram que a falta de uma crença religiosa atua como fator de risco para o consumo de drogas e que há relação negativa entre a crença em Deus e o consumo de drogas ilícitas que se torna mais forte conforme a idade aumenta.

Já para Nonnemaker e colaboradores (2003), a religião parece se apresentar protetora do uso experimental de drogas entre os adolescentes que obtiveram pontuações elevadas nos quesitos relativos ao domínio privado (prece individual) da sua religiosidade. Em um dos poucos estudos qualitativos sobre o assunto, Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) evidenciam que a maior diferença entre os adolescentes usuários e não usuários de drogas psicotrópicas de classe social baixa era a sua religiosidade e a da sua família. As autoras ainda

observaram que 81% dos não-usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração, ao passo que apenas 13% dos usuários faziam o mesmo. Nesse segundo grupo, porém, a prática religiosa estava diretamente relacionada à busca da reabilitação, mas essa só começou após o início do consumo abusivo.

Dalgalarrondo et al. (2004), avaliando dois mil, duzentos e oitenta e sete (2.287) estudantes de escolas públicas e particulares de Campinas-SP, verificaram que o uso intenso de pelo menos uma droga foi maior entre os que não tiveram educação religiosa na infância. O estudo analisou quatro dimensões da religiosidade: afiliação religiosa, frequência a cultos, medida de auto avaliação geral quanto à religiosidade e educação religiosa na infância. Outras variáveis também se associaram ao uso abusivo de álcool, como gênero masculino, tipo de moradia, atividade de trabalho, prática de esportes, tempo de estudo extracurricular e uso de cigarro e outras drogas ilícitas.

Silva et al. (2006) identificaram que entre novecentos e vinte e seis (926) estudantes universitários de São Paulo, quem possuía renda familiar alta e não professava alguma religião corria maior risco de consumir drogas. O mesmo estudo detectou ausência de bebedores excessivos entre espíritas e protestantes praticantes.

No que diz respeito a diferenças entre grupos religiosos, em 1990, Engs et al. verificaram que católicos e protestantes liberais apresentavam mais problemas relacionados com consumo de álcool do que protestantes conservadores (batista e metodistas). Já Carlucci et al. (1993) verificaram que judeus e protestantes aceitam com mais facilidade a abstinência de álcool do que católicos.

De maneira semelhante, Gorsuch (1995) diz que o papel preventivo da religião diante do consumo de drogas está mais associado às religiões que, como as protestantes, oferecem uma visão menos permissiva dessa questão. Francis (1997) estudou onze mil, cento e setenta e três (11.173) estudantes britânicos entre treze (13) e quinze (15) anos e identificou que adeptos de religiões protestantes, tanto tradicionais como pentecostais, eram mais propensos a rejeitar uma oferta de consumo de qualquer droga do que católicos ou indivíduos sem religião.

Sanches e Nappo (2007) avaliaram os dados mostraram que católicos é o grupo religioso com maior índice de consumo de álcool, com taxas parecidas com as do grupo de pessoas sem religião. Isso pode dever-se ao fato de que no Brasil, o indivíduo não é obrigado a realizar as práticas católicas, no entanto, autodenomina-se católico, mesmo quando não pertença a nenhum grupo religioso ou é simpatizante de outros.

Pullen et al. (1999) observaram que, independente da religião professada, existe um forte impacto da religiosidade e da espiritualidade no tratamento da dependência de drogas,

sugerindo que o vínculo religioso facilita a recuperação e diminui os índices de recaída dos pacientes submetidos aos diversos tipos de tratamento.

Koenig, McCollough e Larson (2001) relataram um importante estudo sobre adesão ao tratamento de cento e um (101) usuários de múltiplas drogas, com idade média de trinta e um (31) anos, em Londres. Ao fim de seis meses, 90% deles foram novamente entrevistados e um questionário de sete perguntas sobre crenças espirituais foi aplicado. Após análise, observaram que as crenças espirituais obtiveram importância significativa entre os usuários de drogas. Enquanto isso, Day et al. (2003) observaram dentro de um grupo de narcóticos anônimos (NA) que um melhor índice de recuperação estava associado a uma prática religiosa formal diária.

Em estudo utilizando uma escala de transcendência espiritual, escala esta validada para a população norte-americana com o objetivo de medir o envolvimento pessoal com questões sagradas e divinas, foi observado que as maiores pontuações dentro de conexões com a divindade na forma de prece, estavam associadas ao maior sucesso na recuperação de usuários de droga em tratamento médico convencional (PIEDMONT, 2004).

Pardini et al. (2000) propõem que um possível mecanismo do papel da religiosidade na recuperação de usuários de drogas e no controle da recaída ocorre pelo aumento do otimismo, melhor percepção do suporte social, maior resiliência ao estresse e diminuição dos níveis de ansiedade. Já Barrett et al. (1988) acreditam que isso se deve à ressocialização do jovem, nos ambientes de espiritualidade, feita mediante a reestruturação da sua rede de amigos, colocando-o em um ambiente relacional mais estimulador e sem a oferta de drogas.

Em pesquisa realizada por Sanchez (2006), por análise qualitativa, concluiu-se que existem diferenças no suporte ao dependente de drogas oferecidas por cada grupo pertencentes às três maiores religiões brasileiras (catolicismo, protestantismo e espiritismo). Com relação à busca aos tratamentos médicos convencionais concomitantes ao religioso, os evangélicos eram mais resistentes a buscar tratamentos médicos e farmacológicos, enquanto os espíritas foram os que buscaram mais apoio terapêutico simultâneo ao religioso.

Concluiu também a pesquisadora que o que há de comum em todos os tratamentos é a importância dada à oração como método para controlar a fissura pela droga, que atua como forte ansiolítico. E o que manteve os participantes do estudo na instituição religiosa e na abstinência do consumo de drogas foi a admiração pelo bom acolhimento recebido, a pressão positiva do grupo e a oferta de uma reestruturação da vida com o apoio incondicional dos líderes religiosos. A religião lhes oferecia condições de refazer vínculos de amizade através de

atividades ocupacionais voluntárias e facilitavam o afastamento das drogas e dos companheiros vinculados a ela.

Como já observado e referido, aponta-se a necessidade de trabalhos de natureza qualitativa sobre a relação E/R e o consumo de drogas. Nesse sentido, penso que se faz preciso adentrar nos estudos que tentam aprofundar e entender os mecanismos e processos envolvidos na abstinência e na diminuição de recaídas dos indivíduos com Transtorno por Uso de Substância (TUS). Alguns olhares nos vão fornecendo vias para prosseguir nessa direção.

1.1.9 Novos olhares: as aberturas da medicina teossomática

Levin (2001, p. 27-28), opondo-se ao modelo da biomedicina mecanicista que considera apenas o corpo físico, propõe uma nova perspectiva que denominou de “Medicina Teossomática” e conceitua esta como “modelo ou visão dos determinantes da saúde, cuja base são as ligações aparentes entre Deus ou o espírito, e o corpo”. Advoga ainda que esse novo olhar da vida humana como um vínculo entre corpo, mente e espírito é a maneira mais adequada de conferir significados às novas descobertas científicas e de lançar um novo entendimento sobre os mistérios do processo que relaciona saúde e doença. Ao longo de sua obra *Deus, Fé e Saúde* (LEVIN, 2001), ele detalha sete princípios básicos e diretores da medicina teossomática que se fundamentam em resultados de inúmeros estudos publicados no mundo todo, e descritos no decorrer do livro. O pesquisador elenca os princípios:

Princípio 1: A afiliação religiosa e a participação como membro de uma congregação religiosa beneficiam a saúde ao promover comportamentos e estilos de vida, saudáveis. Princípio 2: A frequência regular a uma congregação religiosa beneficia a saúde ao fornecer um apoio que ameniza os efeitos do *stress* e do isolamento. Princípio 3: A participação no culto e na prece beneficia a saúde graças aos efeitos fisiológicos das emoções positivas. Princípio 4: As crenças religiosas beneficiam a saúde pela sua semelhança com crenças e com estilos de personalidade que promovem a saúde. Princípio 5: A fé, pura e simples, beneficia a saúde ao inspirar pensamentos de esperança e de otimismo e expectativas positivas. Princípio 6: As experiências místicas beneficiam a saúde ao ativar uma bioenergia ou força vital ou estado alterado de consciência que promovem a cura. Princípio 7: A prece a distância em favor de outras pessoas é capaz de curar por meios paranormais ou por intervenção divina. (LEVIN, 2001, p. 27-30).

O Professor Jeff Levin é considerado um dos pioneiros nas pesquisas em epidemiologia e religião, autor de mais de cento e dez publicações acadêmicas é epidemiologista social, membro sênior de pesquisas do *National Institute for Healthcare Research*, membro do Conselho Consultivo do *Center on Aging, Religion and Spirituality*, membro do Conselho Administrativo do *Shepherd's Centers of America*, e *ex-chairman* do

National Institutes of Health Working Group on Quantitative Methods in Alternative Medicine, e atualmente é membro do conselho editorial de vários periódicos científicos e médicos revisados por especialistas da área.

2 CAPÍTULO II – FORMANDO OS ALICERCES DO ESTUDO

“Nada nos impede disso, e o impulso do nosso conhecimento o exige... relacionar mutuamente a ordem do universo e o Deus da religião. Deus está para o crente no início dos seus discursos; para o físico, no término deles”. Max Planck (1858 - 1947).

2.1 Da justificativa à pergunta chave

Segundo relatório de 2015 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC, estima-se que 246 milhões de pessoas – um pouco mais do que 5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos – tenha feito uso de drogas ilícitas em 2013. Cerca de 27 milhões de pessoas fazem uso problemático de drogas, das quais quase a metade são pessoas que usam drogas injetáveis. Além disso, este contexto também é refletido nos demais segmentos da sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais, como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade, doenças, homicídios e suicídios. Ainda segundo o estudo da UNODC, cerca de 1,65 milhão de pessoas que injetam drogas estavam vivendo com HIV em 2013 (UNODC, 2015).

No Brasil, o problema do uso indevido de drogas vem ganhando proporções gravíssimas nas últimas décadas, tornando-se um desafio de saúde pública em todo o país. O aumento da quantidade de usuários surge em decorrência da disseminação, sendo o país uma rota de tráfico internacional e um grande mercado consumidor. Os meios de comunicação nacionais noticiam que se pode fazer o uso de droga a qualquer hora do dia nas grandes cidades do país.

A UNODC (2015) relata que “indústria da droga” terminou a primeira década do milênio com um faturamento anual de US\$ 870 bilhões e que a concentração no comércio de drogas ilegais corresponde a 1,5% de todas as riquezas produzidas no globo, o Produto Interno Bruto (PIB) mundial, e movimenta 40% das demais frentes de negócios mantidas pelo crime organizado globalmente, como tráfico de armas, de pessoas e lavagem de dinheiro, entre outros, que giraram US\$ 2,1 trilhões, ou 3,6% do PIB global.

Em um estudo sobre benefícios auxílio-doença concedido pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) entre os anos de 2008-2011, Soares et al. (2013) encontraram 144.159 benefícios por transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, situando estas patologias entre as dez causas mais frequentes de afastamentos do trabalho de origem psiquiátrica, e que custaram ao INSS a quantia de R\$ 121.417.903,30.

Minayo e Deslandes (1998), em pesquisa sobre a relação de drogas e violência apontam para um estudo realizado por uma das autoras (DESLANDES, 1997), afirmam que das 176 agressões atendidas no Hospital Miguel Couto (no Rio de Janeiro), 33% envolveram o uso de drogas, enquanto que no Hospital Salgado Filho (no Rio de Janeiro), das 188 agressões, 37% tiveram essa relação. Tais dados apontam para o fato de que uma em cada três agressões envolveu o consumo de drogas, demonstrando assim a magnitude do problema na saúde pública, e após vasta discussão sobre o assunto, concluem que o desafio para a saúde pública, que hoje se preocupa tanto com o uso abusivo de drogas, quanto com a violência como fatores de risco para a qualidade de vida, é conseguir um quadro referencial para a reflexão e para a ação que inclua ao mesmo tempo o individual, o social e o ecológico.

Sanchez e Nappo (2007) realizaram uma extensa revisão da literatura descrevendo os principais estudos científicos que tratavam do papel da religiosidade no tratamento e na prevenção do consumo de drogas, e encontraram evidências significativas de que as pessoas que frequentam regularmente um culto religioso, ou que dão relevante importância à sua crença religiosa, ou ainda que pratiquem cotidianamente as propostas da religião professada, apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Além disso, os dependentes de drogas apresentam melhores índices de recuperação quando seu tratamento é permeado por uma abordagem espiritual, de qualquer origem, quando comparados a dependentes que são tratados exclusivamente por meio médico. Os autores observaram ainda que esses estudos são baseados em dados obtidos por levantamentos epidemiológicos com características estritamente quantitativas, ou seja, grande parte desses estudos tem característica quantitativa e utilizam meios estatísticos para avaliar a correlação entre a religiosidade e o consumo de drogas, sem, contudo, focar os mecanismos estruturais do fenômeno.

Observa-se, assim, que os mecanismos ou as variáveis de causalidade não são enfocados. O que resulta em um amplo campo de pesquisa aberto nessa área de conhecimento, exigindo mais estudos que permitam a compreensão dos processos da ação da fé religiosa na prevenção primária do consumo de drogas e, especialmente, no tratamento da dependência.

Sabe-se que a perda da capacidade de controle do comportamento de busca e obtenção da droga faz com que o dependente se afaste do ambiente familiar, social e laboral. Observa-se a deterioração da vida da maioria dos indivíduos com dependência química grave, uma vez que para manterem o uso da droga expõem-se a comportamentos de risco, envolvendo-se com pessoas e/ou grupos que atuam junto a ou em ação permanente na criminalidade. Tal cenário nos leva a pensar que elementos vivenciais vinculados à espiritualidade poderiam fazer

rupturas com esse universo relacional que o sujeito com TUS adentra, e que experiências, como seus mapas cognitivos e desiderativos poderiam estar envolvidas no enfrentamento do uso abusivo de drogas pelo sujeito. Isso parece implicar, pois, saber do investimento afetivo do sujeito - quando e como ele investe - na dimensão espiritual.

É válido observar que a grande maioria dos estudos existentes que abordam essa relação é baseada em dados obtidos por levantamentos epidemiológicos com características estritamente quantitativas, não enfocando as variáveis de causalidade e nem permitindo a compreensão dos processos experienciais envolvidos na promoção da saúde, ou na prevenção primária do consumo de drogas e, especialmente, no tratamento da dependência, como enfatizam Sanchez e Nappo (2007).

Para Carter (1998), a eficácia do tratamento com manutenção de uma abstinência superior a cinco anos está diretamente ligada ao desenvolvimento da espiritualidade do paciente. O autor também faz a sugestão que sejam feitas pesquisas qualitativas que possam desvendar o papel real dessa espiritualidade na recuperação da dependência de drogas.

Comprovada a gravidade do assunto em questão e baseando-se especialmente nos estudos de Sanchez e Nappo (2007) e de Carter (1998), no intuito de formar conhecimento, intento compreender os processos envolvidos na relação entre a E/R e a dependência química. Assim, proponho na presente pesquisa articular como pergunta central: de que forma a espiritualidade está envolvida na experiência de abstinência do indivíduo com transtorno por uso de substância?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

Identificar e analisar como a espiritualidade está envolvida na experiência de abstinência do indivíduo com transtorno por uso de substância (TUS).

2.2.2 Objetivos específicos

- Compreender a importância dada à espiritualidade pelos sujeitos em acompanhamento por TUS, em um hospital-dia.
- Caracterizar os fatores espirituais no período de abstinência, a partir das trajetórias de vida dos sujeitos.
- Descrever práticas sociais e saberes espirituais que estão envolvidos no período de abstinência.

2.3 O caminho teórico-metodológico

Inicialmente, faz-se necessário definirmos o que seria a metodologia de pesquisa, e o fazemos a partir de Minayo (2016, p.14) que sintetiza de maneira clara o conceito:

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade crítica e sua sensibilidade).

A autora demonstra em sua reflexão a importância da metodologia como caminho da cientificidade em pesquisa e que esta é muito mais que técnicas, engloba toda uma articulação da realidade empírica com a teoria e as reflexões criativas, a sensibilidade e criticidade do pesquisador sobre o campo investigado.

2.3.1 A abordagem qualitativa em pauta

Em Saúde Coletiva, as abordagens metodológicas mais comuns são definidas como abordagens quantitativas e qualitativas. A pesquisa quantitativa é mais usada no campo da Epidemiologia enquanto a qualitativa advém com mais vigor das perspectivas empíricas das ciências sociais. Todavia, como afirma Bosi e Mercado-Martínez (2004, p 23), a Epistemologia Qualitativa, que sustenta a perspectiva qualitativa em pesquisa, está cada vez mais sendo empregada e aceita na área da saúde, além das ciências humanas e sociais.

Segundo Minayo (2016, p. 56), o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores, tendências observáveis e mensuráveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. Este tipo de pesquisa prioriza apontar numericamente a frequência e a intensidade dos comportamentos manifestos dos indivíduos de um determinado grupo, ou população.

Neste caso, as ferramentas estatísticas devem ser aplicadas com rigor de modo que haja a confiabilidade necessária para, através da amostra, inferirmos resultados sobre eventos ou sobre a população de interesse. Podemos referir ainda que este tipo de procedimento se referencia por meio da aproximação das formas de controle de dados desenvolvidas com as ciências naturais, priorizando a quantificação, a mensuração, a causalidade no sentido estrito e o controle estatístico, para produzir conhecimento científico válido.

Já a abordagem qualitativa, que foi se desenvolvendo posteriormente, destaca a especificidade do conhecimento físico do mundo ser diferente do conhecimento do humano,

pois este último é capaz de autorreflexão (flexão sobre si mesmo, para pensar) e desse modo produzir significados, entendimento e compreensão, quando da interpretação das situações em contextos particulares. Como observa Gondim (2003, p.150):

No caso desta última abordagem (qualitativa), à ciência social não deveria importar o modelo da ciência natural, e sim criar um outro que se apoiaria na descrição, no entendimento, na busca de significado, na interpretação, na linguagem e no discurso, gerando um tipo de conhecimento válido a partir da compreensão do significado do contexto particular (Giorgi, 1995; Radnitzky, 1970; Dilthey, Weber, Rickert, apud Smith, 1994; Smith; Harré; Langenhove, 1995).

De maneira mais clara, a pesquisa qualitativa se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na descrição, compreensão e explicação da dinâmica das relações e dos processos sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 32). Segundo Paulilo (1999, p.135):

A investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se a aprofundar a complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. A abordagem qualitativa é empregada, portanto, para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna.

Todavia, definir pesquisa qualitativa não é uma coisa fácil. Creswell (2014, p. 48) apresenta a magnitude do conceito quando refere: “penso metafóricamente na pesquisa qualitativa como um tecido intrincado composto de minúsculos fios, muitas cores, diferentes texturas e várias misturas de material”. Já Bosi e Mercado-Martínez (2007, p.32), citando Tesch (1990), definem pesquisa qualitativa como:

Estudos que trabalham predominantemente com material discursivo ou outras formas de linguagem e suas perguntas condutoras referem-se a objetos cuja natureza não admite uma resposta numérica em termos de valores absolutos, razões, proporções ou frequência de distribuição.

A necessidade de uma compreensão complexa e detalhada da questão a ser pesquisada define a escolha do método qualitativo de estudo (CRESWELL, 2014, p. 52), que além de ter o caráter descritivo, o resultado não é o foco da abordagem, mas sim o processo e seu significado, ou seja, o principal objetivo é a interpretação do fenômeno objeto de estudo (GODOY, 1995). Eis aos principais motivos para a escolha da metodologia qualitativa para realização do presente estudo, vamos analisar no próximo item a técnica a ser adotada.

2.3.2 Grupo Focal: a metodologia escolhida

Na utilização da pesquisa qualitativa, existem vários diferentes tipos de técnicas para seu desenvolvimento. Tesch (1990, p. 77) referiu pelo menos vinte e seis tipos de abordagens diferentes, e dentre as várias formas mencionadas pela autora, destacamos aqui o grupo focal eleito como guia metodológico de nosso estudo, devido aos aspectos que vimos dimensionar, ressaltando principalmente seu potencial para estudar as questões relacionadas antropossociais, objeto de nossa pesquisa.

Smeha (2009, p. 261) menciona que são muitas as referências, na literatura em pesquisa qualitativa, sobre grupo focal, justificadas pelo seu crescente uso como técnica de pesquisa. De origem anglo-saxônica (TRAD, 2009, p.778), o grupo focal é utilizado nas pesquisas em marketing desde 1920, e na década de 70 e 80 foi amplamente empregado nas pesquisas em comunicação. Gatti (2005, p. 8) declara que no início dos anos 1980 houve uma espécie de redescoberta dos grupos focais, momento em que cresceu a preocupação em adaptar essa técnica ao uso da investigação científica em estudos antropossociais.

Conceituando grupo focal, Powell e Single (1996, p.449) afirmam que “é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”. Sublinha-se aqui a ideia de grupo, mas também a de experiência, fonte de saber das culturas humanas.

Ainda que tenha sido técnica que emerge nas ciências sociais, com certa suspensão na intensidade utilizada nessa visada, passa a ser referendada por estudos culturais e pesquisas em saúde, dessa forma ampliando as possibilidades de seu uso. Nesse sentido, Ressel et al. (2008, p. 780) se pronunciam:

O grupo focal apesar de ter sido criado e utilizado pelas Ciências Sociais, ficou à margem dessa ciência por vários anos. Nesse período havia uma preferência, em pesquisas qualitativas da área, pela observação participante e pela entrevista semi-estruturada. Contudo, na academia, essa técnica atraiu a atenção de pesquisadores da Antropologia Social, que a utilizam em estudos culturais e pesquisas em saúde.

Situado no âmbito das abordagens qualitativas em pesquisa, o grupo focal se caracteriza metodologicamente como uma técnica comprometida com o aspecto compreensivista dos fenômenos e a ação emancipatória, como sublinha Gondim (2003, p.149). Além do aspecto da compreensão e emancipação do grupo focal, enfatizamos o aspecto da unidade de análise ser o grupo, e também o papel do pesquisador merece nosso olhar atencioso. Vejamos cada um destes aspectos em particular.

Do fato da unidade de análise ser o grupo, temos que essa perspectiva proporciona

ao sujeito participante da pesquisa enfrentamentos com o olhar do outro, o que pode trazer, inclusive, mais saberes válidos para aprofundamentos na leitura da própria experiência. Assim é que, advinda da ideia de entrevista grupal, dela diverge por sair da relação diádica, portanto, mais diretiva, do entrevistador com o entrevistado, enquanto no grupo focal, tem-se o pesquisador ocupando um papel mais de moderador e facilitador da produção de saber grupal.

A respeito da questão da não diretividade, Gatti (2005, p. 8) destaca a importância do respeito a este princípio na condução do grupo focal, para que se obtenha uma informação mais legítima e aprofundada. Em um artigo sobre a utilização da entrevista não diretiva, Michelat (1982, p. 196-197) defende que a partir desse discurso individual mais aprofundado e liberto das amarras de outros tipos de entrevista pode-se chegar ao coletivo:

[...] a partir do discurso das pessoas interrogadas que exprime a relação delas com o objeto social do qual lhes pedem que fale, nosso objetivo é passar pelo que há de mais psicológico, de mais individual, de mais afetivo, para atingir o que é sociológico, o que é cultural(...). Pode-se estimar que determinadas situações particulares farão aparecer melhor o modelo geral que procuramos. Efetivamente, as particularidades, as 'historietas' próprias a cada indivíduo (sua vivência, suas filiações...) podem ser decompostas num certo número de variáveis das quais se poderia dizer que constituem o equivalente a um item de um plano experimental no qual cada indivíduo representaria uma réplica da experiência.

Tomando a ideia de não diretividade de Michelat (1982) junto ao grupo focal, devemos estabelecer uma interação com certo grau de liberdade entre os vários indivíduos participantes, que além de trocas afetivas, gerará informações que serão estudadas pelo moderador do grupo de acordo com os objetivos do estudo. Devemos considerar também, como Kind (2004, p. 134) reforça, que “o grupo focal, por sua fundamentação na discursividade e interação, inscreve-se na tradição dialética, pressupondo a construção de conhecimento em espaços de intersubjetividade”.

Dentre as características importantes do grupo focal, que devemos comportar em nosso estudo, a visão de Gatti (2005, p. 9) nos chama a atenção para o fato de que nesta técnica de pesquisa “há interesse não somente no que as pessoas pensam e expressam, mas também em como elas pensam e porque pensam o que pensam”.

Este aspecto da subjetividade na captura de significados, que nos é caro, é bem frisado por Gatti (2005, p. 9), que nos mostra que o grupo focal “permite fazerem emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados”, difíceis de serem conseguidos de outro modo, em pesquisa. Completa a autora, referindo ainda sobre a utilização do grupo focal:

Comparado à entrevista individual, ganha-se em relação a captação de processos e

conteúdos cognitivos, emocionais, ideológicos, representativos, mais coletivos, portanto, e menos idiossincráticos e individualizados. Quanto ao uso de questionários, o grupo focal ao propiciar a exposição ampla de ideias e perspectivas, permite trazer à tona respostas mais complexas e possibilita também verificar a lógica ou as representações que conduzem à resposta. (*op.cit.* p. 10).

Existe uma multiplicidade de questões que o grupo focal pode trabalhar e em cada uma delas há extensa variedade de pontos de vista, já que há muitos participantes que se expressam grupalmente, sendo esta outra das características ressaltadas por Gatti (2005, p. 11), que devemos abranger em nossa pesquisa.

Gondim (2003, p. 152) acolhe de Morgan (1997) pensar três modalidades de grupo focal, quais sejam:

a) grupos autorreferentes, usados como principal fonte de dados; b) grupos focais como técnica complementar, em que o grupo serve de estudo preliminar na avaliação de programas de intervenção e construção de questionários e escalas; c) grupo focal como uma proposta multi-métodos qualitativos, que integra seus resultados com os da observação participante e da entrevista em profundidade.

Em nosso estudo, foi utilizada a terceira modalidade (grupo focal como uma proposta multi-métodos qualitativos), uma vez que alguns aspectos importantes relacionados aos objetivos da pesquisa e trabalhados no grupo focal poderiam necessitar de aprofundamento mediante observação participante, entrevista em profundidade e diário de campo.

Consultando estudos sobre o assunto, ressaltamos o que a autora Gondim (2003, p. 153) diz ao se deter no estudo de Morgan sobre a viuvez, em que ele se voltava para saber o que pode promover o bem-estar às mulheres viúvas. Assim anota:

Seis grupos focais foram realizados com mulheres mais velhas entre seis meses a três anos de perda de seu marido. As discussões foram estimuladas por uma pergunta genérica: Que tipo de coisas vocês têm feito que está tornando a viuvez mais fácil ou mais difícil de ser suportada? O autor chega à conclusão de que os grupos eram capazes de manter uma discussão por cerca de duas horas sem necessidade de coordenação do moderador, girando o núcleo central ao redor das ações dos outros e dos conflitos delas decorrentes.

Mostrando o aspecto emancipador da pesquisa, observemos o desenrolar dessas questões sobre a viuvez, que estamos a indicar. Repare-se a utilidade do grupo focal para captar aspectos intrapessoais e interpessoais, fazendo contrapontos, como se vê na exposição da narrativa de experiência de pesquisa de Morgan:

[...] Ao contrário do que se pensava, os sentimentos e experiências positivos e negativos na viuvez parecem estar relacionados mais a aspectos interpessoais e grupais do que aos intrapsíquicos da pessoa que perde o ente querido. Neste caso, os programas de apoio psicológico deveriam estar focados nos primeiros aspectos (*apud* GONDIM, 2003, p.153).

Salienta-se, pelo que vimos e que se observa ser considerado nos estudos sobre grupos focais (GATTI, 2005, p.18), que se deve atentar para a questão de se manter um traço comum ou um elemento de homogeneidade entre os participantes do grupo focal, uma vez que isso parece diminuir receios da parte dos integrantes do processo grupal sobre avaliações da parte dos outros, quando da exposição pessoal das consequências e saberes de cada um.

No caso de nosso estudo, a homogeneidade escolhida se refere ao fato de que os sujeitos da pesquisa são internos do Hospital-dia Elo de Vida, setor vinculado ao Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, destinado exclusivamente ao tratamento dos transtornos por uso de substância. Devemos acrescentar que esse braço comum atende ao recorte escolhido na tematização do objetivo do estudo.

A magnitude das expressões das experiências parece ser de tal monta que os teóricos que se dedicam à técnica do grupo focal afirmam que o que se colhe no *corpus* da pesquisa traz aspectos nem sequer antes cogitados pelo pesquisador, daí advindo âmbitos exploratórios ímpares, base de teorizações novas. Como afirma a autora:

[...] a riqueza do que emerge “a quente” na interação grupal, em geral, extrapola em muito as ideias prévias, surpreende, coloca novas categorias e formas de entendimento, que dão suporte a inferências novas e proveitosas relacionadas com o problema em exame (GATTI, 2005, p.13).

E é dentro desse suporte teórico que a metodologia eleita, o grupo focal, adquire sua validade operativa e analítica. Daí se faz necessário seu detalhamento.

2.3.3 Procedimentos de investigação

Buscamos na presente pesquisa, o estudo profundo e exaustivo do fenômeno em pauta, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento.

2.3.3.1 Do local da pesquisa

O local onde se desenvolveu o estudo foi o Hospital-dia Elo de Vida, setor ligado ao Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM, hospital de referência no Estado do Ceará para o tratamento dos transtornos mentais, situado a Rua Vicente Nobre Macêdo, s/n, no bairro Messejana, Fortaleza - CE. Também esta instituição é um marco no meio acadêmico, abarcando um curso de residência médica em Psiquiatria e fornecendo vagas para estágios curriculares nos mais diversos cursos relacionados à saúde, como o curso de Psicologia da

Universidade Federal do Ceará (UFC).

Dispõe de cento e oitenta leitos, que recebe pacientes de todo o Estado. Desse montante, vinte leitos são destinados a dependentes químicos que necessitem internamento (de caráter voluntário) para desintoxicação, caracterizada como a primeira fase do tratamento do TUS e que consiste basicamente no tratamento/monitorização da síndrome de abstinência de substâncias psicoativas, envolvendo a normalização das funções vitais do indivíduo durante um período de internação - aproximadamente de quinze dias.

Decorrida a fase de desintoxicação, é oferecido aos indivíduos que estão saindo desta unidade a possibilidade de continuação do tratamento em nível de um hospital-dia, denominado Elo de Vida. Trata-se de um setor do hospital destinado a dar continuação ao tratamento do indivíduo com TUS, após o processo de desintoxicação. Criado em junho de 1995, conta na coordenação desse serviço uma das profissionais mais experientes no assunto em pauta, a Dra. Sandra Coelho (terapeuta ocupacional), que resume muito bem o objetivo maior desse serviço:

O Hospital-dia Elo de Vida representa uma proposta de transformação do indivíduo com dependência química numa pessoa autônoma, capaz de realizar um projeto de vida construtivo, de aprender a estar bem consigo mesma e com os outros, dispensando o uso de substâncias psicoativas. Buscamos construir dia a dia com os pacientes, um modelo de serviço baseado na corresponsabilidade, onde juntos almejamos uma convivência harmônica, de respeito individual e coletivo e de compromisso com uma nova vida (Entrevista em 02/05/2018).

O atendimento é direcionado a adultos usuários de álcool e outras substâncias que queiram tratar sua doença, independente de raça, sexo, idade, religião ou condição social. O programa prevê também a participação dos familiares como condição para a recuperação e reintegração social do indivíduo. Com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de nível superior, médio e elementar, o Elo de Vida trabalha em regime semiaberto (semi-internação), de 08:00 às 17:00 horas de segunda a sexta feira, retornando os pacientes para seus lares todas as noite e finais de semana, com capacidade para atendimento a 30(trinta) pacientes/dia. O projeto terapêutico tem um tempo estimado de duração entre quatro e seis meses. Ao final deste período, o paciente é encaminhado para tratamento ambulatorial e/ou grupos de ajuda mútua AA (alcoólicos anônimos) ou NA (narcóticos anônimos).

É necessário ainda esclarecer que tal unidade se adequou ao estudo, além das questões já referidas anteriormente, por apresentar uma abordagem ao tratamento pautada na multidisciplinaridade. Apresentam grupos de discussões com os dependentes químicos pautados nos mais diversos assuntos, o que me parece promissor quanto ao lugar do sujeito em seu próprio tratamento e mudança. Devemos descrever mais sobre o *locus* de nosso estudo.

2.3.3.1.1 O Hospital de Messejana: antes colônia, hoje hospital referência

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) é referência para o atendimento em Psiquiatria no Estado do Ceará e faz parte da estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Estado. O HSM dispõe de: um serviço de pronto atendimento (SPA) que funciona de maneira contínua e sem intermitência, dois hospitais-dias com sessenta leitos distribuídos no atendimento a psicóticos crônicos e dependentes químicos, um núcleo de atenção à infância e adolescência, uma unidade de desintoxicação (álcool e outras drogas) com vinte (20) leitos masculinos e quatro unidades de internação, duas masculinas e duas femininas com quarenta leitos cada, este equipamento social assegurando, desse modo, assistência gratuita a seus pacientes em clínica psiquiátrica e reabilitação biopsicossocial multidisciplinar.

Como já referimos, é ainda campo de estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental, e seu principal objetivo é prestar assistência interdisciplinar ao portador de transtorno mental e promover atividades de ensino e pesquisa na área de saúde mental (HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA, 2009).

O Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) é instituição que em sua inauguração, em 23 de março de 1963, possuía a abrangência de seis pavilhões, em uma área de sessenta hectares cultiváveis. Foi inicialmente designado de “Hospital Colônia de Psicopatas”, sendo estruturado com caráter asilar, e segundo o ex-diretor geral do hospital Marcelo Theophilo, em entrevista ao jornal *Diário do Nordeste* (2008) “o hospital era um asilo que chegou a contar com 400 (quatrocentos) leitos ocupados” (HOSPITAL, 2008).

No decorrer dos anos, o hospital perdeu dois terços de seu terreno e a partir de 1987 iniciou um processo de mudança estrutural dentro desses limites. Houve desativação progressiva dos leitos psiquiátricos de quatrocentos para cento e sessenta, e os pavilhões, outrora com características asilares, foram transformados em 4 (quatro) unidades de internação com capacidade de quarenta leitos cada.

A arquitetura do hospital foi redefinida com a construção de núcleos administrativos descentralizados, sua estética e geografia física capazes de ir gerando o seu próprio modelo assistencial, sem grades nos postos de enfermagens e enfermarias, como tradicional e historicamente era narrado em atendimentos dessa natureza. Houve ainda a divisão dos espaços da emergência e dos ambulatórios para atendimento aos pacientes externos, minimizando assim o contato entre os pacientes em crise da emergência e os pacientes acompanhados nos ambulatórios, segundo documento oficial exposto para manuseio dos cidadãos (HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA, 1998).

Durante sua existência, o hospital veio a mudar de denominação, renomeando-se de “Hospital Colônia de Psicopatas” para “Hospital de Saúde Mental de Messejana – HSMM” e, posteriormente, para “Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM”. Contudo, não foi somente o nome que passou a ser modificado, seu objetivo também sofreu alteração, sua instituição passando a olhar mais para o universo da vida externa à ambientoterapia hospitalar, acompanhando, nessa medida, as lutas sociais e os estudos que reflexionavam sobre a internação e seus limites. Assim, é que o hospital se reorganiza para, em sua meta atual, propiciar a inclusão social do adoecido mentalmente, reintegrando-o como pessoa e cidadão no convívio com a sociedade, seja o sujeito um paciente com distúrbio mental ou usuário de drogas (HOSPITAL, 2008).

Cada uma das quatro unidades de internamento do hospital, duas masculinas e duas femininas, é constituída de quarenta leitos, tendo cada uma sua autonomia e funcionando todas elas com equipes interdisciplinares formadas por médico psiquiatra, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros profissionais da saúde.

Os dois hospitais-dias, que fazem parte do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), são destinados a prestar assistência multidisciplinar a pacientes psicóticos crônicos e a dependentes químicos, cada um com trinta vagas para atendimento. Aquele que fornece serviços aos pacientes psicóticos é chamado de “Hospital-Dia Lugar de Vida” e funciona com uma equipe multidisciplinar voltada à realização de ações direcionadas ao cliente e a sua família, visando a sua reabilitação, reintegração familiar, social e profissionalização. Neste serviço, são desenvolvidas atividades em oficinas terapêuticas, além de atendimento individual e grupal pelos diversos membros da equipe, segundo dados dos documentos administrativos de 1998 expostos como informações disponibilizadas aos cidadãos, obedecendo à necessária transparência dos serviços públicos.

Já o outro hospital-dia é destinado a indivíduos que sofrem com TUS (Transtorno por Uso de Substância) e que já se encontram desintoxicados, sendo egressos, portanto, da Unidade de Desintoxicação do próprio hospital ou de outros centros de tratamento ou vindos da comunidade. Esse hospital-dia foi criado em 1995 e desde esse tempo intitulado de Hospital-Dia Elo de Vida, objetivando proporcionar possibilidade de dar continuação ao tratamento.

A participação do sujeito neste hospital-dia como usufrutuário do serviço é de caráter voluntário e em regime de semi-internação, onde o paciente passa o dia no hospital, retornando a seu lar todas as noites e finais de semana. O projeto terapêutico tem um tempo estimado de duração entre quatro e seis meses, no qual são oferecidos atendimento psicológico individual e em grupo, oficinas terapêuticas, reuniões de psicoeducação, grupos de discussões,

reuniões com grupos de mútua ajuda (Alcoólicos Anônimos, entre outros), atendimentos psiquiátricos, sessões com educador físico.

Além de todos esses serviços, essa entidade hospitalar que possui a conformação de hospital-dia também é um marco no meio acadêmico, como dito anteriormente, abarcando um curso de residência médica em Psiquiatria e concedendo vagas para estágios curriculares nos mais diversos cursos relacionados à saúde, como o curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fornece, por seu turno, capacitação permanente para equipes dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), realizando sessões semanais de estudos e cursos periódicos sobre assuntos relacionados à saúde mental, dessa maneira assumindo o encargo de contribuir com a reflexão crítica, o compromisso social como serviço público e a produção de conhecimento científico, que se vai urdindo a par com a respectiva e exequível operatividade dos trabalhos na área.

O reflexo disso tudo se consagrou em 2015, quando o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM) foi considerado o melhor hospital da rede pública pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria (HOSPITAL, 2015). Entre 143 instituições avaliadas, o HSM obteve a nota final de 97,56. A avaliação do PNASH é aplicada a todos os hospitais da rede do SUS, mediante quatro formulários padronizados para cada unidade hospitalar, divididos em: avaliação técnica, avaliação para usuários de ambulatório, avaliação para usuário de internação, avaliação para usuários de emergência. O jornalismo (HOSPITAL, 2015) publicou extensa matéria explicitando os itens da premiação e informando a opinião pública sobre a natureza desse serviço público e seu compromisso social.

Este Programa de Avaliação foi criado em 1998 e reimplantado em 2001, com o objetivo de possibilitar a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares do SUS, bem como uniformizar parâmetros de análise para todos os hospitais do país, dentro de padrões de qualidade e de excelência capazes de orientar e priorizar os objetivos e as metas de intervenção e ação do Ministério da Saúde.

O PNASH/Psiquiatria permite ainda que aos gestores se oportunize um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde, ao mesmo tempo em que indica aos prestadores critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS, ao passo que descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada à sua população adstrita. Trata-se da instituição, no Brasil, potente para operar com o primeiro processo avaliativo sistemático e anual dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Devido às informações mencionadas acima, por se adequar ao objetivo do presente

estudo, como também por apresentar uma abordagem ao tratamento pautada na multidisciplinaridade, com grupos de discussões com os dependentes químicos pautados nos mais diversos assuntos, o Hospital-Dia Elo de Vida foi escolhido como local para desenvolvimento deste trabalho.

2.3.3.2 Dos sujeitos da pesquisa

Após a definição do local da pesquisa, faz-se necessário discutir quem foram as pessoas da pesquisa. Este estudo foi realizado com os pacientes que se utilizam (ou se utilizaram) dessa unidade do hospital supracitado. Inicialmente, foi elaborado um *corpus* com entrevistas capazes de traçar um perfil biográfico dos indivíduos participantes, e posteriormente houve a realização de grupos focais debruçados sobre o tema em questão.

Fizeram parte da amostra do estudo aqueles que já vivenciaram um período de abstinência de no mínimo 06 (seis) meses, do sexo masculino, com idade maior ou igual a 18 anos, que estavam frequentando (ou frequentaram) o serviço disponibilizado pelo hospital dia de maneira regular. É válido ressaltar que os critérios de idade e sexo são parâmetros para admissão no próprio serviço desse hospital dia, pois se trata de uma unidade masculina que recebe pacientes com idade superior ou igual a 18 anos.

2.3.3.3 Outras técnicas auxiliares

Utilizamos outras técnicas auxiliares e que são coadjuvantes ao grupo focal, como o diário de campo, entrevistas semiestruturadas e a análise documental, que descreveremos a seguir.

2.3.3.3.1 Diário de campo

Segundo Gerhardt e Silveira (2009), o diário de campo, enquanto técnica de pesquisa, foi utilizado inicialmente pela Antropologia, classicamente representada pelo antropólogo Bronisław Malinowski, o primeiro a sistematizar as observações realizadas em suas pesquisas etnográficas. Trata-se de um instrumento de anotações, um caderno com espaço suficiente para anotações, comentários e reflexão, para uso individual do investigador em seu dia a dia. Nele, anotam-se todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e

comentários (FALKEMBACH, 1987).

Com o diário de campo, pudemos anotar detalhadamente os eventos da observação e a progressão da pesquisa além de poder registrar algumas análises sobre acontecimentos ocorridos durante as reuniões dos grupos focais. É o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da coleta de dados (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

2.3.3.3.2 Entrevistas semiestruturadas

Entendemos a entrevista como uma técnica que nos auxiliou na coleta de dados, pois junto da análise dos prontuários dos participantes do estudo, pudemos colher informações relevantes ao tema estudado que precisaram ser esclarecidas através de uma entrevista, além de podermos desdobrar dados observados durante as reuniões do grupo, tendo em mente os pressupostos básicos da pesquisa. Para possibilitar a análise fidedigna do trabalho, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Preferimos a entrevista semiaberta justamente por ter um apoio claro na sequência das questões, facilitando uma abordagem e assegurando que os objetivos serão cobertos durante a conversa (MINAYO, 2014, p. 267).

2.3.3.3.3 Análise documental

Segundo Gil (2008, p. 147), existem dados que podem ser obtidos de maneira indireta, e que tomam a forma de documentos como livros, jornais, papéis oficiais, registros estatísticos, fotos, discos, filmes e vídeos. No nosso estudo, em particular, utilizamos os prontuários dos indivíduos participantes da pesquisa em busca de informações auxiliares que pudessem ser utilizadas no intuito de ampliar detalhes em entrevista individual realizada posteriormente.

2.3.4 Análise de dados

Quanto à técnica de análise de dados, propusemos a análise de conteúdo, através da análise temática, por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas. Minayo (2016) cita Bardin (1979) que define a Análise de Conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às

condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, *apud* MINAYO, 2016, p. 76).

Para a análise de conteúdo, foi escolhida a modalidade baseada na análise temática. Minayo (2016) esclarece que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto e que comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, de termo expressivo ou de um conjunto frasal com mais palavras, e até mesmo um resumo. Assim, a autora declara que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (*op.cit.* p. 78).

2.3.5 Do estudo exploratório realizado

Na teoria, espera-se que um grupo focal opere com a pergunta chave da investigação, todavia o problema deve estar claramente exposto aos participantes (GATTI, 2005, p. 17). Assim, pensamos ser necessário que o responsável pelo estudo elabore um pequeno grupo de questões formando um roteiro, uma espécie de exposição do campo a ser investigado, no formato de entrevista mesmo, a ser vivenciada no grupo focal.

Visávamos que o grupo pudesse preparar-se para mergulhar no objeto central da pesquisa e que pudéssemos examinar que sujeitos tinham interesse em participar do grupo focal. Desejávamos ainda saber como os sujeitos que participavam daquele serviço ofertado pelo HSM se situavam social e demograficamente. Para isso, foi inicialmente aplicado um questionário misto (Apêndice A) com questões abertas e fechadas aos usuários do Hospital dia Elo de Vida que concordaram em participar. A esse desvendar de um campo, com roteiro definido, nomeamos de movimento exploratório inicial.

O instrumento aplicado, além de questões relacionadas aos critérios de inclusão, continha outras questões que visavam avaliar a sua percepção sobre os temas abordados e descritos a seguir:

- Dados sócio demográficos: idade, local de nascimento, procedência, escolaridade, estado civil, profissão, situação empregatícia, quantidade de filhos, situação de moradia, se recebia algum benefício previdenciário e quem seria o responsável pela manutenção e sustento de sua casa. Estabelecendo assim a condição social do indivíduo no momento do preenchimento do questionário.
- Religião professada: Averiguava se o entrevistado exercia alguma prática religiosa comum a outros, ou realizava práticas que considera religiosas. Ou se já o fez em algum momento

de sua existência. Além de questionar diretamente se ele considerava importante a presença da espiritualidade / religiosidade em sua vida e no tratamento de sua dependência química.

- Início do consumo de drogas e escalada do consumo: dados sobre a evolução do consumo de drogas, evocando o início do uso, qual foi a primeira droga utilizada, qual a idade do entrevistado quando fez o primeiro uso, motivos que o levaram ao primeiro uso, qual a (s) droga (s) de preferência atual, qual a data do seu último uso, quantos vezes já foi internado em hospitais pelo uso da droga e quantas vezes já foi acolhido em comunidades terapêuticas. Aqui flagrava-se a escalada do consumo abusivo de drogas.
- Percepções sobre o uso de drogas e a busca por tratamento: abrangia-se aqui questões sobre motivos de procurar tratamento atual, se houve uma pessoa amiga ou fatos que o incentivaram a buscar tratamento atual, se o entrevistado frequentava algum grupo de mútua ajuda, quanto tempo durou o seu maior período de abstinência, se houve uma pessoa, situações ou fatos que o entrevistado considerou importante para mantê-lo abstinente durante esse período.

Foram aplicados trinta e quatro questionários, das quais doze participantes preencheram critérios e aceitaram participar da realização dos grupos focais. Esses foram divididos em dois grupos focais.

A seguir, elaboramos um roteiro utilizado nos Grupos Focais, que por serem semiestruturados não possuíam perguntas fechadas, mas delineavam questões chaves. E seguindo as recomendações da literatura para a coleta de dados, o roteiro continha 02 (duas) questões (apêndice B) que envolveram a temática central em pauta.

Válido se faz ressaltar que tal roteiro formulado objetivava que a sua aplicação fosse potencialmente eficaz na condução da discussão dos próximos grupos, não permitindo o afastamento dos propósitos da pesquisa.

Para que o anonimato de cada participante do estudo fosse garantido, e para assegurar que nenhum nome pudesse ser revelado durante o processo de pesquisa ou na publicação, atribuímos a cada integrante um pseudônimo, aqui escolhidos como os doze apóstolos de Cristo: André, Bartolomeu, Filipe, João, Judas Iscariotes, Judas Tadeu, Mateus, Pedro, Simão, Tiago Maior, Tiago Menor e Tomé. O que serviu perfeitamente, uma vez que tivemos a realização de dois grupos focais, cada um com seis membro. A escolha do pseudônimo foi realizada de maneira aleatória.

Seguindo nosso estudo, passemos para os resultados e discussões a partir do Capítulo III, designado de “Experiência de abstinência e biografia: compondo mapas experienciais”, onde voltamo-nos para os fatores espirituais presentes no período de

abstinência, detendo-nos na escuta das experiências do sujeito, inserindo-as em uma perquirição de seus contextos biográficos. Todavia, iniciamos o referido capítulo com apresentação de um breve relato de como os usuários dos serviços do hospital dia Elo de Vida se situavam social e demograficamente.

3 CAPÍTULO III - EXPERIÊNCIA DE ABSTINÊNCIA E BIOGRAFIA: COMPONDO CAMPOS EXPERIENCIAIS.

“A voz de Deus nos diz constantemente: uma falsa ciência faz um homem ateu, mas uma verdadeira ciência leva o homem a Deus”. Voltaire (1694-1778).

Ao pensar em capturar “Experiência de abstinência e biografia: compondo mapas experienciais”, devemos mirar ao fundo, voltarmos-nos para os fatores espirituais presentes no período de abstinência, a partir da escuta dos sujeitos, inserindo esse campo analítico em uma perquirição de contextos biográficos. Todavia, antes de nos aprofundarmos no corpo da pesquisa, apresentamos a seguir um breve relato de como os usuários dos serviços do Hospital dia Elo de Vida se situavam social e demograficamente, conforme as informações obtidas nas entrevistas iniciais em que utilizamos o questionário anexado no Apêndice A.

3.1 Entrevista inicial

Realizamos trinta e quatro questionários nesse movimento exploratório inicial. O instrumento utilizado nas entrevistas continha questões relacionadas aos critérios de inclusão para formação do grupo focal e outras questões que pretendiam apreciar a percepção dos sujeitos participantes sobre os tópicos abordados e descritos a seguir.

3.1.1 Dados sócio-demográficos

Os dados sócio-demográficos são apresentados na Tabela 1. Observamos que do grupo de entrevistados trinta e três procediam da própria cidade de Fortaleza, metade deles casado, com idade entre 19 (dezenove) e 58 (cinquenta e oito) anos, mediana de 40,5 (quarenta vírgula cinco) anos, média de 40,3 (quarenta vírgula três) anos e uma moda de 29 (vinte e nove) anos, como apresentado na Tabela 1. Metade dos entrevistados possuíam apenas o ensino fundamental (ou nem isso) e 44,1% (quarenta e quatro vírgula um por cento) possuíam ensino médio completo (o que inclui os casos de superior incompleto). Apenas um participante possuía escolaridade de nível superior completo, é professor formado em matemática.

Cem por cento dos entrevistados pode ser considerado fazendo parte da população economicamente ativa. Conforme o conceito do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2017), a força de trabalho (População Economicamente Ativa - PEA) é constituída pela população ocupada e pela população desocupada. Ou seja, todos eles já realizaram algum tipo de atividade remunerada ao longo da vida. Porém, atualmente, a grande maioria dos entrevistados não dispunha de vínculo empregatício fixo (vinte e seis participantes), sendo que 44,1% (quarenta e quatro vírgula um por cento) estavam desempregados e 32,4% (trinta e dois vírgula quatro por cento), apesar de serem autônomos, estavam sem trabalhar.

A falta de vínculo empregatício fixo entre usuários já foi anteriormente relatada por Sanchez e Nappo (2002) e Nappo et al. (1996). Pode-se notar também que somente uma pequena parte dispõe de benefício previdenciário, o que nos leva a pensar como vivem os usuários e suas famílias, a que situações financeiras estão submetidas, visto que 14 participantes são os responsáveis sozinhos para a manutenção e sustento da casa, e 17 moram com esposa e filhos. Entre algumas das profissões citadas por eles, temos: vigilante, motoboy, garçom, pedreiro, comerciante, mecânico, pintor, auxiliar de serviços gerais, professor, entre outros.

Tabela 1 - Dados sócio demográficos

Características	Frequência (N = 34)
Faixa Etária	
19-29	08
30-39	08
40-49	11
50-59	07
Local de Nascimento	
Fortaleza	24
Interior (Ceará)	03
Outros Estados	07
Procedência	
Fortaleza	33
Maracanaú	01
Escolaridade	
Analfabeto	01
Ensino fundamental incompleto	06
Ensino fundamental completo	10
Ensino médio incompleto	01
Ensino médio completo	10
Superior incompleto	05
Superior completo	01
Estado civil	
Casado / União estável	18
Solteiro	13
Separado	03
Situação empregatícia	

Empregado	07
Autônomo (sem trabalhar)	11
Desempregado	15
Funcionário público (policia militar)	01
Recebe benefício previdenciário	
Sim	06
Não	28
Situação de moradia	
Mora com esposa e/ou filhos	17
Mora com mãe e/ou pai	06
Mora com outros parentes	06
Mora com amigos	01
Mora sozinho	04
Responsável pela manutenção / sustento da casa	
Somente o paciente	14
Somente a esposa	02
Casal (paciente e esposa)	06
Mãe e/ou pai	08
Outro parente	04

Fonte: dados da pesquisa.

3.1.2 Religião professada

Dentre as questões relacionadas à religião, procuramos averiguar se o entrevistado tem e/ou pratica alguma religião, se vivencia experiências que ele considera da ordem da espiritualidade ou se já o fez em algum momento de sua existência, e ainda se ele considera importante a presença da espiritualidade/religiosidade em sua vida e no tratamento de sua dependência química.

Os resultados que obtivemos foi que dezesseis relataram ser católicos, sete são evangélicos e dois seguem a doutrina espírita (TABELA 2). Mas, todos afirmaram acreditar em Deus, mesmo sem seguir uma religião definida. Interessante notarmos que três pessoas referiram fazer parte de mais de uma religião. No entanto, daqueles que tem uma ou mais religião definida, vinte e oito participantes, apenas cerca de 56% (cinquenta e seis por cento) praticam sua religião formalmente, indo à missa ou ao culto ou à reunião uma ou mais vezes semanalmente. As descrições experienciais foram anotadas para entrevistas ou explicitações nos outros momentos da pesquisa. Todos que foram abordados com o questionário referiram ser a espiritualidade/religiosidade importantes para sua vida e para o seu tratamento de dependência química.

Tabela 2 - Religião professada pelos entrevistados

Religião	Frequência (f)
Católico	16
Evangélico	07
Espírita	02
Acredita em Deus (não segue nenhuma religião)	06
Tem mais de uma religião	03
Total	34

Fonte: dados da pesquisa.

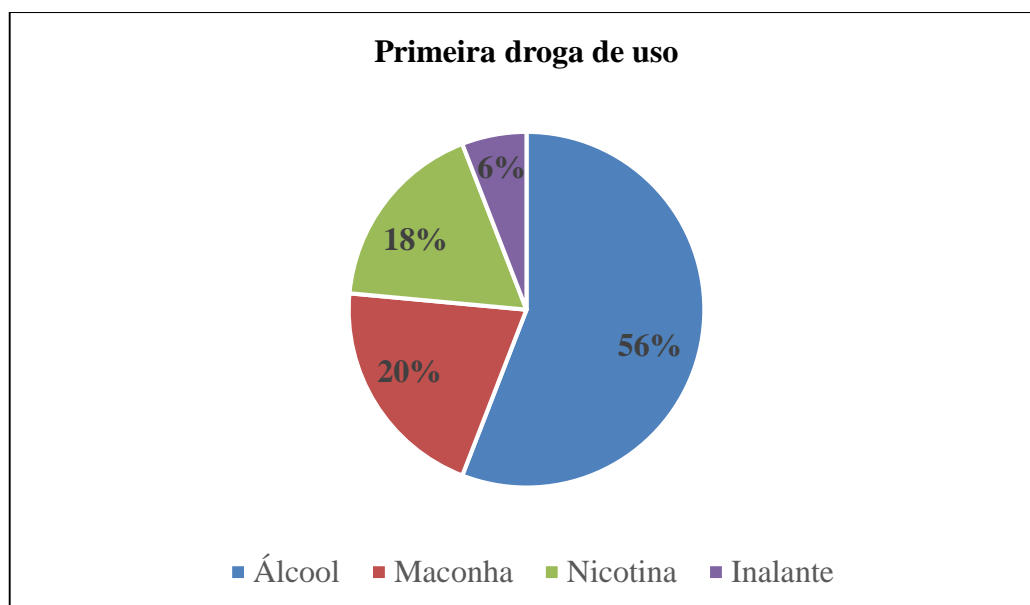
3.1.3 Início do consumo de drogas e a escalada do consumo

Nesta parte do questionário, procuramos verificar dados como: início do uso, qual foi a primeira droga utilizada, qual a idade do entrevistado quando fez o primeiro uso, motivos que o levaram ao primeiro uso, qual a(s) droga(s) de preferência atual, qual a data do seu último uso, quantas vezes já foi internado em hospitais devido ao uso da droga, e quantas vezes já foi acolhido em comunidades terapêuticas.

No que concerne à data do último uso, todos estavam há mais de quinze dias sem usar drogas. Essa questão é importante como critério de inclusão no presente estudo, devido ao embotamento causado pela intoxicação aguda.

A primeira droga consumida pela maior parte (55,9%) dos entrevistados foi o álcool (GRÁFICO 1). Todavia, nota-se que a nicotina (tabaco) foi ultrapassada pela *cannabis* (maconha), sendo essa a segunda droga mais citada como o início da escalada de uso, e aquela a terceira mais referida.

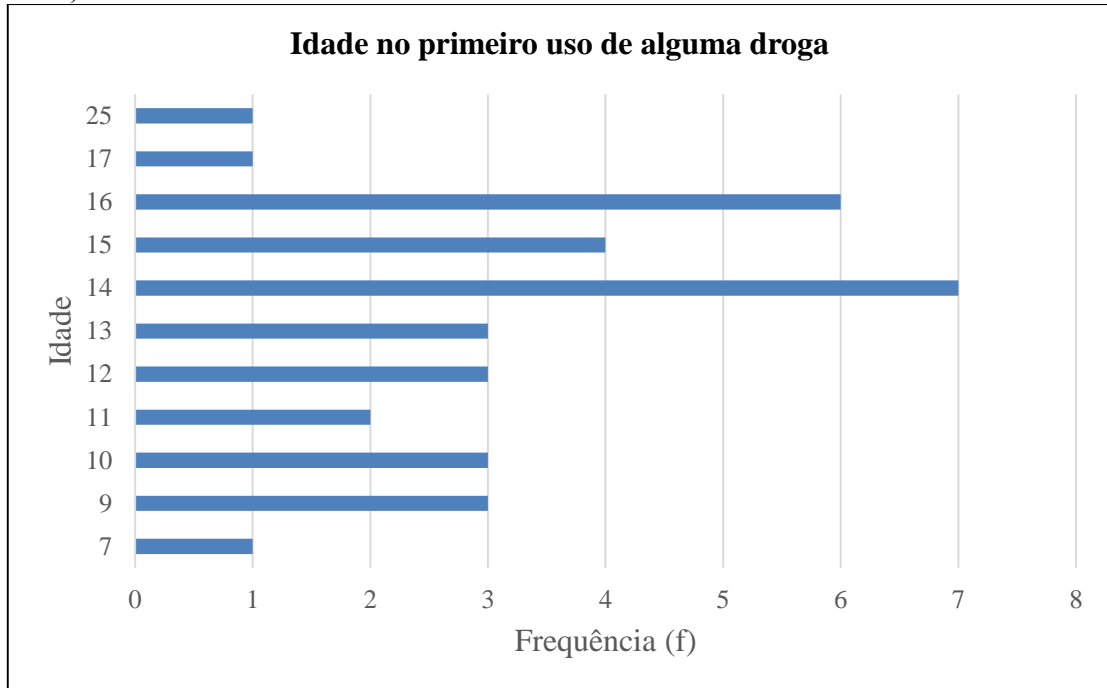
Gráfico 1 - Primeira droga de uso dos entrevistados



Fonte: dados da pesquisa.

Vale ressaltar que 64,7% (sessenta e quatro vírgula sete por cento) iniciaram o consumo de alguma droga antes dos quinze anos (GRÁFICO 2), sendo a média de idade no primeiro uso igual a 13,5 (treze virgula cinco) anos.

Gráfico 2 - Idade em que houve o primeiro uso de alguma droga pelos entrevistados (em anos)



Fonte: dados da pesquisa

Mais que a metade dos entrevistados alega ter iniciado o consumo de drogas movido pela influência de amigos (TABELA 3), enquanto 17,6% (dezessete vírgula seis por cento) relacionaram o primeiro uso associado a curiosidade. Constitui um dado relevante o fato de quatro entrevistados relatarem que começaram a usar drogas porque viram o pai usando. Tal dado está em conformidade com a literatura sobre o consumo de drogas pela família, no que concerne o uso pelos pais e pelos irmãos, predisporia os jovens às drogas (LI et al., 2002; STANTON et al., 2002; BOYLE et al., 2001 e JACKSON, 1997).

Tabela 3 - Motivos para o primeiro uso

Motivo	Frequência (f)
Influência de Amigos	19
Curiosidade	06
Viu o pai usando	04
Outros	05
Total	34

Fonte: dados da pesquisa.

Entre os outros cinco motivos relacionados ao primeiro uso, temos: o entrevistado diz que achava bonito ver as pessoas fumando, outro referiu o desejo de se aventurar, um disse que usou a primeira vez porque foi oferecido por outra pessoa, um interrogado relatou que seu primeiro uso estava relacionado a criar coragem para paquerar, e por último, um dos participantes correlacionou o primeiro uso a uma questão de sobrevivência, pois era abusado sexualmente por um amigo do seu avô e para sobreviver a isso que estava acontecendo com ele, resolveu usar droga.

Apesar de ser o álcool referido pela maioria dos entrevistados como droga de primeiro uso, com a evolução do uso e da dependência, o álcool não fica sozinho como droga de preferência atual. Observamos que sete entrevistados (20,6%) estavam fazendo uso somente de álcool no início de seu tratamento atual, todavia, dezesseis participantes (47,1%) do estudo referiram ter outras substâncias associadas ao álcool como drogas de preferência atual (TABELA 4). O que nos levou ao resultado de que sessenta e sete vírgula seis por cento (67,6%) tinham o álcool (associado ou não a outras drogas) envolvido na sua escolha de uso.

Tabela 4 - Droga (s) de preferência atual

Droga	Frequência (f)
Somente álcool	07
Somente cocaína/crack	08
Álcool + Nicotina	02
Álcool + Cocaína/crack	09
Maconha + Cocaína/crack	03
Álcool + Cocaína/crack + Nicotina	04
Álcool + Cocaína/crack + Maconha	01
Total	34

Fonte: dados da pesquisa.

Reparou-se ainda na Tabela 04 que a cocaína (e/ou seu derivado, o crack) foi referido por setenta e três vírgula cinco (73,5%), associado a outras drogas ou não, dos integrantes da pesquisa como droga de preferência.

Metade dos entrevistados já havia sido acolhida anteriormente em comunidades terapêuticas, o número de vezes em que os entrevistados foram acolhidos variava de um a dez acolhimentos. Importante se faz referir ainda que vinte e três usuários do serviço do Hospital dia Elo de Vida que responderam ao questionário estavam em seu primeiro tratamento em nível hospitalar, vinham de um internamento na unidade de desintoxicação do próprio hospital.

3.1.4 Percepções sobre o uso de drogas e a busca por tratamento

Nessa parte do questionário interrogamos sobre os motivos relacionados a procurar

tratamento atual, se houve (ou não) uma pessoa amiga que o incentivou a buscar tratamento atual, se o entrevistado frequenta algum grupo de mútua ajuda, quanto tempo durou o seu maior período de abstinência, se houve uma pessoa e/ou situações ou fatos que o entrevistado considerou importante para mantê-lo abstinente durante esse período.

Do total, vinte e três relacionaram um único motivo principal para procurar o tratamento. Dentre os motivos citados, destacou-se o medo: quatro respostas relacionadas ao medo de enlouquecer, quatro indivíduos referiram medo de perder a família (ou companheira), três responderam que procuraram tratamento por medo de morrer (devido a saúde debilitada).

Entre outros motivos referidos temos: dificuldade de arranjar trabalho (um participante), quatro respostas estavam relacionadas a perdas (materiais e emocionais), quatro indivíduos relataram procurar tratamento por não aguentarem mais a vida de drogas e quererem mudar de vida, dois referiram que desejavam recuperar a autoestima e se valorizarem, um participante referiu que sua filha recém-nascida era o grande motivo (pois essa necessitaria de um pai presente e responsável).

Os outros onze respondedores relacionaram dois motivos principais. Novamente, dentre os motivos referidos destacou-se o medo: quatro respostas envolvendo o medo de morrer, quatro relacionadas ao medo de perder a família e três relativas ao medo de enlouquecer. Quatro participantes referiram querer mudar de vida, como motivo da busca de tratamento. Houve ainda sete outras respostas motivadoras da procura por recuperação: sofrimento da mãe, vergonha do filho que chorou ao ver o usuário em estado de intoxicação (poder-se-ia supor que a fragilidade enunciada pelo filho levou o usuário a ocupar um lugar de cuidado para com o Outro, passando a se reconstituir para isso, objetivando prepara-se para cuidar do filho?), perda da companheira, desejo de recuperar a família, desejo de recuperar a autoestima, aspiração a recuperar experiências inclusivas de antes, e vontade de recuperar as perdas.

A grande maioria dos participantes da entrevista (trinta pessoas) referiu que obtiveram ajuda de uma pessoa amiga (vínculo), que os incentivaram e/ou ajudaram a buscar ajuda. Nos questionários, a esposa (ou companheira) foi a mais citada como vínculo que os auxiliaram na procura de tratamento (TABELA 5), seguido pelos filhos. Podemos perguntar se a fragilização de um integrante no núcleo familiar decorrido uso abusivo da droga pelo participante da pesquisa poderia desenvolver uma atitude altruísta deste em relação a tal membro, o que seria significativo na manutenção de uma possível abstinência?

Tabela 5 - Pessoa que o incentivou a buscar tratamento atual

Pessoa incentivadora	Frequência (f)
Companheira/esposa	11
Filhos	07
Esposa e filhos	02
Mãe	03
Irmã/irmão	03
Outros	04
Não houve ninguém	04
Total	34

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto ao tempo de duração do maior período de abstinência já experienciado pelo indivíduo no momento da entrevista, observou-se que esse período de tempo variava entre 15 dias a mais de 10 anos, sendo que a maior parte deles já estava abstinente há pelo menos seis meses (TABELA 6). Esse dado é relevante pois para participação no grupo focal é necessário que o sujeito tenha conseguido passar pelo menos seis meses em abstinência.

Tabela 6 – Maior período de abstinência

Meses	Frequência (f)
< 01 mês	04
1 – 5 meses	07
6 – 12 meses	08
>12 meses	15
Total	34

Fonte: dados da pesquisa.

Ao serem questionados se havia situações ou fatos, ou especialmente alguém (vínculo) que fosse importante para que o indivíduo se mantivesse em estado de abstinência, apenas três afirmaram não haver ninguém. Para a maior parte havia sim algo ou alguém que foi capaz de mantê-los bastante decididos em evitar a recaída, pelo menos por um tempo determinado (TABELA 7), todavia, apenas oito frequentavam grupos de mútua ajuda.

Tabela 7 – Situações ou fatos, ou especialmente alguém (vínculo) importante para manutenção da abstinência

Algo (ou alguém)	Frequência (f)
Pai e/ou mãe	08
Companheira(esposa) e/ou filhos	11
Outros parentes	04
Amigo	01
Deus e/ou igreja	05
Trabalho	02
Total	34

Fonte: dados da pesquisa.

Poderemos voltar a utilizar os dados acima catalogados no subsequente corpo analítico desta pesquisa, para explicitações ou desenvolvimentos teóricos pertinentes. Seguindo com o estudo, o grupo focal nos trouxe elementos descritivos e potencialmente analíticos, capazes de nortear nossa reflexão. Por meio desta técnica, através da integração grupal, viu-se ser possível compreender como são construídas as percepções, práticas cotidianas, representações e simbologias de um determinado grupo. Produziram-se discussões grupais que permitiram compreender a forma como os indivíduos veem o mundo e suas diferentes experiências de vida. No caso do estudo em pauta, comparecem diferentes conteúdos experienciais no período de abstinência do uso de drogas.

Lembremos que o trabalho com o grupo focal nos parece impulsionar reflexões estimuladoras a partir da fala do outro que se manifesta. Há que se valorizar, contudo, a singularidade de cada sujeito do grupo, para que não ocorra certa tendência de resposta, que leva um participante a repetir o que o outro diz, sem ir mais fundo na sua própria história. O manejo de grupo, porém, ao valorar a particularidade de cada um pode minimizar este aspecto e nos trazer os pontos comuns também que são importantes nas biografizações.

Partimos da seguinte questão, que colocamos mais formalmente e muitas vezes de maneira também coloquial, sem deturpações do sentido. Vejamos a pergunta que moveu o grupo inicialmente:

“Podemos definir abstinência como o período em que o indivíduo se priva do uso da droga, e que está intimamente relacionado com a participação do sujeito na compreensão do que lhe acontece?” Pensando na afirmativa acima, tentemos responder: - Durante a abstinência, o que manteve você longe das drogas? Aquilo que foi responsável, o ponto principal mais importante que você viveu para manter você longe das drogas?

O primeiro a mobilizar-se na resposta à pergunta foi Bartolomeu, que nos trouxe a centralidade da questão do trabalho, na ruptura inicial com o uso abusivo e continuado de drogas. Isso nos leva a supor ser o fato de “estar trabalhando”, um sintoma de inclusão social.

Também, no que a fala de Bartolomeu nos coloca, pareceu-nos que no período de abstenção posterior, nomeado de manutenção (RIGOTTO, GOMES; 2002), o trabalho, aos seus olhos, justificava seu distanciamento e não utilização da substância psicoativa.

3.2 O trabalho como experiência de inserção social

Podemos conceituar este primeiro movimento da abstinência como de ruptura inicial com o uso abusivo de substância. Conta-nos Bartolomeu, portanto, que em situações

anteriores, trabalhava somente um turno, por isso bebia mais. Quando passou a trabalhar por dois turnos, bebia menos, na verdade foi o maior período em que ele se manteve em abstinência, de um ano e seis meses. E repare-se que a “chamada para beber” é como se estivesse fora do sujeito, na circunstancialidade vivida. Observemos:

P. – Mas olha só... em algum outro momento da sua vida você também estava trabalhando e continuou usando...

BARTOLOMEU – Verdade...

P. – Então, qual foi a diferença?

BARTOLOMEU - A diferença é porque nesse último trabalho meu, eu fazia dois horários. Nos outros, não; eu fazia somente um horário. Quando eu trabalhava só à noite tinha o dia todinho pra ficar em casa, aí ficava o dia todinho, não tinha nada pra fazer, aí eu saía (...) eu entrava cinco horas da tarde e saía uma hora, duas horas da manhã e só voltava às cinco horas da tarde. *Passava o dia todinho em casa, olhando as paredes, e tinha um barzinho na frente de casa... Não tinha o que fazer e ia beber...* (Grupo focal - itálico nosso).

Veja-se que Bartolomeu menciona o modo como o trabalho lhe retira do que se poderia julgar certa disponibilidade para ficar em bares perto de sua casa. Ambigualmente, ele não compreende sua parte significativa na manutenção da abstinência, conferindo muito peso à situação externa de ser chamado para beber com amigos ou não, e de não ter o que fazer ou estar em trabalho remunerado “*passava o dia todinho em casa, olhando as paredes, e tinha um barzinho na frente de casa... Não tinha o que fazer e ia beber* (BARTOLOMEU, Grupo focal).

Observemos, a seguir o contraponto do que Bartolomeu chama de *provocação*, em que se parece se referir à sedução da droga e o momento da recaída, onde o sujeito parece se abster de sua autonomia para escolher:

BARTOLOMEU – A provocação lá era grande também... Tinha um refeitório lá, um dormitório que a gente descansava, e a galera bebia e *eu* invés de ir pra casa... que eu morava pertinho lá ... né? Ao invés de *eu* ir pra casa chegava lá no refeitório pra descansar e a galera bebia lá... *Eu* olhava a galera beber... Ficava me provocando, né?... *Eu* dizia não... Não posso beber não ... Tenho que me aguentar... *Eu* me segurei, mas tem um dia que ... *Tinha que ser*. E estou aqui... Os caras bebendo... “bora, toma só uma aí, cara”; “não quero... não, cara, eu não posso beber...” (Grupo focal - itálico nosso).

Podemos inferir que há um momento na leitura do que acontece com os momentos de sedução do uso abusivo de drogas, no qual haveria uma espécie de despersonalização⁴, que seria uma saída do sujeito de sua autoralidade na manutenção da experiência de abstinência. Veja-se que havia um uso acentuado do pronome *eu* e quando uma recaída ao uso, a frase torna-se impessoal: *Tinha que ser*.

Podemos perguntar se a experiência de trabalho de Bartolomeu seria tão forte para

⁴ Despersonalização - conceito criado por esta pesquisa.

sustentação do sujeito na abstinência. Será que poderíamos supor que essa experiência de trabalho de Bartolomeu havia de ser considerada mobilizadora da manutenção da autoestima? É uma suposição possível. Observamos isso também em outro integrante da pesquisa:

P – E o que é que mantinha você sem usar?

JOÃO – o trabalho e a igreja. Passei um ano direito, com dinheiro no bolso... toda semana vendia 20 sacas de cimento lá no depósito, compravam de carradas de tijolo. E eu entregava na carroça. Toda semana eu vendia uma carrada de tijolo... João fala isso cheio de si, demonstrando que tinha orgulho de ter conseguido se levantar, depois de ter recaído, de ter construído um “negócio” (como ele se refere a seu depósito de materiais de construção), de estar trabalhando, de estar ganhando seu dinheiro e comemorando o sucesso do seu empreendimento (DIÁRIO DE CAMPO).

Segundo Rigotto e Gomes (2002) em estudo sobre os contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química, existem quatro fatores que estariam incidindo mais fortemente na remissão do uso abusivo de drogas. As condições de remissão enunciadas, incluíram os seguintes aspectos: 1) adoção de comportamentos substitutos que venham competir com a adição; 2) disponibilidade para supervisão compulsória; 3) engajamento em projetos significativos; 4) recuperação de autoestima, que eu nomearia potência de viver.

Pode-se considerar como mobilizador da autoestima, que nomeio potência de viver, o desenvolvimento de projetos pessoais que daria a oportunidade do sujeito se ver com novo olhar, capaz de se situar em uma nova forma diante de si mesmo. O estudo de Edwards (1997), e Waisberg e Porter (1994) se encaminham na direção de mostrar que a manutenção da abstinência pode ser trabalhada com ênfase em novos projetos pessoais.

Segundo os autores Maddox e Desmond (1981), que apontam quatro aspectos encontrados na experiência de abstinência em adictos, observou-se que vinte e cinco por cento (25%) dos sujeitos em movimento de abstinência evidenciaram o envolvimento em atividades religiosas. Poderíamos dizer que a ação no contexto de religião é mais coletivizada e formalizada, com maior produção de saber na área e espiritualidade pode ser considerada a dimensão onde os sujeitos recortam seus projetos pessoais capazes de inseri-los na esfera do espiritual.

Aqui trazemos de volta a questão da orientação intrínseca da espiritualidade, onde as pessoas com essa direção encontram seu motivo mestre na relação mais com Deus, o sagrado, o divino ou mundo espiritual, embora não despreze outras necessidades. As outras precisões, portanto, por mais fortes que se apresentem, quais sejam, a relação com os outros fiéis ou seguidores da mesma crença, a inclusão social, o apoio grupal, a carência de solicitude na esfera de promoção humana e a busca disso, dentre outros aspectos válidos, são, contudo, considerados pela pessoa que vivencia a espiritualidade intrínseca como aspectos de menor

importância. Como se na espiritualidade intrínseca, ao abraçar determinada religião, o indivíduo se esforçasse para internalizá-la e segui-la por inteiro, em uma relação mais vertical com sua transcendência.

Um outro sujeito da pesquisa, Mateus, acentua a liberdade e o valor da relação com a família que ele constrói, associando essa experiência à do trabalho. Nas suas palavras: “O que me fez ficar livre foi a família, o trabalho que eu gostava... Porque lhe dá prazer mesmo, você estar trabalhando. A gente trabalha não só por dinheiro, trabalha por satisfação, para fazer o que eu gostava...” (Grupo Focal).

E discorre sobre sua vida, trazendo uma trajetória de trabalhador: “Eu não me formei, comecei a trabalhar com dezesseis anos no CEASA⁵, e em fazenda. Então, eu sempre gostei de agricultura. Mas no vestibular eu não passei e comecei a vida trabalhando” (Grupo Focal). Poderíamos perguntar se a experiência de trabalho seria aproveitada em seu valor de potencializar o sujeito para a vida comum junto aos outros, e em família, e vice-versa. Uma experiência de ser sujeito e realizar algo socialmente válido pode dar fortaleza a visão de si positivada, importante para a vida familiar.

3.3 As derrapagens da autoridade da mudança de vida e a construção das rotinas no cotidiano

A partir das falas de Bartolomeu, outro sujeito, bem mais jovem, pareceu se pronunciar, mostrando o que se poderia chamar de cotidiano estruturante. Ao nos referirmos à dimensão do cotidiano, podemos nos reportar ao que nos traz sobre o assunto a neurocientista estadunidense Ann M. Graybiel (1998) que assevera serem os hábitos amplamente aprendidos após uma vasta experiência, envolvendo uma sequência de ação estruturada, desencadeada por estimulações do meio.

A questão do hábito em uma reconstrução da vida que se quer sem a dependência química envolve que se pense o sujeito de modo mais inteiro, sem reduzir a reflexão aos automatismos de que o cotidiano não raro se ressente.

Na reflexão dos sujeitos da pesquisa, a palavra hábito comparece no campo semântico que se associa à palavra *rotina* e que, por exemplo, Tiago Maior descreve como fosse

⁵ CEASA - é a sigla para Centrais Estaduais de Abastecimento. Essas Centrais são empresas estatais ou de capital misto (público e privado), destinadas a aprimorar a comercialização e distribuição de produtos hortifrutigranjeiros. FONTE: http://www.agric.com.br/comercializacao/o_que_e_ceasa.html

“trabalho, igreja”, “uma leitura diária”, quer dizer um conjunto de experiências cotidianas que se repetem.

Vejamos como Tiago Maior e Tomé, em suas falas em grupos focais diferentes, trazem-nos o conceito de hábito, nome que utilizam para circunscrever o que fazia “no tempo da abstinência”, senão vejamos:

TIAGO MAIOR – O tempo que eu passei em abstinência foi quatro anos. Mas eu tinha uma, tinha tipo assim, uma rotina, né? Era trabalho, igreja e aí eu tinha uma leitura diária, como fosse uma? Como é que se chama? Pode se dizer que era... Pode se dizer que eu fazia minha leitura diária: um provérbio. *E ali eu aprendia as outras coisas, entendeu?*

TOMÉ – O que mais me manteve assim [em abstinência], foi a minha *mudança de hábitos geral*... parei de andar com umas pessoas, comecei a trabalhar e *ter uma rotina*, eu era outro: até sábado trabalhava, ia a igreja... então... mantinha a família unida e tudo. Absolutamente diferente, sempre com a família, indo para igreja... (Grupo Focal)

Podemos perceber também na fala de Tiago Maior o comparecimento da reflexão espiritual junto ao hábito da leitura diária, que ele parece referir quando descreve a atividade de ler provérbios, diariamente, a par com o hábito de trabalhar, ir à Igreja e “aprender outras coisas” que se pode inferir serem de natureza do que ele qualifica como da ordem do espiritual.

TIAGO MAIOR – Quando eu passei a me misturar de novo eu aprendi pegando os outros hábitos, né? E aí me envolvi com mulher e... Fui deixando aqueles hábitos de antes e fui pegando aqueles outros hábitos. E aquilo dali foi me afastando sem que eu me notasse, entendeu? (Grupo Focal)

Nesta passagem, observamos que *hábitos antigos* (o uso da droga, segundo o próprio sujeito) reaparecem se sobrepondo aos *novos hábitos*, ou seja, sobrepondo-se à nova rotina que estava presente durante o período de abstinência (ir ao trabalho, ir à igreja, realizar leituras espirituais diárias, como por exemplo, ler um provérbio).

Podemos referir, considerando o texto do próprio sujeito, que um simples hábito anterior reaparece e, com a repetição, pode se transformar em uma compulsão, onde o sujeito demite-se de sua liberdade. A compulsão, então, torna a pessoa refém daquele desejo anterior, o que faz com que ela perca – parcial ou totalmente – o controle da própria experiência nova, levando à recaída no uso da droga e ao fim de um período de abstinência.

No fragmento abaixo da fala de Filipe, outro participante do estudo, denotamos a questão levantada anteriormente: a repetição de um hábito tornando-se uma compulsão. Em sua fala, a ida à bebida, que refere tornar-se hábito, não é remetida ao outro que o seduziria para isso, o que já denota maior consciência de sua autonomia nas escolhas experienciais, senão vejamos:

FILIPE – Aí depois entrei em negócios de estudo, pré-vestibular, cursinho, essas coisas... e comecei a me envolver com algumas coisas que não deveria né... uma bebida aqui, bebida ali... Bebia antes e nos intervalos de aula, né? Não foi costume de beber todo dia, foi nos intervalos... (Grupo focal)

Sobre a fala anterior de Tiago Maior, pode-se perguntar: o que no primeiro conjunto de hábitos valorou a ruptura com o uso abusivo de drogas e o que, no segundo grupo de hábitos, não foi mantenedor da abstenção ou não auxiliou a sustentar a recaída? Aprofundemos isso, com Tiago Maior, escutando-o como refere-se à liberdade da compulsão e seu contrário:

TIAGO MAIOR – Mas eu passei quatro anos, foi o melhor tempo da minha vida... sóbrio... Quando você acorda de manhã e olha assim o pássaro cantar assim... um canto de liberdade assim... é muito bom quando você... dorme assim... Mas, quando a pessoa tem o efeito da droga, você usa droga e quando acorda pela manhã tem aquele problema... e você diz assim... “não, vou usar para resolver o problema”, mas o problema aumenta. Naquele momento resolve, mas depois aumenta; quando você passa a usar perde ali... o equilíbrio, entendeu? Você passa a pisar na corda bamba e você cai porque você passa a pegar outros hábitos das pessoas... (Grupo focal)

O envolvimento com uma mulher usuária seria a “deixa” necessária para desencadear a condição habitual anterior, o uso compulsivo da droga? Como observamos neste trecho, um problema surge como desencadeador do uso: a presença de uma mulher. Certamente voltar ao seu desejo isso move o sujeito em sua esfera relacional mais íntima e ele reencena impulsos antigos.

O sujeito “usa a droga para resolver um problema”, mas como ele próprio observa, depois do uso “o problema aumenta”. Pode-se dizer que aqui em Tiago Maior já o sujeito atenta para a área de dificuldade temática em que se enreda: o relacionamento sexuado com uma mulher. Isso parece fazer avançar a assunção do sujeito à sua responsabilidade com suas escolhas?

Situação parecida foi referida por Carvalho et al (2011), ao apontar que as frustrações decorrentes dos problemas do cotidiano foram imputadas como causas para o retorno ao uso das drogas:

As frustrações decorrentes dos problemas vivenciados no dia a dia como a perda do emprego e conflitos familiares foram atribuídas como motivos para o retorno ao uso de substâncias químicas. [...] a busca da satisfação parece estar relacionada diretamente à tolerância das frustrações, fazendo com que recorram às drogas como solução imediata, o que é ilusório diante de uma angústia vivenciada como inexplicável, associada aos mais diferentes impasses cotidianos (CARVALHO et al., 2011, p. 59-61).

Voltando à importante questão dos hábitos, perguntou-se a Tiago Maior, que fator o tinha estimulado a manter os “hábitos” qualificados por ele como desejáveis. Vejamos sua

resposta:

TIAGO MAIOR – Bom... eu vou te dizer... eu conheci pessoas que tinha os hábitos bons e aí eu passei a conviver. É aquele ditado: “me diga com quem tu andas que eu direi quem tu és”. Então, se eu andava com as pessoas e elas não bebiam, elas passavam “a não ter necessidade da bebida”, então pra mim, então eu passei esse tempo sem usar... entendeu? (Grupo focal).

Podemos referir aqui como o sujeito confere ao outro a cessão da própria responsabilidade pela sua ação desejante. No início de sua reflexão, ele parecia avançar na leitura de si, e depois haveria recuo? A manutenção da abstinência periclita, quando o adicto recua em seus novos hábitos, mas observa-se, sobretudo, a recaída como sendo algo que o sujeito remete aos outros “com quem anda”. Essa demissão da autoralidade, como dizemos, faz com que o sujeito recorra ao ato de evitar refletir e mudar, em uma impessoalidade onde se dá o nome de “usuário” ou “drogado”, com temos visto. Tal situação foi referida também por outro entrevistado:

TIAGO MENOR – (...) aí quando passou esses 9 meses e pouco, né? Minha mãe faleceu. Aí, veio aquele baque. Comecei a se *envolver com os amigos* de novo, a turma. Aí deu no que deu: passei a usar de novo e não parei mais. Aí, vim parar quando cheguei aqui no Elo de Vida.

PEDRO – Eu passei um bom tempo em abstinência... uns três a quatro anos... Cinco anos, por aí... sem usar nada, de boa, trabalhando... Peguei aquela rotina do trabalho pra casa; ia pra igreja... Entrei nessa circunferência aí... Ia pra igreja, pro trabalho, pra casa, não tinha amizade de frequentar bar, de estar em esquina conversando... me afastei de qualquer amizade incorreta... se eu chegava num trabalho e tivesse um amigo que dizia: “ei, macho, vamos dar uma volta aí...” Eu já pensava: “Esse amigo pra mim... já não dá certo... Se afasta desse aí, se for pra esse lado, tu já sabes que tu vais... cair”. Isso fazia com que eu evitasse (Grupo focal – *itálicos nossos*).

Paradoxalmente a esse trecho da fala de Pedro, Carvalho et al (2011) observaram que o meio também pode influenciar a recaída. Influência que não deve significar, segundo observamos, demissão do sujeito de sua leitura dessa influência em relação ao seu controle de si.

A influência se pronuncia como não desprezível, como impulso que faz o sujeito cooptar, na medida em que a manutenção e a convivência com as mesmas pessoas e a repetição da mesma rotina seguida durante o período de uso tornam-se um convite para retomada do uso e conseqüentemente a recaída.

Rigotto e Gomes (2002) também encontraram em sua pesquisa a descrição da presença de amigos usuários sendo um apelo para recaída. Distingue-se, contudo, entre o apelo situacional, como podemos chamar, dos que “chamam para beber e para as drogas”, como os sujeitos se referem, e a cessão da autoria do seus próprio desejo e responsabilidade com ele.

Observamos haver certa **derrapagem de autoridade**⁶, como nomeamos, nessa discussão onde o ambiente parece causador da recaída e o sujeito desaparece como sujeito do seu desejo. Vejamos como na própria “volta à espiritualidade” pode vir uma chamada ao sujeito para seu compromisso de mudar, quando ele já se percebe desejoso disso.

P – Você disse que a igreja o ajudou. E como é que ela ajudou você naquele período que você ficou 9 meses sem usar drogas?

JOÃO – Me ajudou demais...

P – Como?

JOÃO – Ela me fez crescer, me fez crescer, me fez ser outra pessoa, a ser perseverante, mudar [comportamento] em casa com a minha família, a ter o apoio da minha família, que eu não tinha de jeito nenhum, a considerar às outras pessoas. Chegar na igreja e todo mundo pega na sua mão. Todo mundo pega na sua mão: boa noite irmão! Que coisa linda! Por aqui você passa na rua e não recebe nenhum bom dia... É muito importante, pra mim foi ótimo e tá sendo ótimo mais ainda.

TIAGO MAIOR – Veja, porque eu mudo os hábitos? É que tinha algo... É... a leitura da palavra [aqui ele se refere à Bíblia]. Aquilo dali eu me sentia bem, entendeu? Não é bom quando você vai e faz uma coisa e se sente bem? E aquilo dali eu me sentia bem, eu lia um provérbio de manhã fazendo minha devocional... É como uma pessoa ler um terço de manhã, agradecendo pela noite... E aquilo dali foi dando certo ... Quando chegou o sábado para mim eu dizia “isso tá dando certo” (Grupo focal).

Podemos ver aqui uma espécie de **progressão em elos**⁷, como podemos nomear, no qual o aspecto que Tiago Maior conceitua como devocional se articula com outro, como o compromisso com o tratamento, que na verdade simboliza o desejo de mudar aliado à ação de tentar algo à respeito, no campo da sociabilidade.

A compreensão da medicação adquire nova tonalidade: é uma medicação que possibilita vincular-se à vida social e não sair dela. Evidente que não fica claro ainda que o sujeito admite a diferença entre sua medicalização e a produção de sentido permanente para a superação de suas dificuldades. Mas veja-se que aqui um sujeito já se percebe desejoso de trabalhar suas limitações, seus “compromissos”, que começam a aparecer. Vejamos a fala de Tiago Maior:

Se o seu tratamento é igual aqui no Elo, quanto à medicação... eu tomo a minha medicaçãozinha, não fico boboca, abestado, fico entendendo tudo, meu sono vai bom, entendeu? Então se está dando certo eu sigo andando... enquanto está dando certo, eu estou permanecendo, entendeu? Porque está dando certo. Então, faço mudança de hábito... Antes ia dormir à tarde, agora eu estou passando a controlar meu sono. Não posso controlar a minha vida como um todo, em um espaço de tempo rápido, né? Mas eu preciso mudar algumas coisas que me levam até à droga, não posso? Eu vou dormir cedo porque amanhã eu tenho um compromisso” entendeu? Tenho compromisso de me tratar, entendeu? Então eu já vejo de outra forma, porque de antigamente não... Eu dizia: vou curtir. E não tinha compromisso com nada, com ninguém e tal e pronto e acabou! Hoje não. Eu acordei esse horário, amanhã eu tenho que acordar esse

⁶ Derrapagem de autoridade - conceito criado por esta pesquisa.

⁷ Progressão em elos - conceito criado por esta pesquisa.

horário... está aqui: sete horas. Eu não posso estar às sete e um, entendeu? Então sempre, na cabeça do cara fica aquilo “mermão se eu não chegar as sete horas eu vou ser chamado atenção”. É um compromisso (Grupo focal).

Aprofundando o estudo sobre hábitos, observamos o conceito trazido por Bernacer e Murillo (2014), que, com base na pesquisa experimental em neurociência, definem hábito como uma rotina motora ou cognitiva que, uma vez desencadeada, completa-se sem supervisão consciente. Acrescentaríamos que uma compreensão dos aspectos cognitivos não deveria nos isentar de vê-los amplamente amalgamados com a dimensão do sentir e sua manifesta emocionalidade. Neste mesmo sentido, lembramos de Emmanuel⁸ em obra psicografada por Chico Xavier⁹:

O hábito é uma esteira de reflexos mentais acumulados, operando constante indução à rotina. Herdeiros de milênios, gastos na recapitulação de muitas experiências análogas entre si, vivemos, até agora, quase que à maneira de embarcações ao gosto da correnteza, no rio de hábitos aos quais nos ajustamos sem resistência (EMMANUEL, 2017, p. 85).

A noção de hábito dada pela neurociência foi inspirada na visão do psicólogo e filósofo William James (SEGER; SPIERING, 2011). Em uma de suas pesquisas, James concluiu que o hábito diminui a atenção consciente com que nossos atos são realizados (BERNACER; MURILLO, 2014). Esta é a origem conceitual do chamado de “chunking” fisiológico proposto por Graybiel (1998) e Barnes et al. (2005). “Chunking” (agrupamento) seria o processo em que o cérebro converte uma sequência de ações numa rotina automática, o que pode ser considerado como a raiz de como os hábitos se formam. Automatismo seria um despojar da ação de seu sentido primevo? Poderíamos perguntar.

Tal consideração nos traz à memória Chico Xavier em seu livro “o Consolador”, onde psicografa a resposta do Espírito Emmanuel sobre a indagação de como se adquirir a virtude da paciência. Ele responde que “faz-se mister educar à vontade (...), necessitamos começar pela disciplina de nós mesmos e pela continência dos nossos impulsos. (...) nós devemos *aprender que a disciplina antecede a espontaneidade*” (EMMANUEL, 2016, p. 86, itálico nosso).

A disciplina de nós mesmos, para o autor, parece reportar-se à devolução do sujeito ao Si mesmo e suas escolhas, que por sua vez fazem a leitura e a respectiva continência dos

⁸ Emmanuel – Espírito orientador de Chico Xavier.

⁹ Chico Xavier - Francisco Cândido Xavier (1910 - 2002) foi um dos mais importantes expoentes do Espiritismo. Publicou mais de 400 obras psicografadas. Entre os Espíritos responsáveis pela autoria de boa parte de sua obra destaca-se Emmanuel, que também era seu orientador espiritual. Fonte: <https://www.febeditora.com.br/autores/francisco-candido-xavier/>

impulsos que vêm da memória profunda do ser.

Nesse campo temático trazido pelos sujeitos da pesquisa, pode-se inquirir: seriam os grupos de ajuda mútua potentes para auxiliar essa devolução do sujeito à sua vida e suas questões?

Após esse diálogo com nossa referência de conteúdo espiritual, vejamos como o território da neurociência se faz outro, ao retomarmos uma desautomatização do biológico e uma extração do sentir da esfera de apreensão inteligível.

Reparemos como os neurocientistas lidam com o assunto dos hábitos: o grande problema é que o cérebro não diferencia entre quais hábitos são ruins e quais são bons, dizem. Exemplificando a aquisição de um hábito ruim, observamos o raciocínio de Benjamin Rush (1746 – 1813)¹⁰ na sua famosa frase: “beber começa como um ato de vontade, caminha para um hábito e finalmente afunda na necessidade”, frase esta que, de certa forma, ajudou a fundamentar o atual conceito de dependência química (DIEHL et al., 2011, p.122), ao enfatizar o que se escolhe, de início, mas que depois de reiterações no uso e experiência, a compulsão resulta por nos controlar ou tornar-se desejo que faz diminuir nossa vontade de tolhê-lo.

O que se poderia dizer é que uma vivência não se torna um hábito se não houver um lastro de questões que sustentem esse movimento repetitivo. O hábito não é de partida algo que se repete sem nenhuma participação de outras dimensões do sujeito. Ele se insere na emocionalidade do sujeito e em seus padrões relacionais, que o envolvem por inteiro. Fazendo parte das aprendizagens do indivíduo e, conseqüentemente, de sua educação, como diz Kardec: “a educação é o conjunto dos hábitos adquiridos” (KARDEC, 2009, p. 241). Ou seja, é através das lições recapituladas, revistas e reexaminadas por várias vezes que formamos nosso padrão relacional, advindo de processo educativo que, por sua vez, faz-se como somatório de várias reencarnações.

Rigotto e Gomes (2002, p.100), por sua vez, já afirmavam que “o grande desafio da recuperação é substituir a rotina centrada na droga por novos hábitos evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores”. A questão que não se pode tangenciar é: o que sustenta, do ponto de vista psíquico, o hábito escolhido para se repetir? Mais: como passar de um território a outro? O que seria destrutivo e do ponto de vista de quem?

Nesse pensamento de troca de hábitos, não podemos esquecer a relevância do trabalho de Bill Wilson¹¹ e os Alcoólicos Anônimos (AA). Bill W é considerado o co-fundador

¹⁰ Benjamin Rush foi um líder político, médico, escritor e educador norte-americano. Considerado o pai da psiquiatria norte-americana. (DIEHL et al., 2011).

¹¹ William Griffith Wilson - também conhecido por Bill Wilson ou Bill W. (ANÔNIMOS, 2001).

do AA, e criou intuitivamente um método (os célebres doze passos) para atacar os hábitos que cercam o consumo do álcool, e pode-se dizer que os Alcoólicos Anônimos são uma máquina gigante para mudar hábitos. Embora os hábitos associados ao alcoolismo sejam de difícil mudança, o AA ensina que quase todo hábito pode ser mudado. Orienta o indivíduo a criar novas rotinas a cada noite, ao invés de seguir a rotina habitual que levava ao consumo de bebidas (DUHIGG, 2012). Pergunta-se: será que se devolve ao sujeito a potência de ser sujeito de seu desejo?

Segundo o escritor americano Brendan Koerner (2010), em seu artigo “Segredo de AA: após 75 anos, não sabemos como funciona”, tudo aconteceu depois Bill Wilson encontrar o que ele nomeou de experiência de Deus em um quarto de hospital. Poucos anos após alcançar a sobriedade, redigiu os doze passos. Escolhendo o número 12 devido aos 12 apóstolos do Cristo.

Observando detalhadamente os doze passos que são os alicerces do tratamento no AA, notamos nitidamente que sete desses passos mencionam Deus ou espiritualidade, o que causa estranheza para um programa fundado por um ex-agnóstico que, durante sua vida inteira, foi abertamente hostil à religião institucionalizada, conforme apresenta Duhigg (2012).

Averiguemos detalhadamente os doze passos do AA:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas;
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade;
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos;
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas;
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições;
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados;
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem;
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente;
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade;
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades (ANÔNIMOS, 2001, p.88).

A importância desse grupo de mútua ajuda é apreciada no relato de Duhigg (2012), no qual se afirma que um número estimado de 2,1 milhões de pessoas procura ajuda do AA a cada ano, e que provavelmente até 10 milhões de alcoólatras já tenham alcançado a sobriedade através do grupo. Todavia, o autor afirma ainda que os Alcoólicos Anônimos não funcionam para todo mundo e que os índices de sucesso são difíceis de medir, devido ao anonimato dos

participantes, embora um enorme contingente de sujeitos possa vivenciar aspectos desses grupos que estamos longe de compreender com profundidade.

A importância do AA já foi observada por inúmeros autores (RIGOTTO; GOMES, 2002; RODRIGUES; ALMEIDA, 2002; ÁLVAREZ et al., 2007; CAMPOS, 2009; CHAGAS et al., 2010), que afirmam que o grupo de mútua ajuda possibilita uma nova vida através do reconhecimento das possibilidades de viver em abstinência, além de restaurar as ligações sociais, valorando a promoção de vínculos e reafirmando a esperança ínsita nos projetos de futuro.

Observamos nos textos dos sujeitos, que o trabalho, os vínculos (como a família, segundo se reportam os narradores) e os cultos ou os hábitos devocionais eram aspectos recorrentes nos depoimentos, que contavam recaídas e superações dela com praticamente os mesmos scripts. No entanto, não avistamos nenhum campo semântico que nos remetesse à tematização da esperança e dos projetos de futuro. O trabalho, a família e a igreja eram formas de *convivência*, de inserção social ou de reorganização do sujeito a partir do mundo social que o faz sofrer e, ao mesmo tempo, o impulsiona a viver com os outros:

P. – O que foi importante naquele período? O que te seguiu na abstinência?

TIAGO MAIOR: – Rapaz... o que me seguiu foi a base da leitura (bíblia) e tipo assim... O trabalho. O trabalho é essencial, é a base... E a família.

P. – Trabalha em quê...?

TIAGO MAIOR – Eu trabalho em construção...

P. – Na época da abstinência você trabalhava?

TIAGO MAIOR: – Trabalhava. A minha rotina era essa: trabalho, daí ia para o culto, entendeu? E dali do culto escutava uma palavra boa, ia pra casa... Nesse tempo morava só. Aí fazia ali uma janta, preparava uma janta e ia assistir uma televisão, ia dormir e pronto... De manhã eu já estava de pé e ia trabalhar de novo... e aí, naquilo ali eu sentia prazer de viver, entendeu? Depois que eu me envolvi com a mulher, entendeu? Eu me envolvi com a mulher e ela começou a “cheirar”, eu comecei a pegar os hábitos dela, entendeu? Não fiz de primeira, mas *eu comecei a pegar os hábitos dela, e aí eu fui mais fraco* (Grupo focal - Itálico nosso).

Vê-se novamente aqui a **derrapagem da autoridade**, como nomeamos essa demissão do sujeito e a delegação de sua recaída ou de sua dificuldade, remetendo-a ao outro. Observemos como Tiago Maior desenvolve mais estes aspectos:

Era aquele ditado: eu vou ganhar ela, tipo assim, eu vou tentar consertar... é como uma pessoa que diz “eu vou consertar o mundo”. Ninguém conserta o mundo... conserta o mundo? Eu posso consertar um ou dois, mas ninguém conserta o mundo... Aqui no Elo tem um bocado de pessoas, mas... Pode aqui de um sair dez, cinco recuperado de verdade. Então é dessa forma. Entendeu? Então eu fui querer ajudar e acabei sendo prejudicado, porque eu peguei os hábitos dela e aí caí e aí eu não consegui mais ficar bem naqueles hábitos novos: trabalho, compromisso... A primeira coisa que a droga tira é o compromisso, a pessoa mente para consigo mesmo, não tem mais aquele compromisso... A família se afasta da pessoa, é a pessoa que se afasta da família, por que quem conviver? Porque... a pessoa não quer ser chamada atenção e a pessoa sabe

que está errada; a pessoa vai e chama atenção, aquilo dali se torna chato, a pessoa vai e some (Grupo focal).

Elucida-se, acima, a rede densa de interrelações entre os aspetos que o sujeito reconhece estar nele (*e aí eu fui mais fraco*) e o que ele reporta ao outro (*eu comecei a pegar os hábitos dela*).

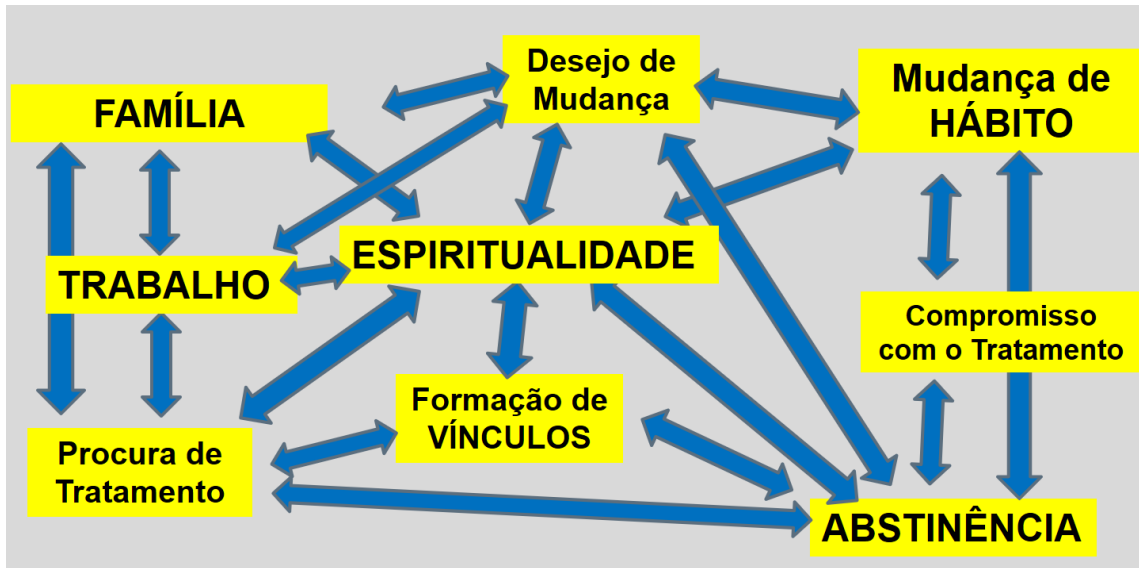
Já se encontra na literatura e pesquisa na área, uma reflexão sobre essa intersecção entre as dominantes subjetivas das recaídas e as situacionais, embora toda ambiência externa esteja plena do eu. Assim é que ao analisar as conclusões de suas pesquisas, evidenciam Rigotto e Gomes (2002) a relação entre o que nomeiam como constituintes (aspectos motivacionais que os sujeitos assumem como seus, sendo como que preponderantemente subjetivos) e os contextos concretos (que são condições estruturais de apoio à sua transformação e que se reportam predominantemente à ambiência social), senão vejamos:

(...) a relação entre constituinte (motivação para mudança) e contexto (condições estruturais de apoio) abre dois importantes flancos para críticas à compreensão do problema. São elas: motivação por mudança e clareza de planos para o futuro. Em contraste, sem definição de planos e ações concretas para realizá-los não há como sustentar a abstinência. A abstinência, como descrita, foi facilitada por um conjunto de apoios contextuais, como família, grupos e redes de amigos. Ora, pode-se interpretar que a dificuldade em esclarecer constituintes experienciais efetivos decorre da imbricação entre constituintes e contextos, que é a mesma imbricação entre Eu, Outro e Ambiente, ou entre objetividade e subjetividade (Gomes, Teixeira & Borges, 1998). A imbricação apontada exerce uma função de via dupla rompendo com limites artificiais entre constituintes e contextos, e entre cultura (uso de droga) e natureza (dependência). Por via dupla entende-se a capacidade do sujeito modificar o objeto ou do objeto modificar o sujeito (RIGOTTO; GOMES, 2002, p. 104).

Comprendemos de Tiago Maior os aspectos que nos fazem pensar em *derrapagem da auralidade* – que são os avanços e recuos das abstinências, pensando avanços quando o sujeito toma a posse de sua vida e de seus desejos, de seus projetos e de suas dificuldades.

Podemos, também, pensar em termos de *progressão em elos*, outro conceito que julgamos ter sido gestado nesta pesquisa e que se reporta ao papel que o trabalho com uma dimensão (a da espiritualidade) pode ser capaz de impulsionar o trabalho de outras (a social, por exemplo, que incorpora o trabalho e os vínculos). É importante dizer, contudo, que estes elos compõem um todo, uma complexa teia, como visualizamos na Figura 1.

Figura 1 – Esquema representativo da progressão em elos, formando uma complexa teia.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Vimos que os trabalhos e os vínculos familiares são algo de natureza diversa, para este sujeito, da experiência sexuada com “mulher”, como ele diz. Parece ser recorrente que nessa área os sujeitos criam um campo onde reencenam recaídas. Poderíamos pensar que as outras dimensões seriam potentes para o trabalho com estes aspectos mais profundos da intimidade afetiva do ser?

3.4 A construção da família como potência para a sustentação da abstinência

Mateus, o participante de mais idade do grupo focal com cinquenta e oito anos, inicia sua resposta fazendo uma retrospectiva de sua entrada no mundo das drogas estabelecida em outro país:

MATEUS – É, eu passei a curtir bem a adolescência. Com dezoito anos fui para os Estados Unidos, passei oito meses da Califórnia... Em setenta e oito [1978], quando liberaram a maconha; é liberado lá dois baseados, não podia andar e tomar cerveja com dezoito anos, você podia só maconha, você podia andar com *três onças* [três cigarros de maconha ou “baseados”], já a bebida você tinha que ter vinte e um anos para sair e usar. Aí eu morei em Nevada, atrás do rio Colorado. [...]. Então... a juventude eu passei fumando maconha e tudo; conheci cocaína com dezoito anos e até vinte e oito anos era só na *gandaia*, né? Namorando e se drogando e... Naquela época a gente cheirava no carnaval, semana santa, nas férias. Aí comecei a namorar com uma menina.... Já falecida. A minha primeira esposa, que era estudante de engenharia civil. *Com ela eu tinha parado de cheirar.* (Grupo focal - itálico nosso).

Vemos, na fala de Mateus, que dentre os fatores que o fizeram iniciar e manter um duradouro período de abstinência parece ter relevância o vínculo formado com sua

companheira. Atentemos para o modo como a parceira, sua mulher, influenciava-o, e auxiliava-o a se sentir sujeito de uma controlada abstinência.

Veja-se: Mateus ficou quatorze anos praticamente sem uso de droga, em uma longa abstinência. Não se poderia considerar o uso da droga de maneira rara, como recaída, mas como um *deslize*, que foi a tempo rechaçado. Aqui lembremos a conceituação de *deslize* no uso de drogas, segundo Kay e Tasman (2002, p. 194) “deslizes são episódios únicos, isolados, de abuso de substância durante um período de abstinência mantida”. Naturalmente, esses deslizes podem provocar recaídas se houver a continuação do uso e retorno aos padrões anteriores de consumo.

Como veremos abaixo, os vínculos com a mulher, em particular, e os filhos, o sustentavam na abstenção, mas podemos supor que ele atuava como construtor desses vínculos. Vale ressaltar que o sujeito deseja a mulher e os filhos, ele também não só correspondendo ao amor deles, mas atuando como sujeito nessa construção dos vínculos:

P. – Mas o que foi que fez você ficar abstinente?

MATEUS – Foi a mulher. Quando eu fui casado ela não gostava, ela fumou para saber como era, né? Então quando eu comecei... a querer botar família, passei três anos juntos para a gente se conhecer melhor... Em três anos se eu fumei dois baseados fumei muito; cheirar eu não cheirei. Aí depois a gente resolveu ter filhos.... Passamos quatorze anos juntos nessa época. Nesses quatorze anos foi onde eu fiquei alternando assim... Cheirei duas vezes só.... Numa festa, escondido. E maconha também era uma vez por ano, a gente tirava férias e ia para Flexeiras.... Fumava *baseado* escondido porque quando chegava em casa ela me vasculhava todo (Grupo focal)

Os vínculos familiares auxiliando na manutenção da abstinência fazem parte dos discursos de vários dos participantes, vejamos alguns:

TOMÉ – Eu creio que a família contou muito, né? Porque a satisfação de estar bem com a esposa, com a minha filha. Por que das vezes que eu estava em uso era um inferno. A gente faz a vida da família um inferno, né? Você sofre muito e faz o outro sofrer mais ainda.

TIAGO MENOR – A família, né? A família é o principal. Se não fosse eles, acho que eu não estava nem aqui mais. Já tinha ido para outro lugar... (Grupo focal).

Podemos avançar em nossas reflexões, observando e, certamente, afirmando a pergunta: será que a construção do vínculo, feita pelo sujeito como ator, como possuidor de capacidade de construir afeto íntimo, não seria uma experiência que, de uma área em que se atua dessa forma, pode ser referência para outra área, como a do trabalho?

MATEUS - E outra coisa: o dinheiro era ela que tomava de conta, a gente trabalhava na mesma empresa; eu era gerente de contas e matéria prima que era castanha da MAISA¹². Mexia com quase oitenta milhões de reais por ano... cinquenta milhões eu pegava para comprar castanha e outras trinta era para a matéria prima, para fazer polpa

¹² MAISA (Mossoró Agro-industrial S/A) - foi um grupo agro-industrial localizado na região de Mossoró, no estado do Rio Grande do Norte, no Brasil. Foi também o nome de fantasia de uma linha de seus produtos. FONTE: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Ma%C3%ADsa_\(empresa\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ma%C3%ADsa_(empresa))

da castanha. Era uma empresa tipo multinacional, em Mossoró; aí eu trabalhei lá 22 anos... Depois de quatorze e quinze anos ela faleceu de um acidente de trabalho. Passei dois anos mal... E aí recaí mesmo (Grupo focal).

A associação da queda de Mateus com a perda da esposa por falecimento depois de uma construção afetiva de quatorze anos de vínculo, que envolveu ter filhos e trabalhar juntos na mesma empresa, também é fato que não se pode deixar de perceber. Certamente, o modo de fazer o luto ou de não o fazer, pode evoluir para a patologia do luto ou o transtorno. Leader (2011) já nos estimulava a refletir sobre o assunto, enfatizando o papel do sujeito, seu “consentimento” em elaborar a perda:

No luto, precisamos *consentir*, no nível mais profundo, a perda de parte de nós mesmos, e essa é a razão – como vimos – de o luto envolver sacrifício adicional. Ele implica, logicamente, que a única maneira de desistir da imagem que tínhamos para alguém é questionar a forma, que imaginamos, como esse alguém nos via (LEADER, 2011, p. 152, itálico nosso).

Como dito acima, em caso de perdas, o risco do luto pode evoluir para um quadro patológico, e Leader complementa ao referir-se ao luto:

No luto, nossas memórias e esperanças ligadas à pessoa que perdemos são analisadas e cada uma delas é confrontada com a ideia de que essa pessoa não está mais lá. Esse processo de escrutínio e mistura de pensamentos e imagens acabam por se esgotar posteriormente, e o enlutado escolhe a vida em vez da morte. No luto patológico ou complexo, esse processo fica paralisado devido, principalmente, à presença de sentimentos poderosos de ódio misturados com nosso amor (LEADER, 2011, p. 77).

Na fala de Mateus, podemos inferir o desejo de recomposição dele, ou o esforço de fazer ou “consentir” o luto passar pelo percurso aprendido, quer dizer, pelos moldes antigos onde mulher, filhos e trabalho possuem seu valor.

Assim, ao ser perguntado pelo que viveu “depois da recaída”, o sujeito conta uma longa história de participação familiar, e mesmo de inserções no trabalho que acabara de acontecer, só que agora em outras funções e com outra relação conjugal.

Numa nova situação, vê-se agora de modo mais proeminente a presença dos filhos, junto à da nova mulher e da sua própria irmã, que cuida mais de perto de suas finanças, tornando-se realidade na sua retomada da vida, chamando-o para o novo:

MATEUS – Hoje, a minha irmã, essa mais perto de mim, eu passei uma procuração para ela dessa vez, todos meus bens passei para ela, a minha aposentadoria... meu benefício... eu posso me aposentar por tempo de trabalho... Agora que eu estou recebendo, ela me dá duzentos reais.... Porque eu também não posso chegar de uma vez... não posso chegar e voltar para a mulher. Ela já me dá um beijo no rosto, já passo o dia lá.... Então, eu sei que eu vou recuperar. Ela nunca teve ninguém certo... eu sei... eu mesmo me afastei (Grupo focal).

Reparamos que Mateus associa liberdade com a vivência junto à família, e se reporta também à importância da gratificação no trabalho que faz, como se pode constatar:

MATEUS – *O que me fez ficar livre foi a família, o trabalho que eu gostava... Porque lhe dá prazer mesmo, você estar trabalhando. A gente trabalha não só por dinheiro, trabalha por satisfação, para fazer o que eu gostava...*
 Eu não me formei, comecei a trabalhar com dezesseis anos no CEASA, e em uma fazenda. Então, seu sempre gostei de agricultura. Mas no vestibular eu não passei e comecei a vida trabalhando. Aí quando ela faleceu, eu passei dois anos mal e tal.... Aí depois comecei a desandar... comecei... aí caí brabo, mesmo com meus meninos morando comigo (Grupo focal - itálico nosso.)

Percebemos que o sujeito compreende o valor da medicalização e da espiritualidade, como algo que “está me segurando, vai me segurar”. Isso nos impulsiona a considerar que a medicalização, como também o que o outro nos faz, tem seu lugar nos percursos de abstinência. Entretanto, substituiria uma necessária produção de saber sobre si, capaz de alavancar suas escolhas novas e suas formas antigas de viver relações e reorganização da vida social?

MATEUS – [...] meu erro foi dizer que eu não aceitava o remédio. Eu não conhecia a minha doença. Não queria saber e com isso achava que a droga seria a melhor coisa. Mas o remédio com Deus faz o casamento certo [...] *hoje em dia o casamento com o remédio, isso aí é excelente.* É o que eu acho que está me segurando, vai me segurar. Porque eu não quero perder mais essa relação que eu voltei a ter tão bonito com a minha família. *Antes na comunidade terapêutica eu não refletia, ficava no ambiente lá sem pensar nas minhas questões, mas vivendo. Quando saí fiz o mesmo.* [...] Então eu estou com paciência e na caminhada certa. Não tenho pressa, tenho cinquenta e oito anos, já curti, agora eu quero é sair da *quebra* (Grupo focal – itálico nosso).

Observemos como o sujeito se movimenta, inferindo-se que responde a possíveis exigências do meio, com um “tem que ter ações e atitudes” para sair da “quebra”. Desse modo, amparado por diversas experiências de relacionamentos com filhos, uma nova mulher e a irmã, como também pelo desejo de uma possível volta ao trabalho, Mateus descreve os contextos situacionais presentes na sua vida hoje. Deixa-nos perguntar, porém, sobre lacunas do sujeito no pensar mais profundamente em suas questões subjetivas. E, mesmo, na sua espiritualidade, como se pode ver:

MATEUS – Aí eu acredito que é um Espírito, ela contando o que ia acontecer se eu continuasse na droga, certo? Ia perder o emprego; o aspecto financeiro, financeiro não, deu para livrar um bocado, mas me afastei dos amigos, dos amigos de infância, meus amigos mesmo. Fiquei na favela, andando com traficante, cheguei a traficar, ficar desacreditado completamente na parte de trabalho. Tanto que quando venderam a empresa em 2003, de 2003 para cá nunca consegui trabalhar de novo. Em 2006 eu me internei no Shalom e quando voltei.... Você fica desacreditado. Então passei dois, três anos limpo, porque aí eu comecei, arrumei um emprego de novo, não na Maísa,

pois a empresa foi dividida. Era na parte agrícola e um dos filhos ficou tomando conta da empreiteira e me chamou pra trabalhar com os equipamentos e no almoxarifado. Passei três anos. Casei de novo. Ela era menina nova, queria que eu lhe desse um filho. Nasceu o primeiro filho, aí nasceu uma segunda. Ela era rica, mas o pai dela quebrou financeiramente. Aí toda vida que eu chegava em casa, estava a família dela reunida. Comecei a usar de novo. Não deu certo o casamento. Então ontem até completei de separado já seis anos. Penso em voltar, certo? Só que agora é o seguinte: estou trabalhando isso... Fui pra Fazenda Esperança e quando sai, recaí (Grupo focal).

Por outro lado, repare-se como o sujeito parece ter uma história de relacionamentos com os filhos significativa de seu ponto de vista - o que parece implicar que o sujeito não é só a sua dificuldade. Esta compreensão de si como um ser mais inteiro parece ser vital para as abstinências e os esforços de não sair do universo das relações afetivas de trabalho que a pessoa diz valorizar e conseguir prazer.

MATEUS – Já recuperei para mim a minha família, meus filhos.... Meu filho mais velho de vinte e oito anos; tem cinco anos que ele é formado em engenharia civil. Eu não fui para a formatura dele porque eu estava cheirado e eu sei que se eu chegasse lá cheirado eu ia perder ele de vez. Então, quando meu filho tinha dezesseis anos, eu cheguei para ele e disse que eu usava; maconha ele sabia, mas cocaína, eu disse. Foi quando eu me internei pela primeira vez. Hoje em dia ele está me dando força, ele vai vim agora na próxima visita, vem com a minha irmã. O outro de vinte anos sentiu menos a barra porque eu fui dizer pra ele há três anos atrás, dizer da droga; ele pensava que era só bebida sabe? *Nunca usei droga na frente dos filhos* (Grupo focal - itálico nosso).

Analisando ainda uma passagem anterior, vimos Mateus descrever uma carta escrita pela primeira esposa, quando ainda não falecera, na qual dizia o que poderia acontecer se ele mantivesse o uso das drogas e porque ele deveria ficar longe disso. Ele diz ser tão verdadeiro o que a esposa dissera, e praticamente uma antevisão do que ia viver, que acredita que ela estaria sendo inspirada por um Espírito. Além disso, ele ainda mencionou o casamento “certo” entre a medicação, a espiritualidade e a família (esposa, filhos e a irmã) como fatores que juntos formam um feixe capaz de manter o isolamento do mundo das drogas. A espiritualidade aparece novamente e com mais ênfase no próximo sujeito participante da pesquisa, André.

3.5 A espiritualidade como compreensão de si

Ao iniciar seu depoimento, André nos fala de como iniciou o uso do álcool, e em sua fala, observamos que o motivo relatado (“*aí eu bebi por incentivo de um amigo meu para ver se criava coragem*”) foi similar a uma das razões encontradas por Sanchez (2004). A autora constatou em seu estudo a predominância clara de um motivo específico para o primeiro uso, no qual 23,3% usaram motivados pelo “embalo” do uso de outros indivíduos e 23,3% também

por “influência do namorado” (do sexo masculino). Outros motivos encontrados pela autora foram: “curiosidade pura” e “fugir dos problemas”. Mas todos com proporções praticamente idênticas de ocorrência, segundo a responsável pela pesquisa. Dito isso, vejamos a transcrição da fala de André:

ANDRÉ – Hoje eu tenho quarenta e cinco (45) anos, meu primeiro contato com álcool foi aos quinze (15) anos de idade. Fui para uma festa, sabia que a minha paixão ia estar naquela festa *ai eu bebi por incentivo de um amigo meu para ver se criava coragem*. Criei coragem e namoramos por quase dois anos. Na maior parte da minha vida o álcool foi uma brincadeira o que a maioria das pessoas chamam de “bebida social”. Bebia final de semana, passava duas, três semanas sem beber, em embriagava raramente só que com o passar do tempo o raramente foi ficando frequente e ao longo desses trinta anos o maior tempo que eu passei sem beber foram seis meses (Grupo focal - itálico nosso).

André, ao falar da razão que o levou a seu maior período de abstinência, diz que “*a motivação para eu passar seis meses também não foi a correta, certo?*”, leva-nos a ver que, no fundo, não tinha o direcionamento interior de busca da abstinência. Parece reconhecer que a aposta que fez com a mãe, de que passaria seis meses sem beber era movida pela arrogância, e pelo desejo de provar algo sobre isso a ela, e desse modo, não teria feito um movimento mais profundo, como refere fazê-lo agora. Mais adiante veremos André dizer que vai deixar a compulsão ao uso da droga “*porque dessa vez eu quero*”:

ANDRÉ – Depois de algum tempo eu descobri que parei de beber pelo motivo errado e *a motivação para eu passar seis meses também não foi a correta, certo?* Eu parei de beber por uma aposta que eu fiz com a minha mãe. A gente estava em casa preparando a ceia de Natal, eu estava ajudando ela na cozinha, então tropecei e derrubei uma travessa com salada que quebrou e se espatifou toda no chão, ela disse que eu estava embriagado. Eu não tinha bebido até então, até a ceia... depois da ceia de natal eu empurrava o pau... Ela estava estressada das tarefas um pouco e como eu já estava bebendo com muita frequência, ela justificou o acidente com essa atitude. Eu tive uma discussão muito áspera com ela e acabei falando para ela “eu provo para a senhora como eu passo seis meses sem beber” e consegui passar seis meses sem beber (Grupo focal - itálico nosso).

A “derrapagem da autorialidade” no caso da aposta de André com a mãe é evidente: o sujeito parece mostrar que se demite de uma mudança mais consequente e profunda, quando diz: “*O que me motivou a passar esse período, o que me deu força foi a arrogância*”. Observe-se sua fala:

ANDRÉ – *O que me motivou a passar esse período, o que me deu força foi a arrogância*. Eu queria provar para ela que eu passava seis meses sem beber. Eu não queria parar de beber, estava louco para beber, mas não queria quebrar a minha palavra. Infelizmente eu prometi a ela aqueles seis meses, eu queria ter prometido sessenta anos. Mas aí foi só seis meses. Teve um detalhe importante, juro que foi coincidência, os seis meses terminou na véspera do meu aniversário. Eu não calculei,

de repente quando deu seis meses: vou comemorar, vou tirar o atraso e eu tirei, provavelmente foi o maior porre que tomei na minha vida (Grupo focal - *itálico* nosso).

Seria interessante observar que na esfera da espiritualidade, André parece situar-se de maneira mais autônoma que o que temos escutado de outros sujeitos na pesquisa.

ANDRÉ – Ao longo dos meus quarenta e cinco anos eu tive muito problema com a minha espiritualidade. Eu gosto de usar o termo espiritualidade porque para a maioria das pessoas que chama de religião para mim é espiritualidade. Eu sou agnóstico, não tenho uma religião convencional e diferente de algumas pessoas que já foram questionadas aqui no grupo, perguntou quantas vezes você pratica sua religiosidade, sua espiritualidade. As pessoas costumam na maioria das vezes ir à missa, ir ao culto. Para mim espiritualidade é todo dia, vinte e quatro horas por dia e um dos dogmas que nós temos, o agnóstico é fazer o bem sem ver a quem (Grupo focal).

A crítica à espiritualidade como muito alicerçada no formalismo religioso é feita pelo sujeito da pesquisa André. Uma espiritualidade que se deve revelar não só em cultos e missas, em momentos pontuais, e locais designados, mas em todo o cotidiano. Nas suas palavras: *“As pessoas costumam na maioria das vezes ir à missa, ir ao culto... Para mim espiritualidade é todo dia, vinte e quatro horas por dia”* (...) André, pode-se ver, se recusa uma espiritualidade que lhe parece muito externa, onde os aspectos do rito são muito marcados.

A partir dessa fala de André, recordamos as palavras do professor e filósofo espírita Jose Herculano Pires (1976) em seu livro *Agonia das Religiões*, onde proclama que a ligação do homem com Deus se faz através do amor ao próximo, na prática da caridade (que é o amor em ação) e de maneira progressivamente crística, sem a necessidade de práticas rituais ou do emprego de excitantes de qualquer espécie.

ANDRÉ – Então eu procuro sempre dentro das minhas limitações ser a melhor pessoa possível. Se eu puder ajudar um colega meu, que bom. Se não eu continuo tentando. Hoje eu vivo em paz com a minha espiritualidade e isso tem me dado força pra romper a barreira dos seis meses sem beber; agora eu estou decidido a parar porque eu quero. A minha espiritualidade está me ajudando com isso, eu quero ver o amor da minha família que nunca deixou de estar do meu lado, sempre esteve a meu lado, embora eu tenha magoado muito... (Grupo focal).

Contrapondo a fala de André, temos Tiago Menor se referindo a outro tipo de espiritualidade, baseada em ritos, nas idas à igreja, na rotina de ler a bíblia, pois para ele “bom, basta ir para igreja, ou ler a bíblia ou até mesmo assistir próprio culto. Quando qualquer um fala de religião na televisão já ajuda. Pra mim funciona assim, agora não sei, né? Pra mim é assim” (Grupo focal).

Tal pauta merece uma discussão mais detalhada, mas antes de tentarmos diferenciar o que seria espiritualidade intrínseca e extrínseca, cabe fazer algumas distinções necessárias

entre religião e espiritualidade, e no cenário discursivo desse movimento reflexivo, refletir sobre o conflito existente entre religião e ciência, que neste trabalho nos leva a fazer dialogar a ciência da educação e da medicina, com a ciência espírita que trata, esta última, da relação entre os planos espiritual e material, como também da origem, natureza e destino dos espíritos, os seres inteligentes do universo (KARDEC, 2009).

A ideia de que essas duas áreas do saber humano – ciência e religião – sempre estiveram em conflito, impulsionou a que essa conflitualidade se tornasse senso comum. Todavia, alguns estudos históricos, como também recentes têm questionado esta visão (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPIA, 2010).

O fato é que a história das religiões e a ciência da atenção a pessoas sofrendo de transtornos mentais têm muitos pontos em comum, embora ao longo da história das culturas essa associação foi, em muitas ocasiões, exposta como problemática e de tal modo que uma, não raro, apresenta-se apagando a outra, sem uma dialogia capaz de fazer avançar as incompletudes de nossos saberes em suas diversas dimensões.

Com o iluminismo, sobretudo, a necessidade de se retirar os excessos da idade medieval e sua supremacia sobre o conhecimento científico fez com que se retomasse discussões sobre ciência e religião em outros patamares, saindo-se da aliança com dogmatismos anteriores. Assim, com o predomínio da ciência e a negação da religião e seus argumentos de autoridade (leia-se políticos), advindo na modernidade e mais depois, é que a esfera do sagrado, da religiosidade e da espiritualidade (tomadas uma pela outra, sem cuidados) passam a ser colocadas em uma espécie de nicho, em compartimento isolado, longe da ciência.

Antes, nas culturas mais longínquas no tempo, não era assim. Valorava-se o sagrado, o acervo das culturas religiosas. Mesmo até hoje, pode-se ver que se se retira a invisibilidade do olhar que se tem dado a essa esfera do sagrado nas culturas, há algo profundo que se enraizava, sem nunca se calar.

Por exemplo, os xamãs se tornam presentes em muitas culturas, e podem ser exemplo dessa junção entre o saber e a espiritualidade ou a esfera da religião, e desse amálgama, inclusive, entre a figura do curador e a do sacerdote ou de quem faz a mediação com o mundo espiritual, funções que estão presentes em todas as sociedades humanas (BOZZANO, 1997).

Não é que essa junção curador e sacerdote ou mediador da esfera humana com a divina tenha acontecido sem problemas ao longo da história (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPIA, 2010). É que a articulação entre essas dimensões, no âmbito da cultura, possui momentos singulares que evidenciam a cooperação dessas funções, embora não se deixe de colocar o afastamento de uma e outra em momentos da história onde uma reagia ao predomínio

e excessos da outra.

Pensando em adoecimento, já quase ao fim da Idade Média, os religiosos foram responsáveis pela direção de importante hospital destinado aos cuidados de enfermos mentais, construído em Valência (Espanha) em 1409. A partir daí, houve uma expansão desse tipo de atendimento: hospitais psiquiátricos foram criados e mantidos por grupos religiosos em quase toda Europa e nos Estados Unidos. E aqui no Brasil não foi diferente, várias das primeiras instituições para tratamentos psiquiátricos foram fundadas e mantidas por grupos religiosos, especialmente espíritas (STROPPA; MOREIRA-ALMEIDA, 2008).

Segundo Moreira-Almeida e Stroppa (2010), alguns intelectuais antirreligiosos a partir do século XIX, passaram a considerar a religiosidade um estado social e intelectual primitivo. Os autores ainda referem que alguns médicos como Charcot¹³ e Maudsley¹⁴ fizeram críticas ferrenhas e as divulgaram, tomando algumas experiências religiosas como patológicas. Sobre o assunto, eles ainda asseveram:

Freud, ao adotar uma postura de desvalorização da R/E [religiosidade / espiritualidade], teve uma grande influência sobre a comunidade médica e psicológica, enfatizou a influência irracional e neurótica da religiosidade sobre a psique humana. Em 1930, na obra *O Mal-estar na civilização*, escreveu que a religião resultava em ‘desvalorização da vida e distorção da visão do mundo real de uma maneira delirante – o que pressupõe uma intimidação da inteligência’. Embora houvesse psiquiatras com uma visão mais positiva da religiosidade, como Carl Gustav Jung e Viktor Frankl, a postura negativa era predominante (MOREIRA-ALMEIDA; STROPPA, 2010, p. 199).

Assim, até o início do século XX, no campo da saúde mental reinava absoluta a opinião de Marx (2005) publicada na obra *Crítica da Filosofia de Direito de Hegel*, de 1893. Nesta obra, Marx afirma, embora de modo contextualizado, que a “a religião é o suspiro da criatura oprimida, o coração de um mundo sem coração e a alma de condições desalmadas. É o ópio do povo” (MARX, 2005, p. 145).

Sanchez (2006, p. 4), analisando tal afirmativa de Marx, interpreta a assertiva dizendo que “a religião reflete o que falta na sociedade, é uma idealização das aspirações do povo que não podem ser satisfeitas de imediato. Como ópio, analgésico, alivia a dor, mas os torna alienados, obscurecendo sua percepção da realidade”. Na verdade, para corrigir excessos, a curvatura da vara entorta-se para o outro lado, e costuma se absolutizar visões que podem dialogar, como propomos.

Desse modo, intentando diálogos é que o professor e filósofo francês Hippolyte

¹³ Jean-Martin Charcot (1825 – 1893) foi um médico neurologista e cientista francês. (JEAN-MARTIN... 2018).

¹⁴ Henry Maudsley (1835 – 1918) foi um psiquiatra inglês, considerado um pioneiro na psiquiatria britânica (BAKER, 2012).

Léon Denizard Rivail, conhecido pelo pseudônimo Allan Kardec, trazia outra perspectiva, não somente dessa visão sobre a religião, mas também da divisão e separação instituída entre ciência e religião naquele período da história, que vai propor ser dialógica. Em uma de suas obras, publicada em 1864, ele refere que:

A Ciência e a Religião são as duas alavancas da inteligência humana.[...] A incompatibilidade, que se acredita existir entre essas duas ordens de ideias, provém de uma falha de observação, e do excesso de exclusivismo de uma e de outra parte. Disso resulta um conflito, que originou a incredulidade e a intolerância (KARDEC, 2013, p. 40-41).

Somente nos princípios do século XX, referências a possíveis influências positivadas da religião na vida e na saúde de seus praticantes foram apresentadas nos primeiros estudos sobre o assunto. O que contrariava posições redutoras da religião, como a de Freud (1962), que se referia à religiosidade como dando margem a uma psicopatologia, afirmando que “a religião é uma neurose obsessiva, uma enfermidade psicológica alimentada pela repressão sexual” (PALMER, 2001 *apud* SANCHEZ, 2006, p. 4).

Sanchez (2006, p. 4) conjectura se tais estudos poderiam “ter sido influenciados pela ruptura da postura cética dos cientistas, marcada pelas manifestações religiosas de Einstein e Jung nessa época da História”. A autora prossegue dizendo que:

Enquanto Jung, contrariando as teorias freudianas, afirma que é a ausência da religião, não a sua presença, que leva à neurose, Einstein é mais contundente ao afirmar que ‘a ciência sem a religião é manca e a religião sem a ciência é cega’, sugerindo que os dois campos de estudo são complementares e não antagônicos (*op.cit.*, p. 4).

Com a mesma opinião de Einstein, só que alguns anos antes, o professor Rivail (Allan Kardec) vai além:

[...] em que a Ciência, deixando de ser exclusivamente materialista, deve levar em conta o elemento espiritual; e em que a Religião, deixando de desconhecer as leis orgânicas e imutáveis da matéria, essas duas forças, apoiando-se mutuamente e marchando juntas, sirvam uma de apoio para a outra. Então a Religião, não mais desmentida pela Ciência, adquirirá uma potência indestrutível, porque estará de acordo com a razão e não se lhe poderá opor a lógica irresistível dos fatos (KARDEC, 2013, p. 41).

O tempo passa, e no final do século XX já existia uma vasta literatura associando positivamente religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano (PLANTE, SHERMAN, 2001; SEYBOLD, HILL, 2001; GEORGE et al, 2002; MILLER, THORESEN, 2003; PARGAMENT, 1998; KOENIG, 2001; STROPPA, MOREIRA-ALMEIDA, 2008; OLIVEIRA, 2008, LOTUFO NETO 1997), dentre outros, iniciando nova mudança no cenário.

Essa associação positiva e cientificamente comprovada levou a uma posição menos preconceituosa dos profissionais de saúde dos Estados Unidos perante a questão da “cura pela fé” (SANCHEZ, 2004). Essa nova postura, nos últimos anos, promoveu uma mudança nos cursos de Medicina daquele país. Em 1992, das cento e vinte e cinco (125) escolas de medicina americanas, apenas quatro ofereciam cursos sobre o inter-relacionamento entre a religião e a medicina. Esse número cresceu para mais de sessenta (60) escolas médicas, em 1999, que ofertavam tais cursos, dentre elas as conceituadas *Harvard University* e a *Johns Hopkins University* (KOENIG et al, 2001), como também a Universidade Federal do Ceará (OLIVEIRA, 2008).

Voltando à grande pergunta: como diferenciar espiritualidade intrínseca da espiritualidade extrínseca? Ou, mais profundamente, como diferenciar religião de espiritualidade? Koenig (2012) observa que tais conceitos devem estar muito bem definidos para que se consiga fazer estudos na área, e afirma que “sem definições claríssimas, a pesquisa sobre religião, espiritualidade e saúde não é possível” (*op.cit.* p. 9).

No entanto, não há um conceito unânime sobre o que seja espiritualidade. Mas, antes de prosseguirmos com a espiritualidade, vamos fazer um resumo sobre o conceito do que seria religião, pois esse é menos divergente entre os estudiosos.

Geralmente, quando falamos em religião nos vem à lembrança a imagem de uma igreja, sinagoga, templo ou mesquita. Isso devido exatamente à questão de a religião ser cercada de rituais que são realizados em lugares como esses. A religião se ocupa de um conjunto de ensinamentos que visam dar uma compreensão ao homem sobre assuntos como: de onde ele vem, como foi criado, qual seu significado e propósito no mundo, como deve se comportar com seus semelhantes e para onde ele vai após a morte (KOENIG, 2012).

Lotufo Neto (1997, p. 14), após fazer um apanhado histórico dos conceitos de religião concatenando vários autores do século XX, advoga que “a religião varia enormemente de uma época para outra, entre gerações, sociedades, classe social e ocupação”. E é exatamente do trabalho do Prof. Lotufo Neto (1997) que trazemos o interessante conceito de religião de Fowler, citado pelo pesquisador e que nos leva ao aspecto da construção da fé no presente. Vejamos:

Religião é a tradição acumulada composta das miríades de crenças, práticas que expressam e formam a fé de pessoas do passado e do presente. Seus componentes incluem a arte, arquitetura, símbolos, rituais, mitos, narrativas, escrituras, doutrinas, ensinamentos morais, música, práticas de justiça e misericórdia e, muito, muito mais. Pode ser a fonte do despertar e da formação da fé das pessoas no presente (FOWLER, 1994, *apud* LOTUFO NETO, 1997, p.13).

Abordando a questão do sentido da vida, como também a colocando como sistema (elaboração intelectual) de crenças, além de uma comunidade de práticas, dentre outros aspectos, vejamos agora como o estudioso médico Koenig conceitua religião:

Pode-se definir religião como um sistema de crenças e práticas observado por uma comunidade, apoiado por rituais que reconhecem, idolatram, comunicam-se com ou se aproxima do Sagrado, do Divino, de Deus (em culturas ocidentais) ou da Verdade Absoluta, da Realidade ou do Nirvana (em culturas orientais) (KOENIG, 2012, p.11).

Observando uma definição historicamente anterior, mas bem próxima à de Koenig, vemos Durkheim (2003) nos trazer a ideia de religião como sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, que unem uma comunidade ético-moral. Ressalta-se aqui a ideia de que haveria uma das funções da religião, que se reportava à função asseguradora da coesão social. Assim é que nessa concepção sociológica de Durkheim, tem-se o aspecto da crença associado ao compartilhamento das práticas, formando um construto que daria conformação à coesão social, essa por sua vez sublinhando as construções ético-morais (SILVA, 2017).

Contudo, como já foi referido anteriormente, pela exatidão e simplicidade, utilizamos o conceito de religião proposto por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006, p. 243): “é um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados a facilitar a aproximação ao sagrado ou transcendente (Deus ou força superior) e a promover um entendimento e relações entre os membros de uma comunidade”. Já o conceito de religiosidade, para Miller (1998) seria a crença e prática dos fundamentos propostos por uma religião, conceito este utilizado na presente pesquisa, pela precisão e abertura, simultaneamente.

Semelhante a Miller (1998), os pesquisadores Larson, Swyers e McCullough (1998) defendem que a religiosidade estaria mais relacionada a um conjunto de crenças pessoais, fidelizado a determinada instituição religiosa, na qual existe um sistema doutrinário que rege a relação do indivíduo com a figura divina.

Quando se fala em religiosidade, principalmente quando se fala da relação da religiosidade e saúde, o médico pesquisador e escritor Larry Dossey (1993), em seu livro *As palavras curam*, fala-nos do poder da religiosidade, referindo que há cada vez mais evidências de que a religiosidade pode salvar vidas, e complementa:

A religiosidade – e não a prática de preces destinadas à manipulação de circunstâncias da vida, ou ao banimento das doenças, que a maioria dos ocidentais conhece como oração, atualmente – está presente em muitos casos de enfermidade grave que apresentam uma melhora espontânea. A religiosidade nos permite estar num plano de

vivências em que a doença pode ser sentida como uma parte natural da vida, em que aceitá-la é mais do que permanecer passivo diante do seu desenrolar (DOSSEY, 1993, p. 48).

Partindo para a definição de espiritualidade, que pode ser considerada bem mais ampla, segundo Koenig (2012), em livro no qual o autor realiza ampla discussão sobre o assunto, enfatizando aspectos que giram em torno do significado e sentido da vida, sem deixar de trazer outras elaborações que incluem a dimensão do sentir, os estados de reverência e relação com o divino, bem como o suporte da crença partilhada e suas práticas. Desse modo, trazendo conjunções diversas, afirma o seguinte:

(...) essas definições de espiritualidade incluem significado e propósito, paz interior e conforto, conexão com os outros, suporte, sentimentos de admiração, reverência ou amor e outros termos saudáveis e positivos. As definições também deixam muito claro que espiritualidade não precisa envolver religião, ou seja, pode ser completamente secular. Aqui, espiritualidade é definida por como uma pessoa escolhe defini-la, mas sempre significa algo de bom – algo com o qual praticamente qualquer um gostaria de se associar (KOENIG, 2012, p.14).

Buscando outras concepções sobre o assunto, observamos que Hill e Pargament, pesquisadores renomados nesta área, definem espiritualidade como uma procura pelo sagrado, e logo após formulam o que seria a ideia de sagrado:

Although any definition of a construct as religious and spiritual is limited and therefore debatable, spirituality can be understood as a search for the sacred, a process through which people seek to discover, hold on to, and, when necessary, transform whatever they hold sacred in their lives. (...) The sacred is what distinguishes religion and spirituality from other phenomena. It refers to those special objects or events set apart from the ordinary and thus deserving of veneration. The sacred includes concepts of God, the divine, Ultimate Reality, and the transcendent, as well as any aspect of life that takes on extraordinary character by virtue of its association with or representation of such concepts¹⁵ (HILL; PARGAMENT, 2008, p.65).

Retomando conceitos que envolvem a ideia do sagrado, estados de reverência e procura de conexão com esta dimensão, Hill e Pargament (2008) mostram também o modo como essa esfera de sentimentos e conhecimento influi na vida dos sujeitos, além de como reverbera essa visão nos seus mundos. Articulam o conhecimento com a simbolização do sagrado, sem esquecer aspectos da dimensão do sentir, e acentua o aspecto da conectividade

¹⁵ Embora qualquer definição de um construto como religioso e espiritual seja limitada e, portanto, discutível, a espiritualidade pode ser entendida como uma busca pelo sagrado, um processo pelo qual as pessoas procuram descobrir, apegar-se e, quando necessário, transformar aquilo que consideram sagrado em suas vidas. O sagrado é o que distingue religião e espiritualidade de outros fenômenos. Refere-se àqueles objetos especiais ou eventos separados do comum e, portanto, merecedores de veneração. O sagrado inclui conceitos de Deus, o divino, a Realidade Suprema e o transcendente, assim como qualquer aspecto da vida que adquira um caráter extraordinário em virtude de sua associação ou representação de tais conceitos. (Tradução nossa).

com essa esfera. Assim é que não deixam de considerar sentimentos como veneração, admiração e buscas dessa natureza, de maneira a situar em um construto complexo dimensões intelectuais e sensitivas, afetivas e relacionais na relação com o sagrado.

Em uma tese apresentada na Universidade de São Paulo, o Prof. Lotufo Neto (1997) relata que a espiritualidade trata da busca humana por uma vida satisfatória e com sentido, o que refere essa dimensão do sentido maior da vida e sua busca, bem como reporta-se à natureza essencial de si mesmo e seu relacionamento com o universo, incluindo a referência a Deus como criador da vida no universo e causa última, poder superior essencial, aos quais são remetidos os propósitos da vida.

É importante anotar neste autor, o que ele assinala de muito particular: a necessidade que temos de nos orientar por alguma força ou poder não material, que estaria além de nós próprios, e que seja referência em nossas vidas. Descreve essa ordem de questões do seguinte modo:

Processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material que está além e é maior do que eles próprios, de modo a haver reconhecimento ou, pelo menos, alguma dependência a um poder superior, ou espírito. A espiritualidade envolve um processo pessoal dirigido a relacionar o si próprio com o poder superior essencial. Deus, um espírito vivo, pessoal e invisível, criador da vida e o modelo perfeito que deve ser procurado (LOTUFO NETO, 1997, p.10).

A espiritualidade também poderia ser tomada como uma concepção existencial na busca por um crescimento pessoal, onde prevalece uma relação direta com a entidade divina (LARSON, SWYERS, MCCULLOUGH; 1998). Para esses estudiosos, o termo espiritualidade aparece como um modo de ressaltar a transcendência do homem além das instituições religiosas e onde se realça sua relação mais pessoal com essa esfera do sagrado ou divino.

Desse modo, pode-se dizer que se observa ser praticamente um traço comum à ideia de espiritualidade como o que o sujeito recorta para viver de uma determinada referência na relação com o sagrado ou o divino, mundo espiritual ou Deus, ente superior e criador do universo, significando que em geral se observam os aspectos mais ligados a uma comunidade de fé, sistema de preceitos e crença estarem voltados mais para as referências que envolvem a ideia de religião.

Há, contudo, nesse conjunto de compreensões, a possibilidade que alguns autores deixam em aberto, de uma prática espiritual desprovida de religião organizada, o que permitiria um outro modelo de culto e práticas espirituais (LARSON; SWYERS; MCCULLOUGH, 1998), de maneira a valorar os aspectos mais pessoais nessa relação com o sagrado.

Devido a essas diversas concepções de espiritualidade, Koenig (2012) volta a nos

lembrar que pesquisadores refiram de maneira clara qual o conceito de espiritualidade está sendo usado na pesquisa. Nesse mesmo estudo, Koenig (2012) cita um professor de Humanidades Médicas da Universidade da Pensilvânia, David J. Hufford, que nos traz de maneira sintética os construtos abordados nos dois conceitos. Vejamos: a espiritualidade seria a “relação pessoal com o transcendental” e a religião seria “os aspectos comunitários e institucionais da espiritualidade” (HUFFORD, 2005 *apud* KOENIG, 2012, p.16).

Historicamente, Levin (2001) nos esclarece que os conceitos anteriores de religião, religiosidade e espiritualidade eram invertidos. Hoje, podemos dizer, grosso modo, que com a espiritualidade se tem um subconjunto de um fenômeno mais amplo, com saberes sistematizados: a religião, e que através da participação religiosa se procura a espiritualidade, de maneira que atingir a espiritualidade seria vivenciar aspectos de sua própria religião, em uma relação mais íntima com o sagrado, Deus e mundo espiritual. Anteriormente, contudo, observa Levin (2001), essa união com Deus ou com o divino era o objetivo maior da religião e um estado que nem todos conseguiam alcançar, ou seja, religião, antes, já propunha um traço de verticalização na experiência religiosa.

Em seu livro *Deus, fé e saúde*, Levin (2001) relata ainda que o conceito atual de espiritualidade adquiriu esse significado nos últimos vinte anos, e justifica que essa mudança tenha sido fomentada pelos escritores contemporâneos que juntamente com o equipamento midiático eram hostis às instituições religiosas estabelecidas, mas tolerantes à expressão religiosa individual, e assim começaram a reservar o termo “religião” para comportamentos, crenças e outras manifestações que acontecem no contexto das religiões organizadas (LEVIN, 2001). Nessa visão, os autores mais contemporâneos teriam reservado o vocábulo “espiritualidade” para conceituar as práticas religiosas relacionadas à meditação, experiências transcendentais, sentimentos de unidade com a natureza e outros recortes que singularizariam a experiência religiosa. Assim ele explica:

Nesse novo sentido, espiritualidade é o fenômeno mais amplo, sendo a palavra ‘religião’ reservada para o subconjunto de fenômenos espirituais que se referem à atividade religiosa organizada. Esse empenho para evitar o estigma da palavra ‘religião’ desloca todos os seus aspectos favoráveis para o antigo termo ‘espiritualidade’ (*Op.cit.*, p.25).

Muito possivelmente devido a essa ordem de explicações acima, observamos o pesquisador e psicólogo americano Gordon Allport, em estudo datado de 1950, fazer distinção entre religiosidade intrínseca e extrínseca, ao invés de espiritualidade intrínseca e extrínseca, em seu estudo intitulado *The individual and his religion*. Sales (2017), por sua vez citando

Allport e seus conceitos em sua dissertação de mestrado, apresenta-nos uma retomada dessa questão, com definição precisa:

A religiosidade intrínseca é uma forma de expressão religiosa, cujo intuito é gerar um significado para a vida, uma busca por harmonia e equilíbrio através da escolha de seguir as crenças religiosas e procurar internalizá-las. A religiosidade extrínseca contempla uma expressão religiosa de forma mais externa, por meio de comportamentos desejosos por benefícios exteriores, como segurança e status (ALLPORT, 1950 *apud* SALES, 2017, p.102).

Posteriormente, em um famoso artigo publicado no *Journal of Personality and Social Psychology* em 1967, Allport e Ross (1967) nos esclarecem mais sobre o que seria religiosidade intrínseca e extrínseca, além de referir qual seria a importância dessa diferenciação. Os pesquisadores parecem nos dizer que saber que uma pessoa é em algum sentido religiosa não significa que compreendamos o modo como o seja e como a religião predomina em seu sistema de crenças e símbolos. O que estamos vendo agora, nessa perspectiva, pode-se dizer ser uma valoração dos efeitos concretos ou da relação no sentido mais íntimo e pessoal que os sujeitos irão construir, quando de sua espiritualidade, vista como processo dessa conexão mais profunda com o universo transcendente.

Assim, Allport e Ross (1967) diferenciam a religiosidade em dois polos, de um lado se encontra a pessoa que motivada extrinsecamente usa sua religião, no outro polo está o indivíduo que intrinsecamente motivado *vive* sua religião. Estabelecem os autores também que a maioria das pessoas que se professam religiosas está em um *continuum* entre esses dois polos, e que dificilmente se encontra alguém que tenha alcançado cem por cento em um dos polos, o que nos leva a pensar em termos de predominância do que seria intrínseco ou extrínseco e não em termos absolutos.

Detalhando um pouco mais o raciocínio, Allport e Ross (1967) nos dizem que na orientação extrínseca da religião a pessoa está disposta a usar a religião para benefício próprio, para seu interesse, para encontrar sentido nessa relação com o sagrado e o transcendente. Nesse sentido, a pessoa busca de modo muito singular, pessoal encontrar sentido, e alguma utilidade para a religião em sua vida, seja para lhes dar mais segurança e consolo, ou sociabilidade e distração, para sentir-se incluída em um grupo social ou para auto justificação em sua esfera de relação com o sagrado. De alguma maneira, tentando não cair em reducionismos, podemos dizer que na espiritualidade intrínseca o ser se volta mais para Deus e a esfera transcendente ou sagrada, mas sem se afastar de si mesmo nessa procura, tentando recortar algo para sua experiência concreta de vida ou íntima, com a divindade.

Ao fazer este movimento, situamo-nos acolhendo as diversas faces da realidade

espiritual, sem fazer da diferença entre espiritualidade, religião e religiosidade trincheiras, que se apartam e funcionam absolutamente em separado. Ao contrário, propomos intercâmbios, trocas, diálogos, que se fazem nestes variados lugares de fala.

Pelo que acabamos de constatar na dissertação, a espiritualidade extrínseca atua muito temporalmente, quer dizer, em um momento determinado, o que é fundamental como suporte psicossocial e mesmo espiritual. Assim, em momentos críticos, os grupos religiosos do sujeito em abstinência são, como se pode observar, importante referência afetiva, inclusive porque eles veem a pessoa que luta contra os processos de abuso de substância como alguém em luta e isso é impulsionador para o sujeito. Observou-se que o grupo de apoio da comunidade religiosa é uma vivência amorosa e, portanto, os relacionamentos que daí emergem podem ser sustentadores em horas difíceis, em particular no período de luta que caracteriza a abstinência.

No entanto, além desse apoio em momentos difíceis, aspectos da espiritualidade intrínseca possuem efeitos mais longos, pois são buscados continuamente, e não apenas nas horas críticas. Os aspectos intrínsecos, quer dizer, um relacionamento mais assentado na conexão com o espiritual, funcionam mais profundamente sustentando o sujeito na relação com o Si mesmo, o que é fundamental para empoderar o ser na mudança empreendida com relação ao uso abusivo de drogas. O sujeito ao ser empoderado vai sendo capaz de gerir suas mudanças com maior atuação dele próprio, sendo, pois, mais capaz de levar escolhas de longo prazo à frente.

Digamos que as duas formas são importantes: uma (espiritualidade extrínseca) atua mais visivelmente na crise (a outra mais invisivelmente nessas horas críticas), e a outra (espiritualidade intrínseca) produz efeitos mais duradouros por enfatizar a autonomia e a necessidade de mudança e de autodireção do sujeito, que vai contar com o espiritual de outro modo.

Pelo que vimos a partir da análise do campo empírico dessa pesquisa, a espiritualidade vivida mais intrinsecamente pode levar o sujeito a procurar novamente, de maneira mais perseverante, menos circunstancial, em si, essa relação com o desenvolvimento de sua conexão com o mundo espiritual ou as figuras do sagrado. Sua força, na espiritualidade intrínseca, requer sua própria interpretação do que seja da ordem do espiritual em sua cultura pessoal, que aliada a outros extratos da experiência espiritual colocam a pessoa mais como sujeito de suas transformações.

Voltando à apreciação dos discursos dos participantes transcritos nesse estudo, podemos observar que os sujeitos fazem uma espécie de avaliação das suas dificuldades na abstinência, em um vislumbre de suas reais condições, que na verdade ele intenta superar,

aproveitando leituras do passado, como se vai ver. Ao referir: “Está sendo difícil, a vontade é grande de experimentar de novo, mas agora com a minha sobriedade eu estou tentando fazer isso, um casamento da minha espiritualidade com a minha sobriedade”, o sujeito mostra fazer uma avaliação e si de outra natureza. “Eu consigo enxergar as coisas de modo diferente”, diz André (Grupo focal). Que elementos podemos pinçar dessa real diferença, segundo o sujeito?

Nesse terreno reflexivo é que André aproveita a sua reflexão sobre espiritualidade como “ser melhor servindo a alguém” para sustentá-lo, do ponto de vista da produção de sentido na sua transformação:

Então eu procuro sempre dentro das minhas limitações ser a melhor pessoa possível. Se eu puder ajudar um colega meu, que bom. Se não, eu continuo tentando. Hoje eu vivo em paz com a minha espiritualidade e isso tem me dado força pra romper a barreira dos 6 meses sem beber (Grupo focal).

Observem-se os passos a serem dados, que parecem ser antevistos por André:

Eu vejo que a minha família está se reaproximando de mim, está acreditando mais em mim, está gostando mais de mim, mas eu não estou tentando provar nada mais para eles. Só estou tentando fazer o melhor por mim e felizmente isso está atingindo de forma benéfica as pessoas próximas a mim: amigos, amigas, outros parentes já estão percebendo mudanças. Acredito que dessa vez eu esteja no caminho certo, pela decisão certa, pela vontade certa: *porque dessa vez eu quero*. Dessa vez eu não estou afim de provar nada a ninguém, dessa vez eu não estou fazendo por birra nem por raiva, estou fazendo porque eu quero e está sendo muito bom para mim. Me sinto melhor na minha saúde, na minha convivência, tenho muita alteração de humor ainda. Vou procurar exercer a paciência, a serenidade, de respirar fundo; já não conto de um até 10, conto de 01 a 100 de trás para frente, para ver se a paciência volta. Estou aprendendo a escutar coisas que antes eu não escutava. Felizmente eu não perdi muita coisa na minha vida, eu deixei de *criar*, poderia ter feito muito mais do que eu fiz. Mas não tive que perder casa, carro, perder pessoas de forma definitiva, tipo que nunca mais quisessem olhar na minha cara... não, fiz isso não. A minha família poderia estar numa situação bem melhor, mas nesse aspecto me considero muito novo ainda, aos quarenta e cinco anos de idade tenho muito gás e muito tempo ainda para construir ou que eu não construí. Agora eu estou enxergando que eu preciso, posso e vou conseguir construir algo agora (Grupo focal - itálico nosso).

Ao ouvir isso que André falou, outro sujeito da pesquisa chamado Mateus, que estava no grupo focal, move-se para refletir, a partir da idade, sobre o fato de que “tem muita coisa para viver”. Diz que “sua cabeça é boa”, parecendo querer assegurar-se e assegurar aos outros que não se sente velho (é o que possui mais idade no grupo).

Mostra que tentou preservar sua família e que não perdeu tudo do que havia construído, pois fizera muito, em termos do que pôde conseguir materialmente com o seu trabalho. Tinha bastante, por isso ainda conservou algo. Uma das coisas que ele não perdeu, e que lhe garante uma boa remuneração, é a pensão por morte da esposa que faleceu por acidente de trabalho – que neste caso é integral, pois não há a questão de um teto como há hoje. Vejamos

como Mateus fala sobre isso:

MATEUS – Só um fator da idade... A idade está na cabeça e no nosso corpo. A nossa cabeça estando bem o nosso corpo vai acreditando. Se com a inteligência que nós temos, tendo se livrar dessas coisas, dessas drogas... a doença tem o efeito dela. A gente vai segurando nossa cabeça. Porque o mais legal disso a gente vê que a família é... não é? (Grupo focal).

E é então que Mateus mostra que a ação de mudança concreta é que vale, não adianta só “dizer que vai parar” com as drogas e não parar: “Nós estamos falando menos, agindo mais”, como vai referir abaixo:

MATEUS – Antigamente era você atrás de enganar em ficar perto da família. Agora não, você está fazendo o seu normal, não está fazendo propaganda de você, você está limpo, estão lhe vendo limpo, você não está falando.... Eles estão lhe vendo de lá para cá (Grupo focal).

Mateus evidencia na abstenção o valor de uma reflexão com compromisso concreto de mudança operativo, poderíamos dizer. As suas atitudes na abstinência, ele as toma também para que possa reconquistar um lugar junto à segunda esposa (a primeira falecera, como vimos), a sua irmã e os filhos. Estar com a cabeça boa, ao que parece, investindo um novo lugar junto aos seus laços de afeto, garante-lhe a juventude:

Você está achando gosto em viver a nova vida, mais do que você tinha antigamente e eles tão lhe chamando para perto. Então isso dentro de você vai lhe *engrandiando* [engrandecendo] cada vez mais... Apesar de nós termos uma cabeça boa, se você está com o corpo bem e a cabeça boa, então praticamente está na juventude de hoje (Grupo focal).

Podemos articular o compromisso concreto que se faz no período de abstinência com a crescente imagem positivada que a família vai tendo dele, fornecendo-lhe uma espécie de recompensa afetiva ou de laço que se aperta: “Então isso dentro de você vai lhe *engrandiando* [engrandecendo] cada vez mais...”.

Outro participante do grupo focal entra na discussão e associa corpo à luz e à luminosidade do sujeito como sendo uma força atrativa que a sua própria mudança ocasiona, e Mateus volta e insiste na ação real da abstinência suceder a uma reflexão sobre ela, de maneira a se sair do que eles nomeiam como estar “inventando histórias”. Vejamos:

TIAGO MAIOR – É tipo.... Se em teu corpo tiver luz, teu corpo será luminoso.

MATEUS – Antigamente você ficava forçando ficar perto da sua família, ficava *inventando história*.

TIAGO MAIOR – É tipo assim, né?

MATEUS – Eu antes ficava inventando história para ficar perto deles, para poder amanhã usar droga ou bebida. Agora, não. Nós deixamos a droga. Não temos contato. Nós estamos falando menos, agindo mais e eles vendo a gente com o nosso físico bem

melhor do que antes, coisa que era antigamente no nosso normal. E nós estamos voltando o nosso normal de novo. Nosso caráter, nosso humor, nosso amor, né cara? (Grupo focal - itálico nosso).

Dentro desse campo semântico de evocações de lembranças, Mateus nos traz o que acontecia no período de abstinência com as crianças, em uma das comunidades terapêuticas em que ficou internado. Afirmo algo que nos surpreendeu:

Eu vi na Fazenda Esperança criança de oito anos, doze anos usando droga fazendo os tratamentos por aí... No dia que se internam, as crianças querem matar, elas querem furar todos, xingando... Com quinze dias, vinte dias depois eles voltam a jogar “bila”, voltam a ser crianças de novo. Passou aquele mês, *a criança volta a ser criança mesmo*. Passou a fissura, passou tudo (Grupo focal - itálico nosso).

Nesta passagem, após um período em que há uma desintoxicação, uma saída dos efeitos das drogas sob o corpo, a inocência pueril e os comportamentos brincantes da infância retornam. Veja que ele diz: “a criança volta a ser criança mesmo”.

A partir dessa fala, iniciamos uma discussão sobre a questão da voluntariedade do internamento. Até o corrente ano, o internamento para tratamento das pessoas que sofrem pelo consumo de drogas era sempre voluntário, com as devidas exceções listadas em norma legal, a lei nº 10.216/2001¹⁶ (BRASIL, 2001), que por sua vez sofreu alteração recente através da publicação da lei nº 13.840/2019¹⁷ (BRASIL, 2019b). Todavia, a questão da internação forçada é ponto importante de divergências de opiniões entre os estudiosos do assunto. Trata-se de uma questão ética fundamental. Vejamos algumas perspectivas.

Segundo o psiquiatra Marcelo Ribeiro, professor na UNIFESP e um dos organizadores do livro *O Tratamento do Usuário do Crack*, a internação involuntária deve ser considerada para os que estão numa fase aguda do vício, quando o drogadicto perde a capacidade de escolher se deixa ou não o consumo do crack, e é o primeiro passo para que o sujeito recupere a condição de analisar a própria vida (MARINHEIRO, 2012). Dr. Marcelo Ribeiro ainda completa dizendo que a internação, neste caso, pode durar de duas a quatro semanas, quando o paciente recebe alta e é encaminhado para um tratamento de longa duração, que será conduzido se o dependente químico concordar (MARINHEIRO, 2012). Podemos perguntar: em que se baseou o professor da Universidade Federal para afirmar tal postura?

Rodrigues, Caminha e Horta (2006) referem em seu estudo que foram detectados

¹⁶ Lei nº 10.216 (de 06/04/2001) - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

¹⁷ Lei nº 13.840 (de 05/06/2019) - Altera várias leis anteriores para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

déficits cognitivos no que concerne à memória nos usuários de crack, dado que é corroborado pela literatura específica que mostra o processo de estabelecimento de perdas cognitivas ao longo do tempo. No entanto, sugere-se que outros estudos sejam realizados em nível multidisciplinar, buscando também a perspectiva dos sujeitos, de modo a pensar o sujeito de maneira menos unilateral, não vendo apenas seu físico, mas alcançando a reflexão ética sobre a liberdade e a autonomia.

Abordando a temática mais detidamente, tal assunto estava sendo objeto de estudo em 1998, por Stocker, em artigo intitulado *Cocaine Abuse May Lead to Strokes and Mental Deficits*, cuja tradução livre é a seguinte “Abuso de cocaína pode levar a derrames e déficits mentais”. Nesse artigo, o autor explica como ocorrem as alterações provocadas pela cocaína/crack:

O uso de crack afeta diversos órgãos e sistemas do corpo humano. Ocorre vaso-constricção, podendo haver isquemias, infarto do miocárdio ou arritmias cardíacas. Pode haver lesão neuronal, com atrofia cortical e perturbações comportamentais, como comportamento violento, agressividade, tremores, alucinações, delírios, comportamento bizarro em função da hipervigilância e até a morte. Pode ocorrer, também, prejuízo para as funções cognitivas do indivíduo, especialmente déficits de atenção, concentração, memória, aprendizagem, formação de conceitos, habilidades viso-espaciais e funções executivas. Os déficits parecem perdurar por longo prazo, podendo ser irreversíveis (STOCKER, 1998, p. 175).

Com relação ao álcool, Calheiros et al. (2006) se detiveram na reflexão que aponta como os déficits cognitivos encontrados em usuários de álcool podem ter implicações diretas em seu tratamento, tanto na escolha da estratégia a ser adotada quanto na realização de uma análise prognóstica, bem como na identificação do estado motivacional do paciente para permanecer no tentame.

Em um estudo recente, Czermainski et al. (2017) fizeram uma revisão sistemática sobre a avaliação do controle inibitório¹⁸ em usuários de crack/cocaína. Esta revisão foi capaz de concluir que 90% dos artigos analisados, do total de trinta e um, evidenciam prejuízos cognitivos que envolvem o controle inibitório em usuários de cocaína e/ou crack. Os estudos analisados referiram que os participantes exibiram dificuldades com o processamento cognitivo, manifestado em falhas de emissão, inibição e monitoramento de respostas, durante a execução de tarefas que são projetadas para avaliar a inibição.

Níveis elevados de impulsividade também foram relatados, mesmo por estudos que

¹⁸ O controle inibitório é um subcomponente da impulsividade que desempenha um papel importante nos Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias (TUS). Está relacionado à capacidade de ser flexível e de adaptar o comportamento de acordo com o contexto. Essa capacidade, juntamente com o gerenciamento adequado da impulsividade, é considerada essencial para o autocontrole. (CZERMAINSKI et al., 2017)

observaram resultados negativos para déficits de inibição. No entanto, não se abordou os contextos em que essa impulsividade era deflagrada, nem se escutou a perspectiva dos sujeitos, ainda que em outro momento de sua vida.

Em nova pesquisa, Czermainski et al (2018) avaliaram as funções executivas e o controle inibitório em usuários de crack e álcool. Os autores mostraram com os resultados do estudo a consistência da hipótese de que os TUS estão associados com o prejuízo das funções executivas e comprometimento do controle inibitório. O desempenho das amostras clínicas avaliadas pelos pesquisadores sugere a presença de déficits nas funções executivas, envolvendo velocidade de processamento, controle inibitório, flexibilidade, abstração e planejamento de resposta e monitoramento, em comparação aos controles.

Repare-se que as funções executivas, conforme assinala Diehl et al. (2019), são as habilidades cognitivas necessárias para controlar nossos pensamentos, nossas emoções e nossas ações. Permitem ao homem desempenhar, de forma independente e autônoma, atividades dirigidas a um objetivo específico, estritamente relacionado ao comportamento humano. Essas funções englobam ações complexas que dependem da integridade de vários processos cognitivos, emocionais, motivacionais e volitivos, os quais estão intimamente associados ao funcionamento dos lobos frontais.

Desse modo, as funções executivas podem ser divididas em quatro componentes fundamentais: volição, planejamento, ação propositiva e desempenho efetivo. As funções executivas desempenham um importante papel no processo de dependência, no impulso de usar a droga e nas dificuldades para interromper o uso. Nesse caso, prejuízos em tais funções apresentariam uma potencial importância etiológica ou, pelo menos, influenciariam a cronicidade do problema (DIEHL et al., 2019).

Assim, mesmo que as alegações para um internamento forçado e breve se baseiem em resultados de pesquisas científicas com alto rigor metodológico, no que se refere ao pensamento médico e que alcança cogitar do corpo físico, necessitam serem contempladas por outras áreas de estudo, como a sociologia e a antropologia, a educação e a espiritualidade, segundo podemos pensar.

De maneira resumida, segundo o entendimento do psiquiatra Marcelo Daudt Von der Heyde disposto em seu artigo recente no jornal Gazeta do Povo (HEYDE, 2019), onde sintetiza seu pensamento:

Indicar internação involuntária sempre será uma medida drástica, mas necessária em determinados cenários: um paciente com dependência grave, em que a permanência do uso da substância acarrete riscos importantes ao próprio paciente e/ou a terceiros e que, em virtude do seu estado mental comprometido, tenha sua capacidade de tomada de decisões marcadamente prejudicada. Mas espera-se que, uma vez internado e

desintoxicado, a pessoa recupere suas capacidades mentais o mais breve possível. Dessa forma, também é esperado que este internamento inicialmente involuntário passe a ser voluntário (HEYDE, 2019).

Isso nos parece assemelhar-se ao narrado por um participante sujeito de nossa pesquisa, Pedro, que mostra ler o empenho da sua família em interná-lo como forçado, e logo deriva sua reflexão para a ideia de igreja dentro desse campo semântico de “estar se sentindo obrigado a fazer algo”. Mas isso não seria algo de natureza diversa da imposição médica acima observada pelos autores que vimos de ouvir?

Um internamento que não está “bem no âmbito de sua vontade”, como diz Pedro, significaria necessariamente estar sendo obrigado, em uma aniquilação da autonomia do pensamento do sujeito e de sua inteireza? – Poderíamos perguntar. Vamos à fala de Pedro:

Eu, pela primeira vez que eu me internei, não foi por vontade própria, foi porque “minha família pegou e chegou para mim”. Começou a botar na minha cabeça que eu precisava, que eu tinha que ir, que eu tinha que ir. “Que tinha que me internar”. E peguei e disse “eu vou.” Aí fui e passei um mês internado. Passei um mês internado lá e consegui me apegar na igreja. Esse mês que eu passei internado e me apeguei na igreja me ajudou a passar um bom tempo sem usar droga. [...] No início, não foi bem no âmbito da minha vontade eu ir para internamento (Grupo focal).

Na realidade, a questão de “estar obrigado” envolve uma reflexão sobre bioética que não pode ser ignorada. E o que se pôde aprender do assunto vem desde Kant, que mesmo assumindo a crítica da ciência aos argumentos de autoridade da igreja, valoriza a religião e a moral, que para ele só pode se dar na liberdade. Como observa Pegoraro (2006, p. 104):

A razão, a vontade e a liberdade formam o campo onde se processa, cresce e amadurece a ética. A moral kantiana está na passagem do ser humano biológico e sensível para o ser humano racional, onde vigora o primado da razão prática. Numa terminologia pouco mais kantiana, a ética se situa na passagem da realidade fenomenal à noumenal ou na passagem do homem sensível, biológico e limitado às máximas morais subjetivas e particulares, ao homem inteligível que cumpre a lei moral e universal.

Para Kant, mediante a moral é que o homem se constrói livre e a liberdade só pode ser exercida por meio de uma razão autônoma, que não dependa dos limites da experiência, mas possa transcendê-la. Pois que para Kant, a liberdade é a razão de ser da vida moral, e seria devido à vida moral e por meio dela que o ser humano conheceria a liberdade, pois, em suas palavras (KANT, 1983, p. 15) a liberdade é “a razão de ser da vida moral”. Nesse sentido é que vale situar a reflexão que tem desafiado os cientistas, em uma esfera que adentre a bioética, e traga outras ciências, filosofia e religião, outros olhares para aprofundar a questão.

Em Kardec, a moral direciona a evolução humana que é nomeada como lei moral

de progresso no pensamento espírita. Só com o decorrer dos tempos e o trabalho que sobre si mesmo faz o ser humano em sua trajetória evolutiva, que é uma escalada ascensional que se realiza em um universo também em evolução constante, é que se equilibram inteligência e moralidade.

Na questão 780 de *O Livro dos Espíritos*, vê-se como se defrontam estas alavancas da evolução ou progresso humano: a moral e a inteligência, e repare-se que a evolução ou o progresso moral nem sempre acompanha o intelectual. Ao perguntar se o progresso moral acompanha sempre o intelectual, responde Kardec:

780. O progresso moral segue sempre o progresso intelectual? – É a sua consequência, mas não o segue sempre imediatamente. 780-a. Como o progresso intelectual pode conduzir ao progresso moral? – Dando a compreensão do bem e do mal, pois então o homem pode escolher. O desenvolvimento do livre arbítrio segue-se ao desenvolvimento da inteligência e aumenta a responsabilidade do homem pelos seus atos. 780-b. Como se explica, então, que os povos mais esclarecidos sejam frequentemente os mais perversos? – O progresso completo é o alvo a atingir, mas os povos, como os indivíduos, não chegam a ele senão passo a passo. Até que tenham desenvolvido o senso moral eles podem servir-se de inteligência para fazer o mal. A moral e a inteligência são duas forças que não se equilibram senão com o tempo (KARDEC, 2009, p.264).

Assim, embora o equilíbrio entre a inteligência e a moralidade se façam ao longo dos tempos, como lei que legisla universalmente, a da evolução abrange ser e mundos. No pensamento espírita, também a liberdade é uma outra lei espiritual que, como a da evolução ou do progresso, tende progressivamente a ser assumida pelos indivíduos em sua plenitude. Postula Kardec que quanto maior a evolução do ser, maior sua liberdade, o que significa uma íntima relação entre moralidade e liberdade. E, nesse caminho, a obrigação de respeitar os direitos alheios não tira do homem o direito de pertencer-se a si mesmo.

Voltando a nossa análise das transcrições do grupo focal, repare-se abaixo o depoimento de Tiago Maior, como é sublinhada a ideia de serem reconhecidos pela família os comportamentos em direção à mudança. Será que não seria válido trabalhar com a família a proposta de limites? Não haveria uma separação importante entre a mãe e o indivíduo, na qual ela estimula o filho à aquisição de uma experiência de autonomia? Como enfatiza Rotelli (1990, p.89), “A questão ‘terapêutica’ é parte da questão social, assim como a reconhecida ambivalência do corpo individual é a abertura ao corpo social”.

TIAGO MAIOR – É como a minha mãe chegou e disse: “oh, eu não uso droga... Aqui quem vai se lascar é você”. É um choque. E na hora dói, é choque de realidade. É um homem ou um rato? A realidade, às vezes, a verdade é que ela vem, ela dói, mas quando a gente para pensar. Então quando a gente aceita. Muitas vezes a família ela está vendo o nosso comportamento de mudança. E então a família vai ver: “vixe,

verdadeiramente ele mudou, melhorou assim. Quando eu falava a, ele falava a, b, c; o abc todinho”. Então com o decorrer do tempo, nós não vamos ganhando a confiança? (Grupo focal).

A reabilitação é uma trajetória: o sujeito sai da posição de consumidor para a de produtor de sua história, e de consumidor de drogas para autor de sentido da vida, das suas experiências com a família, com o trabalho, com o ambiente social partilhado e com a espiritualidade, como se florescesse numa **progressão em elos**.

A experiência do Trieste (ROTELLI, 1994, p. 154), no texto intitulado *Superando manicômios: o circuito psiquiátrico de Trieste*, mostra que o trabalho no contexto da reabilitação do sujeito em uso abusivo de droga exige um tratamento educativo na forma como se utiliza a experiência de trabalhar junto ao dependente químico dentro de um processo terapêutico. Não seria apenas fazer determinadas tarefas cotidianas, estas tarefas devem ser convertidas num sentido educativo, junto ao direito social do cidadão pelo trabalho, mas não substitui o direito do cidadão no âmbito social.

Por isso, diz-se no Trieste que a institucionalização sempre vislumbra a desinstitucionalização: porque a instituição não substitui o meio social, mas olha para ele e o discute, refletindo sobre os aspectos destrutivos e mobilizando-os para outros aspectos de saúde e vida. Somente assim será capaz de mudar a direção da reflexão o indivíduo:

O processo de desinstitucionalização é aquilo que eu disse antes, ele continua no território, ele continua na comunidade, ou ainda, se torna muito mais importante na comunidade: o processo de desinstitucionalização, do meu ponto de vista, continua a ser a estratégia terapêutica na comunidade, em relação, por exemplo, às situações das famílias nas quais não se trata de culpabilizar as famílias ou de destruir a instituição família (ROTELLI, 1994, p. 154).

No Trieste, houve uma experiência de cooperativismo, o trabalho cooperativo era tematizado, mas “olhava-se para o mundo social”, e podia-se dizer que:

O trabalho que hoje buscamos fazer em Trieste o identificamos com o termo “empresa social”: tentamos identificar nosso trabalho em todos os centros, em toda a rede de cooperativas, em toda rede que colocamos em pé, como uma “empresa social”. Como alguma coisa que aos poucos parte do específico psiquiátrico e quer se tornar de verdade um tecido para a Saúde Mental, envolvendo os sujeitos sociais mais ativos (ROTELLI, 1994, p. 154).

Observamos ainda que a ambivalência da visão de si mostra o intrincado processo da subjetividade vinculado às relações interpessoais. A visão da filha sobre sua imagem e seu espanto reverberou em André e este faz o movimento de transformação a partir disso, calcado na ideia que menciona como “*melhorar minha imagem no espelho*”.

ANDRÉ – Foi o que eu aprendi aqui. Eu não entrei aqui pra julgar, pra ensinar... eu entrei aqui pra ser ajudado e pra aprender. Já tenho aprendido muito com a experiência dos amigos, que são muitas. Para mim, o fundo do poço foi quando eu estava na minha casa e olhei no espelho do quarto e não gostei do que vi. Achei horrível... e fiquei pensando “caramba, se eu não gosto disso aqui como é que a minha esposa pode gostar? Como é que minhas duas filhas podem gostar?” [Refere-se à sua imagem no espelho] Aí hoje, dá para *mim melhorar minha imagem no espelho*. Hoje eu já gosto do que vejo e acho que... é a melhor recompensa. Você se sentir bem consigo próprio, comigo (Grupo focal - itálico nosso)

Existiria um patamar de auto aceitação que aos olhos de André revelaria um trabalho feito em direção a sua autonomia, na visão de si, aspecto fundamental da autoralidade.

Teria trabalhado para encontrar e encontra um patamar de aceitação da perda de pessoas amadas, que no caso ele refere ser os filhos e a companheira. Ele menciona que houve um percurso, um trabalho, daí a importância do sujeito se colocar como autor de sua transformação (superar a sua autoralidade em derrapagem). Vejamos como André enuncia essa construção de sua auto aceitação e autonomia na assunção do percurso transformação de si mesmo:

O meu momento de maior desespero, uma das coisas que eu tinha muito medo era perder minha família. Hoje eu não acredito que eu vá perder a minha família, hoje eu encaro com um pouco mais de naturalidade a possibilidade de eu viver fisicamente afastado da minha família que tem muitos problemas para serem resolvidos. Às vezes chega ao ponto (...) se duas pessoas boas não conseguem mais ser boas um para o outro dentro da mesma casa... acho que não é meu caso ainda, mas se lá na frente a gente for ver que isso está acontecendo no meu casamento eu já consigo enxergar isso de uma forma que eu já consigo superar, solucionar, de forma que sejamos amigos. E mesmo que eu precise sair da minha casa, que eu seja um pai e um amigo presente. Então, eu acho que se chegar esse extremo de eu sair de dentro da minha casa não é por isso que eu vou perder a minha família, não é por isso que eu vou perder o amor das minhas filhas, o respeito da minha companheira; é bom demais você estar em paz consigo mesmo (Grupo focal).

Nestes vários casos, pudemos perceber que a autoria da transformação do sujeito implica em:

1. Superar uma autoralidade derrapante em direção a uma maior estabilidade no que se refere ao compromisso do sujeito com suas tarefas de mudança;
2. Observamos que as experiências de trabalho (como visto em Mateus) e outros aspectos experienciais vividos pelo sujeito podem produzir aprendizagens passíveis de serem transmitidas para outras dimensões da vida do sujeito, e que estas experiências de autonomia se revelaram fundamentais na transformação empreendida;
3. A auto aceitação do sujeito se inscreve na relação interpessoal (vínculo), mas para se estabilizar necessita que o sujeito se mova exercendo sua autoralidade;

4. Para que esse movimento tríplice (movimento da superação da autoralidade derrapante, movimento de autonomia, movimento de auto aceitação) seja operativo para a transformação empreendida pelo sujeito, admite-se que experiências de uma área da vida ou dimensão possa levar conteúdos apreendidos para outras áreas, construindo uma progressão em elos.

Observamos que a ideia de progressão em elos implica em aprendizagem significativa que o sujeito vivencia em várias áreas ou dimensões. Quando o sujeito se torna capaz do ato de evitar uso de droga no período de abstinência, verifica-se que ocorrendo uma espécie de progressão em elos, o indivíduo trabalha sua impulsividade junto a uma ação no mundo e a uma ligação consigo e com o Outro, assentada em noções superiores ou espirituais da vida.

Se poderia dizer que não basta o sujeito ter vivido experiências significativas em várias áreas sem fazer reflexões sobre ele mesmo. Dando ênfase a uma autoria do próprio pensamento de transformação, Pedro, como veremos abaixo, realiza o que ele menciona “pensar para mim mesmo”, mas não abandona a concretude das experiências novas. A reflexão de pensar por si deve levar a experiências concretas de transformação e vice-versa, as experiências concretas devem proporcionar uma reflexividade operante. Não basta apenas refletir sobre suas necessidades de transformação, mas deve ser acompanhada de uma ação concreta e vice-versa. Essa díade parece estar intimamente vinculada: reflexão e experiência concreta que envolve ação, entretanto, a reflexão deve levar a ação de dela emergir nova reflexão:

PEDRO – Eu passei um bom tempo em abstinência, uns três a cinco anos sem usar nada, *de boa* e trabalhando. Peguei aquela rotina: do trabalho para casa, da casa para igreja. Entrei nessa circunferência: ia pra igreja, pro trabalho, pra casa. Não tinha amizade de ficar em bar, de ficar em esquina conversando. A igreja me fez não usar. Me afastei de qualquer amizade incorreta. Chegava no trabalho e um amigo que dizia: “ei macho, vamos dar uma volta aí”. Então eu pensava pra mim mesmo: “Esse amigo não dá certo pra mim. Devo me afastar desse aí, se eu for para esse lado, eu irei cair”. Assim, eu já evitava (...). Quando eu já encontrava outro amigo acolá na esquina e ele dizia “e aí...”, eu já pulava pro outro lado da calçada. Ia me escondendo, me esquivando por onde dava. A gente tem que procurar os artificios que dá pra gente poder fugir (Grupo focal).

Estamos dizendo que a **progressão em elos**, conceito criado nessa pesquisa, envolve certa articulação entre as experiências vivenciadas numa área, de forma que possam ser apreendidas positivamente em outras áreas. Pedro mostra que experienciou vários âmbitos de ação transformadores, quais sejam: o trabalho, a igreja, e junto a isso evitou pessoas ou situações que o retirassem destas vivências.

Vejamos como ele menciona a vivência no trabalho e da espiritualidade/religiosidade que viveu simultaneamente: “Peguei aquela rotina: do trabalho pra casa, da casa pra igreja. Entrei nessa circunferência: ia pra igreja, pro trabalho, pra casa”. Isso mostra que a progressão em elos pode se dar com áreas experienciais de vivências simultâneas:

PEDRO – Eu me mantive os 3 – 5 anos foi devido a minha filha que chegou. Me deu uma responsabilidadezinha a mais. Veio ela e eu tive um pensamento mais elevado. Não, agora eu tenho uma responsabilidade a mais, tem a Maria Clara, né? *Já tem uma pessoa que depende de mim.* E fui mudando meu patamar de vida. Já tem uma pessoa que está dependendo de mim (Grupo focal - itálico nosso).

A recaída aconteceu e que elementos poderemos retirar para aprender agora? Do ponto de vista do sujeito, a separação de um vínculo muito amado antecedeu a primeira queda: “Foi indo, foi indo, foi indo... Aí veio a separação. Aí teve a primeira queda. Veio a recaída e peguei e fui: caí”. Vejamos o contexto maior desse trecho da narrativa de Pedro:

Foi indo, foi indo, foi indo. Aí, veio a separação. Aí teve a primeira queda. Veio a recaída e peguei e fui: caí. Caí com seis, sete meses ... me separei... de vez; caí de novo. Aí eu passei uns oito, nove meses sem usar nada e voltei a fumar maconha, fumando um baseado devagarzinho para lá pelos cantos... lá pelas beiradinhas... Aí voltei a cheirar cocaína. Aí comecei a ver essas coisas, né? Ver vultos, ver isso, ver aquilo. Comecei a ver aquelas coisas. E peguei e vendi minha moto, fui pra Jericoacoara passei dois meses em Jericoacoara. Enquanto que eu tinha dinheiro eu estava lá na pousada, né? Aí arranjei um trabalho, trabalhava e ficava num.... Como é que se diz...eu pagava diária na pousada... Pernoite nas pousadas (Grupo focal).

Agora veremos como a experiência do trabalho, no ponto de vista do sujeito, parece ser uma tentativa de adentrar-se em um novo período de abstenção mais prolongado. Mas a experiência de trabalho de que fala Pedro teria sido significativa? Não seria preciso articular a ação com uma a reflexão operante que sobre e com ela se exerce?

PEDRO – Trabalhava. Passei dois meses e voltei pra cá de volta. Aí peguei e arrumei um acompanhamento pelo CAPS. Passei seis meses limpo, depois de seis meses tive uma recaída, inventei de fumar um baseado. Em casa, né? Rapaz, vou fumar um baseado. E aí fumei outro, fumei mais um, fumei mais outro, aí deu a vontade de fumar um crack. E aí fumei um, dois, três.... Quando fui ver, eu estava fumando dez. Pouco tempo depois só estava trabalhando pra usar droga de novo. Aí foi aonde eu peguei, comecei a ver as coisas, alucinações... E cheguei pra mim mesmo e disse assim pra mim mesmo: “essa vida não é pra mim” (Grupo focal).

O Estudo sobre a importância da vontade, bastante ressaltado no pensamento espírita (DENIS, 1994, 1987, 2013; BOZANNO, 1997; KARDEC, 2009) como pilastra básica do processo educativo, aqui é evidenciada ainda que como inexistência ou lacuna. No início de sua fala, após a separação, vê-se uma lacuna no trabalho da vontade, e a seguir intenta uma

reação e procura objetivamente o tratamento, podendo se dizer que se tem uma vontade operante.

O desafio para nós seria a reflexão continuada a ser feita pelo sujeito seguida de uma ação concreta no mundo da vida, daí se poderia ter em vista continuar as esperanças da vontade que emerge do sujeito e do tratamento que ele faz. Quer dizer, devemos sublinhar uma ação reflexiva que se suceda a reflexões de promessas de transformações. A ação do sujeito é a chave, mas precisa estar junta à reflexão ou a um movimento de “cair em si”, pensar por si:

PEDRO - Então, fui lá no CAPS, conversei com a assistente social, pedi um internamento. Conversei com ela, eu e a minha namorada. Eu falei assim: “não tem como a senhora arrumar um internamento? ” Ela disse: “no momento não tem internamento, mas eu vou te encaminhar pra desintoxicação lá no Hospital Mental, você quer ir?”. Eu disse: “o que é que a senhora está esperando, eu estou aqui e disposto pra ir mesmo, eu estou aqui pra qualquer coisa, pra um internamento. A senhora está falando, mas eu não sei onde é, mas, eu estou com a minha irmã aqui, ela me deixa lá e **eu vou sim**”. Ela disse: “mas você vai mesmo? Eu disse: “vou! Eu não estou aqui pra brincadeira não, não estou aguentando mais a droga” (Grupo focal).

Vejamos como essa ritualidade da internação é muito diferente da progressão em elos da qual estamos falando, apesar de expor a intensa vontade de parar com o uso de drogas:

PEDRO - Entrei no dia 16 de dezembro... fui pela manhã lá...numa segunda-feira eu acho. Me mandei pra cá, cheguei aqui e fiquei na sala de espera lá fora e fiquei esperando, aí me consultei com o médico lá fora, aí me mandou pro rapaz pra saber se eu tinha um perfil pra ir pra UD, e aí pegou e fez a pesquisa ainda pra saber se eu tinha perfil pra entrar, ainda passei três dias ali na B (se refere a ENFERMARIA B, de observação, enquanto aguarda vaga): aguentei a barra e falei “vou desistir não, eu vou largar isso, eu vou sair dessa”. Passei o natal e o ano novo aqui dentro: firme e forte (Grupo focal).

Não é uma casualidade a questão da enfermaria B, faz-se necessário aqui sair da situação particular de Pedro e entrarmos num âmbito social maior, onde deveremos refletir sobre as lutas sociais que se gestaram no seio da reforma psiquiátrica e do movimento antimanicomial.

A Enfermária B é um local dentro do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, onde pessoas enfermas que procuram espontaneamente (e/ou levados por suas famílias) um internamento e ficam aguardando que um leito psiquiátrico seja liberado para que se efetue o internamento. A procura intensa faz com que o ambiente esteja sempre lotado, as condições de dificuldade se agravem e se apresentem inadequadas pela superlotação, pelo tamanho do espaço físico e por falta de aclimatação adequada – o que funciona como agravante nos percalços do serviço público. Algo que perdura como lembrança dos falados “manicômios” ou “asilos manicomiais” do passado, que por falta de recursos materiais e humanos, aumento da demanda

de pacientes e péssimas instalações, agravavam a visão limitante que sustentava paradigmas estigmatizadores sobre loucura.

Uma compreensão excludente e estigmatizadora sobre loucura, na verdade vem desde os chamados *hospices*, onde os excluídos ou peregrinos, empobrecidos ou rejeitados socialmente eram colocados junto a pacientes com problemáticas mentais, gerando maus-tratos e efeitos iatrogênicos. Por exemplo, o Asilo de Alienados do Juqueri, em São Paulo, em suas bases teórico-práticas, na história brasileira caracterizara-se pela forma como agudizava esse patamar de compreensão da doença mental e seu tratamento.

Conceituando a palavra *asilo*, o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010) diz que essa palavra significa “casa de assistência social onde são recolhidas para sustento ou também para educação pessoas pobres e desamparadas como mendigos, crianças abandonadas, órfãos, velhos, etc.” Evidente que a intenção asilar pode ter uma dimensão de acolhimento aos que viviam o estigma da loucura. No entanto, abandono social e grave exclusão são observados historicamente nessa forma de acolhida em diversas culturas.

A comprovação do descaso político, o silenciamento e descaso social com relação ao que acontecia no Juqueri durante a primeira metade do século passado ofereceram documentação que deu base a estudos que, junto a outros, questionaram a perspectiva manicomial. Agravando esse quadro, gradativamente essa instituição começou a receber mais pacientes do que tinha condições de absorver, sem adquirir os recursos humanos e materiais apropriados que possibilitasse o adequado cuidado a cada um de seus enfermos. O mesmo aconteceu com os outros hospitais psiquiátricos brasileiros (GENTIL; TABORDA; ABDALLA-FILHO, 2016).

Na realidade, a sociedade da época, e ainda a atual, outorgou às instituições psiquiátricas a responsabilidade de cuidar dos doentes graves, sem dar a elas os fundos necessários para exercer tais funções, como já foi dito. O fato, ocorrido também em outros países do mundo, revela uma leitura da doença mental e da tarefa hospitalar que foi, na história da saúde coletiva, sendo revista mediante lutas sociais feitas, sobretudo, pelos sujeitos históricos envolvidos, no caso, os profissionais de saúde e os setores críticos da sociedade que questionam visões arcaicas sobre doença mental. Conforme elucidada Gentil, Taborda e Abdalla-Filho (2016):

Em 1907, o Juqueri tinha 900 internos; em 1923, tinha 1.800, e, em 1958, mais de 14 mil doentes, muitos incuráveis, oligofrênicos ou com graves sequelas da esquizofrenia. (...). Com a superlotação, os hospitais asilares tornaram-se inviáveis e iatrogênicos, com péssimas instalações e carência de pessoal, gerando maus-tratos. O mesmo ocorreu por todo o mundo, justificando um questionamento da própria abordagem médica dos doentes mentais, ocasionando o movimento denominado

“antipsiquiatria” (GENTIL; TABORDA; ABDALLA-FILHO, 2016, p.983).

Com esses argumentos e juntamente com as reivindicações do pós-guerra que causaram revisão em várias questões de direitos humanos no cenário mundial, alguns países do Ocidente aceitaram propostas radicais de desinstitucionalização total dos doentes mentais. Nesse movimento de revisões, de certo modo acontecido em países diversos, com suas nuances e características particulares, uma extensa intervenção aconteceu, por exemplo, nos Estados Unidos e foi tomando corpo nos anos a partir de 1960. Lá, houve o fechamento de dezenas de milhares de leitos psiquiátricos e a subsequente formação de uma rede de centros comunitários de saúde mental, que foi por sua vez sendo questionada, também, se teria condições de cumprimento de suas funções. Gentil, Taborda e Abdalla-Filho (2016) mostram como o modo abrupto de suspensão dos leitos gerou problemas no atendimento da saúde pública, que não foram de imediato pensados convenientemente:

A forma abrupta e imprevidente como essa ‘reforma’ foi feita gerou desassistência e graves problemas, até mesmo de natureza forense, para os pacientes e suas famílias. Passados 40 anos, no ano de 2003, havia quase um milhão de doentes mentais graves no sistema penal norte-americano: 284 mil presos com esquizofrenia e transtorno bipolar, outros 550 mil em liberdade condicional, além de 200 mil doentes mentais morando nas ruas (GENTIL; TABORDA; ABDALLA-FILHO, 2016, p.983).

No Brasil, não foi diferente. Com apoio de importantes personagens da reforma psiquiátrica da Itália, como Franco Rotelli, Ernesto Venturini e Manuel Desviat, o Instituto Franco Basaglia do Rio de Janeiro influenciava pessoas e grupos vinculados ou não aos órgãos do Ministério da Saúde, aliando-se com suas referências a sujeitos históricos de lutas em saúde mental, de modo que se pudesse pensar sob os auspícios de novos paradigmas. Isso impeliu que concretamente se fechassem leitos hospitalares e abrissem CAPS (Serviço de Atendimento Psicossocial), bem como outros serviços voltados para a reabilitação psicossocial que reviam o lugar da assistência psiquiátrica propriamente dita, dando novo lugar a estratégias de prevenção. Desse modo é que Basaglia queria inverter as questões de negar o poder aos doentes que eram colocados como sujeitos em des-razão, aumentando os micropoderes institucionais que, por sua vez, sustentavam os dos profissionais de saúde (FOUCAULT, 1997, p. 55).

Ao fecharem-se de modo abrupto e sem maior planejamento, mas abrindo-se o sistema de saúde a novos paradigmas, leitos em hospitais psiquiátricos, os quais muitos deles mantêm pacientes com graves comprometimentos cognitivos e necessitados de assistência médica, de abrigo e de proteção, tornou-se importante rever como estes pacientes estavam sobrevivendo em um meio social que não dispunha de uma rede de serviços de saúde mental

adequadamente preparada para o devido acolhimento.

Ora, a dificuldade de se planejar a demanda dentro de novas perspectivas teve como consequência inevitável o aumento de doentes mentais graves nas ruas e na população carcerária, e ainda houve grande sobrecarga para a família, que também não mudara sua visão sobre adoecimento mental e, desse modo, não estava preparada para recebê-los.

Como vimos, a história manicomial viveu esse período dos grandes estabelecimentos asilares que adquiriram as funções de abrigo para excluídos de várias procedências, e isso deixou suas marcas no atendimento aos enfermos de doenças mentais. Constatou-se o abandono ao doente mental em toda a literatura sobre o assunto, e historicamente, registrou-se uma história de abandono pessoal e social com relação aos vínculos societários do adoecido.

É referido que os considerados doentes mentais em sua maior parte eram pessoas deixadas pela família que não tinham condições de recebê-los ou cuidá-los, isso agravado por problemáticas de exclusão e pobreza de natureza diversa. Os estudos observam que os contextos sociais em que viviam os adoecidos mentalmente não atendiam suas necessidades mínimas de vida digna.

A crítica de Foucault (1997), no entanto, revolve esses modelos: o emblema do modelo da peste (vasculhar no ambiente social e marcar os diferentes que apresentavam problemas, desse modo alimentando a estigmatização) e o da lepra (confinação em um lugar para que o mundo social não se defrontasse com o sujeito adoecido), como forma de cuidar de doentes mentais, é evidentemente uma leitura que nos acrescenta questões que urge rever com relação ao atendimento em saúde e com relação à reflexão sobre nossa humanidade e os direitos humanos.

No Brasil, no movimento da Reforma Psiquiátrica, deu-se o fechamento de vários hospitais psiquiátricos e se pôde observar que mesmo que se houvesse feito uma revisão teórico-prática importante, a saúde pública teria de se ater à questão da demanda dos pacientes graves para a comunidade, pois, como já foi dito, esta não estava preparada para recebê-los. Não houve de partida um aprestamento das famílias e nem a elaboração de uma política de saúde mental que se tornasse eficaz de imediato, já que a garantia e recursos humanos e financeiros para a formatação de um atendimento dentro da comunidade exigia acertos políticos que as lutas sociais não conseguiam suprir no quadro da saúde pública de então.

Havia um quadro estigmatizador inegável e que vinha de uma história de milênios, desde a nau dos loucos, como observa Foucault (1978; 1997). Os adoecidos mentalmente e que conseguiram a “aceitação das famílias” viviam isolados em casa, com interação social

extremamente precária e sem possibilidades de reabilitação por não terem um sistema que os acolhesse em suas necessidades, o que demonstra a complexidade das necessárias transformações e a dificuldade de se sair do patamar da saúde vista como mercadoria para a saúde vista como direito social.

Enquanto não se chega a novos patamares de atendimento modificando paradigmas arcaicos, a população amarga essas lacunas, necessitando urgentemente a consequente continuidade das lutas por política social e de saúde mental que se tornem presentes “na ponta do sistema”, quer dizer, no serviço concreto aos sujeitos adoecidos mentalmente, com reverberação na modificação da estima do adoecimento mental nos outros lugares sociais.

Vejamos um exemplo, visto por nós em nossas andanças pelos CAPS do município de Fortaleza e de outros municípios do Estado do Ceará. Considerando que um paciente psiquiátrico grave é muito complexo e que por vários motivos ele pode surtar e se tornar uma ameaça para a família e para a vizinhança, devemos pensar como médico, e junto a ele sobre sua inserção social.

É comum nestes casos de pacientes psiquiátricos graves advindos de famílias pobres que não haja ninguém para tomar conta dele e dar os medicamentos nas horas adequadas, pois todos os parentes da casa saíram para trabalhar. Na falta da tomada da medicação, inicia-se um surto, e o sujeito vai ficando crescentemente agitado e agressivo, necessitando de um internamento para ser medicado e ir aos poucos recuperando a estabilidade.

Como é dito por Gentil, Taborda e Abdalla-Filho (2016, p. 993) “nenhum sistema de Saúde Mental pode funcionar sem o provimento de um número suficiente de leitos em enfermarias para atender pessoas em crise”. Mas isso não significa voltar ao que foi superado como modelo de atendimento aos adoecidos mentalmente. A dificuldade de outros atendimentos interprofissionais de sustentação ao atendimento feito pela psiquiatria faz com que seja vista como vacância ou inconsistência das novas propostas a dificuldade com a hospitalização no nível que a reforma psiquiátrica propõe.

As famílias de classe social mais abastada podem dispor de atendimento particular, mas a população mais pobre não tem mais onde interná-los. A lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) que estabeleceu a nova política psiquiátrica, juntamente com as ações propostas, embora bem-intencionadas, necessitam ser adequadamente ajustadas aos diversos limites do universo psicossocial dos pacientes, em especial quando se vê o sofrimento destes por se situarem na pirâmide social dos mais desfavorecidos.

Há excessos na visão que alija a importância dos medicamentos, e isso a reforma sanitária se apercebe ao colocar em cena outros profissionais de saúde para trabalhar em

conjunto com o médico, o que gera uma nova visão do trabalho coletivo na assistência ao adoecimento mental.

Percebemos que outro ponto importante a ser frisado é que antes da descoberta dos medicamentos que atuam no sistema nervoso central, ninguém, nem médicos e enfermeiros, nem a sociedade sabia como lidar com um doente mental em surto. A sociedade, e mesmo profissionais da área de saúde que não trabalham com a saúde mental tinham, e ainda têm medo do paciente dito “fora de controle”. Outra falácia disseminada e de grande rejeição é a eletroconvulsioterapia, que era utilizada de maneira irregular como castigos nos manicômios, mas que apresenta, com parcimônia e dentro de outra moldura, possibilidades de ajuda em certos casos.

Sabe-se hoje que os chamados “choques elétricos” eram utilizados muito como punição contra os desacatos às ordenações do sistema psiquiátrico hospitalar, e isso era realmente criminoso, mantendo uma cultura de estigmatização da loucura e sujeição do adoecido. É preciso atentar para o fato de que se no passado o chamado tratamento com “choque elétrico” era um recurso utilizado com critérios questionáveis e em situações difíceis, devido ao pensamento hospitalar que a reforma sanitária pôs em questão, pois que mesmo quando utilizado àquele tempo para interromper o surto psicótico de efeito imediato, apresentava consequências imprevisíveis para sua integridade no cérebro do enfermo.

Com o avanço técnico da medicina, houve a modernização do método e descobriu-se o limiar de intensidade necessário para melhorar os sintomas das enfermidades mentais sem causar danos ao paciente, procedimento este que conta com dois médicos (um psiquiatra e um anestesista) na sala, com aparelho moderno e realizado com anestesia, como qualquer procedimento cirúrgico atual. Os riscos psicossociais, contudo, permanecem?

Da mesma forma que não se vê na atualidade uma cirurgia feita em um ambiente qualquer com uma faca em brasa para evitar a hemorragia, cauterizando o ferimento cirúrgico e sem anestesia adequada, não vemos mais um doente mental sentado em uma cadeira com um pedaço de madeira na boca levando sucessivos choques elétricos, como bem demonstrados pelos filmes que retratam procedimentos de tortura realizados em períodos históricos anteriores – e esse foi um dos frutos da reforma psiquiátrica, que afastou como inadmissível essa forma que poderia ser considerada tortura. O preconceito contra o método, contudo, se generalizou e embora seja contextualizado, como dizemos, atualmente se desconhece como evoluíram alguns procedimentos que podem utilizar em outras bases a eletroterapia sem lesão ao cérebro humano.

Os avanços da psiquiatria atual e o sinergismo terapêutico conquistado pela união com profissionais de outras áreas da saúde (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição, entre

outras), na perspectiva interprofissional e colaborativa, como era o sonho dos que lutaram na reforma psiquiátrica, tende a afastar para sempre o caráter carcerário das clínicas psiquiátricas que aprendem a se tornar verdadeiras instituições de saúde. Todavia, ainda existem aqueles que se fecham em seus preconceitos, utilizam-se da desinformação de outras pessoas, e não enxergam a evolução da saúde mental e a necessidade da luta por um sistema integrado, composto de uma diversidade de profissionais e ambientes múltiplos, tais como ambulatórios, salas de psicoterapia, locais para o exercício da terapia ocupacional, espaços de convivência, dentre outros, para chegar à ambientoterapia, que acolhe a vida social, como propõe Basaglia, segundo percebe Rotelli (1994), como lugar chave de transformação.

É parte da crítica que se vem fazendo historicamente, que como parte disso tudo deve-se ainda ter o hospital, que não foi alijado da reforma psiquiátrica e tem seu lugar nos momentos de crises graves, devendo funcionar, mesmo nesses casos, como uma institucionalização olhando a desinstitucionalização, como propõe Rotelli (1990).

Observemos ainda que não foram apenas os hospitais psiquiátricos e ambulatórios que foram excluídos da rede de saúde mental do Ministério da Saúde. Faltam também equipamentos sociais e técnicos. Assim, devemos perguntar, lutando por um ideário já delineado socialmente: como substituir as moradias hospitalares pelas residências terapêuticas, criando um patamar de reflexão teórico-prática que possa articular os diversos profissionais na visão complexa da saúde mental? Como manter acompanhamento psicossocial nessas moradias supervisionadas de forma viável e efetiva, como já acontece na Itália, com propostas baseadas em Basaglia? Como acompanhar com os profissionais das ciências antropológicas, sobretudo, a atuação na vida social, dos sujeitos em tratamento?

Já se efetiva a compreensão de Basaglia, que leva profissionais a irem aos ambientes dos sujeitos adoecidos, para que estes estudem, trabalhem, sejam acompanhados em suas casas por profissionais de saúde e de diversas áreas. Estes sujeitos são considerados dentro de contextos concretos do mundo onde adoeceram, e daí os diversos profissionais passam a atuar em conjunto, estimulando vínculos dos adoecidos, ações inseridas socialmente e que envolvem trabalho, experiências artísticas e culturais, dentre outras. Nessa perspectiva, é que se vê o plantio de uma mudança social no modo de olhar doença mental, sem o estigma secular da loucura.

A desinstitucionalização que a reforma sanitária tem em vista requer modo adequado e competente de funcionamento, inclusive que os CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) realmente sejam efetivados na direção reflexiva em seus fundamentos, executando suas funções de forma interprofissional, colaborativa, de maneira a vivenciarmos a

instituição olhando e dando braços aos contextos sociais em que vivem os sujeitos adoecidos.

A criação de um ambiente de convivência entre as pessoas que procuram assistência em saúde mental vai demandar que não falte nem medicação e nem profissionais de saúde em número adequado para o atendimento, mas que possam estes funcionar em equipes de trabalho colaborativo, capazes de construir reflexões sobre a prática social vivida nestes ambientes de ação em saúde que assim ensaiam seus novos passos.

Ao tocarmos neste assunto, o funcionamento e os profissionais que formam o CAPS, lembramos da experiência de Franco Rotelli (1994), em Trieste. Trieste é uma cidade do nordeste da Itália, no mar Adriático, de onde Rotelli nos fala sobre a formação dos centros, cujas semelhanças (e imensas diferenças) aos CAPS daqui são visíveis. A cidade era dividida em sete centros, e cada centro se ocupava de toda a população de sua região, que possui cerca de quarenta mil habitantes. Estes centros funcionam vinte e quatro (24) horas por dia e possuem oito leitos, destinados a tratamento dos casos de crises agudizadas, em que a média de permanência das pessoas nesses leitos é de três a quatro dias (ROTELLI, 1994).

O que mais nos traz admiração na experiência de Trieste e no texto de Rotelli foi saber que cada um desses centros vivencia trabalho colaborativo, sendo formado por três a quatro psiquiatras em tempo integral, cerca de vinte enfermeiros, uma ou duas assistentes sociais e um psicólogo, isso sem contar os profissionais de nível médio. Cada uma dessas entidades possui dois carros para a realização de visitas domiciliares (ROTELLI, 1994). E eles atuam de forma interdisciplinar, e interprofissional, nessa perspectiva de desinstitucionalização e de colaboração.

No exemplo de Trieste, observamos que antes do fechamento dos hospitais, houve toda uma elaboração e organização da cidade (de toda a comunidade) para recepcionarem aqueles que estavam internados naquelas instituições. O próprio Franco Rotelli aconselhou que aqui no Brasil não se replicasse o erro dos Estados Unidos de fechar hospitais antes que alternativas comunitárias estivessem efetivamente implantadas, como o caso do Trieste ensina (GENTIL; TABORDA; ABDALLA-FILHO, 2016).

Os estudos de Rotelli se atêm exatamente a essas questões. Há um estudo realizado no Rio Grande do Sul, onde Gonçalves et al. (2010) apresentaram a realidade da cobertura dos CAPS no âmbito daquele estado. Segundo a conclusão dos autores, o Rio Grande do Sul apresenta uma cobertura insuficiente em relação a quase 50% da sua população. No mesmo estudo, foi apontado o Rio Grande do Sul como o terceiro melhor estado do Brasil no que diz respeito à cobertura assistencial realizada pelos CAPS. Conforme o que foi apresentado, perguntamos: como estará essa cobertura no resto do país? Temos compromisso com essa

ordem de questões?

O estudo de Gonçalves et al. (2010) somente nos vem a confirmar que o modelo implantado requer que possamos aumentar a cobertura de saúde pública à população de baixa renda, em particular no que diz respeito à saúde mental. E que a institucionalização, ao olhar a desinstitucionalização que está a ensaiar esses passos, considere as complexas dimensões biopsicossocial, ecológica e espiritual da população que sempre produziu saúde para saber em que pode colaborar (OLIVEIRA, 2008; SALES, 2017; ERBERELI 2013; SILVA, 2017; LINHARES, 2017), e necessita-se aprender também muito com a história dessa população.

Talvez, a luta antimanicomial tenha servido para alertar à Psiquiatria, e informar que esta deve se manter em contínua evolução, nunca deixando de lado seu papel como especialidade médica, mas dialogando com outras profissões e os contextos sociais. Inclusive, ultimamente tem se produzido estudos que apontam a necessidade premente de formação de equipes multiprofissionais para tratamento da pessoa com enfermidade mental, e deve haver aposta mais significativa na prática de serviços como nos CAPS, por exemplo.

A proposta do diálogo da Psiquiatria com outros profissionais de saúde resulta da própria evolução da especialidade ou do movimento da antipsiquiatria, e também da compreensão do conceito de saúde que tem abarcado uma complexidade de dimensões antes não consideradas, como a ecológica e a espiritual, além do que historicamente se chamou de determinantes psicossociais da doença (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Sabe-se que é preciso tornar a visão da reforma psiquiátrica uma cultura da saúde mental e não do adoecimento, capaz de levar o sujeito à vida social transformado, e menos vulnerável como é seu objetivo. Isso requer que se continue o trabalho não só com os profissionais que atuam de modo multiprofissional com os adoecidos mentalmente, mas que a população, em suas várias ambiências sociais, ultrapasse uma visão estigmatizadora que se tem historicamente, e que vem sendo posto em crítica.

No momento atual, precisamos pensar em termos de trabalho colaborativo, pois não se está mais no tempo de separar adeptos e opositores do movimento antimanicomial, já que é indefensável o internamento nos moldes e condições em que eram realizados no passado. A partir da reforma psiquiátrica, que foi um movimento de transformação de visões arraigadas, mas que ainda não conseguiu tornar exequível sua potência crítica e propositiva, nos hospitais psiquiátricos públicos e particulares de hoje, não se observa cárceres ou "solitárias" para separar o "doente agressivo" de outros.

Além disso, é praticamente consenso nos países todos não se utilizar a eletroconvulsoterapia nos padrões antigos. Todos os tratamentos propostos pela ABP

(Associação Brasileira de Psiquiatria) constatam a necessidade primordial do acompanhamento psicossocial e de ações educativas e acolhedoras às famílias dos sujeitos em adoecimento mental, em uma intenção de fazer explodir os confinamentos absolutizados.

No entanto, precisa-se avançar no trabalho colaborativo que avalia as práticas, compatibiliza olhares e faz a leitura da prática partilhada pelos profissionais de saúde, acompanhando essa reflexão com redimensionamentos concretos, tornando a reflexão no serviço um fato cotidiano e uma vigilante produção de saber engajado na prática, ao modo de uma pesquisa colaborativa.

Precisamos, é certo, desse olhar multidimensional proposto pela reforma psiquiátrica e que requer uma compreensão biopsicossocial, ecológica e espiritual da saúde, para que o planejamento em saúde mental seja cuidadoso e acompanhado por uma sequência racional de eventos, onde os leitos hospitalares aliados aos serviços de cuidados comunitários possam atender direitos sociais e à solidez da nossa humanidade.

Escutando os sujeitos da pesquisa, durante o período de abstinência, ao elencar conteúdos experienciais, sempre em contextos biográficos, podemos analisar materiais diversos que compõem nesta ocasião em que a pessoa vivencia a evitação do uso abusivo de drogas. Guardadas as singularidades, podemos ver que alguns fatores se repetiam dentro das características de cada um com seus matizes. Dentre as percepções, práticas cotidianas, representações e simbologias colhidas no grupo focal, podemos observar que foram recorrentes:

- A importância do trabalho como experiência de inclusão social, embora o sujeito oscile, concedendo ao outro a sua responsabilização na manutenção, ou não, da abstinência;
- O valor da construção de rotinas no cotidiano, para evitar o que chamamos de derrapagem de sua autoralidade nas escolhas de sua vida, em particular, as que se referem à recaída ao uso abusivo de drogas;
- O acesso ou a volta a experiências de espiritualidade que o sujeito vivencia sobretudo como inserção em grupo, percebendo-se, no entanto, certo hiato na articulação da sua espiritualidade extrínseca (apoio de grupos sociais, cultos, igrejas, ou outros elementos de gratificação externa) com a sua intrínseca (maior verticalização da relação do sujeito com sua transcendência ou o universo simbólico do espiritual);
- A medicação pode auxiliar no período de abstinência, desde que integrada aos aspectos de reflexão de ação no mundo e estabelecimentos de projetos pessoais junto a parceiros afetivos.

A espiritualidade como compreensão de si, pelo que se viu neste capítulo, vai se

dando concomitantemente a uma inserção progressiva no mundo social de maneira que parece ser possível e desejável que os aspectos mais intrínsecos se articulem às motivações extrínsecas em termo de espiritualidade, devendo-se considerar que estes aspectos (intrínsecos e extrínsecos) nunca são absolutos.

Veremos a seguir como a compreensão de uma racionalidade que comporta a espiritualidade parece se aproximar de uma razão que funciona com a mente (Espírito) tecendo sua correspondência com o modelo de um cérebro triuno. Façamos a aproximações neste sentido.

4 CAPÍTULO IV - PRÁTICAS SOCIAIS E SABERES DO SUJEITO COM TUS: UM SUJEITO FERIDO SE LEVANTA?

“Um pouco de ciência nos afasta de Deus. Muito, nos aproxima”. Louis Pasteur (1822 – 1895).

Neste último capítulo, a que chamamos de “Práticas sociais e saberes do sujeito com TUS: um sujeito ferido se reergue? ”, devemos discriminar as práticas sociais e saberes espirituais recorrentes que acontecem na mudança em direção a abstinência do sujeito com TUS.

4.1 Vínculo, resiliência e outros achados

Situemos de partida no território da abstinência, nossa tematização permanente. Ouçamos ainda Pedro e vejamos como um sujeito “cai em si” e realiza ensaios de abstinência:

P – E o que está te motivando para isso tudo, para você se manter na decisão de abstinência?

PEDRO – *O que está me motivando? É a minha família; o que eu já perdi (o mundo de coisas que perdi) e a espiritualidade, Deus na minha vida, entendeu? A minha filha, a namorada, os autos e baixos que vivi, as mentiras que eu já contei e que foram muitas, para a minha família, isso também me motiva a mudar. É como eles falam lá em casa: o que é um mentiroso querendo falar a verdade? Eu estou colhendo o que eu plantei, né? Mas, penso que é levantar a cabeça e bola para frente e continuar tentando, continuar tentando, não desistir. Olha, por exemplo, ontem teve um episódio que minha mãe queria passar na minha cara que eu saí para cá e deixei um pacote de biscoito vazio. Coisa que qualquer um deixava passar. Minha mãe não deixa mais. Quando cheguei de volta ela queria brigar comigo. Mas, eu deixei de boa. E vi que isso era fruto de minhas mentiras, daí passei a controlar a minha frustração (Grupo focal - itálico nosso).*

Vemos voltar duas pilas básicas: os vínculos, personalizados pelos laços de família – qual a filha, a namorada, a mãe, que Pedro menciona –, e a espiritualidade, “Deus na minha vida”, como menciona, em um contexto que se refere à frustração. O convívio com a frustração exigiria do sujeito resiliência¹⁹ para lidar com ela.

Observemos que André, outro sujeito da pesquisa, intervém no grupo focal e relativizando a importância do fato narrado por Pedro, aponta a necessidade de vermos as coisas sem dramatizarmos, dando-lhes uma dimensão que não possuem, pois que os fatos se inscrevem

¹⁹ Resiliência – segundo estudiosos brasileiros e pesquisadores falantes de línguas latinas têm uma concepção que entende a resiliência ora como resistência ao estresse, ora como associada a processos de recuperação e superação de abalos emocionais causados pelo estresse. (BRANDÃO et al., 2011).

não somente em nossa psique, mas no contexto social e mesmo histórico dos relacionamentos.

Vimos anteriormente que Pedro, quando conta o fato de sua frustração com a mãe no episódio do biscoito, dissera no mesmo parágrafo, ao referir-se ao que vivera até então, que o que o motivava na abstinência era também “os autos e baixos que vivi, as mentiras que eu já contei e que foram muitas, para a minha família”.

Assim, ao situar-se ante a questão dos relacionamentos, perante a questão dos vínculos, portanto, sua fala envereda por uma linha de reflexão em que Pedro aponta o que o motiva na abstinência, referindo-se que “é a minha família; o que eu já perdi (o mundo de coisas que perdi) ”.

Vê-se que estes fatores – o que perdi, e a importância da família, namorada e filha-, contam muito para Pedro, que tem intenção de se sustentar nesse período de abstinência. Pedro refere que percebe ter atingido o Outro com o que diz serem “suas mentiras”, mas esse reconhecimento não parece funcionar tão facilmente na sua reflexão prática sobre o episódio do biscoito.

O outro sujeito do grupo focal, André, observa a fala de Pedro, e relativiza a importância do fato do biscoito na conjuntura de uma relação já antiga como a da mãe. Poderíamos perguntar: grupos dessa natureza (como o grupo focal) não poderiam auxiliar um deslocamento do olhar do sujeito em luta consigo visando lidar com frustrações, e, pois, assumir um processo de resiliência?

Passava na minha mente a lembrança como se tem sonogado os trabalhos de grupo e os espaços de fala nas casas de acolhimentos e nas chamadas unidades de internação a sujeitos em uso abusivo de drogas. O olhar de Pedro se enriquecia com o de André, que lhe sugeria menos dramatização numa relação tão antiga. E eu via como isso parecia reconfortar Pedro e devolve-lhe maior confiança na relação que novamente passava estabelecer com a mãe (Diário de Campo).

O contexto do fato daria uma coordenada também para a reflexão de Pedro, mas isso não funcionava automaticamente na lida da frustração. Certamente, a frustração se reporta às esferas do sentir que a razão não dá conta sem um esforço mais profundo de reflexão e resiliência. Veja-se a intervenção de André à fala de Pedro no grupo focal:

Eu acho assim: não vai faltar quem aponte o dedo para gente, dentro de casa, no trabalho, na rua. Por esse motivo ou por outro motivo, por isso ou por aquilo eu acho que a crítica faz parte do ser humano; e mesmo que eu esteja certo, o outro lado se acha na razão. Vão apontar o dedo para mim. *Então, mais uma vez eu volto para a questão da espiritualidade.* Quem me conhece há bastante tempo sabe que eu tenho um jeito meio mineiro de expor as minhas opiniões, eu evito choque, evito confronto. Não gosto de entrar em choque, não gosto de entrar em conflito, porque eu acho que eu não sou o dono da verdade. Eu tenho uma ideia que para mim funciona, não sei se

vai funcionar para algum de vocês. Eu tenho uma opinião sobre aquilo ali, pode eu estar certo ou não, mas mesmo que eu tenha uma opinião mais forte eu sou obrigado a ouvir o outro, a conviver (Grupo focal - itálico nosso).

Observa-se que há uma insistência na fala de André, sobre a necessidade de Pedro “conviver com o Outro”, e nos abandonos ou “sabotagens” vividos nas relações afetivas, como menciona, “continuar a vida” – resistir, ser resiliente, poderíamos inferir. Continuemos com André:

Sou obrigado a conviver. Então eu acho que o colega, como qualquer um de nós, não deve fugir e evitar pessoas. Agora você está vivendo uma situação que te dá mais conforto, te dá mais segurança. *Se hoje você tem uma namorada que te dá apoio, continue com ela. Se semana que vem ela não vai te dar apoio e vai te sabotar, se afasta dela. E continua a vida* (Grupo focal – itálico nosso).

O grupo vai entrando na reflexão de Pedro e ofertando elementos que mostram o Outro e deslocam, pois, o olhar que se fixa em si mesmo:

TIAGO MAIOR – O que é mais fácil: lutar ou desistir? Pois é... muitas vezes a pessoa... a mulher me perturbou, não sei o quê. Você vai desistir?

PEDRO – É mais fácil desistir do que lutar...

FILIFE – A pessoa querer desistir porque a mulher criticou o pacote de biscoito vazio... A mãe? E quantos problemas a gente já causou para nossa mãe no passado? (Grupo focal).

Em seguida, Filife se reporta à importância dos vínculos que possuem, e afirma que dar valor ao outro é fundamental; isso parece apontar para um olhar e um lugar na instituição em que estão no tratamento: para a desinstitucionalização. Como sustentar esse olhar de dentro para fora? Senão vejamos:

Minha mulher, ela me conheceu muito no passado até porque ela está comigo há cinco anos; ela sabe que eu não sou violento, que não chego quebrando tudo, que não faço baderna, nem arrumo confusão na rua e nem trago para dentro de casa. Ela está vendo uma diferença mesmo com o pouco tempo que ela está comigo... Isso é importante para mim (Grupo focal).

Abordando, a seguir, outras esferas da vida, Filife afirma o valor da espiritualidade na abstinência. A partir desse momento, pode-se dizer que cada um falava e era como se fizéssemos uma condensação do que foi colocada até então no grupo; agora era como se juntássemos feixes. Como se pode constatar:

P. – Mas foram quatro anos sem usar a bebida alcoólica?

FILIFE – Se eu não em engano, foi por aí.

P. – O que foi que te manteve sem usar...?

FILIFE – A Igreja, a religião (Grupo focal).

Haveria uma lacuna, nas contribuições da espiritualidade extrínseca, que poderia (nos trabalhos com os drogadictos) ser complementada com a intrínseca, mais propensa à escuta do sujeito ao Si mesmo e ao mundo espiritual?

FILIPE – Foi a igreja, né? Que me manteve sem usar...Eu acho que eu tinha dito até uma vez aqui o que foi o meu tempo na igreja, não foi outra coisa, na época eu não tinha mulher, eu não tinha nada, eu era jovem. A minha vinda para cá foi porque eu estava exagerando. E o meu trabalho necessita muito da minha sanidade. Quando *caí* [recaída] não foi por causa de mulher, de outros relacionamentos. No início, minha bebida era mais assim de final de semana, sábado e domingo. Não era no *ritmo* de beber social, porque beber social não existe, né? (Grupo focal – itálico nosso).

É possível mesmo insistirmos na pergunta: Haveria uma vacância nas contribuições da espiritualidade extrínseca? Ela poderia vir sucedida pela experiência de espiritualidade intrínseca? Uma vez que com a espiritualidade extrínseca o sujeito atua predominantemente com os grupos sociais e a comunidade de fé de seus participantes, como se poderia partir disso para avançar na direção da espiritualidade intrínseca?

Na verdade, não se poderia separar por completo a espiritualidade intrínseca da extrínseca, pois o que há é predominância de uma ou de outra em determinadas passagens da vida do sujeito. Contudo, pode-se supor se a espiritualidade extrínseca pode ser uma ponte para que a intrínseca venha a se sedimentar mais intimamente nas procuras e na vida do sujeito.

O estudo de teologia, ao qual Tiago Maior se reporta abaixo, poderia sustentar de uma forma mais profunda a própria relação com sua espiritualidade? A utilização dos provérbios e salmos parece recorrente, como estamos observando nesta pesquisa, nos hábitos de abstinência.

Os salmos e provérbios funcionariam como prece? Roteiro de vida? Conexão com Deus? Instrução? Sabedoria? Quando Tiago Maior diz que “a sabedoria” adquirida no estudo da palavra, “ela vai ensinar muitas coisas”, isso parece nos reportar ao caráter multidimensional da relação com a própria espiritualidade. Vejamos:

TIAGO MAIOR – A bíblia instrui. *A palavra* é uma bússola; então, ela ensina, ela instrui. Quando a pessoa começa ser um leitor da palavra, ela ensina muitas coisas; o provérbio, a sabedoria, então quando diz lá no Salmo: “Bem-aventurado o homem que não anda segundo o conselho dos ímpios, nem se atém no caminho dos pecadores”... Então, *ela vai ensinar muitas coisas*. O que tem no caminho dos pecadores? Bebedisse, chocaisse, essas coisas. Então, quando você começa a evitar essas coisas, isso é um passo bom que você não vai adquirir sem Deus. (...) – O companheiro falou antes e me veio a lembrança. Deus nos dá quantas horas num dia? Vinte e quatro horas. E quantas horas a gente tem tirado pra Deus? Muitas vezes nem meia hora. Vou falar por mim. Quando eu tirava esse momento, tudo estava dando certo para mim, quando eu passei a não tirar esse momento pra Deus, tudo desandou (Grupo focal – itálico nosso).

O aspecto reflexivo na abstenção tem seu valor, mas quando não vem junto a outros aspectos, não adquire a potência que pode assumir. A ação continuada em outras dimensões parece importante no conjunto de hábitos que sustentam a abstenção, tais como: estudo (“Aí depois entrei em negócios de estudo, pré-vestibular, cursinho, essas coisas”), espiritualidade (“Na época mesmo, foi mesmo a convivência na igreja mesmo que foi me levar para a abstinência. Passei esse tempo dentro de igreja. Fui professor de escola dominical de teologia. E fiquei sem usar por esse tempo”).

Em fala subsequente, Filipe afirma o valor do trabalho e dos relacionamentos: trabalho (“na empresa me oferecem oportunidade de estar aqui, no Elo de Vida”), e vínculos (“aquilo que vem para nos ajudar em casa, é lógico que nós temos que aproveitar mesmo, no caso, eu tenho a minha esposa em casa e a minha filha”). Observemos as diversas falas de Filipe:

FILIFE – *Na época mesmo, foi mesmo a convivência na igreja mesmo que foi me levar para a abstinência. (...). Passei esse tempo dentro de igreja. Fui professor de escola dominical de teologia. E fiquei sem usar por esse tempo. Aí depois entrei em negócios de estudo, pré-vestibular, cursinho, essas coisas. Mas comecei a me envolver com algumas coisas que não deveria, né? Uma bebida aqui, uma bebida ali, bebia antes e nos intervalos de aula, né? Não foi costume de beber todo dia, foi nos intervalos (Grupo focal – itálico nosso).*

Filipe, falando ainda de abstinência no contexto reflexivo do grupo focal, traz outras dimensões como trabalho e relacionamentos, mostrando uma compreensão concreta de “aproveitar” [oportunidades] que se associa a “aquilo que vem para nos ajudar em casa”, e que o sujeito considera importante, no caso, esposa e filha. Por outro lado, a compreensão da empresa que oportuniza seu tratamento, ao viabilizar sua continuidade no trabalho, é mencionada como valor, senão vejamos:

FILIFE – *Vou ser curto e grosso. ... Vocês sabem que o meu negócio é bebida, né? Estavam me avisando para tomar vergonha na cara. Na empresa me oferecerem oportunidade de estar aqui (no Elo de Vida), só que eu não conhecia e nunca tinha experimentado esse tratamento. Mas hoje eu sei porque estou aqui, e isso está me ajudando muito (Grupo focal – itálico nosso).*

O tratamento comparece aqui de forma positivada: “eu não conhecia e nunca tinha experimentado esse tratamento”, diz Filipe, na roda de conversação do grupo focal. E nos mostra que se mostra compreendendo o tratamento (“hoje eu sei porque estou aqui, e isso está me ajudando muito”), consegue avaliar seu valor como “ajuda”.

O fato de o sujeito refletir sobre o seu tratamento, como vimos acima, não significa

que ele use sua autoralidade, sua capacidade de ser sujeitos de suas experiências, para outras áreas de vida. Assim é que Filipe parece regredir a um pensamento que nega seu papel de sujeito nas suas escolhas, quando está na esfera dos relacionamentos interpessoais. Quando perguntado se “você já passou quanto tempo sem usar? ”, Filipe diz que “sem usar bebida, se eu não me engano, de três a cinco anos. Não tinha mulher, né? Aí, eu voltei a beber mesmo”.

Percebe-se que o sujeito ora avança, ora recua – derrapando – quando se refere a seus relacionamentos, ora dando ao outro um papel de controlar sua bebida (ou abstinência), ora não.

Na sequência de suas falas, vemos Filipe olhar constantemente para o “lá fora” do mundo social. A escuta, a grupalização e a reflexão conjunta e individual, com variados e associados desenhos de ações terapêuticas pode levar o sujeito em tratamento a aprofundar esse olhar, enfatizando a resiliência. No que vimos de observar, deve-se considerar a resiliência como percurso/processo que nos possibilita levar em conta:

- O diálogo no tratamento pode escutar e valorizar o Outro, e isso ajuda a refletir sobre os relacionamentos dos sujeitos em suas vidas;
- O perceber-se valorizando os relacionamentos não parece ser algo automático, necessita de um trabalho reflexivo continuado para que essa aprendizagem seja autopossuída pelo sujeito, daí a importância dos grupos;
- Assumir limites e lidar com eles, sem passividade, mas oportunizando deslocamento do olhar quando excessivamente centrado em Si, parece ser indício de um “cuidar do outro”, que traz implicado o “cuidado com a relação”.

Resiliência, então, aqui adquire uma conceituação que a situa na malha de relacionamentos do sujeito com o Outro, consigo mesmo e seu mundo social. Envolve, contudo, uma compreensão do valor do vínculo. Podemos perguntar adentrando nessa reflexão, se os sujeitos como Mateus, Tiago Maior, André, Filipe, Pedro, Bartolomeu dentre outros, teriam percebido que são sujeitos de seus vínculos? Ou ainda, inconscientemente, os sujeitos ainda têm uma compreensão de que os vínculos são algo dado e não o percebem como construções realizadas por eles mesmos. Por que essa turvação?

Segundo o médico psiquiatra e psicanalista argentino Pichon-Rivière (1988), vínculo pode ser definido como uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação, mediada por processos de comunicação e aprendizagem. Além de firmar o conceito de vínculo, Pichon-Rivière nos traz uma nova forma de ver a psiquiatria, na realidade, vai além e propõe uma nova abordagem ou modalidade de psiquiatria:

Uma psiquiatria concebida a partir das relações interpessoais, da relação do indivíduo com o grupo e/ou com a sociedade, nos dará dados para construir uma psiquiatria que podemos denominar de Psiquiatria do Vínculo, quer dizer, a psiquiatria das relações interpessoais. Uma psiquiatria concebida desse modo é uma psiquiatria dinâmica, construída com os postulados da psicanálise. Historicamente, podemos citar que o último passo da psicanálise foi o estudo das relações de objeto. Isso nos leva a tomar como material de trabalho e observação permanente a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com o outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento, que chamamos vínculo (PICHON-RIVIÈRE, 1988, p.24).

Segundo um de seus discípulos, Taragano (1988), a teoria psicanalítica dá um salto qualitativo com a noção de vínculo de Pichon-Rivière, a partir do momento em que considera o indivíduo ser relacional, capaz de operar com o resultado da interação entre ele e os objetos internos e externos, numa relação dialética. Essa perspectiva permite, assim, o desenvolvimento de uma psiquiatria centrada no estudo das relações interpessoais, nomeada de psiquiatria do vínculo (PICHON-RIVIÈRE, 1988; TARAGANO, 1988).

Rompendo com o pensamento psicanalítico ortodoxo, Pichon-Rivière diz haver uma necessidade de complementar a investigação psicanalítica com a investigação social. Ele acreditava que Freud não pôde se desapegar de uma concepção antropocêntrica, que lhe interditava o desenvolvimento de uma postura mais dialética. Afirmava ainda que Freud fora vítima de suas percepções e de seu desconhecimento da dimensão ecológica, aspectos que, se tivesse tido maior atenção, teriam-no impellido a ver com maior peso em sua obra, que toda psicologia, em um sentido estrito, é social (ATIÉ, 1999).

Ao idealizar a teoria do vínculo, Pichon-Rivière admite que o vínculo se expressa em dois campos psicológicos: interno e externo. É o interno que condiciona muito dos aspectos externos e visíveis da conduta do sujeito. O processo de aprendizagem da realidade externa, nesse sentido, é determinado pelos aspectos ou características obtidas da aprendizagem prévia da realidade interna, a qual se dá entre o sujeito e seus objetos internos (OKAMOTO, 2017). Isso implica dizer que o modo como um indivíduo compreenderá e se vinculará ao mundo externo estará diretamente relacionado à maneira como assimila e reorganiza o mundo interno e suas leituras.

Na disputa permanente entre o universo perceptivo interno e o externo, na verdade, movimentos intrinsecamente vinculados, encontraremos momentos de aprendizagem e de comunicação entre esses âmbitos de realidade, em que os objetos podem ser, grosso modo, gratificantes ou frustrantes (PICHON-RIVIÈRE, 2005). Em seu pensar, o médico argentino diferencia a noção de objeto da psicanálise e a relação de objeto de sua teoria:

Por que utilizamos o termo vínculo? Na realidade, estamos acostumados a utilizar, na teoria psicanalítica, a noção de objeto, mas a noção de vínculo é muito mais complexa.

Relação de objeto é a estrutura interna do vínculo. Um vínculo é, então, um tipo particular de relação de objetos (...). É possível estabelecer um vínculo, uma relação de objeto, com um objeto interno e também com um objeto externo. Desse modo, temos dois campos psicológicos no vínculo: um interno e outro externo (PICHON-RIVIÈRE, 1988, p.37).

Assim seguindo, Pichon-Rivièrè diferencia seu pensamento da teoria das relações de objeto concebida pela Psicanálise, onde se descreve as possíveis relações de um sujeito com o objeto sem levar em conta, com maior acento, a volta do objeto sobre o sujeito, isto é, uma postando-se essa relação como, em certa medida, linear. Rivièrè (1988) propõe então o estudo da relação vincular como uma espiral dialética onde tanto o sujeito como o objeto se realimentam mutuamente, em ampla e profunda interação (PICHON-RIVIÈRE, 1988; OKAMOTO, 2017).

Pichon-Rivièrè (1988) nos esclarece ainda que a psicanálise, ao estudar as relações de objeto, aponta como material de ofício e fonte permanente de observação a forma particular com que o indivíduo se relaciona com o outro ou os outros. Essas ligações, por seu turno, criam uma estrutura que é particular para cada caso e para cada momento. A esta estrutura dinâmica, em contínuo movimento, englobando o sujeito e o objeto, ele chamou de vínculo. Trata-se de uma estrutura complexa, que inclui um sujeito, um objeto e sua mútua inter-relação mediada por processos de comunicação e aprendizagem (ATIÉ, 1999). Reparemos o seu discurso:

O vínculo configura uma estrutura complexa, que inclui um sistema transmissor-receptor, uma mensagem, um canal, sinais, símbolos e ruído. Segundo uma análise intra-sistêmica e extra-sistêmica, para obter eficácia instrumental é necessária a similitude no esquema conceitual, referencial e operativo do transmissor e do receptor; do contrário, surge o mal-entendido. Toda a minha teoria da saúde e da doença mental centra-se no estudo do vínculo como estrutura (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p.11).

Seguindo sua obra, existem três níveis de investigação do vínculo que se integram sucessivamente: a investigação do indivíduo, a do grupo e a da instituição ou sociedade. Essas dimensões, por sua vez, permitem três tipos de análise: a psicossocial, que diz respeito ao modo como o sujeito se relaciona com o que o rodeia, ou seja, a parte do sujeito que se expressa para fora, que se dirige aos diferentes membros que o cercam; já a sociodinâmica se relaciona com as apreensões entre os diferentes membros de um mesmo grupo e sua estrutura; e, por fim, a tessitura institucional centra-se na análise que terá como objeto de investigação os grandes grupos, sua estrutura, origem, composição, história, economia, política, dentro outras dimensões humanas a serem contempladas (PICHON-RIVIÈRE, 1988).

Por meio de um estudo com estes três patamares de investigação (psicossocial, sociodinâmico e institucional) da família de um paciente poderemos inferir aspectos que podem

ser chaves para a compreensão da estrutura mental e dos motivos ou causas que provocaram a ruptura de um equilíbrio que poderia ser relativamente estável, gerando o sofrimento psíquico e a enfermidade. Percorrendo esse caminho, e para que se construa uma teoria sobre a enfermidade, o autor relata a necessidade de uma referência ao humano em seu contexto social particular:

A investigação que se queira fazer de uma situação de tensão particular, qualquer que seja, precisa ser realizada dentro do contexto social em que as coisas acontecem, isto é, do lado de fora. Em breve elas acontecerão no consultório, na medida em que o paciente repetir, na situação transferencial, os seus conflitos de fora. Para construir uma teoria de enfermidade psíquica necessitamos da referência permanente do homem em seu contexto real e exterior (PICHON-RIVIÈRE, 1988, p.24).

Okamoto (2017), em sua dissertação de mestrado, intitulada *Revisitando Enrique Pichon-Rivière: grupo interno, história de origem e contexto social*, detalha os conceitos trazidos pelo médico psiquiatra e psicanalista argentino, além de fazer um grande trabalho biográfico. A autora Okamoto refere que o psicanalista nos primeiros contatos com pacientes, já como psiquiatra, sente haver uma situação de conflito por trás dos sintomas, que fala por sintoma, poder-se-ia dizer, e que a enfermidade seria a tentativa falida de adaptação ao meio, sendo então um processo passível de compreensão. Em sua teoria, observa Okamoto, Rivière percebe o adoecimento psíquico como um emergente de um grupo específico. Vejamos mais detalhes na fala da autora:

Ao se esforçar para entender este processo, observa a diferença de comportamento do paciente, quando este estava com outros pacientes e/ou enfermeiros e quando estava na presença de sua família. Isto o fez questionar que relação era essa e quais as razões de tal mudança. Neste momento formula a ideia de que a doença mental é produzida e resultante de uma determinada dinâmica e história grupal, ou seja, a doença é o emergente de um grupo específico. Desde então, dedica-se aos estudos dos grupos e de seu funcionamento, criando a teoria dos grupos operativos. Ele afirma que todos nascemos inseridos em um grupo, já profundamente marcados por uma história que nos precede, e carregamos conosco um grupo interno, qual seja, o grupo de origem (OKAMOTO, 2017, p.62).

De acordo com sua teoria, Pichon-Rivière nos diz que o homem estabelece com o meio em que nasce, cresce e se desenvolve vínculos que serão os primeiros modelos e como que padrões de comunicação, o que implica considerarmos que nesse contexto relacional se realizam as primeiras aprendizagens.

As experiências iniciais do sujeito em seu universo relacional, portanto, ao passo em que percebem e capturam o exterior, desenham o mundo interno, conduzindo o sujeito ao longo de sua vida. É nessa medida, em um campo relacional específico, que os relacionamentos

irão possibilitando que se formem as matrizes de um *modus operandi* que vai caracterizando a maneira como o sujeito interage com o mundo exterior (PICHON-RIVIÈRE, 2005). Ainda, seguindo esse percurso de aprendizagens em um contexto relacional, é que os sujeitos constroem suas identidades e autonomia, capazes de lhes dar sentido do que chama de mesmidade ou vivência do self (OKAMOTO, 2017).

Esses percursos vivenciais que se dão em ambiência relacional vão possibilitando que se configure uma espécie de ecologia interna, como nomeia Rivière (1988), e que se situa em permanente processo de interação sujeito-meio, através de processos de introjeção e projeção. Contemplemos as palavras do autor da Teoria dos Vínculos:

O mundo interno é constituído por um processo de progressiva internalização dos objetos e dos vínculos. Este mundo encontra-se em permanente interação, interna e com o mundo exterior. Através da diferenciação entre mundo externo e interno, o sujeito adquire identidade e autonomia (sentimento de mesmidade ou vivência do self). A noção de mundo interno aparece como possibilidade de resolver o conflito entre o geral e o particular. Assim, entramos no terreno da ecologia interna, que investiga os mecanismos pelos quais se constrói um mundo interno em interação permanente com o externo através de processos de introjeção e projeção (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 75).

O psiquiatra argentino questionava sempre o que compunha o mundo interno do paciente e o que se formava como configurações do seu mundo externo, bem como se perguntava sobre qual a importância desses para a constituição do psiquismo. Dizia que ao atender um paciente, faz-se necessário detectar a representação que ele tem do grupo internalizado em que se insere, sendo que o papel do terapeuta seria, de certo modo, questionar a articulação deste mundo interno com o grupo externo (OKAMOTO, 2017).

Pichon-Rivière afirmava terminantemente que o surgimento de uma doença em um membro de uma família se relaciona com a totalidade do que ocorre dentro dela. Referindo que podemos considerar o paciente doente ou em adoecimento psíquico como um representante de uma estrutura tanto individual como familiar, observa que na medida em que se conheça esta estrutura relacional, ambos os aspectos poderão ser manejados como duas partes componentes e interativas da mesma (PICHON-RIVIÈRE, 1988).

Resumindo, o fator que desencadeia o que emerge mentalmente no paciente está em relação direta com as angústias próprias do grupo familiar (ATIÉ, 1999). O distúrbio psíquico deve ser compreendido, pois, nessa visada, como uma tentativa que o sujeito faz de solucionar um conflito estabelecido, uma tentativa de reconstrução do mundo tanto do próprio sujeito como do de sua família e até, em segundo plano, do grupo social mais amplo (ATIÉ, 1999).

É nessa medida que seu adoecimento e diferença, poderíamos dizer, também é porta voz da insegurança e do clima de incerteza sociais, mas também não raro do que seria necessário modificar nos ambientes familiar e societário. Ao tratá-lo, atribuímos a ele uma nova função: agente de mudança (OKAMOTO, 2017).

Para o pesquisador e médico argentino, o doente é um porta-voz dos conflitos e tensões do seu grupo imediato, mas também por isso mesmo parece significar ser o símbolo e o depositário dos aspectos alienados da sua estrutura social. Pelo que vimos, poderíamos dizer que a espiritualidade, no sentido largo do termo, é uma dimensão do sujeito que está sendo alienada da estrutura social e da totalidade da vida do sujeito na contemporaneidade. Assim, estaríamos mutilando seres humanos ao extirpar de sua vida o valor de uma dimensão tão importante.

4.2 O cérebro triuno e o reconhecimento do “cuidar do outro” no levantar do sujeito com TUS

Segundo a maioria dos estudos científicos consultados, o retorno à religiosidade, independente da denominação religiosa professada, também pode facilitar a recuperação da dependência de drogas e diminuir os índices de recaída dos pacientes. Alguns autores referem que o relato de pessoas dependentes químicas (álcool, maconha, cigarro, crack e cocaína) confirmou que o melhor caminho para permanecer livre da dependência é o desenvolvimento de uma vida espiritual. Isso não significa que essas pessoas não teriam dificuldades ou momentos de queda, ou que teriam todos os problemas resolvidos, mas que a constante retroalimentação e apoio espiritual poderiam auxiliar a fazê-los permanecer livres das drogas. O pensamento espírita, em particular a obra psicológica de Joanna de Ângelis (2009), na psicografia de Divaldo Franco tem aprofundado a importância do autoconhecimento na reflexão sobre saúde.

Conversando no grupo focal, focalizei o núcleo de sentido que eu buscava captar, agora caminhando para aprofundamentos novos.

- Você considera importante a espiritualidade (ou religiosidade) para o tratamento? Por quê? – Eu perguntava. - Seu período de abstinência foi influenciado pela espiritualidade (ou religiosidade)? Como? Conte detalhes sobre isso – eu perguntava mais. E observava ao olhar para cada um deles no grupo focal, que eles pareciam desejar muito uma fala dessa natureza. O médico tem a condição de ao abrir para perguntas dessa natureza acolher essa dimensão: a da espiritualidade e a adesão profunda a uma religião (Diário de Campo).

Veja-se como Tiago Maior mostra um envolvimento com Deus, um *diálogo interior*

que ele alimenta e que podemos caracterizar como uma intensificação de sua espiritualidade intrínseca:

TIAGO MAIOR – Quando eu estou a sós, eu tenho aquele momento a sós com Deus. Quando você fala, como nós estamos conversando aqui, assim faço com Deus. Peço aquilo que eu não posso fazer. E sigo conversando com Deus e isso também me dá força. Como muitos dizem, é uma *força ativa*. Eu começo a falar e desabafar.

P. – Como uma terapia com Deus?

TIAGO MAIOR – Sim. Pronto, se não tenho um psicólogo tenho um livro. O maior psicólogo que já existiu foi Jesus Cristo. Então, ali, eu começo a conversar e pedir de joelho, e aquilo me alivia quando eu falo de coração. Mas quando eu falo com Deus só por falar não tenho essa sensação. Mas quando eu vou mesmo, falar de coração aberto, e pedir a Deus é outra coisa. Como já vi pessoas pedindo e dizendo assim: “eu não vou mais usar, eu não vou mais beber”, e não beberam mesmo, e continuavam orando. Existem pessoas e relatos de pessoas que não vão para nenhuma igreja, não é católico nem espírita, não fazem parte de nenhuma denominação. Mas acreditam em um só Deus, e essa força superior que fortalece, entendeu? E Ele faz isso aí por ti, Ele te ama, Ele chama isso como um ato devocional (Grupo focal).

Vimos como era recorrente a instigadora questão da espiritualidade na vida dos sujeitos com transtornos por abuso de substância. Observamos que para o sujeito vivenciar uma *experiência espiritual* necessita, de certa forma, sentir-se sujeito de sua mudança. A derrapagem da autoralidade – como já nomeamos e se comporta como a demissão do sujeito de suas escolhas e a delegação de sua recaída ou de sua dificuldade, remetendo-a ao outro – precisa ser superada de algum modo.

Poderíamos dizer que haveria uma atenção ao relacionamento com Deus? Por ato devocional se poderia se pensar em um rito externo, como uma ritualística mecânica. Mas reparamos que Tiago Maior afirma: “Mas quando eu falo com Deus só por falar, não tenho essa sensação. Mas quando eu vou mesmo, falar de coração aberto, e pedir a Deus é outra coisa”.

O fato de o sujeito estar emocionalmente vinculado na relação com Deus ou “uma força superior”, como refere Tiago Maior, é alimentado por atitudes. Ao falarmos de espiritualidade intrínseca, a que nos leva à relação com o sagrado, preponderantemente, mais que aos ritos comunitários feitos sobre isso, não significa que Tiago Maior não vivencie o que ele nomeia de “ato devocional”, de onde retira uma “força ativa” para viver, como diz. Nas suas palavras: “E sigo conversando com Deus e isso também me dá força. Como muitos dizem, é uma *força ativa*” (itálico nosso). Observe-se:

TIAGO MAIOR – É um *ato devocional*. Antes de se levantar, a pessoa assim que acordar tem que agradecer pela noite e agradecer a Deus, né? Porque um animal irracional não agradece. O ser humano muitas vezes lembra e nem agradece a Deus pela noite dormida, como um bicho bruto. Então, eu não estou fazendo isso ultimamente, e eu tinha esse hábito, era isso que me colocava de pé, entendeu? Essa *força ativa* é que me fazia não usar droga, que me dava uma força, uma vontade de

viver. Eu fazia esse ato devocional, e pedia força e isso me motivava porque eu entregava meu dia a Deus. Assim como o Sol é para o justo e para injusto e a chuva também, eu falava com o ser superior e isso me fortalecia (Grupo focal - itálico nosso).

A seguir, o rapaz passa a admitir a importância de Deus e da espiritualidade como uma árvore que nutre – “a espiritualidade é como se fosse uma árvore dessa daí, ela é o tronco e nós somos os ramos” –, e logo faz uma alusão ao valor da ciência na ajuda à abstinência, especificamente referindo-se à medicação. No entanto, nessa hora, parece opor os dois movimentos: o de recorrer à medicação e o de recorrer a Deus: “quando a ciência não puder fazer nada, eu corro para Deus”, como se um viesse após o limite do outro.

TIAGO MAIOR – A medicação é por um tempo, por um período, serve para manter o corpo sem a abstinência. Por exemplo, eu estou tomando essa medicação, não quer dizer que não vou ter abstinência. *Se Deus deixou a ciência ao homem, então eu vou usar a ciência, mas quando a ciência não puder fazer nada, eu corro para Deus, entendeu?* Deus é o dono de tudo. No meu ponto de vista, a espiritualidade pra mim é tudo, mas a medicação está sendo útil no momento, está me ajudando muito (Grupo focal - itálico nosso).

Podemos, contudo, ler ainda de outro modo o que diz, uma vez que este interlocutor se refere à medicação como uma saída provisória quando afirma que “A medicação é por um tempo, por um período, serve para manter o corpo sem a abstinência”. Em seguida fala da união entre ciência (medicina) e a divindade: “Se Deus deixou a ciência ao homem, então eu vou usar a ciência”. Ao mesmo tempo, parece mencionar Deus como uma referência permanente e que foge à provisoriedade da ciência: “mas quando a ciência não puder fazer nada, eu corro para Deus, entendeu? Deus é o dono de tudo”.

Mateus mostra, a seguir, como a fala com Deus – “no meu dia a dia, eu já falo com Ele”– e o estar com Ele lhe possibilita fortalecer-se no dia a dia para ter a reação do bem: “– É Ele que me dá paz para eu não ter reação para machucar o outro”. Observa Mateus com isso estar ultrapassando uma impulsividade, se assim se poderia dizer: “qualquer ação eu não queria saber de nada, eu só queria saber de mim, eu reagia. E estando com Ele, eu vou ter a reação do bem, automaticamente eu vou saber agir no bem”. Vejamos o texto inteiro, com essas nuances:

P. – Só repetindo a pergunta: você considera importante a religiosidade para o tratamento? Por quê?

MATEUS – Para mim, eu considero que é importante porque no meu dia a dia, eu já falo com Ele, Deus, das coisas que acontecem na rua: uma raiva, uma perda ou uma alegria. É Ele que me dá paz para eu não ter reação para machucar o outro. *Antigamente, quando eu estava na ativa [refere-se ao tempo de uso abusivo da droga], qualquer ação eu não queria saber de nada, eu só queria saber de mim, eu reagia.* E estando com Ele, eu vou ter a reação do bem, automaticamente eu vou saber agir no bem. Eu me ligando Nele tenho a certeza de que eu não vou voltar para droga, porque eu não vou ter a raiva, vou saber controlar minha ira, minha raiva, minha tristeza ou

alegria. Deus me deu amor. Você amar o próximo como a si mesmo, né? Isso muito fortalece o meu dia a dia e no meu dizer “não à droga” (Grupo focal – itálico nosso).

Vemos acima na fala de Mateus uma alusão clara ao fato de *reagir* com impulsividade, sem maior reflexão ou controle: “Antigamente, quando eu estava na ativa [refere-se ao tempo de uso abusivo da droga], qualquer ação eu não queria saber de nada, eu só queria saber de mim, eu reagia”.

Analisemos isso, que nos mostra como a fixação nos automatismos, nos impulsos e nas repetições de atos sem atuação maior da razão, pode ser compreendida como uma oclusão ou minimalização da atuação com outras áreas da mente que se acham em correspondências com regiões do cérebro físico.

Para dar conta dessa reflexão, vamos nos reportar agora aos estudos de MacLean (1985, 1990), Prada et al. (2017) e, na perspectiva espírita, a obra de André Luiz (2006), psicografia de Chico Xavier, com as instruções de Calderaro, para análise do nosso campo empírico.

MacLean (1985) foi um dos principais neurocientistas do século XX, teve uma carreira extraordinariamente longa e produtiva, onde estabeleceu os parâmetros para investigar a evolução e o funcionamento do cérebro emocional, correspondente ao sistema límbico, mas em interação com outros aspectos. MacLean é mais conhecido por identificar e nomear o sistema límbico, o que definira já em 1952. Mas foi precisamente em 1990, quase quarenta (40) anos depois, que alcançou o ápice de seus estudos e pesquisas, em sua grande obra: *O Cérebro Triúno na Evolução* (MacLEAN, 1990). Newman e Harris (2009, p. 03) referem que a pesquisa de MacLean e seu corpo analítico alteraram até mesmo nossa visão do *Homo sapiens* e nossa compreensão sobre a evolução do cérebro e do comportamento humano.

MacLean, neste livro supracitado (1990), discutiu detalhadamente as ramificações do conceito de sistema límbico e suas subseqüentes descobertas sobre a evolução humana e seu comportamento cerebral, culminando em sua proposta de um novo modelo cerebral, que ele chamou de “cérebro triúno”. As contribuições de MacLean afetaram a Biologia Evolutiva, a Neuroetologia, a Neurociência Clínica, a Neurologia, a Psiquiatria e as ciências antropossociais.

Newman e Harris (2009, p. 03), a respeito do funcionamento do cérebro, nesta concepção triúna, escreveram:

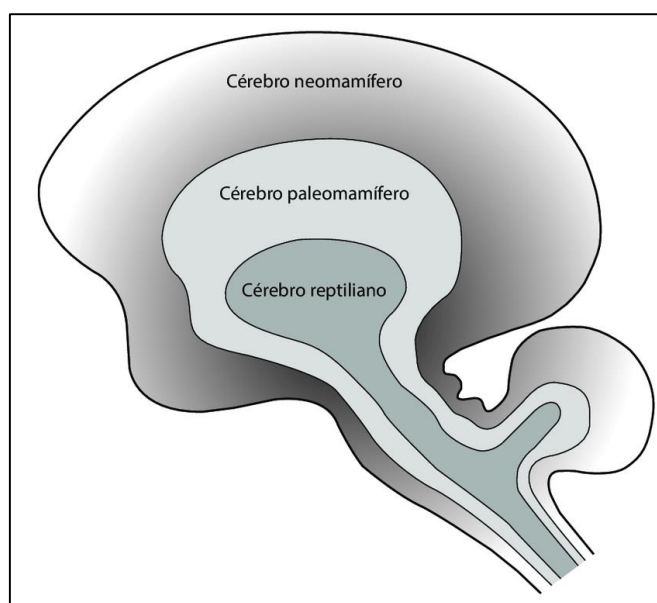
A partir de uma perspectiva evolucionista e observando achados no comportamento dos animais, MacLean referiu que o homem herdou a estrutura básica e organização de três cérebros, dois dos quais são bastante semelhantes aos dos animais. Refere ainda que apesar de sua grande disparidade em estrutura e química, todos os três devem funcionar juntos.

Mograbi (2015, p. 228), outro autor que estuda o assunto, resume bem a composição do cérebro triúno e suas camadas (FIGURA 1), preconizada por MacLean, senão vejamos:

MacLean apresentou em 1970 a teoria do cérebro triúno que definia essa divisão do cérebro em três camadas e tentava explicar o funcionamento do cérebro humano a partir delas: 1) O cérebro protoreptiliano (ou reptiliano), o eixo mais básico do sistema nervoso, composto de medula espinhal, tronco cerebral, cerebelo, diencéfalo e gânglios basais, responsáveis por comportamentos estereotipados geneticamente determinados e funções parassimpáticas (involuntárias); 2) O cérebro paleomamífero, composto pelo sistema límbico (hipocampo, amígdala, giro cingulado, giro parahipocampal, tálamo, hipotálamo e fórnix), que é responsável pela regulação de emoções, motivações, bem como algumas funções instintivas. Memória e aprendizado também fazem parte das funções mais sofisticadas do sistema límbico; 3) O cérebro neomamífero que é aquilo que chamamos propriamente de córtex cerebral e que é responsável por análise complexa de estímulos internos e externos, racionalidade, linguagem, resolução de tarefas e controle de comportamento flexível.

Observemos a grafia dessa concepção (FIGURA 2):

Figura 2 – O cérebro trino de Paul MacLean



Fonte: Azevedo (2018, p. 89).

Ao mencionar o cérebro protoreptiliano (ou reptiliano) como o eixo mais básico do sistema nervoso, o autor (MOGRABI, 2015) o aponta como responsável pelo que ele intitula de *comportamentos estereotipados*. E aqui voltamos ao campo empírico de nossa pesquisa, quando Mateus refere-se a emoções de agressividade que ele deixava que o dominasse sem controle ou reflexão, em uma reação com grande impulsividade. Estaríamos então, preponderantemente, no terreno das ações do cérebro reptiliano?

Como veremos por Sagan (1977) e Prada (2017), que retomam e desenvolvem essas

contribuições, com seus acréscimos da visão espiritista, temos neste eixo básico do sistema nervoso, onde se vê o *complexo reptiliano* em ação, que este assume função importante no comportamento agressivo.

Assim, Prada et al. (2017, p. 44) lembram que a hipótese do cérebro triúno, aventada por MacLean, tornou-se popular por sua ampla divulgação através do astrofísico e biólogo Carl Sagan, em seu livro “Os dragões do Éden”, que recebeu o Prêmio Pulitzer em 1977. Carl Sagan se deteve com um detalhamento surpreendente ao falar do *complexo reptiliano*, ou Complexo R:

Carl Sagan chega a ressaltar a relevância do *complexo reptiliano* em nossas vidas, pelo seu importante papel no comportamento agressivo, na demarcação territorial, nas práticas ritualísticas (de acasalamento, por exemplo) e no estabelecimento da hierarquia social. Segundo Sagan, ‘É surpreendente quanto de nosso comportamento pode ser descrito em termos reptilianos’ (PRADA et al., 2017, p. 44, *italico nosso*).

Já que fazemos dialogar a perspectiva espírita (ciência, filosofia e religião) com a da medicina e a da educação, vale anotar o fato interessante que encontramos no quinto livro da coleção *A vida no mundo espiritual*, na qual o espírito André Luiz, através da mediunidade de Francisco Cândido Xavier, traz-nos informações valiosas acerca de inúmeros assuntos tratados pela psiquiatria.

Assim é que de forma clara e consistente, André Luiz narra em vinte (20) capítulos a complexidade da mente humana e suas inclinações, as superações de suas dificuldades e emoções de difícil elaboração, bem como define o modo de concepção e funcionamento do que nomeia casa mental.

É importante observar que nesse livro que foi publicado em 1947, intitulado *No Mundo Maior* (2006), Calderaro, o instrutor de André Luiz, já fazia menção ao cérebro triúno, que ele denomina, para fins didáticos, de três andares ou instâncias, baseando-se para isso em uma perspectiva evolucionista do espírito. Para o autor espiritual André Luiz, a mente está no espírito imortal, que vivencia inumeráveis reencarnações. Evidencia ainda o autor espiritual que este construto da casa mental, por sua vez, encontra correspondência no cérebro físico.

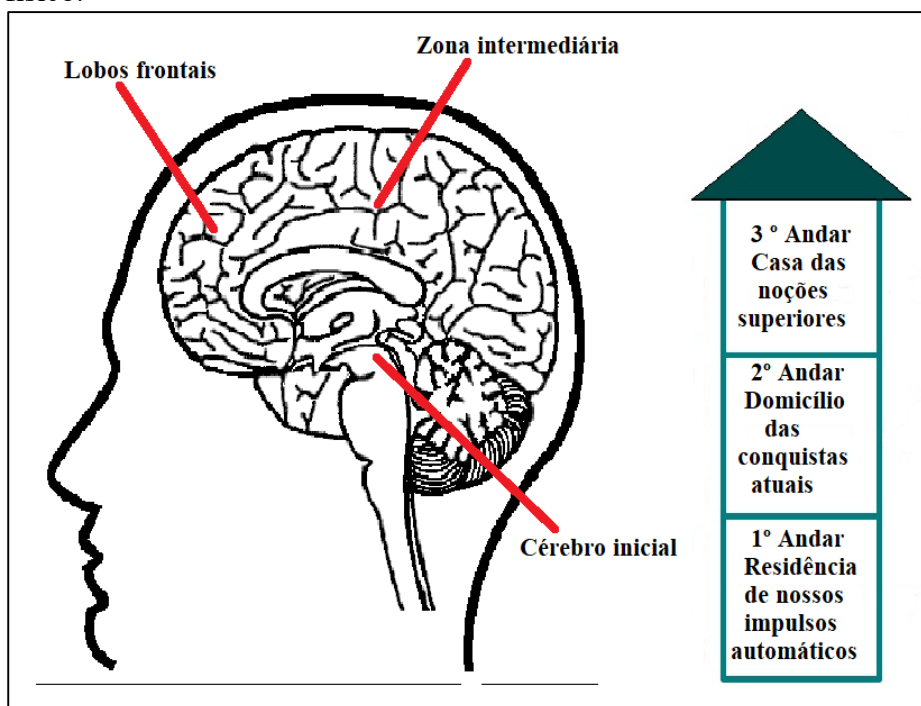
Algo semelhante ao que MacLean (1985, 1990) nos vai trazer muito depois, ao dividir o cérebro físico humano em níveis. Apesar de alguns desdobramentos serem diversos, em nível anatômico ou áreas cerebrais, ambos concordam com o conceito de uma separação em três âmbitos, unidades ou instâncias que formam um construto uno (constituem um todo), e afirmam que essas partes interagem entre si, com a definição da última delas ser a sede final da presente evolução.

Reportando-se às informações referidas pelo instrutor espiritual Calderaro ínsitas no livro supracitado, encontramos o detalhamento da citada divisão do cérebro em três regiões distintas:

No sistema nervoso, temos o **cérebro inicial**, repositório dos movimentos instintivos e sede das atividades subscientes; figuremo-lo como sendo o porão da individualidade, onde arquivamos todas as experiências e registramos os menores fatos da vida. Na região do córtex motor, **zona intermediária** entre os lobos frontais e os nervos, temos o cérebro desenvolvido, consubstanciando as energias motoras de que se serve a nossa mente para as manifestações imprescindíveis no atual momento evolutivo do nosso modo de ser. Nos planos dos **lobos frontais**, silenciosos ainda para a investigação científica do mundo, jazem materiais de ordem sublime, que conquistaremos gradualmente, no esforço de ascensão, representando a parte mais nobre de nosso organismo divino em evolução (Luiz, 2006, p. 53, negrito nosso).

Dentro dessa concepção da casa mental, que faz a correspondência mente (Espírito) e cérebro (físico), observemos (FIGURA 3):

Figura 3 – Esquema representativo da casa mental, configurada em três andares, cada um deles interagindo com uma das três partes do cérebro físico.



Fonte: Elaborado pelo autor, adaptado de Prada (2017, p. 132)

Na ciência espírita, pela voz do educador Calderaro, instrutor do plano espiritual, portanto, deixa-se claro não se tratar de três cérebros, e sim de um que se divide em três regiões distintas, cujas partes estão em constante interação, realizam conexões e manifestam no corpo físico o funcionamento da mente sediada no espírito (LUIZ, 2006).

O que vimos na informação de André Luiz (2006), manifesto por meio do conhecimento da ciência espírita, está em conformidade (em parte, pois MacLean só vê o cérebro físico, não vê a mente no espírito, que com ele acha correspondência) com o que foi proposto também por Prada et al. e referido por MacLean, citado por Newman e Harris (2009, p. 03). Estes últimos se referem ao aspecto da unidade das três formações cerebrais nos termos: “apesar de sua grande disparidade em estrutura e química, todos os três [andares ou instâncias] devem funcionar juntos”.

Na última região do cérebro triúno (cérebro neomamífero de MacLean), que é a região de nosso maior interesse no momento, encontra-se uma forma mais elaborada de córtex chamada neocórtex, que evidencia um estágio mais avançado de desenvolvimento no homem, mas se articula com o restante do cérebro.

Holden (1979, p. 1068), em artigo em que analisa o estudo de MacLean e o cérebro triúno, exalta o otimismo de autor quando relata ser o lobo pré-frontal do neocórtex um dos equipamentos mais modernos que a evolução nos forneceu e que parece conter as capacidades humanas únicas de previsão e discernimento, possibilitando o desenvolvimento da empatia e do altruísmo (uma ligação consciente do bem-estar interior com o bem-estar dos outros). Segundo Harris (2003, p.525), “MacLean enfatizou a importância da empatia como uma marca do funcionamento cerebral integrado na evolução do cérebro”.

Vimos no campo empírico desta pesquisa, e em particular nas observações de Mateus sobre trabalho voluntário e doar-se, servindo ao outro gratuitamente, que parece haver confluência entre as superações das derrapagens de autoralidade (ou o reconhecimento de se ser sujeito de seus próprios atos) e um investimento na reflexão e na espiritualidade, em particular o que poderíamos dizer ser um servir ou cuidar do Outro.

Estamos observando que a superação dos automatismos e das agressões ao outro e o desenvolvimento de uma espiritualidade intrínseca, que se conjuga com o “importar-se com o outro”, parece enunciar uma maior propensão a uma incursão emocional no terceiro andar, zonas do neocórtex, onde se situam o sentimento superior aliado à razão (terceiro andar), que por sua vez se articulam às regiões da interioridade, onde se localizam impulsos que vem do passado (primeiro andar), com a ação no mundo presente (segundo andar).

A compreensão mostrada pelos autores que estamos trazendo a dialogar conosco e com a perspectiva espiritista, evidencia estarem em consonância. Os estudos de MacLean (1990) afirmam o aspecto triúno do cérebro e com André Luiz (2006) se frisa a importância destes três andares funcionarem em interação.

Partindo dessas referências, pelo que estamos encontrando na pesquisa, pode-se

propor no trato com a drogadição um investimento que se poderia chamar incursão no servir ou cuidar do outro e que pode ser considerado como espiritualidade, na compreensão espírita.

Ao utilizar o córtex e a ação concreta no mundo, junto às noções superiores do amor (que ficam no segundo e terceiro andares, respectivamente), segundo André Luiz, parece justo supor que os sujeitos, ao cuidar do Outro, realizariam certa evitação da fixação excessiva no primeiro andar, ou seja, na zona de emoções basais e impulsivas. Podemos verificar isso nos relatos dos sujeitos da nossa pesquisa, que ao ficarem na impulsividade, na compulsão, às vezes na violência, simbólica ou física, postavam-se excessivamente fixados no nível dos impulsos que vêm de muito longe na história do sujeito (até mesmo de outras reencarnações). Dessa forma é que ao integrar os vários andares ou instâncias, aprendendo no cuidado com o Outro, o sujeito volta-se às construções mais gratificantes do vínculo e, portanto, de sua potência afetiva.

O foco de MacLean no funcionamento cerebral integrado está também em consonância com a psicobiologia de Meyer, na qual os comportamentos pró-sociais espontâneos são um critério de saúde mental e ilustram uma adaptação social profícua que valoriza o Outro (HARRIS, 2003, p.527).

Post (2005), por sua vez, é autor que aponta ser significativa a convergência de evidências, advindas de autores e ciências diversas, em apoio à hipótese de que emoções, atitudes e ações que valoram a interação positivada junto ao Outro operam de forma eficiente junto à saúde e até à longevidade do sujeito dessa inter-relação. O autor chegou a essa conclusão após realização de um estudo de avaliação de dados de pesquisas existentes sobre altruísmo (POST, 2005).

A prova de que "fazer aos outros" faz bem ao doador (POST, 2006) dignifica e coloca o sujeito em novo lugar pessoal e social, e entender isso em saúde coletiva parece ser importante para lidarmos com o adoecer como experiência humana. A experiência de ajudar os outros fornece significado, senso de valor próprio e sentido para a existência, além de um papel social que faz o sujeito se implicar em produzir sua saúde pessoal e coletiva e, pois, viver mais consequentemente, em nível reflexivo e prático, a autoria de suas escolhas.

O Dr. Albert Schweitzer²⁰ explanava que os que dentre nós, seres humanos, poderão ser realmente felizes são aqueles que procuraram e descobriram como servir (POST, 2006). Os pesquisadores da felicidade, colocando essa discussão em novos patamares, hoje concordariam

²⁰ O Prof. Albert Schweitzer (1875-1965), ganhador do Prêmio Nobel da Paz de 1952, músico, filósofo, teólogo, médico e missionário, foi um dos precursores da Bioética. O seu texto *Ethics of Reverence for Life*, de 1923, mas publicado em 1936, apresenta os fundamentos para o pensamento bioético. Fonte: <https://www.ufrgs.br/bioetica/schweitz.htm>

com tal afirmação (SELIGMAN, 2002 *apud* POST, 2006). Poderíamos dizer que situar-se nessa região é estar implicado na produção de nosso mundo interior e em sua manifestação fenomênica, atuando de maneira a não deixar a razão emancipadora ser obscurecida em nossos atos e relacionamentos.

Myers e Diener, no que lhes dizem respeito, afirmam: “Fazer o bem nos faz sentir bem. O altruísmo aumenta nossa autoestima. Ele tira nossos olhos de nós mesmos, deixa-nos menos preocupados com a própria pessoa, aproxima-nos da autoconsciência que caracteriza o estado de fluxo” (MYERS; DIENER, 1990, p. 19, tradução nossa).

Moll et al. (2006), que pesquisam a neurologia e sua associação a ações altruístas vividas pelos sujeitos, mostram seu efeito na região mesolímbica²¹. A ressonância magnética funcional (fMRI), feita em seus estudos, revelou que fazer uma doação altruísta ativou a via mesolímbica, o centro de recompensa do cérebro²², que é responsável pela euforia mediada pela dopamina. Em resumo, suas pesquisas mostram que quando as pessoas fazem ações com bondade para outras – o que nomeia como altruísmo –, ativa-se aquela parte do cérebro que nos permite experimentar prazer, o que nos fornece um ponto chave para o que é certamente um fenômeno humano complexo.

Há muito tempo os benefícios terapêuticos de ajudar os outros já foram aceitos pelas pessoas comuns e pelos estudiosos das diversas culturas humanas. Este conceito foi formalizado inicialmente por Riessman (1965), em um artigo altamente citado e várias vezes reimpresso, que apareceu no Serviço Social (POST, 2006). Riessman conceituou o princípio da “*helper therapy*” (terapia de ajuda, tradução nossa) embasado em suas observações de vários grupos de autoajuda, onde ajudar os outros é considerado primordial para ajudar a si mesmo. Riessman observou que o ato de ajudar o Outro pode curar o ajudante mais do que a pessoa que foi ajudada (POST, 2006).

Nos primórdios dos anos 1970, algumas revistas científicas de psiquiatria repararam no princípio da “*helper therapy*”, pois pesquisadores de destaque mostraram em seus estudos que ajudar os outros era benéfico em uma variedade de contextos, inclusive entre adolescentes fazendo aulas para crianças (ROGENESS; BADNER, 1973).

Pelo que vimos em nossa pesquisa, “cuidar do outro” oportuniza ao sujeito deslocar

²¹ Refere-se ao sistema límbico, que compreende uma série de estruturas relacionadas principalmente com a regulação do comportamento emocional (MACHADO; HAERTEL, 2006).

²² Centro de recompensa do cérebro, ou circuito de recompensa cerebral, está envolvido na sensação de prazer e nas propriedades reforçadoras de comportamentos fundamentais para a preservação da espécie, tais como sexo e alimentação. Este circuito é composto pelas seguintes áreas cerebrais: área tegmentar ventral, núcleo accumbens e córtex pré-frontal (PARAVENTI; CHAVES, 2016).

seu olhar acostumado a reagir sem maior reflexão e modificar a percepção de seu autovalor. Pedro, por exemplo, evidenciou estabelecer propostas de vida e enfrentamentos de suas dificuldades, a partir do cuidado para com a sua filha. Mateus conseguiu por décadas uma abstinência quando se associou a uma mulher que amava e de quem tinha filhos, estabelecendo um projeto de vida coletivo, onde também o trabalho estava envolvido. Parece ser recorrente na abstinência o valor de metas que associam vida pessoal afetiva a um projeto de trabalho social e/ou cuidado com outros:

ANDRÉ – Eu queria só reforçar que, no meu caso a espiritualidade não me ajudou na minha abstinência porque eu não a pratiquei, mas como estavam falando que ela é muito importante. Hoje, ela está me ajudando a, brevemente, bater o recorde dos seis meses. E agora eu quero. Para mim, espiritualidade é fazer o bem sem ver a quem, é cuidar de mim, cuidar da minha vida, cuidar das pessoas que eu amo. Isso é exercer a espiritualidade (Grupo focal).

Sem algum trabalho na direção da construção dos vínculos, tudo leva a pensar que os padrões de impulsos mais primárias nos pode dominar, sem o apoio das tarefas da razão e da experiência de atuação no mundo, seguidos da construção de noções superiores, os automatismos afetivo-emocionais trazem a dominância excessiva de uma animalidade mais primitiva que vem do chamado “primeiro andar” ou cérebro reptiliano nos invade:

TIAGO MAIOR – Aí fui me envolver com uma menina, a menina levou logo o pó (cocaína) para casa, tive relação com ela. Só tomei a Coca-Cola, não usei não. Nem a primeira vez, nem a segunda, nem a terceira. E nem a quarta, mas chegou um ponto que afetou, porque eu era doente e ela, a menina, ativou. Aí depois do primeiro uso... foi... Aí comecei e perdi o controle de tudo. Pronto. Minha vida era um edifício e foi tudo abaixo, aquilo que eu construí tudinho. Eu não tinha mais compromisso, eu não cumpria mais horário no trabalho, saí do trabalho. Desandou tudo. Nada dava mais certo. Então, por isso que eu estou dizendo que a espiritualidade foi essencial (Grupo focal).

Sustentar-se na abstinência necessita do trabalho com os três andares para levar o sujeito a não voltar ao uso abusivo de drogas. O sujeito precisa “voltar-se para perceber o outro” e vivenciar outras dimensões da vida.

Ora, estudos vêm de longe e já anunciavam um olhar atento ao trabalho voluntário e o altruísmo que ele gera. Por exemplo, Allen Luks (1988), em uma pesquisa com milhares de voluntários nos Estados Unidos descobriu que as pessoas que ajudavam outras pessoas consistentemente relataram melhor saúde do que seus pares na mesma faixa etária, e muitos afirmaram que essa melhora na saúde começou quando eles começaram a se voluntariar.

Nesses estudos em os sujeitos vivenciavam trabalhos voluntários, observava-se

frequentemente que:

- Ajudantes (voluntários em atuação junto ao Outro) relatam uma sensação física distinta associada à ajuda;
- Cerca de metade dos sujeitos dessas pesquisas relataram que experimentaram um sentimento "alto" ou gratificante;
- 43% se sentiram mais fortalecidos e mais enérgicos;
- 28% se sentiram aquecidos afetivamente;
- 22% mais calmos e menos deprimidos;
- 21% experimentaram mais sentimentos de autovalor;
- E 13% experimentaram menos dores e sofrimentos.

A esta substituição de estados emocionais menos favoráveis para estados de emoções mais edificantes e prazerosas, Luks chamou de “*the helper’s high*”.

Estudos dessa natureza sempre mencionaram o valor, reconhecido, é bem certo, do grupo de autoajuda Alcoólicos Anônimos, o que não deixa de ser um trabalho voluntário. Pesquisadores da Brown University Medical School (PAGANO et al., 2004) concluíram que entre os indivíduos estudados, aqueles que estavam ajudando outros alcoolistas eram significativamente menos propensos a recair no ano seguinte ao tratamento. Os voluntários tiveram uma pontuação significativamente maior em satisfação com a vida e vontade de viver, e apresentaram menos sintomas de depressão, ansiedade e somatização.

Para não deixar de mencionar, pesquisas sobre voluntariado e depressão realizadas entre 1986 e 1994, com 3.617 adultos com 25 (vinte e cinco) anos ou mais avaliaram a depressão por meio de uma escala de auto relato. O que os autores chamaram de “voluntariado consistente” foi relacionado à sistemática ação junto ao Outro, com efeito na redução da depressão em todas as faixas etárias, e particularmente naqueles com sessenta e cinco anos ou mais (MUSICK; WILSON, 2003).

O autor Post (2006) conclui em seus estudos que estados psicológicos e saúde mental aperfeiçoados parecem emergir do altruísmo. Mecanismos podem incluir redução de comportamentos de saúde desadaptativos e auto absorção, maior senso de significado ou propósito, maior competência social e consequente apoio social.

Sabe-se que os sistemas imunológico e nervoso se comunicam entre si, estabelecendo uma relação clara e direta entre emoções e doenças, dizia Sternberg (2001). O valor da experiência de ajuda parece ser causativo, por exemplo, em um estudo de dados da “pesquisa de vidas em mudança dos americanos”, pois se descobriu que aqueles que se voluntariaram, em 1986, relataram em 1989 que tinham níveis mais altos de felicidade,

satisfação pessoal, autoestima, saúde física, além de taxas mais baixas de depressão do que os não voluntários (THOITS; HEWITT, 2001).

O que vimos na nossa pesquisa corrobora com a compreensão que afirma: a ajuda aos outros induz a emoções positivadas, associadas a compaixão e cuidado e deslocam padrões de pensamento e sentimento antigos (ÂNGELIS, 2009), como ruminância de ressentimento e medo, rancor e mágoa.

Atividades altruístas estão associadas a um melhor cuidado de si, o que faz reverberar o cuidado do Outro em novos padrões de ser e estar convivendo socialmente. Desse modo, o engajar-se no cuidado e na atenção vivido na forma de voluntariado viu-se em nossa pesquisa ser uma forma de *experiência de estabelecimento de vínculo e de cuidado com o Outro*, chave em auxiliar a viabilização do propósito de pequenas metas. Nesse caminho, os atos cotidianos sistemáticos de cuidado com o outro vão se tornando, mediante também o autoconhecimento que a espiritualidade produz, potentes para uma transformação capaz de dar sentido à vida.

Em nossa pesquisa, pudemos constatar como a estipulação de metas já adentrava as reflexões de Mateus (que já está com dois anos de abstinência, no presente momento) sobre espiritualidade. E é então que o sujeito passa a fazer a diferenciação entre trabalho remunerado e voluntário, sem desprezar um ou outro. Percebia Mateus a necessidade de servir e de “dar de graça” algo de si: “Dar de graça, então vou servir de graça”.

Também, Mateus assevera-nos estar certo da dificuldade de trabalho, pois lhe parece “difícil para uma pessoa de cinquenta anos arrumar um emprego sem ser formado”, daí que pretende viver do aluguel de casa e realizar um trabalho voluntário:

MATEUS – Ao sair daqui, não penso em arrumar um emprego, o que seria muito difícil na minha idade, mas graças a Deus eu tenho uma renda, tenho umas casas em aluguel, tenho um benefício [refere-se à pensão por morte da esposa]. Eu penso em fazer um trabalho voluntariado no hospital ou trabalhar com dependência química, posso dar palestra... Muita gente aí me chamam para palestrar e Ele me dá força nisso. Deus. Dar de graça, então vou servir de graça (Grupo focal).

O trabalho voluntário como parte de um projeto de vida se situa na direção do terceiro andar, que é definido por André Luiz como “castelo das noções superiores” (LUIZ, 2006, p. 54):

Tomemo-lo como se fora um castelo de três andares: no primeiro situamos a residência de nossos impulsos automáticos, simbolizando o sumário vivo dos serviços realizados; no segundo localizamos o domicílio das conquistas atuais, onde se erguem e se consolidam as qualidades nobres que estamos edificando; *no terceiro, temos a casa das noções superiores, indicando as eminências que nos cumpre atingir*. Num

deles moram o hábito e o automatismo; no outro residem o esforço e a vontade; e no último demoram *o ideal e a meta superior a ser alcançada*. Distribuímos, deste modo, nos três andares, o subconsciente, o consciente e o superconsciente. Como vemos, possuímos, em nós mesmos, o passado, o presente e o futuro (Itálico nosso).

Para uma compreensão mais inteiriça do assunto, acrescentamos que ao falar do cérebro triúno, as experiências iniciais desenvolveram nos humanos o complexo R ou cérebro réptil, preparando as áreas para o futuro cérebro mamífero, mediante as quais melhor se expressariam os animais portadores de mais amplas complexidades, tanto para a sobrevivência do espécime, mais forte, como para o desenvolvimento de aptidões significativas,

Assim é que a evolução da espécie teria vindo seguindo seu curso e culminaria no surgimento do neocórtex e de toda a sua intrincada aparelhagem para a manifestação da inteligência, do discernimento, do sentimento, da emoção, da paranormalidade (ÂNGELIS, 2009, p.15). Coordenemos essa teorização, com o pensamento espiritista acerca dos três andares:

— *Nervos, zona motora e lobos frontais*, no corpo carnal, traduzindo *impulsividade, experiência e noções superiores da alma*, constituem campos de fixação da mente encarnada ou desencarnada. A demora excessiva num desses planos, com as ações que lhe são consequentes, determina a destinação do cosmo individual. A criatura estacionária na *região dos impulsos* perde-se num labirinto de causas e efeitos, desperdiçando tempo e energia; quem se entrega, de modo absoluto, ao *esforço maquinal*, sem consulta ao passado e sem organização de bases para o futuro, mecaniza a existência, destituindo-a de luz edificante; os que se refugiam exclusivamente no templo *das noções superiores* sofrem o perigo da contemplação sem as obras, da meditação sem trabalho, da renúncia sem proveito. Para que nossa mente prossiga na direção do alto, é indispensável se equilibre, valendo-se das conquistas passadas, para orientar os serviços presentes, e amparando-se, ao mesmo tempo, na esperança que flui, cristalina e bela, da fonte superior de idealismo elevado; através dessa fonte ela pode captar do plano divino as energias restauradoras, assim construindo o futuro santificante (LUIZ, 2006, p. 72, itálico nosso).

Dessa maneira é que de maneira didática encontramos que a preciosa instrução espiritual sobre o cérebro humano, que é comparado a um castelo de três andares, nos quais localizam-se áreas que devem estar interconectadas, e que, insistimos, nos norteiam na compreensão tanto anatômica quanto do funcionamento dessas estruturas em relação, de modo que se vê:

Percebe-se com certa clareza como no primeiro andar: a residência dos impulsos automáticos (subconsciente/o passado) – hábito e automatismo; e aqui na pesquisa se observou o quanto de impulsividade reside nessa área, que também traz impulsos benéficos ao sujeito; - no segundo andar: domicílio das conquistas atuais (consciente/o presente) – esforço e a vontade; e nos relatos escutados e transcritos, analisados e estudados, viu-se que é fundamental a concretude das ações de inserção social pelos grupos humanos, quais sejam os familiares, de trabalho, religiosos, etc. - no terceiro andar: - casa das noções superiores (superconsciente/o futuro) – ideal e meta superior; viu-se que o idealismo e a espiritualidade mora nessas construções do ser que se percebe concebendo futuros (Diário de Campo).

As *noções superiores* da alma chamam o sujeito para o trabalho com aspectos que o ajudam a superar seus impulsos, seus automatismos, levando-o a conectar-se com o que se tem dito ser espiritualidade no presente vivo, na ação concreta do sujeito, e, também no voltar-se para Deus, mundo espiritual ou o sentido último, a finalidade da existência. Torna-se, desse modo, os andares sendo vivenciados em interação, alicerces no início e na manutenção da abstinência, como estamos examinando.

Observando as transcrições iniciais, no discurso inicial dos participantes, a história contada narra como cada um chegou e recaiu nas drogas, ao dar vazão aos impulsos automáticos e à esfera mais instintual, associando-se ela a violências, não raro.

Direcionados na busca pelo prazer oferecido pelas drogas, seja para aliviar frustrações ou procura indiscriminada pelas sensações, os sujeitos em suas recaídas se portavam na esfera dos automatismos que vêm de muitas reencarnações, pode-se compreender com André Luiz (2006). Não parecia a eles que nesses momentos participasse a razão que discrimina, reflete.

Lembramos que a camada inicial dita por MacLean (1990) envolve as funções alimentares e ao comportamento de procura e luta pela obtenção de alimento, como também os instintos de reprodução, onde fica a sexualidade. Essa esfera mais primitiva corresponde ao passado, arquivo de nossas conquistas, porção da nossa individualidade, e tem a ver com instintos e automatismos; interage com a porção mais profunda do nosso cérebro, o chamado “cérebro inicial ou reptiliano”.

Para cumprir esta integração da mente superior, onde se situam as esferas mais habilitadas e últimas conquistas da espécie, o “cérebro inicial” se articula com o segundo andar ou as regiões do córtex, particularmente com a região talâmica ou diencéfalo, e evidentemente, com os lobos frontais, na região que indicamos o neocórtex.

E as chamadas pelos sujeitos da pesquisa de “provocações”? Como podemos compreender a dificuldade que narram no grupo focal, sobre a contenção dos impulsos que assomam nessa hora das frustrações e provocações?

A teoria de MacLean, segundo comenta Marino Jr. (2005), considera as emoções informativas de ameaças à autopreservação e à preservação da espécie como sendo primárias, sendo o processo de erradicação dessas ameaças considerado desagradável. É que as emoções agradáveis, ou que causam prazer, são informativas da remoção de ameaças ou de desejos satisfeitos.

As emoções, de acordo com MacLean, podem ainda ser classificadas em primárias

e secundárias. Emoções primárias seriam os sentimentos ou afetos relacionados a necessidades corporais básicas, como alimento, ar, água, território, sexo, algumas delas expressas como fome e sede, luta por território ou companhia. Emoções secundárias, geradas a partir das primárias, seriam medo, raiva, ódio, amor, familiaridade e estranheza e uma miríade de outros sentimentos ou combinações de sentimentos.

Segundo MacLean (1985, 1990), as abundantes conexões entre o cérebro reptiliano e o dos paleomamíferos fornecem as avenidas para a base da personalidade e suas ulteriores conexões com o neocórtex frontal irão constituir o *locus* da intencionalidade humana. A complexidade do cérebro nos fornece, além disso, um verdadeiro reflexo das profundas estruturas do cosmo, cuja natureza, por sua vez, é a fonte e a chave dos mistérios que cercam a natureza do seu Criador.

A evolução do cérebro humano, de acordo com Marino Jr. (2005), processou-se à semelhança de uma casa à qual novas alas e superestruturas foram adicionadas no decorrer da filogênese. Esta, aparentemente, entregou ao homem uma herança de três cérebros. A natureza de nada se desfaz durante a evolução. O homem foi, assim, provido de um cérebro mais antigo, semelhante ao dos répteis, e de outro, herdado dos mamíferos inferiores, ainda, de um terceiro, aquisição dos mamíferos superiores, o qual atinge seu máximo desenvolvimento no homem, dando-lhe o poder ímpar de linguagem simbólica.

Pensar em termos de espiritualidade, pelo que se observa nesta pesquisa, envolve estar de par com ações no mundo, com trabalho, estudo, arte, etc. Vimos como o trabalho assume preponderância e há certo silenciamento das possibilidades do estudo e de outras experiências dos sujeitos, na área de formação.

Por outro lado, observou-se também que a implementação dos vínculos, se construídos e continuados ajudam a sedimentar mudanças no âmbito sobretudo da vida de relação, a impulsividade diminuindo, mediante sentimentos duradouros de afeto. Por meio da espiritualidade, portanto, uma produção de sentidos que transcende o imediatismo das circunstâncias pode auxiliar o sujeito. Recorramos ao campo empírico:

P – Você está dizendo a espiritualidade é importante para o tratamento? Para o período que você passou sem usar a droga? A espiritualidade influenciou esse período?

TIAGO MAIOR – Muito. E influencia ainda.

P – Como?

TIAGO MAIOR – Eu queria fazer a minha vida não para mostrar aos homens. Eu fazia para agradar a Deus, e não para mostrar a ninguém. Queria agradar um Deus superior. E foi aí que passou um ano, passou outro ano, passou quatro anos. Foi o melhor tempo da minha vida. Então, foi um tempo, um período pra mim muito bom. Muito bom pra mim. Quando eu chegava do trabalho, chegava às cinco horas, tomava um banho, lia uns três versículos, uns quatro versículos, fazia uma oração, uma devocional, botava uma roupazinha melhor e ia para o culto. Escutava Ele falar e

aquilo foi permanecendo. Então eu permaneci de pé, sem usar droga. Então, a palavra é como uma bússola, e eu o piloto. E ela dizia, ela me ensinava, ela me instruí, dizia “olha, bem-aventurado o varão que não fica na rua” e eu via que funciona mesmo. E eu não caía (Grupo focal).

Observemos na fala acima a resposta a nossa conjectura anterior de que se poderia supor ser a tessitura da espiritualidade extrínseca, que por sua vez pode ser uma ponte para que a intrínseca venha a se sedimentar mais intimamente nas procuras e na vida do sujeito. Nesse campo, pode-se inferir que há certa superação de impulsos primitivos e agressivos, que vêm de longe na vida do sujeito.

A “necessidade de obras” a que se referem os sujeitos da pesquisa (vide abaixo), podemos dizer que se reporta à *dimensão da experiência*, à ação no mundo concreto, às exigências da vida de relação, que compõem o chamado “segundo andar” mencionado por André Luiz.

MATEUS – Eu me afastei. Não sei o que houve comigo, pelas coisas que já passei... Mas, eu sei o que esteve comigo nas drogas, em tudo que eu participava. Era a fé, ela anda junto. A fé com a espiritualidade. A fé me dá força na vida, no dia a dia, no querer as coisas. A fé aqui e Deus acima de tudo.

TIAGO MAIOR – Mas, *a fé sem obra é morta*. Porque se eu tenho fé, mas não tenho obras, e tenho vontade de me tratar e não vou ter forças. Assim, do que adianta ter fé? A obra é algo que executa. Deus disse: “uma fé sem obra é morta”. *A obra é atitude*. A obra é eu sair da minha casa e ir para o Elo de Vida, e aqui eu estou tendo atitude, eu estou tendo obra.

MATEUS – O tratamento é uma atitude...

PEDRO – A obra é agir.

PEDRO – A obra, todos os dias nós praticamos.

MATEUS – Para mim *o período maior de abstinência foi influenciado pela espiritualidade*. Mas ela tem de gerar na gente *atitude* (Grupo focal – itálico nosso).

E veem-se os sujeitos da pesquisa discriminarem concretamente o trabalho como *obra e atitude*, como falam; pode-se atestar o valor do chamado trabalho como experiência e criação, já que o reinventam na ação concreta, frequentemente junto aos seus vínculos, ambos os aspectos sustentados pelo que chamam de espiritualidade.

É preciso, porém, superar, como se percebe a zona dos movimentos e impulsos repetitivos, que trazem padrões muito arraigados no sujeito, segundo eles mesmos. Daí a espiritualidade vir a ser potente por remeter ao mundo das realidades, onde o sujeito atua e se relaciona com as pessoas a partir disso, retirando prazer nesse nível mais refeito de sentimento.

MacLean (1985) refere como esta região - cérebro paleomamífero de MacLean ou o segundo andar de André Luiz (2006) -, correspondendo a uma região do córtex cerebral, que veio depois no desenvolvimento da espécie, instalou-se no sujeito antes do neocórtex e as incursões dos lobos frontais.

Brotando posteriormente, uma espiritualidade que se anuncia de outra qualidade na relação com a transcendência parece ser atravessada pelo cuidado, que teria sido preparado pela afetuosidade e amor pelo Outro. Nesse campo, gravita o lugar de Deus e de uma espiritualidade amorosa, não beligerante:

ANDRÉ – É por isso que eu falo novamente aqui, quando os colegas aqui foram questionados numa outra reunião sobre o exercício da espiritualidade alguns confundiram com ir à igreja ou ir ao culto. Acho que a gente tem que exercer a espiritualidade todos os sete dias da semana, vinte e quatro horas por dia, porque a gente não é ser de Deus somente num momento ou num evento religioso... Eu acho que a espiritualidade é vinte e quatro horas.

MATEUS – Se eu tiver em casa, sentado no chão com meus filhos e conversando já estou com uma espiritualidade grande. Lugar de Deus. Você estar com a família, com seus filhos, no dia a dia, dentro de casa, sem uso de droga, já é uma espiritualidade normal que você tem com a sua família. Família já é uma espiritualidade muito grande e que me faz ficar na linha reta e não cair nas drogas. Família já é uma espiritualidade (Grupo focal).

Reside nesse lugar, que se poderia dizer transcendente ou em rumo a ele, o valor das construções da razão que se emancipa, que faz o sujeito viver seus exercícios de criação de si e autoria de sua história, em meio aos seus desafios de evolução e sua participação transformadora no mundo. Vejamos os matizes dessas compreensões de Deus e de sua espiritualidade:

TIAGO MAIOR – A palavra de Deus me ajuda a não recair na droga porque eu fiquei andando na linha reta, na palavra Dele, que é a certa. Difícil é você permanecer Nele; pra permanecer Nele você tem que está com Ele o tempo todo. Se você não agir como Ele diz, você vai cair, eu vou cair. A palavra de Deus diz lá em João: “sem mim nada podeis fazer”. Ele já deixa bem claro. Sem mim, sem Deus, nós não somos nada, nós somos como uma folha seca, que o vento sopra e leva para longe.

ANDRÉ – Embora seja agnóstico, penso que só existe um Deus, mas existem muitos caminhos para Ele. Então, baseado nisso, eu afirmo *que a espiritualidade é a ferramenta importante para a nossa vida*. Então, eu acredito que a espiritualidade é até mais importante que a nossa medicação. A medicação, em algum momento ela vai ser mudada, vai ser suspensa. Mas, da espiritualidade eu vou precisar para o resto da vida, todos os dias.

PEDRO – A espiritualidade para mim é importante; é como se fosse a luz para orientar a caminhada e continuar seguindo. Como se eu não tiver Deus e mesmo seguindo uma religião, eu estou no escuro, eu vou continuar no escuro. Eu não quero continuar no escuro. Para mim significa isso.

FILIPE – Pra mim é importante. Porque eu acredito num ser poderoso. O próprio Cristo, o próprio Deus, que o filho de Deus. E como a bíblia fala quem estava também ao Seu lado? Lucas, que era o quê? Médico. Então para mim os dois são importantes. O medicamento e o próprio Deus.

MATEUS – Espiritualidade para o trabalho. Eu fazia parte, rezava e pedia a Deus. A espiritualidade sempre esteve dentro da minha vida. Só que teve épocas que ela esteve mais e épocas que esteve menos. Mas, sempre eu fiz parte dela.

SIMÃO – porque através das orações, quando a gente está caído, você vai ali e pede a força a Deus, e Deus concede a benção de se alevantar, né? E assim, quando a gente pede força a Deus ele ajuda a gente. Porque, eu tiro por mim, quando eu estava caído, eu pedi muito à Deus e Ele me deu força...

JOÃO – Quando você entra na porta lá, da igreja, você se sente outra pessoa. Quando

youve assim o louvor, vai ouvir um louvor e apaga a luz. E vai ouvir um louvor, vocẽ chora. Aquela louvor que bate no seu coração mesmo. Vocẽ chora porque ali vocẽ está sentindo Deus no seu coração, a onde vocẽ se sente bem. E é aí onde fortifica a pessoa, tá entendendo? E ali a gente vai ficar forte e mais forte. (...) A igreja é muito importante, pra mim foi ótimo e tá sendo ótimo mais ainda. É nisso eu estou me segurando até hoje...

TOMÉ – Para mim o que é importante é o contato com Deus, as minhas orações, a minha leitura da bíblia pra entender melhor a Jesus e tentar imitá-lo, nem que seja um pouquinho e isso que faz facilitar a abstinência. É o contato com Jesus, é se aproximar dos ensinamentos dele, agir como ele agia, como ele vivia... Todas as vezes que eu caí [nas drogas] foi por me afastar de Deus. E sempre que eu largava Jesus, eu caía. Sempre foi assim. Por isso eu creio que a espiritualidade ou a religiosidade é primordial. Não tem como se manter sem Deus, sem Jesus. Ele te dá uma força que é inexplicável, vocẽ muda totalmente seus objetivos... é isso que eu acho...

JUDAS TADEU – Eu tenho mais de 25 anos que eu estudo essa Bíblia Sagrada; eu conheci e afirmo que ajuda muito: a religião. E desse dia [refere-se ao dia que começou a estudar a Bíblia] para cá cheguei a passar 11 anos [sem ter uma recaída].

TIAGO MENOR – eu acho importante sim. Nos momentos em que eu tive internado ela [a religião] me ajudou muito. Quando eu me afasto da religião é um pulo para queda [refere-se a recaída nas drogas] (Grupo focal).

A ideia de necessitarem de auxílio medicamentoso, como se percebe, não nega a de precisarem reconstruir laços, reativando dimensões das quais se apartaram, quando reincidiram no uso abusivo de drogas, como se pode examinar, aspecto já visto comparecer de modo recorrente.

E as cenas contadas voltam a acordes já tocados por cada um e por todos, nesse movimento de compreensão, que agora abrange a alegria de quem se redescobre vivo. Nós acrescentaríamos: imortal.

Posto isso, neste capítulo, tem-se a volta de duas pilastras básicas de importância na manutenção da abstenção: os vínculos, personalizados pelos laços de família – qual a filha, a namorada, a mãe, que os sujeitos mencionam, com suas singularidades –, e a espiritualidade. É apropriado observar que as reflexões dos sujeitos da pesquisa salientam aspectos espirituais que apresentam o Outro e deslocam o olhar do sujeito antes muito centrado em si mesmo.

Há uma pergunta que se vem engendrando: poderíamos somar as contribuições da espiritualidade extrínseca (nos trabalhos com os drogadictos) à intrínseca, aonde o sujeito recorre mais ao saber de si e do mundo espiritual?

Na verdade, devemos observar que tem momentos que os sujeitos da pesquisa fazem uso de medicação e até dizem: “quando a ciência não puder fazer nada, eu corro para Deus”, o que parece separar novamente o físico do psíquico e do espiritual. Contudo, ao comentarem sobre isso em forma de brincadeira, pode-se supor que narram as formas da cultura tratar essas questões. Observamos mesmo que nas falas subsequentes vão negar essa assertiva, o que nos mostra que as construções dogmáticas sobre drogadição e espiritualidade funcionam como um tapume contra o qual vocẽ realiza embates.

Não se pensa, portanto, isolar a espiritualidade intrínseca da extrínseca, como afirmamos em todo o corpo desse trabalho, pois que em períodos diferentes da vida ocorre dominância de uma ou de outra. Perguntávamos no grupo: como a espiritualidade extrínseca pode se aliar ou ser uma via para que a intrínseca possa vir e tomar seu lugar nas experiências do sujeito? Foi o que ensaiamos conversar no grupo focal, cada vez que falamos na progressão em elos, ou seja, dos vários grupos e ações sociais que o sujeito tentava participar.

Nesse contexto é que vinha a questão da impulsividade e automatismos, que nas narrativas do sujeito, sobre abstenções anteriores levavam a recaídas. Durante esses momentos de lembranças é que percebíamos a necessidade de projetos de um futuro próximo e passíveis de realização.

Isso nos levou, ao pensar essas questões, a articular o que se desvendava dessa problemática com os escritos de André Luiz (2006) e sua explicação sobre o funcionamento da Casa Mental, bem como a correspondência da mente com o cérebro físico.

5 CONCLUSÃO

“Um pouco de filosofia inclina a mente humana para o ateísmo, mas o aprofundamento na filosofia reaproxima a mente humana da religião”. Francis Bacon (1561-1626).

Assumimos como objetivo geral identificar, ao analisar o campo empírico da pesquisa, como a espiritualidade está envolvida na experiência de abstinência do indivíduo com transtorno por uso de substância (TUS). Também objetivamos examinar com este recorte, no Hospital Dia Elo de Vida (HSM), os fatores espirituais no período de abstinência de um grupo de sujeitos, descrevendo práticas sociais e saberes espirituais que estão envolvidos no período de abstinência. Tudo isso em um contexto de escuta pertinente para focar as trajetórias de vida e seus contextos experienciais mais voltados para a problemática dos sujeitos com TUS.

Consideramos como a espiritualidade captura a dimensão onde os sujeitos recortam suas experiências e projetos pessoais, inserindo-os na esfera transcendente e se reportando, assim, ao sentido último da existência e seu além-espiritual.

Analisou-se e se pôde concluir pelo valor do trabalho como experiência de inserção social, mas, dubiamente, o sujeito parece oscilar na compreensão de sua responsabilidade na manutenção da abstinência, transferindo sua tarefa de mudar ao outro e à situação externa. Observou-se que a experiência do sujeito de realizar algo socialmente válido pode dar fortaleza a uma visão de si positivada, importante não só para si, mas também para a vida familiar e dos vínculos, em geral. Dessa forma é que repercute nos sujeitos a centralidade da questão do trabalho, ou sua lacuna, na ruptura inicial com o uso abusivo e continuado de drogas. Isso nos leva a concluir ser o fato de “estar trabalhando”, um sintoma de inclusão social importante.

Averiguou-se, por sua vez, o sujeito referir que sua recaída se deu por provocação do outro, sem examinar que na sedução da droga e no momento da recaída o sujeito está se ausentando de sua autonomia para escolher. Construimos o conceito de *despessoalização* como abstenção do sujeito de sua autoralidade, o que seria capaz de desencadear a não manutenção e a oscilação da experiência de abstinência. Como consequência, vimos que a recaída não se faz esperar.

Nomeamos potência de viver, então, à força do sujeito de desenvolver projetos pessoais que auxiliam o autovalor e a possibilidade do indivíduo se situar na abstinência, superando desafios detectados mediante reflexões. Constatou-se ainda que para evitar o que nomeamos como *derrapagens da autoralidade*, ou seja, para apostar na potência do sujeito

mudar sua vida, há que se construir rotinas de transformação, no cotidiano, *hábitos com sentido*.

O conceito criado na pesquisa, nomeado de derrapagem de autorialidade se refere ao ausentar-se do sujeito da responsabilidade na evitação do uso abusivo de drogas, aludindo ao Outro e ao ambiente a causa da sua recaída; dessa forma, vê-se que nessa derrapagem “o sujeito desaparece como sujeito do seu desejo” e das suas escolhas.

Por outro lado, verificamos que o ascender ou o voltar à espiritualidade consegue chamar novamente o sujeito para seu compromisso de mudar, quando ele reflete seu desejo disso. Nesse campo de novos investimentos em escolhas, salienta-se o valor do trabalho e da família, grupos de convivência que o sujeito passa a desejar, juntamente ao dos cultos, Igrejas e ambiências espirituais, que são vistas como inserção social, propiciadoras de reorganização do mundo interior do sujeito, a par com a socialidade vivida.

Mesmo em meio aos aspectos que nos fazem pensar em derrapagem da autorialidade – que são os recuos das abstinências -, vê-se reações, avanços, quando então o sujeito toma a posse de sua vida e de seus desejos, de seus projetos e de suas dificuldades, sempre quando comparecem vínculos que deem suporte a esse investimento em si.

Para chegar a esse ponto, viu-se ser potente a progressão em elos, outro conceito que julgamos ter sido gestado nesta pesquisa e que se reporta ao papel que o desenvolvimento de uma dimensão (a da espiritualidade) pode ser capaz de impulsionar o deslanchar de outras dimensões (a afetiva e a social, por exemplo, que incorporam, respectivamente, os vínculos e o trabalho). É importante dizer, contudo, que estes elos, que se reportam a dimensões do sujeito, compõem um todo, uma complexa teia.

Para que esse movimento tríplice (movimento da superação da autorialidade derrapante, movimento de autonomia, movimento de auto aceitação e reflexão) seja operativo para a transformação empreendida pelo sujeito, admite-se que experiências de uma área da vida ou dimensão podem levar conteúdos e práticas apreendidas para outras áreas, construindo uma progressão em elos.

Ao apresentar-se a questão da família, como algo a ser problematizado renovadamente, averiguou-se que os laços afetivos possuem potência para a sustentação do apoio à abstinência, mas a forma de viver os vínculos, quando assediada pela impulsividade e agressividade indomada, impulsos que constituem padrões de respostas afetivas, pode redundar em abandono ao sujeito e recaída na drogadicção.

O aspecto de superação da demissão de si e de sua reflexão, fundamental na manutenção dos vínculos com a mulher, em particular, e com os filhos, para dar sustentação na abstenção deve o sujeito atuar como construtor desses vínculos. Capaz, como vimos, de cuidar

do outro: o sujeito adicto modifica-se ao ser convocado a essa resposta de responsabilizar-se pelo Outro. Se esta é uma conclusão desta pesquisa, é preciso afirmar que nem sempre se reconhece esse cuidado e responsabilização ser da ordem da espiritualidade.

Outra conclusão é a de que a construção do vínculo, feita pelo sujeito como autor disso, como possuidor de capacidade de construir afeto íntimo, pode tomar a forma de uma experiência que ao servir com êxito a uma área da vida referencia outras áreas.

A abstinência, como uma espécie de reabilitação para a vida comum, nesse sentido, é uma trajetória onde o sujeito se torna sujeito de saber sobre si, o sujeito sai da posição de consumidor do que se diz dele, para a de produtor de sua história e transformação, sai de ser anônimo consumidor de drogas para autor de sentido pessoa para sua vida, suas experiências com a família, com o trabalho, com o ambiente social partilhado e com a própria espiritualidade, que, como se conclui, florescesse em uma progressão em elos retroalimentáveis.

Para o sujeito ascender a uma reflexão sobre si que o leve ao Outro, lugar de onde se gesta a abstenção, percebeu-se a existência de um patamar de autonomia que se faz com experiências de autonomia – o que não significa isolamento, ao contrário, cooperação. Este se verificou ser um aspecto fundamental da autoralidade que leva não só a uma autoria de suas escolhas, mas ao Outro.

Dessa forma, é possível concluir que nestes vários casos de experiências de autonomia, que se dá na cooperação, a autoria da transformação do sujeito implica em:

- Superar uma autoralidade derrapante em direção a uma maior estabilidade no que se refere ao compromisso do sujeito com suas tarefas de mudança;
- Observar que as experiências de trabalho e outros aspectos experienciais vividos pelo sujeito podem produzir aprendizagens passíveis de serem transferidas para outras dimensões da vida do sujeito; as experiências com os vínculos, por exemplo, podem ser referências fundamentais na transformação empreendida;
- Aceitar-se implica o sujeito inscrever-se na relação interpessoal (vínculo), mas para estabilizar-se nela necessita que se mova exercendo sua autoralidade;

O desafio no tratamento do sujeito requer reflexão continuada a ser feita e seguida de uma ação concreta no mundo da vida, e daí se poderia ter em vista continuar as esperanças da vontade que emerge do sujeito e do tratamento que ele faz. Quer dizer, devemos sublinhar uma ação reflexiva que se suceda a reflexões de promessas de transformações, em um evoluir para reflexões de futuro que comportem transcendência e espiritualidade como cuidado pelo Outro.

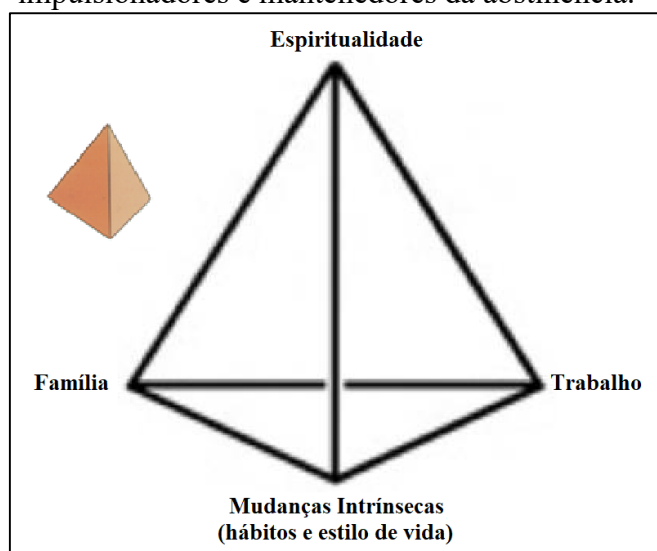
De maneira resumida, observamos quatro principais componentes principais a

impulsionarem-se de maneira simultânea em favor da abstinência:

- A espiritualidade: a inserção ou o retorno a um estado espiritual anterior, seria capaz de fomentar no sujeito os compromissos necessários para as mudanças desejadas, orientando suas escolhas e seus investimentos afetivos, estimulando o indivíduo a cuidar de si e do outro. E assim, atuando como uma dimensão transformadora do ser.
- O trabalho: aparece no estudo de maneira positivada como fator importante na formação de vínculos e da autovalorização. Agindo assim como elemento de inserção social e promotor da abstinência.
- A família: o componente afetivo familiar, que com seus laços de apoio promove a sustentação do indivíduo prevenindo a recaída. Firmando as decisões do sujeito direcionadas a manutenção da abstinência, e instigando de maneira direta ou indireta o desenvolvimento dos outros componentes.
- As mudanças intrínsecas: representadas pela força ativa do sujeito como autor próprio das mudanças de seu estilo de vida, abandonando hábitos anteriores e cultivando novas rotinas de transformação do cotidiano.

Tais componentes interagem entre si e apresentam-se como os vértices de um tetraedro (FIGURA 4), ligados como um sistema que se auto estimula, após ser iniciado. O processo de abstinência pode ser começado por qualquer um dos componentes, progredindo vértice a vértice, que ao avançar numa direção retroalimenta a direção anterior. Todavia, pelo que foi observado nesta pesquisa, o componente espiritual parece ser o principal principiante do processo, que emerge numa progressão de elos.

Figura 4 – Esquema dos componentes impulsionadores e mantenedores da abstinência.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Não podemos esquecer que todos esses componentes estão unidos pelo cimento do altruísmo, do “cuidar do outro”, e alicerçados pela formação de vínculos. Compondo assim uma estrutura complexa capaz de sustentar a abstinência do uso de drogas.

Contemplamos ainda, com relação à forma de pensar espiritualidade, e utilizando parâmetros que eles próprios trouxeram e nos fizeram pensar em termos de espiritualidade intrínseca e extrínseca. Na espiritualidade intrínseca, ao abraçar determinada religião o indivíduo se esforça para internalizá-la e segui-la por inteiro, em uma relação mais vertical com sua transcendência.

A espiritualidade como compreensão de si envolve a ideia de superar o exclusivo acesso a cultos e missas, em momentos pontuais, e locais designados, em direção a um maior empenho na compreensão do Outro e do que se diz ser da natureza do sentido espiritual. Reparou-se, contudo, certo excesso de investimento em atos devocionais, como mencionam os sujeitos.

Assim, a espiritualidade extrínseca atua muito temporalmente, quer dizer, em um momento determinado, e na verdade seria ela fundamental como suporte psicossocial e mesmo espiritual. Isso ficou patente na pesquisa: a necessidade de trabalho maior com o sentido espiritual das experiências.

Em momentos críticos, os grupos das comunidades da religião do sujeito em abstinência, como se pôde observar, são importantes referências afetivas, inclusive porque eles veem a pessoa que luta contra os processos de abuso de substância como alguém em enfretamento e isso é impulsionador para o sujeito. Observou-se que o grupo de apoio da comunidade religiosa é uma vivência amorosa e, portanto, os relacionamentos que daí emergem podem ser sustentadores em horas difíceis, em particular no período de luta que caracteriza a abstinência. Isso, contudo, sem o sentido espiritual a ser produzido pelo próprio sujeito, revela-se insuficiente de perdurar, a não ser que os vínculos solicitem o cuidado a si como dimensão espiritualizante do humano.

Os aspectos intrínsecos, quer dizer, um relacionamento mais assentado na conexão com o espiritual evidenciou que funciona mais profundamente sustentando o sujeito na relação com o Si mesmo, o que é fundamental para empoderar o ser na mudança empreendida com relação ao uso abusivo de drogas. O sujeito ao ir se empoderando vai sendo capaz de gerir suas mudanças com maior atuação dele próprio; estará mais fortalecido para levar avante escolhas de longo prazo à frente.

Concluiu-se que as duas formas são importantes: uma (espiritualidade extrínseca) atua mais visivelmente na crise; a outra, atua mais invisivelmente nessas horas críticas, mas

produz efeitos mais duradouros por enfatizar a autonomia e a necessidade de mudança, além de solicitar auto direção do sujeito, que vai então contar com o valor do espiritual de outro modo.

Nesse contexto, o uso da medicação adquire nova tonalidade: torna possível ao sujeito vincular-se à vida social e não sair dela. E é nessa medida que a instituição que cuida dos sujeitos com TUS deve ser capaz de levar as pessoas a “olhar para fora dela mesma” e esta é uma forma de “estar dentro” da esfera institucional diferentemente do que tradicionalmente se tem visto.

Fazendo convergir todos esses aspectos e associando as duas formas de vivência de espiritualidades como complementares, se deve também considerar a resiliência como processo que permite que se venha a concluir que:

- O diálogo no tratamento, já que a escuta e valorização do Outro ajuda a refletir sobre os relacionamentos dos sujeitos em suas vidas;
- O perceber-se valorizando os relacionamentos não parece ser algo automático, necessita de um trabalho reflexivo continuado para que essa aprendizagem seja auto possuída, pelo sujeito, daí a importância de grupos que utilizem a fala e a produção de sentido para experiências como ferramentas básicas;
- Em auxiliar os sujeitos a assumir limites e lidar com eles, sem passividade, mas oportunizando deslocamento do olhar quando excessivamente centrado em Si, de modo que o “cuidar do outro” implique no “cuidado com a relação”.

Por considerar espiritualidade uma dimensão na vida do sujeito e sabermos que esta não pode ser vista de modo estanque da experiência social e da totalidade da vida, é que pensamos articulação feita por André Luiz que corresponde a uma concepção e funcionamento do cérebro triúno. Os vários andares ou instâncias da mente, que se situam no Espírito, ao funcionarem em inter-relação permanente, não reduziriam os seres humanos ao seu corpo físico, nem isolariam da vida do sujeito uma dimensão tão importante como a espiritual.

Conclui-se, ainda, que a ação concreta no universo relacional e social dos sujeitos, ao se articularem às noções superiores do amor (que ficam no segundo e terceiro andares, respectivamente), segundo André Luiz (2006), podem sustentar os sujeitos no cuidar do Outro. Isso oportuniza a fixação excessiva no primeiro andar, região que traz impulsos do passado e emoções basais que o indivíduo possui extrema dificuldade em lidar.

Podemos verificar isso nos relatos dos sujeitos da nossa pesquisa, que ao ficarem na impulsividade, na repetição de padrões de sentir e pensar, às vezes violentos, resistiam a mudanças e fixavam-se no nível dos impulsos que vêm da história do sujeito (até mesmo de outras reencarnações). Ao integrar os vários andares ou instâncias, aprendendo no cuidado com

o Outro, vimos que, frequentemente, o sujeito atenta para construções mais retribuidoras junto aos vínculos e, portanto, realizam maior investimento afetivo e espiritual.

Conclui-se também pela propositura de um trabalho com os vários andares ou instância da mente, que se situa no espírito, ainda que isso não signifique a remoção de dificuldades ou períodos de recaída, sendo que a constante retroalimentação e apoio espiritual revelou-se poderoso auxiliar na abstenção às drogas.

É nessa direção que se aponta um necessário investimento em uma incursão no servir ou cuidar do outro e que pode ser considerado espiritualidade, na compreensão espírita (KARDEC, 2009). As noções superiores da alma chamam o sujeito para o trabalho com aspectos que o ajudam a superar seus impulsos, seus automatismos, levando-o a verticalização da relação com Deus e mundo espiritual, sem esquecer a horizontalidade da humanização social.

Dessa forma é que o que os sujeitos da pesquisa chamaram de *atitude devocional* se articula com outros aspectos como trabalho, amor, família, dentre outros, tornando a simbolização do seu desejo de abstinência uma ação concreta no campo da sociabilidade. Nesse sentido, cada elo ou campo de atuação do indivíduo se situa em uma progressividade, onde cada aspecto (amor, trabalho, família, etc) fortalece o sujeito na sua abstenção.

Daí chegamos à compreensão da necessidade de funcionarmos integrando as três instâncias da nossa casa mental, como André Luiz nomeia o construto que abrange o que chama para efeito didático de três andares, conceito que mostra a mente, situada no espírito, em correspondência com áreas e suas formas de funcionamento no cérebro e corpo físico.

Propõe-se nesta conclusão que a Psiquiatria, por sua vez, como parte da medicina, possa ser considerada com visão mais alargada, que transcenda o corpo físico, e possa ser compreendida como uma especialidade médica que possui uma dimensão metafísica, ou espiritual, conforme pudemos ver com a ciência espírita em diálogo com a medicina. O tratamento não é somente imergir para dentro de si, ou ao contrário, mas é procurar entender através de um autoconhecimento e da intervenção no mundo, o movimento das leis divinas e suas conectividades em nossas vidas. Constatou-se nesse devir ser preciso emergir na direção do Outro, através de um altruísmo verdadeiro, que admita o ser espiritual que somos e a sabedoria de um Criador do Universo, **Deus**.

REFERÊNCIAS

- ALLPORT, Gordon W.; ROSS, J. Michael Katz. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 432-443, 1967.
- ÁLVAREZ, A. M. A. et al. Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. 2007. **J Bras Psiquiatr**, 56(3): p. 188-193, 2007.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. **Cad Saúde Pública** 25(11), p. 2309-19, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.
- ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). **Encontro com a paz e a saúde**. Salvador/BA: Livraria Espírita Alvorada, 2009.
- ANÔNIMOS, Alcoólicos. **Alcoólicos Anônimos: o texto básico para alcoólicos anônimos**. 2001. Disponível em: < <https://www.aa.org.br/index.php/sobre-o-a-a/categorias/principios-de-a-a/47-os-doze-passos>>. Acesso em: 20 jun 2019.
- ASSER, Seth M.; SWAN, Rita. Child Fatalities From Religion-motivated Medical Neglect. **Pediatrics**, [s.l.], v. 101, n. 4, p.625-629, 1 abr. 1998.
- ATIÉ, Frida. **O lugar dos pais na psicanálise de crianças**. 1999. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <http://psy.med.br/textos/frida_atie/textos/dissertacao_frida_atie/>. Acesso em: 27 jun. 2019.
- AZEVEDO, P. M. **A ciência da dor: sobre fibromialgia e demais síndromes dolorosas persistentes e sobre a natureza humana**. 1 ed. São Paulo: Editora Unesp, 2018.
- BAKER, David B.. **The Oxford Handbook of the History of Psychology: Global Perspectives**. Oxford: Oxford University Press, 2012. 672 p.
- BARNES, Terra D. et al. Activity of striatal neurons reflects dynamic encoding and recoding of procedural memories. **Nature**, [s.l.], v. 437, n. 7062, p.1158-1161, out. 2005.
- BARRETT, Mark E.; SIMPSON, D. Dwayne; LEHMAN, Wayne EK. Behavioral changes of adolescents in drug abuse intervention programs. **Journal of Clinical Psychology**, v. 44, n. 3, p. 461-473, 1988.
- BATISTA, N. Política criminal com derramamento de sangue. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, n. 20, p. 131, 1997.
- BERNACER, Javier; MURILLO, Jose Ignacio. The Aristotelian conception of habit and its contribution to human neuroscience. **Frontiers In Human Neuroscience**, [s.l.], v. 8, p.883, 3 nov. 2014.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco Javier. Introdução: notas para um debate. *In*: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco Javier (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, p. 23-71, 2007.

BOGDAN, Roberto C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**. Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BOYLE, M. H. et al. Familial Influences on substance use by adolescents and young adults. **Revue Canadienne de Santé Publique**, [s.l.], v. 92, n. 3, p. 206-209, 2001.

BOZZANO, E. **Povos primitivos e manifestações supranormais**. São Paulo: Ed. Jornalística FE, 1997.

BRANDÃO, J. M.; BRANDÃO, M.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, n. 49, p. 263-271, 2011.

BRANDÃO, J. S. **Mitologia grega**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. Vol. II

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm>. Acesso em: 4 jul. 2019

BRASIL. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 4 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980**. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1980. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 1 mai. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mercado e força de trabalho**: população economicamente ativa. 2017. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=7&op=0&vcodigo=PD374&t=situacao-rural-urbana-periodo-referencia-365#>>>. Acesso em: 01 jan. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção1, p. 2.

BRASIL. **Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002**. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a

fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10409.htm>. Acesso em: 25 mai. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 25 mai. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. 108. ed. Brasília, DF, 06 jun. 2019. Seção 1, p. 2. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.840-de-5-de-junho-de-2019-155977997>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios; altera as Leis nos 13.334, de 13 de setembro de 2016, 9.069, de 29 de junho de 1995, 11.457, de 16 de março de 2007, 9.984, de 17 de julho de 2000, 9.433, de 8 de janeiro de 1997, 8.001, de 13 de março de 1990, 11.952, de 25 de junho de 2009, 10.559, de 13 de novembro de 2002, 11.440, de 29 de dezembro de 2006, 9.613, de 3 de março de 1998, 11.473, de 10 de maio de 2007, e 13.346, de 10 de outubro de 2016; e revoga dispositivos das Leis nos 10.233, de 5 de junho de 2001, e 11.284, de 2 de março de 2006, e a Lei nº 13.502, de 1º de novembro de 2017. Brasília, DF, 2019c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Lei/L13844.htm>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília, DF, 1976. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327012.pdf>>. Acesso em: 9 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: CN-DST/AIDS; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019d. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, DF, 2003. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 1 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria Nº 1.190, de 04 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009- 2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF, 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 4 jul. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em 15 fev. 2018.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2019.

BÜCHELE, F.; MARCATTI, M.; RABELO, D. R. Dependência química e prevenção à recaída. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2004.

CALHEIROS, P. R.V., OLIVEIRA, M. S., ANDRETTA, I. . Comorbidades Psiquiátricas no Tabagismo. **Alethéia**, 23, 65-74, 2006

CAMPOS, E. A. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. **Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v. 13, n. 1), p. 103-124, 2009.

CARLUCCI, K. et al. Effects of Sex, Religion, and Amount of Alcohol Consumption on Self-Reported Drinking-Related Problem Behaviors. **Psychological Reports**, [s.l.], v. 72, n. 3, p.983-987, jun. 1993.

CARONE JR. Dominic A.; BARONE, D. F. A social cognitive perspective on religious beliefs: their functions and impact on coping and psychotherapy. **Clinical Psychology Review**, [s.l.], v. 21, n. 7, p.989-1003, out. 2001.

CARTER, T. M. The effects of spiritual practices on recovery from substance abuse. **Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing**, [s.l.], v. 5, n. 5, p.409-413, out. 1998.

CARVALHO, F. R. M. et al. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2 Supl. 1, p. 61, 2011.

CHAGAS, Marcel et al. O alcoolismo e o grupo de Alcoólicos Anônimos: O conhecimento de

alcooolistas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 2, n. 4-5, p. 196-219, 2010.

CONYN-VAN SPAENDONCK, M. A. E. et al. Immunity to poliomyelitis in the Netherlands. **American Journal Of Epidemiology**, [s.l.], v. 153, n. 3, p.207-214, 1 fev. 2001.

CORRÊA, Márcia Regina. **Coping religioso-espiritual junto às pessoas em tratamento da dependência química**. 2016. 120 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Escola de Educação e Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.

CRESWELL, John W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa-: Escolhendo entre Cinco Abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2014.

CZERMAINSKI, F. R., et al. Assessment of executive functions and inhibitory control in alcohol and crack use disorders. **Psico**, v. 49, n. 1, p. 21-30, 2018.

CZERMAINSKI, F. R., et. al. Assessment of inhibitory control in crack and/or cocaine users: a systematic review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, [s.l.], v. 39, n. 3, p. 216-225, 2017.

DALGALARRONDO, Paulo et al. Religion and drug use by adolescents. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

DAY, E.; WILKES, S.; COPELLO, A. Spirituality and clinical care. Spirituality is not everyone's cup of tea for treating addiction. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 326, n. 7394, p. 881-881, 2003.

DENIS, L. **No invisível**. Rio de Janeiro: FEB, 1987.

DENIS, L. **Depois da morte**. Rio de Janeiro: FEB, 1994.

DENIS, L. **O problema do ser, do destino e da dor**. Brasília: FEB, 2013.

DESLANDES, S. F. **O Impacto da Violência nos Serviços de Emergência: Estudo em Hospitais Municipais do Rio de Janeiro** (HMMC e HMSF, 1995-1996). Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde - Jorge Careli, Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora, 2011.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2 ed. Artmed Editora, 2019.

DOSSEY, Larry. **As palavras curam: o poder da prece e a prática da medicina**. São Paulo: Cultrix, 1993. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto.

DUHIGG, Charles. **O poder do hábito: por que fazemos o que fazemos na vida e nos negócios**. Objetiva, 2012.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EDWARDS, G. Os Alcoólicos Anônimos como um espelho colocado diante da natureza. *In* G. Edwards & C. Dare (Orgs.), **Psicoterapia e tratamento de adições** (M.A.V. Veronese, Trad.) (pp. 201-217). Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

EMMANUEL (Espírito). **O consolador**. 29. ed. Rio de Janeiro: FEB Editora, 2016.

EMMANUEL (Espírito). **Pensamento e vida**. Rio de Janeiro: FEB Editora, 2017.

ENGS, Ruth C. et al. Influence of religion and culture on drinking behaviours: a test of hypotheses between Canada and the USA. **Addiction**, [s.l.], v. 85, n. 11, p.1475-1482, nov. 1990.

ERBERELI, L. G. R. **Fluidoterapia como racionalidade em saúde**: um estudo sobre a produção de saber do grupo espírita Casa da Sopa no contexto do cuidado para com o sujeito em situação de rua. 2013. 256 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2013.

ETKIND, Paul. Pertussis Outbreaks in Groups Claiming Religious Exemptions to Vaccinations. **Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [s.l.], v. 146, n. 2, p.173-176, 1 fev. 1992.

FALKEMBACH, Elza Maria F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e educação**. Ijuí, RS, v. 2, n. 7, p. 19-24, 1987.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo. 2010.

FLECK, Marcelo Pio da Almeida et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 446-455, 2003.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 1978.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. 16 ed. Petrópolis: Vozes, 1997

FRANCIS, Leslie J. The impact of personality and religion on attitude towards substance use among 13–15 year olds. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 44, n. 2-3, p. 95-103, 1997.

FRANCIS, Leslie J.; KALDOR, Peter. The relationship between psychological well-being and Christian faith and practice in an Australian population sample. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 41, n. 1, p. 179-184, 2002.

FREUD, S. Standard Edition of Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, 1962.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos

dilemas. **Psicologia & Sociedade**; v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GENTIL, Valentim; TABORDA, José G. V.; ABDALLA-FILHO, Elias. Reforma psiquiátrica no Brasil. In: TABORDA, José G. V.; ABDALLA-FILHO, Elias; CHALUB, Miguel. **Psiquiatria forense de Taborda**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 978-1010, 2016.

GEORGE, L.K.; ELLISON, C.G.; LARSON, D.B. - Explaining the relationship between religious involvement and health. **Psychological Inquiry**, 13(3): p.190-200, 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, Veralice Maria et al. A falácia da adequação da cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial no estado do Rio Grande do Sul. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.16-18, 2010.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003.

GORSUCH, Richard L.. Religious Aspects of Substance Abuse and Recovery. **Journal Of Social Issues**, [s.l.], v. 51, n. 2, p.65-83, jul. 1995.

GRAYBIEL, Ann M.. The Basal Ganglia and Chunking of Action Repertoires. **Neurobiology Of Learning And Memory**, [s.l.], v. 70, n. 1-2, p.119-136, jul. Elsevier BV, 1998.

HARRIS, James C. Social neuroscience, empathy, brain integration, and neurodevelopmental disorders. **Physiology & behavior**, v. 79, n. 3, p. 525-531, 2003.

HAWKS, Ricky D.; BAHR, Stephen H.. Religion and Drug Use. **Journal Of Drug Education**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.1-8, mar. 1992.

HEYDE, M. D. V. D. O internamento involuntário como alternativa para tratamento de dependentes. **Gazeta do povo**, Curitiba, 18 jun. 2019. Opinião, Artigo. Disponível em: <<https://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/artigos/o-internamento-involuntario-como-alternativa-para-tratamento-de-dependentes/>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

HILL, Peter C.; PARGAMENT, Kenneth I. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. **American Psychologist**, 58(1), 64–74, 2008.

HOLDEN, Constance. Paul MacLean and the triune brain. **Science**, v. 204, n. 4397, p. 1066-1068, 1979.

HOSPITAL de Messejana completa 45 anos. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 29 mar. 2008. Disponível em: <<https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/hospital-de-messejana-completa-45-anos-1.672093>>. Acesso em 1 mai. 2019.

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA (HSM). **Institucional**. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.hsmm.ce.gov.br/index.php/o-hospital/institucional>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

HOSPITAL DE SAÚDE MENTAL DE MESSEJANA (HSMM), **Hospital Psiquiátrico Público: relato de uma experiência que deu certo**. Fortaleza: Gráfica própria, 1998. 8 p. Folheto elaborado para comemoração dos trinta e cinco anos do HSMM.

HOSPITAL de Saúde Mental de Messejana é o melhor do Brasil, aponta pesquisa. **O Povo online**, Fortaleza, 2 abr. 2015. Disponível em: <<https://www20.opovo.com.br/app/fortaleza/2015/04/02/noticiafortaleza,3417045/hospital-de-saude-mental-de-messejana-e-o-melhor-do-brasil.shtml>>. Acesso em 1 mai. 2019.

HUMMER, Robert A. et al. Religious involvement and US adult mortality. **Demography**, v. 36, n. 2, p. 273-285, 1999.

JACKSON, C. Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood: relation to peer, parent, and personal risk factors. **Addictive Behaviors**, v. 22, n. 5, p. 685-698, 1997.

JEAN-MARTIN, Charcot. **Colaboradores**: Os editores da Enciclopédia Britânica, 2018. Disponível em: <<https://www.britannica.com/biography/Jean-Martin-Charcot>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

KANT, I. **A Crítica da Razão Pura e Outros Textos Filosóficos**. Seleção de Maria de Souza Chauí Berlinck. São Paulo: Abril Cultural, 1974, 2º Ed. 1983.

KARAM, M. L. Aspectos jurídicos. *In*: SEIBEL, S. Dario; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

KARDEC, A. **O Evangelho segundo o Espiritismo**. 70 ed. São Paulo: editora LAKE, tradução de J. Herculano Pires, 2013.

KARDEC, A. **O livro dos espíritos**. São Paulo: Editora LAKE, 68º edição, tradução José Herculano Pires, 2009.

KARDEC, A. **Obras Póstumas**. São Paulo: Editora LAKE, 13º edição, tradução José Herculano Pires, 2005.

KAUNITZ, Andrew M. et al. Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. **American Journal Of Obstetrics And Gynecology**, [s.l.], v. 150, n. 7, p.826-831, dez. 1984.

KAY, Jerald; TASMAN, Allan. **Psiquiatria**. Editora Manole Ltda, 2002.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais/Notes for the work with focus group technique. **Psicologia em revista**, v. 10, n. 15, p. 124-138, 2004.

KIRSHENBAUM, Ari P.; OLSEN, Darlene M.; BICKEL, Warren K.. A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. **Journal Of Substance Abuse Treatment**, [s.l.], v. 36, n. 1, p.8-17, jan. 2009.

KOENIG, H. G. Psychoneuroimmunology and the faith factor. **The journal of gender-specific medicine: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia**, v. 3, n. 5, p. 37-44, 2000.

KOENIG, Harold G. (Ed.). **Handbook of religion and mental health**. Elsevier, 1998.

KOENIG, Harold G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente: Por quê, como, quando e o quê**. São Paulo: Editora FE, 2005.

KOENIG, Harold G. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. Porto Alegre, RS: L&PM, 2012.

KOENIG, Harold G. Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 195, n. 5, p. 389-395, 2007.

KOENIG, Harold G. Religion and Medicine II: Religion, Mental Health, and Related Behaviors. **The International Journal Of Psychiatry In Medicine**, [s.l.], v. 31, n. 1, p.97-109, mar. 2001a.

KOENIG, Harold G. Religion and Medicine IV: Religion, Physical Health, and Clinical Implications. **The International Journal Of Psychiatry In Medicine**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.321-336, set. 2001b.

KOENIG, Harold G.; MCCULLOUGH, Michael E.; LARSON, David B. **Handbook of religion and health**. 2001.

KOENIG, Harold G.; PARGAMENT, Kenneth I.; NIELSEN, Julie. Religious Coping and Health Status in Medically III Hospitalized Older Adults. **The Journal Of Nervous & Mental Disease**, [s.l.], v. 186, n. 9, p.513-521, set. 1998.

KOERNER, Brendan I. The Secret Of AA. **Wired**, v. 18, n. 7, 2010.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.615-34.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista brasileira de psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

LARSON, D.B.; SWYERS, J.P.; McCULLOUGH, M.E. Scientific research on spirituality and health: a consensus report. **National Institut for Healthcare Research**. Rockville: The John M. Templeton Foundation, 1998.

LEADER, Darian. **Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia**. Rio de Janeiro: BestSeller, 2011.

LEVIN, J. S.; MARKIDES, K. S.; RAY, L. A.. Religious Attendance and Psychological Well-Being in Mexican Americans: A Panel Analysis of Three-Generations Data. **The Gerontologist**, [s.l.], v. 36, n. 4, p.454-463, 1 ago. 1996.

LEVIN, Jeff. **Deus, fé e Saúde**. São Paulo: Editora Cultrix, 2001.

LI, C.; PENTZ, M. A.; CHOU, C. P. Parental substance use as a modifier of adolescent substance use risk. **Addiction**, v. 97, p. 1537-1550, 2002.

LINHARES, Ângela M B. **A educabilidade das histórias de alma - experiência medianímicas na perspectiva espírita: o elogio a Kardec**. 2017. Tese (Professor titular) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Educação. Fortaleza, 2017.

LORCH, Barbara R.; HUGHES, Robert H.. Religion and youth substance use. **Journal Of Religion & Health**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.197-208, set. 1985.

LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos**. 1997. Tese (Livre-docência) - Universidade de São Paulo, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, 1997.

LUIZ, André. **No mundo maior**. 25. ed. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 2006. 312 p.

LUKS, Allan. Helper's high: volunteering makes people feel good, physically and emotionally. **Psychology Today**, v. 22, n. 10, p. 34-42, 1988.

LUNA, A. et al. The relationship between the perception of alcohol and drug harmfulness and alcohol consumption by university students. **Med. & L.**, v. 11, p. 3, 1992.

MACHADO, Angelo B.M.; HAERTEL, Lúcia Machado. **Neuroanatomia funcional**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

MACLEAN, Paul D. Evolutionary psychiatry and the triune brain. **Psychological Medicine**, v. 15, n. 2, p. 219-221, 1985.

MACLEAN, Paul D. **The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions**. Springer Science & Business Media, 1990.

MADDOX, J.F.; DESMOND, D.P. (1981). Careers of opioid users. New York: Praeger. Mari J de J, Thornicroft G. Principles that should guide mental health policies in low-and middle-income countries. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 32, n. 3, p. 210-1, 2010.

MARINHEIRO, Vaguinaldo. 90% aprovam internação involuntária. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 jan. 2012. Cotidiano, p. 1. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/22009-90-aprovam-internacao-involuntaria.shtml>>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MARINO JR, Raul. **A religião do cérebro: as novas descobertas da neurociência a respeito da fé humana**. 7 ed. São Paulo: Editora Gente, 2005.

MARX, K. **Crítica da Filosofia do Direito de Hegel**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

MATTHEWS, Dale A.; CLARK, Connie. **The faith factor: Proof of the healing power of prayer**. Penguin, 1999.

MATTHEWS, K. A. et al. Blood Pressure Reactivity to Psychological Stress and Coronary Calcification in the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. **Hypertension**, [s.l.], v. 47, n. 3, p.391-395, 30 jan. 2006.

MCLELLAN, A. Thomas. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. **Addiction**, [s.l.], v. 97, n. 3, p.249-252, mar. 2002.

MICHELAT, Guy. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, p. 191-212, 1982.

MILLER, W.R.; THORESEN, C.E. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. **American Psychologist**, [s.l.], v. 58, n. 1, p. 24-35, 2003.

MILLER, William R. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. **Addiction**, [s.l.], v. 93, n. 7, p.979-990, jul. 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad Saúde Pública**, p. 35-42, 1998.

MOGRABI, Gabriel José Corrêa. Considerações sobre a teoria do cérebro triuno e sua relevância para uma filosofia da mente e das emoções. **Veritas**, Porto Alegre, v. 60, n. 2, p.222-241, 2015.

MOLL, J. et al. Human fronto-mesolimbic networks guide decisions about charitable donation. **Proceedings Of The National Academy Of Sciences**, [s.l.], v. 103, n. 42, p.15623-15628, 9 out. 2006. Proceedings of the National Academy of Sciences, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006

MOREIRA-ALMEIDA, A; STROPPIA, A. Importância e impacto da espiritualidade na saúde mental: o desafio de reconhecer e integrar a espiritualidade no cuidado aos nossos pacientes. In: SANTOS, Franklin Santana. (Org.). **A Arte de Cuidar - Saúde, Espiritualidade e Educação** Ed. Comenius, p. 197-213, 2010.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander et al. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 87-88, 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.242-250, 2006.

MUSICK, Marc A. et al. Spirituality in physical health and aging. **Journal of Adult Development**, v. 7, n. 2, p. 73-86, 2000.

MUSICK, Marc A.; WILSON, John. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 56, n. 2, p.259-269, jan. 2003.

MYERS, David G.; DIENER, Ed. Who Is Happy? **Psychological Science**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.10-19, SAGE Publications, 1995.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J.C. F.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. **Substance Use & Misuse**, [s.l.], v. 31, n. 5, p. 565-579, 1996.

NEWMAN, John D.; HARRIS, James C. The scientific contributions of Paul D. MacLean (1913–2007). **The Journal of nervous and mental disease**, v. 197, n. 1, p. 3-5, 2009.

NONNEMAKER, James M; A MCNEELY, Clea; BLUM, Robert Wm. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 57, n. 11, p.2049-2054, dez. 2003.

OKAMOTO, Marta Maria. **Revisitando Enrique Pichon-Rivière: grupo interno, história de origem e contexto social**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/19738> >. Acesso em: 01 jul. 2019.

OLIVEIRA, E. S. **A construção da experiência espiritual e sua problematização como lugar de superação dos limites do paradigma biomédico: uma contribuição para a reflexão sobre espiritualidade na educação médica**. 2008. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza, 2008.

PAGANO, Maria E. et al. Helping other alcoholics in alcoholics anonymous and drinking outcomes: findings from project MATCH. **Journal of studies on alcohol**, v. 65, n. 6, p. 766-773, 2004.

PALMER, M. **Freud e Jung: Sobre a religião**. São Paulo: Editora Loyola, 2001.

PANZINI, Raquel Gehrke et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 34, p.105-115, 2007.

PANZINI, Raquel Gehrke. **Escala de coping religioso-espiritual (escala CRE): tradução**,

adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PARAVENTI, Felipe, CHAVES, Ana (coords.). **Manual de Psiquiatria Clínica**. Roca, 2016.

PARDINI, Dustin A. et al. Religious faith and spirituality in substance abuse recovery. **Journal Of Substance Abuse Treatment**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.347-354, dez. 2000.

PARGAMENT, Kenneth I. et al. Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. **Journal For The Scientific Study Of Religion**, [s.l.], v. 37, n. 4, p.710-724, dez. 1998.

PARGAMENT, Kenneth I. et al. Religious Struggle as a Predictor of Mortality Among Medically III Elderly Patients. **Archives Of Internal Medicine**, [s.l.], v. 161, n. 15, p.1881-1885, 13 ago. 2001.

PAULILO, Maria Ângela Silveira. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço social em revista**, v. 2, n. 1, p. 135-145, 1999.

PEGORARO, O. **Ética, dos maiores mestres através da história**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2006

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo**. 3.ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1988.

PIEDMONT, Ralph L. Spiritual Transcendence as a Predictor of Psychosocial Outcome From an Outpatient Substance Abuse Program. **Psychology Of Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.213-222, 2004.

PIRES, José Herculano. **Agonia das religiões**. Edições Paidéia, 1976.

PLANTE, T.G.; SHERMAN, A.C. **Faith and Health: psychological perspectives**. New York: Guilford Press, 2001.

POST, S. G. **It's Good to be Good: How: Benevolent Emotions and Actions Contribute to Health**. 2006. Disponível em: <<https://metanexus.net/its-good-be-good-how-benevolent-emotions-and-actions-contribute-health/>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

POST, Stephen G. Altruism, happiness, and health: It's good to be good. **International journal of behavioral medicine**, v. 12, n. 2, p. 66-77, 2005.

POWELL, Richard A.; SINGLE, Helen M.. Focus Groups. **International Journal For Quality In Health Care**, [s.l.], v. 8, n. 5, p.499-504, 1996.

PRADA, Irvênia Luiza de Santis; IANDOLE JUNIOR, Décio; LOPES, Sérgio Luis da Silva. **O cérebro triúno: a serviço do espírito**. 1 ed. São Paulo: Ame-brasil Editora, 2017.

PULLEN, L. et al. Spiritual high vs high on spirits: is religiosity related to adolescent alcohol

and drug abuse? **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 6, n. 3, p. 3-8, 1999.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RIBEIRO, M. M. **A evolução histórica da política criminal e da legislação brasileira sobre drogas**. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais Boletim - 286 - Setembro/2016. Disponível em: <https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/5825-A-evolucao-historica-da-politica-criminal-e-da-legislacao-brasileira-sobre-drogas>. Acesso em: 1 mai. 2019

RIESSMAN, Frank. The “Helper” Therapy Principle. **Social Work**, [s.l.], v. 10, n. 2, p.27-32, 01 abr. 1965. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/sw/10.2.27>>. Acesso em: 1 mai. 2019.

RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William Barbosa. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília**. Vol. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.

RODGERS, Désirée V. et al. High attack rates and case fatality during a measles outbreak in groups with religious exemption to vaccination. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.288-291, abr. 1993.

RODRIGUES, Joelson Tavares. ALMEIDA, Leonardo Pinto de. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos. 2002. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, 2002.

RODRIGUES, Viviane Samoel; CAMINHA, Renato Maiato; HORTA, Rogério Lessa. Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. **Rev. bras.ter. cogn.** Rio de Janeiro , v. 2, n. 1, p. 67-72, 2006.

ROGENESS, G. A.; BEDNAR, R. A.. Teenage Helper: A Role in Community Mental Health. **American Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 130, n. 8, p.933-936, 1973. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.130.8.933>>. Acesso em: 1 mai. 2019.

ROTELLI, F. A instituição inventada. **Revista Per la salute mentale/ For mental health**, Venezia, v. 1, n. 88, p. 89-99, 1990.

ROTELLI, F. Superando o manicômio; o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p.149-69, 1994.

SAGAN, C. **Os dragões do Éden**. São Paulo: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1977.

SALES, T. M. **A produção de saber na interface entre os transtornos psiquiátricos e a espiritualidade**: a perspectiva espírita em pauta. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas**: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Zila van der Meer. **Razões que levam determinados jovens, mesmo expostos a fatores de risco, a não usarem drogas psicotrópicas.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia. São Paulo, 2004.

SANCHEZ, Zila van Der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 34, p.73-81, 2007.

SANCHEZ, Zila van Der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. A sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n 4, p. 420- 430, 2002.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, 2004.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 1, p. 82-89, 2013.

SCHAEFER, Charles A.; GORSUCH, Richard L.. Situational and Personal Variations in Religious Coping. **Journal For The Scientific Study Of Religion**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.136-147, jun. 1993.

SCHNITTKER, Jason. When is Faith Enough? The Effects of Religious Involvement on Depression. **Journal For The Scientific Study Of Religion**, [s.l.], v. 40, n. 3, p.393-411, set. 2001.

SEGER, Carol A.; SPIERING, Brian J.. A Critical Review of Habit Learning and the Basal Ganglia. **Frontiers In Systems Neuroscience**, [s.l.], v. 5, p.66, 2011.

SEPHTON, Sandra E. et al. Spiritual Expression and Immune Status in Women with Metastatic Breast Cancer: An Exploratory Study. **The Breast Journal**, [s.l.], v. 7, n. 5, p.345-353, set. 2001.

SEYBOLD, K.S.; HILL, P.C. The role of religion and spirituality in mental and physical health. **Current Directions in Psychological Science**. V.10: p.21-24, 2001.

SIEGEL, Karolynn; ANDERMAN, Stanley J.; SCHRIMSHAW, Eric W. Religion and coping with health-related stress. **Psychology & Health**, [s.l.], v. 16, n. 6, p.631-653, nov. 2001.

SILVA, Leonardo VE et al. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 280-288, 2006.

SILVA, M. C. C. B. **A promoção da saúde no território Jardim Guanabara em Fortaleza – a espiritualidade como caminho.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

SINGH, H.; MUSTAPHA, N. Some Factors Associated with Substance Abuse among Secondary School Students in Trinidad and Tobago. **Journal Of Drug Education**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.83-93, mar. 1994.

SMEHA, Luciane Najar. Aspectos epistemológicos subjacentes à escolha da técnica do grupo focal na pesquisa qualitativa. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 2, p. 260-268, 2009.

SMITH, Timothy B.; MCCULLOUGH, Michael E.; POLL, Justin. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events.. **Psychological Bulletin**, [s.l.], v. 129, n. 4, p.614-636, 2003.

SOARES, Valterdes F. P. et al. Benefícios previdenciários relacionados uso de álcool e outras drogas. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA, 31., 2013, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2013.

STANTON, B. et al. Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African-American adolescent risk involvement. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, [s.l.], v. 79, n. 4, p. 536-548, 2002.

STERNBERG, Esther M. **The balance within**: The science connecting health and emotions. Macmillan, 2001.

STOCKER, S. **Cocaine Abuse May Lead to Strokes and Mental Déficits**. NIDA, 1998.

STRAWBRIDGE, W J et al. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. **American Journal Of Public Health**, [s.l.], v. 87, n. 6, p.957-961, jun. 1997.

STROPPIA, André; MOREIRA-ALMEIDA, Alexander. Religiosidade e saúde. *In*: SALGADO, Ivan; FREIRE, Gilson (orgs). **Saúde e espiritualidade**: uma nova visão da medicina. Belo Horizonte: Belo Horizonte, Inede, p. 427-443, 2008.

SUTHERLAND, I.; SHEPHERD, J. P. Social dimensions of adolescent substance use. **Addiction**, [s.l.], v. 96, n. 3, p.445-458, mar. 2001.

TARAGANO, Fernando. Introdução. *In*: PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do Vínculo**. 3.ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1988.

TESCH, Renata. **Qualitative research: Analysis types and software**. Routledge, 1990.

THOITS, Peggy A.; HEWITT, Lyndi N. Volunteer work and well-being. **Journal of health and social behavior**, p. 115-131, 2001.

TRAD, Leny A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Informe mundial sobre las drogas**: resumen ejecutivo. 2015. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas 2018** - UNODC. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>>. Acesso em: 1 mai. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia. **Drogas: definições**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dpsicobio/drogas/defini.htm>>. Acesso em: 05 maio 2018.

VENTIS, W. Larry. The relationships between religion and mental health. **Journal Of Social Issues**, [s.l.], v. 51, n. 2, p.33-48, jul. 1995.

VOLCAN, Sandra Maria Alexandre et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 440-445, 2003.

WAISBERG, J.; PORTER, J. Purpose of life and outcome of treatment for alcohol dependence. **British Journal of Clinical Psychology**, [s.l.], v. 33, p. 49-64, 1994.

WORTHINGTON, Everett L. et al. Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus.. **Psychological Bulletin**, [s.l.], v. 119, n. 3, p.448-487, 1996.

O Não acredita em religião / Deus
10 - Pratica religiosa (x/semana?)
11 - A religião / espiritualidade é importante em sua vida?
12 - A religião / espiritualidade é importante em seu tratamento de DQ?
13 - Situação de moradia? Mora com quem?
14 - Recebe Benefício Inss por DQ?
15 - Qual a subst. de 1º uso?
16 - Qual a idade de 1º uso?
17 - Motivo do 1º uso?
18 – Qual Substância (s) em uso atual?
19 – Quantos internamentos em hospital?
20 – Quantos internamentos em CT?
21 - Quem é o resp. pelo sustento da casa onde mora?
22 - Tem filhos? Quantos?
23 - Motivo de procurar tratamento?
24 - Alguma pessoa foi responsável pela sua busca de tratamento?
25 – Freq grupo ajuda mútua?
26 – Quanto tempo durou o seu período de maior abstinência?
27 – Existiu alguém que foi muito importante para você durante esse período de abstinência? Quem?

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL

Orientações Iniciais:

- Respondam os questionamentos abaixo, sintam-se livres para compartilhar seus pontos de vista, mesmo que sejam divergentes.
- A discussão é totalmente aberta em torno da questão proposta.
- A conversa é entre vocês, não precisam ficar respondendo diretamente a mim.

Questão 01: Podemos definir abstinência como o período em que o indivíduo se priva do uso da droga, e que está intimamente relacionado com a participação do sujeito na compreensão do que lhe acontece. Pensando na afirmativa acima, responda:

- Durante a abstinência, o que manteve você longe das drogas? Aquilo que foi responsável, o ponto principal mais importante que você viveu para manter você longe das drogas?

Questão 02: Segundo a maioria dos estudos científicos o retorno à religiosidade, independente da denominação religiosa professada, também pode facilitar a recuperação da dependência de drogas e diminuir os índices de recaída dos pacientes. Alguns autores referem que o relato de pessoas dependentes químicas (álcool, maconha, cigarro, crack e cocaína) confirmou que o melhor caminho para permanecer livre da dependência é o desenvolvimento de uma vida espiritual. Não significando que essas pessoas não teriam dificuldades ou momentos de queda, ou que teriam todos os problemas resolvidos, mas que a constante retroalimentação e apoio espiritual poderiam fazê-los permanecer livres das drogas. De acordo com o que foi citado acima, responda:

- Você considera importante a espiritualidade (ou religiosidade) para o tratamento? Por quê?
- Seu período de abstinência foi influenciado pela espiritualidade (ou religiosidade)? Como? Conte detalhes sobre isso.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

TÍTULO DA PESQUISA: ESPIRITUALIDADE NA EXPERIÊNCIA DE ABSTINÊNCIA DO INDIVÍDUO COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA (TUS)

NOME DO PESQUISADOR: Valterdes Fábio Pessoa Soares

ENDEREÇO: Rua Carlos Vasconcelos, 3100, Apto. 801 - Joaquim Távora. Fortaleza / CE

TELEFONE: (85) 98766.2374

Prezado (a) Colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) como participante de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa *Espiritualidade na experiência de abstinência do indivíduo com Transtorno por Uso de Substância (TUS)*, sob responsabilidade do pesquisador Valterdes Fabio Pessoa Soares e da Orientadora Ângela Maria Bessa Linhares, tendo por objetivo desvendar de que forma a espiritualidade está envolvida na experiência de abstinência do indivíduo com Transtorno por Uso de Substância (TUS). E assim contribuir para a produção de conhecimento capaz de revelar as relações entre espiritualidade e abstinência no contexto do adoecimento mental que manifesta dependência química.

A pesquisa será realizada em etapas. Na primeira etapa será elaborado um corpus com entrevistas capazes de traçar um perfil biográfico dos indivíduos participantes. Na segunda etapa, serão realizados grupos focais com a discussão sobre o tema em questão.

O procedimento principal da pesquisa serão os Grupos Focais, que são reuniões marcadas com o grupo do estudo com o conjunto de pessoas selecionadas e reunidas para discutir e comentar o tema em questão: Espiritualidade na experiência de abstinência do indivíduo com Transtorno por Uso de Substância, que é objeto de pesquisa, a partir da experiência pessoal de cada participante.

Ao todo, estão previstos a realização de três Grupos Focais, com data e hora marcadas previamente conforme acerto com todos os participantes. As reuniões de Grupos Focais serão gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritos pelo pesquisador para análise. O material de áudio produzido ficará sob inteira responsabilidade do pesquisador para avaliação do conteúdo e uso dos fragmentos pertinentes ao objeto da pesquisa, sem visualização ou divulgação para terceiros. Todo o material de áudio será integralmente destruído após o uso a que se destina, sendo esta ação realizada exclusivamente pelo pesquisador, sem o concurso de auxiliares ou outros.

Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os

dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Para garantir o anonimato, serão escolhidos pseudônimos (ou códigos de letras) que descaracterizarão os participantes, de forma a manter as identidades dos mesmos preservados.

Esse estudo poderá trazer algum desconforto como: ocupação do tempo livre para participar do Grupo Focal e deslocamento para o local de realização do Grupo, todavia esses incômodos são amenizados, pois as reuniões serão realizadas no seu próprio local de tratamento no Hospital-dia Elo de Vida. Poderá apresentar ainda os riscos de exposição e constrangimento dos participantes.

Entre os benefícios diretos que poderão advir de sua participação podemos citar maior aporte de conhecimento sobre a temática estudada, uma vez que as discussões em Grupo Focal fazem emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados e a troca de experiências entre os integrantes. Outros benefícios esperados são no sentido de contribuir com o desenvolvimento do entendimento de como os fatores espirituais / religiosos estão envolvidos na experiência de abstinência do uso de drogas, possibilitando assim a divulgação das conclusões do estudo que poderão fomentar novas pesquisas. Além de outros saberes que somente poderão ser constatados com a conclusão do estudo.

Você será livre para fazer qualquer pergunta sobre os procedimentos da pesquisa a qualquer momento e poderá retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo quando desejar, sem nenhum constrangimento ou prejuízo.

Manteremos contato com você por telefone para confirmar sua aceitação em participar da pesquisa e combinar as datas para realização dos Grupos Focais. No dia da realização do Grupo Focal, você será novamente informado sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos que serão realizados, os benefícios do estudo, assim como poderá tirar todas as dúvidas a qualquer momento. Você também será mantido atualizado dos resultados da pesquisa.

O custo do seu deslocamento para o local das reuniões dos Grupos Focais ficará por sua conta. Se houver qualquer despesa adicional, esta será absorvida pelo orçamento da pesquisa (pelo próprio pesquisador). Não haverá compensação financeira relacionada à sua participação no estudo.

Se você precisar de alguma orientação especial por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que necessite de tratamento, você será encaminhado a um dos profissionais do setor de emergência do próprio hospital (do qual o próprio pesquisador faz parte) ou para a psicóloga responsável pelo seu tratamento no local onde serão realizados os Grupos Focais (ou seja, no próprio Hospital-dia Elo de Vida).

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar, solicitamos que assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

Endereço do responsável pela pesquisa

Valterdes Fábio Pessoa Soares – Universidade Federal do Ceará

Rua Carlos Vasconcelos 3100 – apto 801 – Joaquim Távora/ CEP: 60115-044

Telefone: (85) 987662374

