Edson Luís Cardoso
Alejandro Victor Daniel Vera
Organizadores

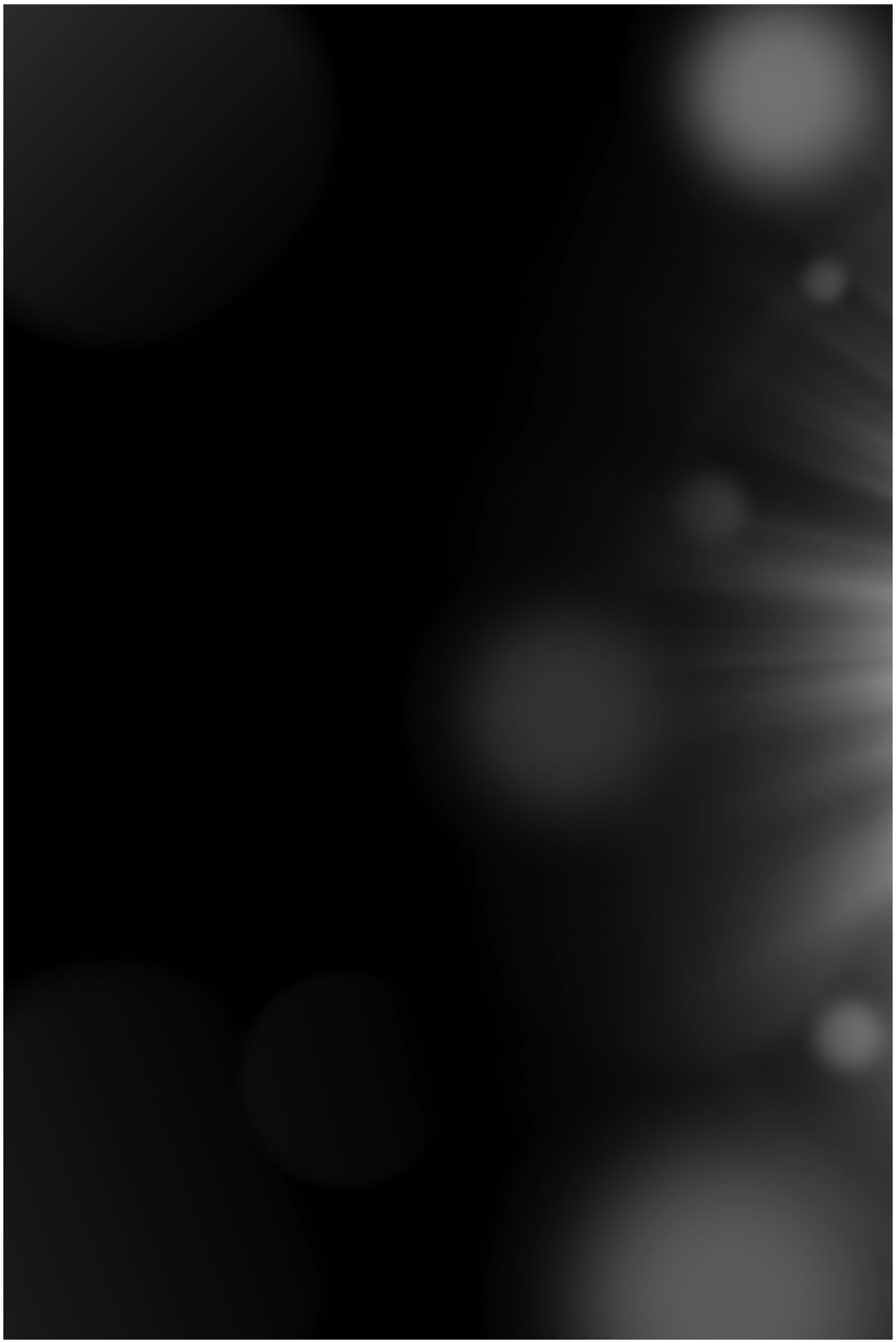
Dependência Química & Espiritualidade

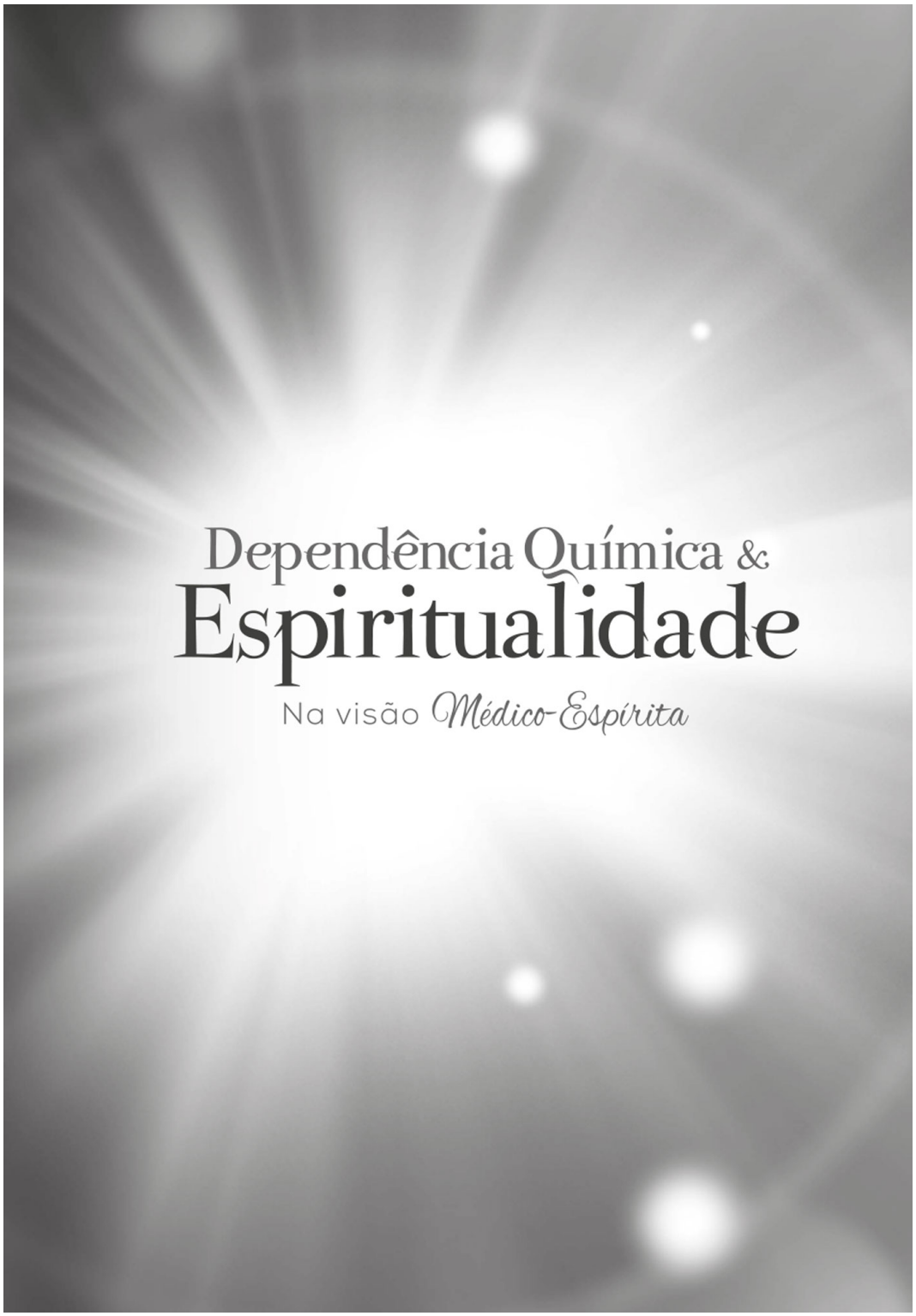
Na visão *Médico-Espírita*



AMEBrasil editora






Dependência Química &
Espiritualidade
Na visão Médico-Espírita

Dependência química e espiritualidade na visão médico-espírita
Copyright © AME-Brasil Editora
1ª Edição, 2023

Coordenação - Departamento Editorial da AME-Brasil:
Carlos Eduardo Accioly Durgante

Capa e Projeto Gráfico:
Dimitrius Gutierrez | JiMy M4Ri3 | Aorta Arte Exposta

Editoração Eletrônica:
Cassius Gutierrez | Aorta Arte Exposta

Revisão:
Gaia Revisão Textual

Fotos:
Pexels, Pixabay e Unsplash

Ilustração, quadros e figuras:
Dimitrius Gutierrez | JiMy M4Ri3 | Aorta Arte Exposta

Associação Médico-Espírita do Brasil/AME-Brasil
Av. Pedro Severino Júnior, 325 – Vila Guarani
Cep- 04310-160 – São Paulo (SP) – Fone: (11) 5585-1703
www.amebrasil.org.br
amebrasil@amebrasil.org.br
Impresso no Brasil – Printed in Brasil

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Cardoso, Edson Luís e Vera, Alejandro Victor Daniel - Organizadores
Dependência química e espiritualidade na visão médico-espírita
São Paulo, 2023
380 p. : il. ; 16 x 23 cm.
1. Espiritismo. 2. Medicina. 3. Dependência química.
4. Espiritualidade.I. Título
ISBN 978-65-867402l-9 | Livro digital

CDD- 133

Edson Luís Cardoso
Alejandro Victor Daniel Vera
Organizadores

Dependência Química & Espiritualidade

Na visão Médico-Espírita



AMEBrasil editora

Sumário

Apresentação
Os organizadores

Prefácio
Gilson Luís Roberto

Parte 1
Bases conceituais da dependência química e espiritualidade

1. Dependência química e espiritualidade
Alejandro Victor Daniel Vera e Edson Luís Cardoso

2. Principais substâncias psicoativas de abuso e dependência
Edson Luís Cardosos

3. Etiologia, classificação e diagnóstico
Alejandro Victor Daniel Vera

4. Neurobiologia e dependência química
Rafael Latorraca

Parte 2
Repercussões biopsicossocioespirituais e terapêuticas

5. Dependência química e repercussões perispirituais
Eduardo D'Angelo Mimessi

6. Transe e psicodélicos

Rodolfo Furlan Damiano

7. Comorbidades psiquiátricas e obsessivas
Roberto Lúcio Vieira de Souza e Alejandro Victor Daniel Ver

8. Dependência química e suicídio
Alejandro Victor Daniel Vera

9. Farmacologia na dependência química
Leandro Barbosa Nunes

Parte 3
Tópicos de interesse especial

10. Família e prevenção
Cristina Fidalgo Affonso Pinheiro e Luiz Augusto de Azevedo Pinheiro

11. Codependência – entendendo a família do dependente químico
Gelson Luis Roberto

12. Uso, abuso e dependência química entre crianças e adolescentes. Uma visão médico-espírita
Luiz Augusto de Azevedo Pinheiro e Cristina Fidalgo Affonso Pinheiro

13. Uso, abuso e dependência química entre gestantes
Felipe Sá Ferreira

14. Uso, abuso e dependência química na terceira idade
Carlos Eduardo Accioly Durgante

15. Uso, abuso e dependência química na população LGBTQIAPN+
Marcus Renato Castro Ribeiro

16. Dependência química e o trabalho em rede
Jairo Bello Mosqueiro e Mariana Paz Mosqueiro

17. Dependência química: uma abordagem jurídico-espírita
Maria Auxiliadora Santos Essado e Tiago Cintra Essado

Parte 4

O grupo Apoio Fraterno – auxiliando almas a vencer a dependência química. Um trabalho do Departamento de Saúde Mental da AME-Brasil

18. Dinâmica, funcionamento e prática do grupo Apoio Fraterno
Grupo Apoio Fraterno

19. Os doze princípios do Apoio Fraterno
Edson Luís Cardoso

20. Perfil do voluntário do grupo Apoio Fraterno
Denise de Oliveira Cardoso

21. Como trabalha o grupo Apoio Fraterno – traçando um paralelo com os fatores terapêuticos de Yalom
Edson Luís Cardoso

22. Apoio Fraterno: vínculos e parcerias
José Roberto Pereira Santos

Sobre os autores



Apresentação

Os organizadores

"Os males da humanidade provêm das imperfeições dos homens; pelos seus vícios é que eles se prejudicam uns aos outros."
(Allan Kardec).

O momento atual da humanidade é característico do período transitório já aguardado no natural processo de evolução das criaturas em termos individuais e coletivos. Assim sendo, não é de se estranhar que ainda imperem elementos sombrios constitutivos do Espírito que se permite à busca de prazeres efêmeros os quais, igualmente, revelam os sofrimentos do próprio ser em transição do seu estado de maior ignorância para o de maturidade.

Estes tempos se destacam pelos excessos, pela busca de um bem-estar ilusório no qual o ser humano deseja preencher o sentimento de vazio que o tem qualificado.

O benfeitor Emmanuel (2013, p. 146) afirma que:

> O estado precário da saúde dos homens, nos dias que passam, tem o seu ascendente na longa série de abusos individuais e coletivos das criaturas, desviadas da lei sábia e justa da natureza. A civilização, na sua sede de bem-estar, parece haver homologado todos os vícios da alimentação, dos costumes, do sexo e do trabalho.

O uso e abuso de substâncias, em seus matizes que podem alcançar o estado último da dependência, fazem parte desse meio de longa série de abusos. A civilização está em crise, e o antídoto passa pela formação da mentalidade cristã na essência de seus valores universais que apontam para o ser como cidadão cósmico. Para isso é necessário transcender, e a transcendência de si mesmo, como afirma o psiquiatra austríaco Viktor Frankl (2022), é "a essência da existência humana".

A aplicação de um antídoto, a aplicabilidade de uma terapêutica ou a mudança de cultura passam, necessariamente, por conhecer o problema em sua profundidade.

O objetivo desta obra é, justamente, fornecer ferramentas para a compreensão de um tema que, socialmente, sofre com forte julgamento moral e religioso. Devem-se romper preconceitos para aproximar-se do ser, sondando sua alma e possibilitando auxiliá-lo a vencer a si mesmo.

Diante do exposto, o presente livro aborda as bases conceituais da dependência química e sua relação com a espiritualidade, o indivíduo em seus aspectos biopsicossocioespirituais na terapêutica da dependência e especificidades de uma problemática tão complexa. Os autores buscaram fundamentação no que a ciência dos homens oferece em termos de conhecimento atual, permeados pelas luzes do Espiritismo.

O toque final é encontrado na quarta parte da obra, em que toda teoria ganha força e se fundamenta na possibilidade de colocá-la em prática. No todo, o livro é fruto das ações do Núcleo de Dependência Química do Departamento de Saúde Mental da Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil), que atua, há mais de dez anos, por intermédio do grupo Apoio Fraterno. Este Grupo acolhe almas, ajudando-as a vencer a dependência química, e seus familiares.

Assim sendo, é o desejo de cada coração que colaborou na construção desta publicação possibilitar apreciação mais ampla da temática da dependência química, mas, acima de tudo, possibilitar o despertar de um olhar empático, afetuoso e acolhedor na direção de todos os que sofrem desse mal. Que juntos possamos ser os artífices do mundo a ser regenerado, vencendo as vicissitudes que ainda condicionam muitas de nossas ações.

Um ótimo estudo a todos. Paz e luz!

Os organizadores

Referências

EMMANUEL (Espírito). *Emmanuel*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 28. ed. Brasília, DF: FEB, 2013.

SANAGIOTTO, Vagner; PACCIOLLA, Aureliano (org.). *A autotranscendência na logoterapia de Viktor Frankl*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2022.



Prefácio

Gilson Luís Roberto

A dependência química é um transtorno mental com profundas repercussões físicas. Ela altera a neuroquímica do Sistema Nervoso Central, acomete o sistema de recompensa e provoca a perda da capacidade de autocontrole e julgamento, afetando o comportamento e a empatia do usuário. É uma doença grave, crônica e progressiva que afeta uma grande parcela da sociedade, comprometendo as relações familiares, sociais e profissionais. Sendo, portanto, um problema de saúde pública com reflexo em toda a sociedade, exige um esforço conjunto de todas as organizações civis e governamentais na busca de soluções preventivas e curativas.

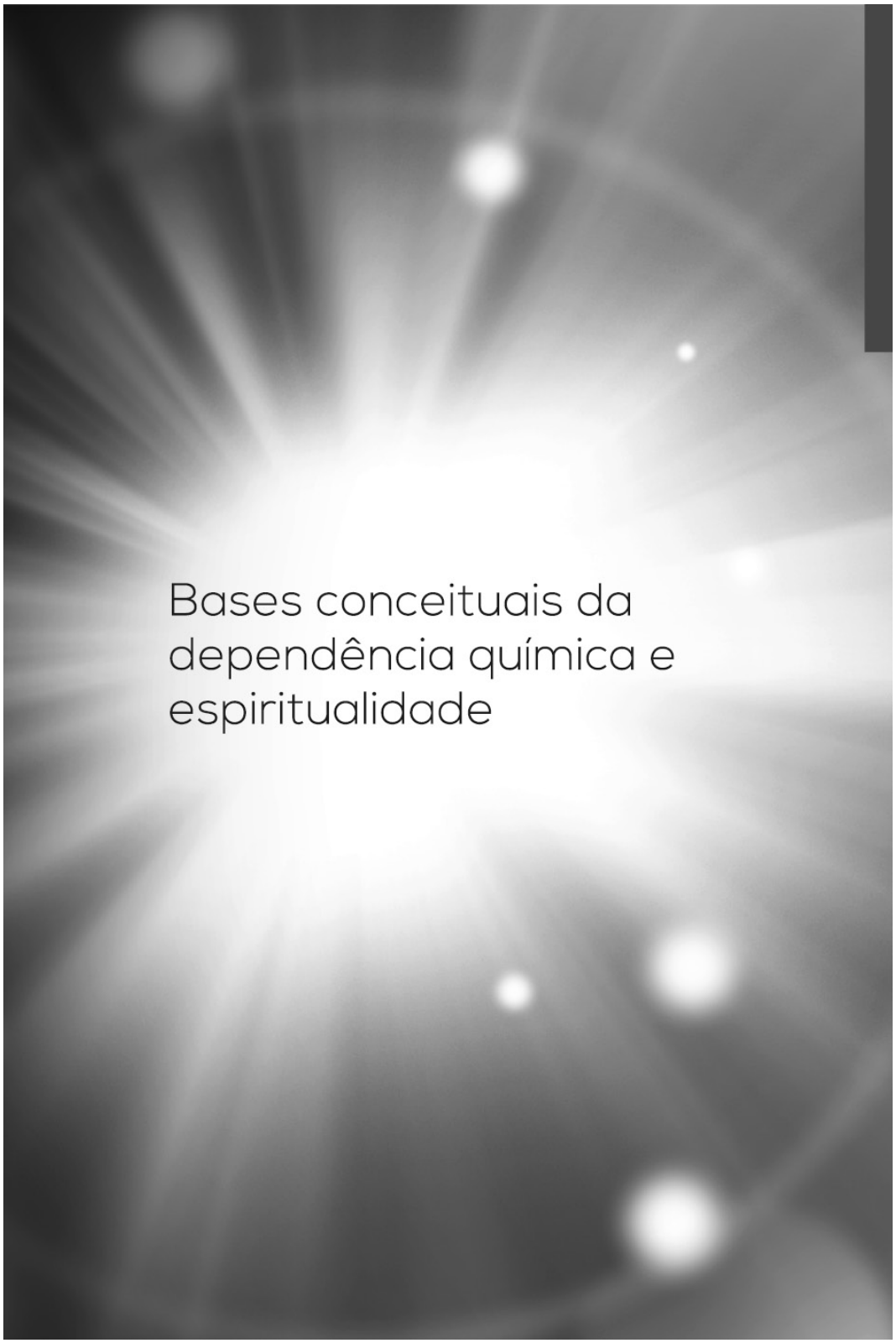
A Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil) tem se dedicado ao estudo da dependência química sob a ótica médica e espiritual, entendendo que o tratamento deve alcançar tanto o doente físico como o doente espiritual, uma vez que compartilham de forma simbiótica as sensações produzidas pelas substâncias utilizadas, assim como atender aos familiares, que adoecem juntos.

A casa espírita é uma referência de consolo e amparo, sendo uma porta de acolhimento para muitos que convivem com a problemática da dependência química. Dentro do seu papel de entidade especializada, sendo um braço técnico de apoio ao Movimento Espírita, a AME-Brasil tem oferecido um curso de orientação para a formação do grupo Apoio Fraterno nas instituições espíritas, que é destinado a atender dependentes e codependentes.

Este livro é mais uma colaboração para todos aqueles que, de alguma forma, estão interessados ou envolvidos com o tema, sendo ao mesmo tempo um convite para ampliarmos o auxílio a tantos corações que sofrem as consequências emocionais, física, espirituais e sociais da dependência química.

Gilson Luís Roberto
Presidente da AME-Brasil

Parte 1



Bases conceituais da dependência química e espiritualidade



1.
Dependência química e espiritualidade

Alejandro Victor Daniel Vera
Edson Luís Cardoso

É sabido, por meio de um crescente, diversificado e consistente número de artigos científicos, que há forte correlação positiva entre saúde e religiosidade/espiritualidade (R/E). O Dr. Harold Koenig (2012), médico psiquiatra e autoridade nas pesquisas as quais objetivam essa interface, realizou um levantamento que indica um aumento superior a 600% em artigos científicos dessa temática, comparando os anos 1970 e o início do presente século. Antes disso, Sigmund Freud, "pai" da psicanálise, e Gustav Stanley Hall, importante psicólogo norte-americano, influenciaram de forma negativa a vis*ão* em relação *à* religião e espiritualidade.

Freud e Hall afirmavam que as religiões criavam neuroses, razão pela qual as teorias psicológicas as substituiriam como promotoras de uma nova visão de mundo e fonte de tratamento. Textos de forte teor antirreligioso foram escritos nas décadas de 1980 e 1990 fundamentados em crenças pessoais, e não em pesquisas cient*í*ficas. No entanto, a influência da religiosidade, enquanto fenômeno resultante de diversos fatores, tem se tornado respeitável fonte de estudo. Dessa forma, é importante distinguir conceitos para entendermos o que auxilia nesse sentido e de que forma pode ser "prescrita" enquanto ferramenta terapêutica.

Conceitos

Embora não existam definições exatas a respeito de religiosidade e espiritualidade, *é* possível utilizar os conceitos de Koenig, King e Carson (2012), que t*ê*m servido de base para as pesquisas na *área*. Sobre religião, tem-

se "o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar a aproximação com experiências do sagrado ou transcendente"[1] (Koenig; King; Carson, 2012). A religiosidade mostra o quanto uma pessoa acredita, segue e pratica sua religião. Já espiritualidade *é* compreendida como "a busca pessoal de respostas para questões ligadas *à* vida, ao significado existencial, e tem relação com o sagrado ou transcendente, que pode ou não levar a rituais religiosos ou experiências em comunidade" (Koenig; King; Carson, 2012). Em todo caso, ambos são conceitos multidimensionais, havendo distintos domínios.

Dentre os diversos instrumentos desenvolvidos para avaliar a religiosidade e os aspectos relacionados a ela, citamos aqui a versão em português da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL), que apresenta "cinco itens que captam três das dimensões de religiosidade que mais se relacionam com desfechos em saúde: organizacional (RO), não organizacional (RNO) e religiosidade intrínseca (RI)" (Moreira-Almeida *et al.*, 2008).

Uma importante dimensão associada à saúde e à qualidade de vida e que pode ser colocada em prática para o manejo de situações difíceis *é* o *coping* religioso/espiritual (CRE) (Panzini; Bandeira, 2007), que tem os seguintes conceitos:

- *coping positivo:* em tradução livre, trata-se do "enfrentamento" positivo por meio daquilo que a religião pode oferecer ao indivíduo em termos de ferramentas em situações críticas. A religião surge como um direcionamento para uma nova vida, ofertando suporte e conforto espiritual;
- *coping negativo:* seria o "enfrentamento" negativo, em que, de alguma maneira, espera-se de forma passiva a resolução dos problemas, crendo que Deus controlará toda uma situação. Além disso, acredita-se em punições que possam ocorrer por posturas "pecaminosas".

Outros conceitos interessantes são os de religiosidade intrínseca e extrínseca (Panzini; Bandeira, 2007):

- *religiosidade intrínseca:* vivência dos valores religiosos, a despeito de cultos externos. Busca-se os princípios religiosos em plenitude;

- *religiosidade extrínseca:* busca de outros interesses que não são os valores essenciais de uma proposta religiosa. Ligação aos fatores externos, mas sem extrair sua essência.

Como se percebe, a busca de um entendimento mais aprofundado a respeito das dimensões as quais envolvem a R/E nasce da percepção de que ela tem sido importante no binômio saúde e doença. Essa é a razão da crescente publicação de artigos científicos, cujo objetivo é entender a relação entre ambas. No caso em questão, de que maneira se dá a relação R/E e dependência química.

Relação R/E e dependência química

Os pesquisadores Alexander Moreira Almeida, Francisco Lotufo Neto e Harold Koenig (2006) realizaram um estudo de revisão que indica associação positiva entre religiosidade e saúde mental. Eles utilizaram diversas bases de dados, identificando 850 artigos publicados ao longo do século XX, além de atualização com artigos publicados após o ano 2000 e a descrição de pesquisas conduzidas no Brasil. A maioria dos estudos indicou maior bem-estar psicológico, menores índices de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, além de menor uso/abuso de álcool/drogas.

Sabe-se que a influência benéfica dessa relação também passa por aspectos como estilo de vida saudável, repouso e consideração do corpo como um templo sagrado, relacionamentos saudáveis, suporte social, relações com amigos, estímulo ao convívio familiar e grupos de apoio, além do sistema de crenças, que facilita o manejo do estresse e dos desafios do dia a dia. Trata-se de aspectos multifatoriais, cuja combinação de comportamentos, ambiente e crenças promovidos pelo envolvimento religioso impacta na saúde mental do indivíduo.

Outras descobertas consistentes é a forte associação entre níveis mais altos de R/E e um menor uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Aproximadamente, 85% de 278 estudos sobre a relação entre R/E e consumo de álcool e mais de 80% de 185 sobre o uso de outras drogas revelaram que a R/E age como efeito protetor (Koenig; King; Carson, 2012). Interessante notar que cerca de 70% dos estudos referidos foram realizados em

adolescentes, universitários e jovens adultos, faixas etárias com maior risco de iniciar o consumo e desenvolver problemas relacionados com o consumo de substâncias.

No Brasil, foram realizados dois estudos com uma amostra de 12.000 universitários. Os estudantes que não tiveram envolvimento com R/E apresentavam duas vezes mais chances de ter usado substâncias lícitas ou ilícitas, no último mês, quando comparado àqueles com maior inserção nas questões relacionadas à R/E (*apud* Alexander Almeida, 2013). Em outro estudo, em mais de 500 pacientes internados com dependência de *crack*, o fato de ter tido maior envolvimento de R/E entre os jovens de 15 e 17 anos diminuiu pela metade as chances de desenvolver fissura intensa, de ter iniciado o uso antes dos 18 anos e de ter sido enviado para a prisão (*apud* Alexander Almeida, 2018).

No Brasil, foi publicado por Sanchez e Nappo (2007) um estudo qualitativo o qual confirma os resultados internacionais quantitativos que evidenciam que a maior diferença entre os adolescentes usuários de substâncias e os não usuários, de classe social baixa, era sua religiosidade e a da sua família. Os autores observaram que 81% dos não usuários praticavam a religião professada por vontade própria e admiração, mas apenas 13% dos usuários faziam o mesmo. No entanto, nesse segundo grupo, a prática religiosa estava diretamente relacionada à busca da reabilitação, iniciando após o consumo abusivo de substâncias.

Em um estudo de Paulo Dalgalarrondo *et al.* (2004), foram avaliados 2.287 estudantes de escolas dos sistemas público e particular da cidade de Campinas/SP. A pesquisa verificou que o uso intenso de pelo menos uma droga (álcool, tabaco, maconha, solventes, cocaína, êxtase e mesmo medicamentos) foi maior entre os que não foram educados em termos religiosos durante a infância. Em 2006, Silva *et al.* realizaram um estudo com 926 universitários, afirmando que aqueles que possuíam uma renda familiar alta e não professavam alguma religião corriam maior risco de consumir substâncias. Além disso, também detectaram a ausência de bebedores excessivos entre os espíritas e os protestantes praticantes.

Espiritualidade na prática

Considerando-se temas relacionados à espiritualidade e à religiosidade no tratamento da dependência química, há preferência por grupos com base espiritual, tais quais os Alcoólicos Anônimos (AA), mas não religiosos. Estes proporcionam importante campo de estudo no entendimento mais amplo da dependência química, enquanto padronização diagnóstica. A maioria das pesquisas baseadas nos programas de tratamento realizados por igrejas respalda-se na corrente protestante, por ter sido esta a pioneira nessa área, logo após a Segunda Guerra Mundial, ao implementar programas de recuperação em instituições evangélicas nos Estados Unidos.

Nos anos 1960, a Igreja Católica também iniciou atividades relacionadas à dependência química. Em populações carentes, segundo Hansen (2004), sobretudo nas quais a religião influencia em questões sociais, os tratamentos religiosos oferecidos pelas igrejas evangélicas, sem intervenção médica, têm ganhado espaço e aumentado em número de igrejas e adeptos. Observa-se, assim, grande impacto da religiosidade e da espiritualidade no tratamento da dependência química, tal qual também ocorre dentro dos Narcóticos Anônimos (NA).

No ano de 2006, um estudo brasileiro liderado por Sanchez buscou elucidar os mecanismos da intervenção religiosa proposto pelas três religiões brasileiras mais prevalentes: o Catolicismo, o Protestantismo e o Espiritismo.

Os evangélicos foram os que mais utilizaram o recurso religioso como forma exclusiva de tratamento, apresentando forte aversão à prática médica e ao uso de psicofármacos. Nesse estudo foi descrita uma maior intensidade na crise vivida, em especial às drogas ilícitas. Espíritas foram os que buscaram maior apoio terapêutico em relação à dependência de drogas lícitas, em complemento ao tratamento convencional.

Comparando-se os tratamentos com base religiosa, o comum é a oração como meio muito valorizado e utilizada como método para controlar a fissura pela substância. Evangélicos e católicos se valem da confissão e do perdão, respectivamente, exercendo forte apelo à reestruturação da vida e ao aumento da autoestima. O que manteve os participantes desse 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.

O grupo dos AA apresenta forte influência da espiritualidade em suas bases de ação. Não se trata de um grupo formalmente "religioso", mas sua estrutura é baseada na tradição protestante americana, servindo como modelo de conduta terapêutica em muitos grupos religiosos de ajuda mútua. Destaca-se que, apesar de serem conhecidos como grupos de autoajuda, o processo de funcionamento indica forte estrutura na ajuda que se dá entre seus membros. O modo de atuação baseia-se no apoio incondicional dos companheiros que se encontram em condição emocional semelhante, permitindo que os membros se socorram mutuamente.

Dependência química e Doutrina Espírita

A Doutrina Espírita é considerada, por seus adeptos, uma grande escola de almas, que por intermédio de uma fé filosófica analisa argumentos que orientam, alteram e originam um comportamento alicerçado na moralidade e no exemplo cristão, o qual proporciona ao sujeito uma melhor maneira de viver, à medida que aprende a lidar com as normas sociais vigentes e com as dificuldades do seu cotidiano. Para tanto, não se utiliza de proibições ou do amedrontamento das pessoas para atingir seus objetivos, e sim de esclarecimentos que são transmitidos, respeitando o tempo e o livre-arbítrio individual.

Nas casas espíritas, é desenvolvida a relação com Deus e são compartilhados valores como: apoio nos momentos difíceis, caridade, consolo, esperança e sentido da vida. Estes visam prevenir a criança e/ou o adolescente de iniciar a utilização de substâncias químicas, bem como recuperar aqueles que desenvolveram o transtorno pelo uso de drogas; sendo que para o auxílio no tratamento, o movimento espírita dispõe do Apoio Fraterno, que é um grupo de ajuda mútua para dependentes químicos e codependentes, que é organizado e difundido no Brasil e no exterior pelo Departamento de Saúde Mental da Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil).

Nada disso, porém, se trata de tarefa simples. Como todo processo educativo, o ideal é começar o mais precocemente possível e de uma maneira sistematizada e continuada, visando não somente à criança e ao adolescente, mas a família e a sociedade, acreditando-se que quando a dependência química adentra um lar, não existe, nesse lugar, um problema individual, e sim um transtorno que possui causas, consequências e soluções de âmbito geral. Entendendo que vários são os fatores de fragilidade que levam os jovens a consumir bebida alcoólica e, ainda, que todos eles estão relacionados direta ou indiretamente à falta de estrutura familiar, nas palestras públicas, no atendimento fraterno, nos grupos de estudos da Doutrina Espírita, na Evangelização para todas as faixas etárias, desde o bebê até a terceira idade, e demais trabalhos voluntários organizados pelo movimento espírita, o conhecimento e o auxílio que previne e trata é direcionado com viés que vai além do individual.

> Fatores de vulnerabilidade que levam os jovens a consumir bebida alcoólica:
> - genética;
> - exposição fetal;
> - prejuízo das funções parentais;
> - traumas na infância e adolescência;
> - amigos usuários;
> - estilo de vida;
> - ambiente familiar e comunitário facilitador de consumo (Marques; Ramos, 2022, p. 486).

Independentemente do credo ou das inúmeras configurações familiares, segundo Walsh (2016, p. 3), nesses tempos de turbulências, os laços de afeto e união no lar são extremamente vitais. É imprescindível compreender os desafios que uma família enfrenta e seus processos normativos, relacionados com os contextos socioculturais e desenvolvimentais de sua época, os quais possibilitem que ela, a família, atinja a prosperidade.

Não importando se a visão mais tradicionalista de Tolstoy argumentando que as famílias devem se adequar a um padrão cultural de "família normal" para serem felizes e educarem bem seus filhos, ou de Nabokov atestando que existe um potencial para o funcionamento sadio e bem-estar em uma variedade de arranjos familiares, vamos transitar pelas

ideias de um terceiro filósofo, Francis Bacon, que ao falar de estrutura, construiu o seguinte pensamento: "A consciência é a estrutura das virtudes".

Seguindo por esse caminho, além de englobarmos a diversidade familiar, aprofundaremos essa ideia e trataremos de um dos objetivos fundamentais da Doutrina Espírita: ajudar o sujeito a abandonar vícios físicos e morais, por meio do despertar da consciência e do desenvolvimento de suas virtudes; roteiro seguro, que pode ajudar na estruturação familiar e na, consequentemente, obtenção de um lar livre das drogas.

> A família [...] é o grupo de Espíritos normalmente necessitados, desajustados, em compromisso inadiável para a reparação, graças à contingência reencarnatória. [...] A família é mais do que o resultante genético... São os ideais, os sonhos, os anelos, as lutas e árduas tarefas, os sofrimentos e as aspirações, as tradições morais elevadas que se cimentam nos liames da concessão divina, no mesmo grupo doméstico onde medram as nobres expressões da elevação espiritual na Terra. [...] A família é, antes de tudo, um laboratório de experiências reparadoras, na qual a felicidade e a dor se alternam, programando a paz futura. Nem é o grupo da benção, nem o élan da desdita. Antes, é a escola de aprendizagem e redenção futura. Irmãos que se amam, ou se detestam, pais que se digladiam no proscênio doméstico, genitores que destacam uns filhos em detrimento dos outros, ou filhos que agridem ou amparam pais, são Espíritos em processo de evolução, retornando ao palco da vida física para a encenação da peça em que fracassaram, no passado. A vida é incessante, e a família carnal são experiências transitórias em programação que objetiva a família universal (Ângelis; Espíritos diversos, 1994, p. 22-23; 28).

A citação acima torna evidente o grande desafio que é estruturar uma família, pois embora a missão seja sempre ter o bem como objeto, isso nem sempre é tarefa fácil. Contudo, a Doutrina Espírita aponta caminhos educacionais que, ao serem seguidos, desde quando um filho é gerado, podem direcionar os pais a obterem mais consciência, em relação a exemplos e atitudes que necessitam tomar, bem como a maneira e o tempo de agirem, tendo assim mais chances de prevenirem ou retirarem as drogas lícitas e/ou ilícitas do lar.

> 582 – Pode-se considerar a paternidade como uma missão? É incontestavelmente uma missão; é ao mesmo tempo um dever muito grande e que determina, mais do que o homem imagina, sua responsabilidade para o futuro. Deus colocou a criança sob a tutela dos pais para que eles a conduzam no caminho do bem e lhes facilitou a tarefa ao conceder à criança uma constituição frágil e delicada, que a torna acessível a todas as impressões. Mas há quem se ocupe mais em endireitar as árvores de seu jardim e em fazê-las render bons frutos do que em endireitar o caráter de seu filho. Se este sucumbe por erro dos pais, eles receberão a pena disso, e os sofrimentos que na vida futura caberiam à criança recairão sobre eles, pois não

> fizeram o que dependia deles para o adiantamento do filho no caminho do bem (Kardec, 2001, p. 200-201).

A etiologia, ramo do conhecimento que visa explicar as causas e origens de um determinado fenômeno, oferece modelos cientificamente comprovados os quais servem como base para observações e para fundamentar intervenções de auxílio à saúde. Segundo Perrenoud e Ribeiro (2019, p. 9), não há um modelo etiológico que explique todas as questões relacionadas à dependência química, pois essa é o resultado de múltiplos fatores que interagem causando os transtornos.

Consequentemente a isso, a eficácia do tratamento depende do contexto e da individualidade de cada caso.

Dentre os fatores etiológicos, estudos sobre herança genética evidenciam um aumento de três a quatro vezes da prevalência de transtornos por uso de álcool em parentes de primeiro grau, quando comparados com a população em geral (Marques; Ramos, 2022, p. 487).

No entanto, no cotidiano, os pais ignoram e/ou negam essa realidade – mesmo com o histórico familiar de avós, pais, tios, irmãos e primos que bebem ou já beberam abusivamente, inclusive vivenciando problemas matrimoniais, financeiros, sociais, policiais, judiciais e de saúde –, de forma imprudente e negligente, mantendo o uso de bebidas alcóolicas dentro e fora de seus lares, em frente ou não de seus próprios filhos, como se nada pudessem os afetar. É importante entenderem que, por fazerem parte da mesma família, todos estão sob risco da mesma herança genética e, portanto, dos mesmos infortúnios.

Quando se trata de pais espíritas, o comprometimento aumenta, pois existem inúmeras advertências em relação ao uso e abuso de substâncias químicas lícitas e ilícitas, tanto na Bíblia quanto nas obras da codificação espírita, da AME-Brasil e de muitos outros autores do movimento espírita em geral. Estas alertam sobre influenciação espiritual, obsessão espiritual, perda do livre-arbítrio, vampirismo, comprometimento espiritual, danos ao perispírito, suicídio indireto, dificuldades no desencarne, sofrimento no mundo espiritual e as penosas reencarnações daqueles que desencarnaram apegados ao vício de álcool, tabaco, maconha e demais drogas.

> Devido à estreita relação com o prazer, além da região pré-frontal, outras áreas também se mostraram conectadas e ativas, entre estas o conhecido circuito da recompensa, em que o autor confirma relações complexas com compaixão, sentimentos elevados, valores morais, crenças, envolvimento com o sofrimento alheio e sacrifício pessoal em favor de causas nobres, mostrando o quanto isso é recompensador.
> Infelizmente, devido a problemas familiares, biológicos, psicológicos, sociais e/ou espirituais, muitas pessoas buscam ativar esse circuito da recompensa através do uso de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas, trazendo graves repercussões físicas, espirituais e perispirituais, individuais e para a coletividade (Cardoso, 2022, p. 267).

No capítulo 24 de *Mecanismos da mediunidade*, André Luiz (200, p. 189) esclarece sobre a reencarnação de enfermos:

> Dos abismos expiatórios, volvem à reencarnação quantos se mostram inclinados à recuperação dos valores morais em si mesmos. Transportados a novo berço, comumente entre aqueles que os induziram à queda, ou entre os que renunciam à imediata felicidade nas esferas superiores e os recebem com amorosidade no recesso do lar.
> Contudo, renascem, no corpo carnal, espiritualmente jungidos às linhas inferiores de que são advindos, assimilando-lhes, facilmente, o influxo aviltante. [...] Via de regra, reencarnam com retardos mentais, desde a infância, são perfeitamente classificáveis entre os psicopatas amorais [...] demonstrando manifesta perversidade, na qual se revelam constantemente brutalizados e agressivos, petulantes e pérfidos, indiferentes a qualquer noção da dignidade e da honra, continuamente dispostos a mergulhar na criminalidade e no vício.

Melhores detalhamentos sobre o exposto acima serão contemplados nos demais capítulos da presente obra.

> A infância esteve por muito tempo longe do comportamento de beber, protegida por um modelo cujos fatores de proteção predominavam e compensavam os de risco, muito diferente do que é observado hoje. O conjunto de situações desfavoráveis que interferem no desenvolvimento da criança e do adolescente podem determinar comportamentos disfuncionais no futuro, como a aquisição de um transtorno relacionado ao uso de álcool [...] (Marques; Ramos, 2022, p. 483).

A religião e a espiritualidade com frequência são buscadas por dependentes químicos e codependentes, como forma de ajuda para si e/ou para alcançar mudanças no estilo de vida. Assim, cabe a cada um de nós a escolha de estendermos ou não a nossa mão em direção àquele que, em desespero, pede ajuda. Qualquer auxílio consciente, caridoso e honesto é importante, seja fundando e/ou trabalhando em um grupo Apoio Fraterno, em sua associação médico-espírita ou casa espírita, ou simplesmente abandonando, por completo o hábito de beber socialmente, tornando-se, desse modo, mais um ser que despertou. Esse despertar servirá de exemplo no

seu próprio lar e na sociedade para crianças, adolescentes e adultos aprenderem a viver e serem felizes sem o uso de álcool e outras drogas.

---

1 Tradução livre dos autores.

Referências

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito); ESPÍRITOS DIVERSOS. *SOS família.* Psicografado por Divaldo Franco. 15. ed. Salvador: Leal, 2004.

CARDOSO, Edson Luís. Dependência química e a internação compulsória. *In:* SANTOS, José Roberto Pereira (org.). *Bioética espírita*. São Paulo: AME-Brasil Editora, 2022.

DALGALARRONDO, Paulo; SOLDERA, Meire Aparecida; CORREA FILHO, Heleno Rodrigues; SILVA, Cleide Aparecida. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 2, p. 82-90, 2004.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

HANSEN, Helena. Faith-based treatment for addiction in Puerto Rico. *JAMA*, v. 291, n. 23, p. 2.882, 2004.

KARDEC, Allan. *O Evangelho segundo o Espiritismo*. Tradução de Guillon Ribeiro. Brasília, DF: FEB, 2013.

_____. *O livro dos Espíritos*. Tradução de Matheus Rodrigues de Camargo. Capivari, SP: EME, 2001.

KOENIG, Harold G. *Espiritualidade no cuidado com o paciente*. 2. ed. São Paulo: FE Editora, 2012.

KOENIG, Harold G.; KING, Dana E.; CARSON, Verna B. *Handbook of religion and health*. 2. ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2012.

LUIZ, André (Espírito). *Mecanismos da mediunidade*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. 25. ed. Brasília, DF: FEB, 2006. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 11).

MARQUES, Ana Cecilia P. R.; RAMOS, Sérgio de Paula. Transtorno por uso de álcool. *In:* NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Antônio G.; QUEVEDO, João (org.). *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 483-515.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco; KOENIG, Harold G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; REZENDE PINTO, Alexandre de. Guidelines for Integrating Spirituality into the Prevention and Treatment of Alcohol and other Substance Use Disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2023.

MOSQUEIRO, Bruno Paz. *Religiosidade, espiritualidade, desfechos clínicos e marcadores biológicos na depressão.* 2020. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 34, suppl. 1, p. 126-135, 2007.

PERRENOUD, Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SAAD, Marcelo; MASIERO, Danilo; BATTISTELLA, Linamara Rizzo. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, p. 107-112, 2001.

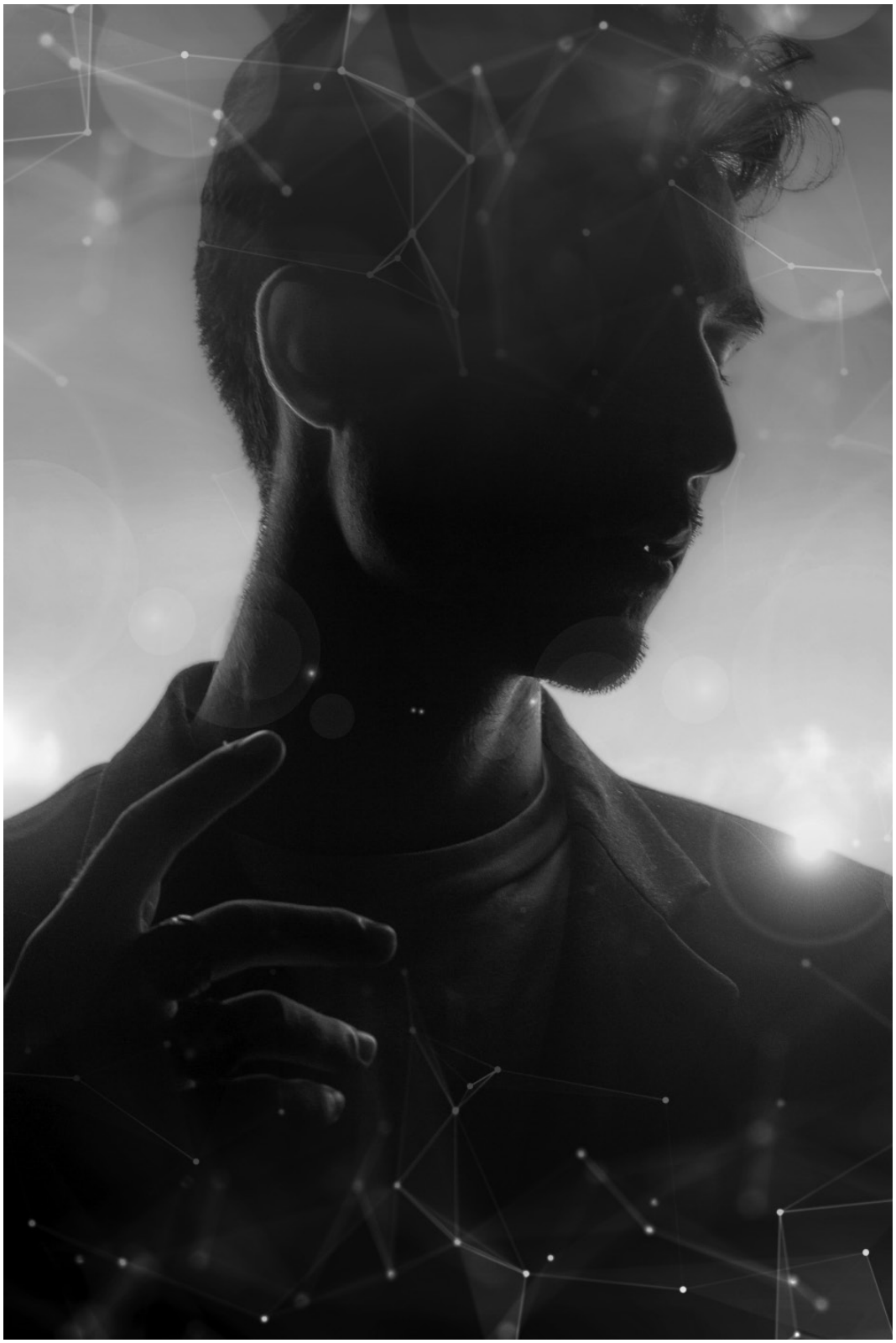
SANCHEZ, Zila van der Meer. *As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas:* a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. 2006. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.

_____; _____. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, n. 34, suppl. 1, p. 73-81, 2007.

SILVA, Leonardo V. E. Rueda; MALBERGIER, André; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; ANDRADE, Arthur Guerra de. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 2, p. 280-288, 2006.

WALSH, Froma. *Processos normativos da família:* diversidade e complexidade. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.



2.
Principais substâncias psicoativas de abuso e dependência

Edson Luís Cardosos

"[...] a humanidade carnal, como personalidade coletiva, está nas condições do homem insaciável que devorou excesso de substâncias no banquete comum. A crise orgânica é inevitável"
(Luiz, 2008, cap. 24).

Transtorno por uso de álcool

O transtorno por uso de álcool é definido como uma doença de caráter progressivo, incurável e quase sempre fatal. Seu uso nocivo causa prejuízos à família, aos amigos, colegas de trabalho e até a estranhos (WHO, 2022a).

Os principais efeitos causados pelo uso do álcool são as sensações de relaxamento e descontração, quando ingeridos em pequenas quantidades, às vezes, apresentando uma discreta euforia. Pode ainda haver uma desinibição do comportamento, acompanhada de afrouxamento da crítica. Com o aumento progressivo da quantidade utilizada, tendem a surgir os sinais de depressão cerebral. No uso por tempo prolongado, surgem alucinações alcoólicas e disfunções cerebrais. Já na superdosagem ou no uso concomitante com sedativos, ocorre depressão respiratória, convulsões, choque, coma e morte (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

A *síndrome de abstinência alcoólica* tem como sintomas mais comuns: tremores, agitação, ansiedade, taquicardia, taquipneia, aumento da temperatura corporal, alterações do humor, náuseas, vômitos e insônia. Pode ainda levar a convulsões, alucinações e ao *delirium tremens* (confusão mental, tremores, alucinações visuais, principalmente de bichos, desidratação, convulsões, complicações cardíacas). Essa síndrome se inicia até 72 horas após a

abstinência, acomete 5% dos dependentes e pode levar à morte se não tratada adequadamente (Malbergier; Silveira, 2018).

Beber de baixo risco e o beber em binge[1]: Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2019), em relação a esse tema, trazem as seguintes afirmações:

- é consenso entre os especialistas que não existe consumo de álcool isento de riscos;
- beber em *binge*: aquele que bebe dessa maneira, muitas vezes, não se identifica e também não é visto por outras pessoas como um "bebedor problema", visto que o uso da bebida alcoólica não é frequente, no entanto, expressa um padrão de beber grandes quantidades em um período curto de tempo (uma vez na semana, uma vez no mês ou uma vez no ano). Esse fato tem chamado mais a atenção de autoridades e pesquisadores, a nível internacional, devido aos elevados custos sociais e danos à saúde. Na Inglaterra, por exemplo, diversos meios de comunicação alertam sobre homicídios, assaltos, violência doméstica, agressões físicas, violência sexual e suicídio relacionados a essa forma de beber.

Visão espírita da dependência alcoólica

Além das alterações físicas e psíquicas que levam o homem à dependência do álcool, o alcoolista é um ser com livre-arbítrio, que não reúne, ainda, reservas morais para não se deixar escravizar pelo vício. Reencarnou, como todas as criaturas humanas, para evoluir, porém sucumbiu às tentações colocadas, à sua frente, por uma sociedade que insiste em usar bebidas alcoólicas embora conviva, diariamente, com seus riscos e malefícios sociais. Ademais, o usuário de qualquer tipo de substâncias sofre a influência dos desencarnados, conforme explica *O livro dos Espíritos* (Kardec, 2001, p. 175):

> 466 – Por que Deus permite que os Espíritos nos incitem ao mal? Os Espíritos imperfeitos são instrumentos destinados a testar a fé e a constância dos homens no bem. Tu, sendo Espírito, deves progredir na ciência do infinito, e por isso passa pelas provações do mal para chegar ao bem. Nossa missão é colocar-te no bom caminho. E quando as más influências agem sobre ti, é porque as convocas pelo desejo do mal, pois os Espíritos inferiores vêm auxiliar-te no mal que desejas praticá-lo. Eles só podem ajudar-te no mal quando queres o mal. Se és propenso ao homicídio, pois bem! Terás um bando de Espíritos que alimentarão

em ti esse intuito. Mas também há outros que se empenharão em influenciar-te para o bem, o que fará com que isso equilibre a balança, permitindo que seja senhor dos teus atos.

Tabagismo

A nicotina contida no tabaco é altamente viciante, e o uso do tabaco é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, respiratórias e para mais de 20 tipos de cânceres e muitas outras condições debilitantes de saúde. Anualmente, no mundo, mais de 8 milhões de pessoas morrem devido ao uso do tabaco, sendo a maioria em países de baixa e média rendas, onde é mais intensa a interferência e o marketing da indústria do tabaco.

O fumante passivo também adoece. Anualmente, por esse motivo, ocorre 1,2 milhão de mortes no mundo, sendo que dessas, 65.000 são de crianças. Fumar durante a gravidez pode levar o bebê a vários problemas de saúde, muitos dos quais vão acompanhar o indivíduo ao longo de toda sua vida (WHO, 2022b).

Cigarro eletrônico (e-cigarretes, eletronic, e-ciggy, ecigar ou ends) *e narguilé:* são sistemas eletrônicos que não contêm tabaco, e sim um líquido, geralmente rico em nicotina, que é aquecido por um dispositivo composto por uma bateria, que transforma esse líquido em vapor, o qual é inalado pelo usuário. De acordo com Presman e Gigliotti (2019), a fabricação dos cigarros eletrônicos está na terceira geração e vem mudando a forma e algumas características, visando atingir o público jovem. Surgiu como uma estratégia para parar de fumar, mas que não obteve sucesso, pois os produtos que causam sabor, somados à nicotina (altamente viciante) adicionada ao líquido, continuam gerando a mesma dependência e prejuízos à saúde, sendo, portanto, inseguros para uso. No entanto, é muito cedo para fornecer uma resposta clara sobre o impacto a longo prazo desse consumo (WHO, 2022b).

Abstinência: a maioria dos fumantes quer parar de fumar e tenta várias vezes sem conseguir, e um dos principais motivos do insucesso está relacionado aos sintomas da abstinência da nicotina, que se inicia 2 horas após a parada e atinge o pico em até 48 horas, podendo durar semanas ou meses. Tem como sintomas mais comuns: fissura intensa, ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração, sonolência ou insônia, redução dos batimentos

cardíacos, diminuição da pressão arterial, aumento do apetite com ganho de peso, redução do desempenho motor e tensão muscular (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). É interessante destacar que esses efeitos desagradáveis podem ser tratados e evitados.

Visão espírita da dependência de nicotina

O uso de cigarros, além de ser comprovadamente o principal fator de risco para uma série de doenças físicas, imprime danos no perispírito, que é o envoltório do Espírito. Além de ligar este ao corpo físico, tem importante função na formação do corpo fetal, a qual inicia antes mesmo de o Espírito reencarnar, continua durante todo o período gestacional e, ao longo de toda a encarnação, fornece substâncias vitais ao corpo físico (Camargo, 2005). Tudo o que o indivíduo vivencia de sadio ou de vicioso fica registrado no perispírito, que se mantém ligado ao Espírito após o desencarne. Em relação ao dependente químico, o resultado será a colheita de tudo o que semeou:

> Há dolorosas reencarnações que significam tremenda luta expiatória para as almas necrosadas no vício. Temos, por exemplo, o mongolismo, a hidrocefalia, a paralisia, a cegueira, a epilepsia secundária, o idiotismo, o aleijão de nascença e muitos outros recursos, angustiosos embora, mas necessários, e que podem funcionar, em benefício da mente desiquilibrada, desde o berço, em plena fase infantil. Na maioria das vezes, semelhantes processos de cura prodigalizam bons resultados pelas provações obrigatórias que oferecem... (Luiz, 2006, p. 162).

Vampirismo: é o processo pelo qual o ser desencarnado consegue absorver substância vital do ser encarnado. Cardoso (2021) explica que o indivíduo que desencarna sem ter abandonado o vício químico procura alguém com hábitos e preferências por drogas semelhantes às suas. Como não possui mais um corpo físico para pegar um cigarro e fumar ou pegar um copo de bebida alcoólica e beber, liga seu perispírito ao perispírito de outro dependente e usa o corpo deste como se fosse seu cálice ou um dispositivo eletrônico para sentir o prazer da sua droga de preferência.

> Junto de fumantes e bebedores inveterados, criaturas desencarnadas de tristes feições se demoravam expectantes. Algumas sorviam as baforadas de fumo arremessadas ao ar, ainda aquecidas pelo calor dos pulmões que as expulsavam, nisso encontrando alegria e alimento, outras aspiravam o hálito de alcoólatras impenitentes (Luiz, 2006, p. 160-161).

Maconha e substâncias derivadas da *cannabis sativa*

Segundo Affonso, Silva e Laranjeira (2022), a maconha é a terceira substância química mais consumida no mundo, depois do álcool e do tabaco, e estima-se que existam até 192 milhões de usuários no mundo. O uso não medicinal é ilegal na maior parte do mundo, sendo, atualmente, legalizado para uso recreativo de adultos no Uruguai, Canadá e em 12 estados dos Estados Unidos.

De acordo com Malbergier e Oliveira Jr. (2018), os efeitos mais comuns do uso são: sensação de bem-estar, relaxamento, euforia, aumenta a facilidade para falar, sentidos mais aguçados, o tempo parece mais lento e risos. Ansiedade, prejuízo da atenção, da concentração e da memória, perda de força e de coordenação, olhos vermelhos, aumento do apetite, alucinações auditivas e paranoia.

Abstinência: provoca alterações emocionais, mudança do padrão de apetite, diminuição de peso, alterações do sono e desconforto físico.

Estudos atuais mostram a relação entre o uso de maconha e a esquizofrenia. Usuários pesados têm três vezes mais chances de ficarem esquizofrênicos do que os não usuários; e quanto mais precoce o uso, mais o risco aumenta (Crippa; Zuardi; Souza, 2019).

Uso medicinal: ao contrário do que algumas pessoas imaginam, o uso medicinal de maconha foi aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) apenas para determinados pacientes e com receita médica:

- Sativex (um aerossol oral constituído de extratos naturais de *cannabis*) foi aprovado nos Estados Unidos apenas para a dor do câncer; e no Canadá, na Espanha e Grã-Bretanha, para pacientes com dor neuropática e esclerose múltipla;
- Epidiolex (que contém canabidiol) foi aprovado para tratar tipos raros e incuráveis de epilepsia em crianças (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

Sobre a afeição que os Espíritos devotam a certas pessoas, Kardec (2001, p. 179) esclarece:

> 484 – Os Espíritos se afeiçoam de preferência a determinadas pessoas? Os bons Espíritos simpatizam com os homens de bem, ou suscetíveis de melhorar. Os Espíritos inferiores com os *homens viciosos*, ou que podem vir a sê-los. Essa é a origem de seu apego, que resulta da semelhança de sentimentos.

Cocaína

Segundo Malbergier e Oliveira Jr. (2018), a cocaína deriva das folhas da planta *Erythroxylon coca*, que é vendida como pó, para ser inalada (cheirada) ou diluída e injetada via intravenosa.

Quando misturada com amônia ou bicarbonato de sódio e água, forma o crack, que é fumado, em forma de pedra, em latas ou cachimbos, sendo absorvido pelos pulmões, produzindo efeitos mais rápidos e intensos quando comparados à via nasal. Na vida, 3,8% dos brasileiros já usaram cocaína e 1,3% já usaram crack; no último ano 1,7% dos brasileiros usaram cocaína e 0,7% usaram crack.

Pequenas doses causam: euforia, energia, agitação, irritabilidade, hipervigilância, facilita o falar, diminui sono, cansaço e apetite.

No corpo físico causa: dilatação das pupilas, aceleração cardíaca, aumenta a temperatura e a pressão arterial.

Abstinência: provoca cansaço, irritabilidade e ansiedade que melhora em alguns dias, porém, pós-consumo intenso, pode ocorrer o "crash", que são sintomas depressivos e ansiosos, agitação e intensa fissura, mas que depois se transforma em cansaço, baixa energia física e mental e pouco interesse pelo ambiente. Ainda, pode surgir a abstinência tardia, que são períodos de fissura intensa desencadeados por gatilhos (pessoas, lugares e situações) que levam às recaídas.

As complicações do uso da cocaína, de acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), são:

- nariz: inflamação, inchaço, sangramento, ulceração; e no uso crônico pode chegar à perfuração do septo nasal;
- uso intravenoso: infecções, embolias e transmissão do HIV.

As principais complicações do uso do *crack*, segundo Malbergier e Oliveira Jr. (2018), são: pneumonia, fibrose, hemorragia, crise de asma e enfisema pulmonar.

Ribeiro, Graceli e Laranjeira (2017) citam outras complicações advindas do uso da cocaína e do *crack*:

- complicações cerebrovasculares: dores de cabeça tipo enxaqueca, convulsões, até infartos e hemorragias cerebrais;

- complicações cardíacas: infarto do miocárdio e arritmias;
- morte por overdose: ocasionadas por convulsões, depressão respiratória, Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) ou infarto do miocárdio.

Os autores fazem dois alertas (Ribeiro; Graceli; Laranjeira, 2017):

- o usuário pode sentir dor no peito e um desmaio rápido, antes da morte, mas pelo desejo, que não consegue conter, continua usando e acaba morrendo;
- a dose letal varia de acordo com diversos fatores, como: tolerância, presença de doenças de base (por exemplo, problemas cardíacos), grau de pureza da cocaína, entre outros. Há casos em que o usuário, após um período maior de abstinência, sem saber que seu organismo está dessensibilizado, consome a mesma dosagem que utilizava previamente à interrupção do uso, porém seu organismo não tolera e, devido a isso, acaba falecendo.

Kardec (2001, p. 174) nos esclarece acerca da influência oculta dos Espíritos em nossos pensamentos e atos: "Os Espíritos influem em nossos pensamentos e ações? Muito mais do que imaginais. Influem a tal ponto que, muitas vezes, são eles que vos dirigem".

Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos

Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos são drogas lícitas e normalmente prescritas pelo médico. As mais utilizadas são os benzodiazepínicos (Diazepam, Alprazolam, Clonazepam, Flunitrazepam etc.), os quais apresentam efeitos calmantes, indutores do sono, sendo também utilizados como relaxantes musculares, anticonvulsivantes e para o tratamento da abstinência alcoólica. O Flunitrazepam, usado no México, na América do Sul e Europa, misturado ao álcool ("Boa Noite Cinderela"), foi associado a comportamento sexual promíscuo e estupro, e apesar de seu uso indevido continua sendo utilizado como ansiolítico padrão em muitos países. Os benzodiazepínicos, quando usados diariamente por um período igual ou superior a trinta dias, podem levar à dependência, além disso, estudos atuais dizem que seu uso contínuo e prolongado pode resultar em demência.

Intoxicação: gera incoordenação motora, fala irregular e imprecisa, marcha instável, prejuízos da memória e, em casos mais graves, coma e morte. É utilizado com outras drogas para aumentar ou controlar efeitos indesejáveis dessas, porém essa mistura deixa seu uso mais perigoso, pois ao ser ingerido com álcool, por exemplo, o usuário pode ficar mais desinibido, hostil e agressivo (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

> 469 –Por que meios pode-se neutralizar a influência dos maus Espíritos? Fazendo o bem e colocando toda a vossa confiança em Deus rejeitareis a influência dos Espíritos inferiores, destruindo o império que queiram ter sobre vós. Evitai ouvir as sugestões dos Espíritos que vos suscitam maus pensamentos, que insuflam entre vós a discórdia e todas as más paixões. Desconfiai sobretudo dos que exaltam o vosso orgulho, pois eles vos apanham em vossa fraqueza. Eis porque Jesus vos ensinou a dizer, na oração dominical: "Senhor! Não nos deixeis cair em tentação, mas livrai-nos do mal" (Kardec, 2001, p. 175).

Estimulantes do tipo anfetamina

Conforme Cordeiro, Diehl e Lemos (2019, depois da *cannabis*, esse é o segundo grupo de drogas ilícitas mais usadas no mundo. Surgiram no fim do século XIX, com o objetivo de tratarem pressão baixa, congestão nasal, crises de asma e, posterirormente, foram caracterizados como inibidores de apetite. Em pouco tempo, porém, os efeitos estimulantes sobre o cérebro (aumento do estado de alerta, sensação de mais energia, redução da fadiga e diminuição do apetite) levaram ao uso abusivo. As anfetaminas são facilmente produzidas e modificadas em laboratórios clandestinos, por isso passaram a ser conhecidas como *designer drugs*. Existem vários tipos de anfetaminas, mas destacaremos aqui as mais conhecidas:

- *dextroanfetamina:* é usada por aqueles que buscam emagrecer; por estudantes que desejam ficar mais dispostos para estudarem; e por caminhoneiros que buscam mais energia e se manterem acordados, a fim de conseguirem enfrentar longas jornadas de trabalho;
    - nomes comerciais: Glucoenergan, Reactivan;
    - nomes de rua: bolinha, rebite;
- *Metilfenidato:* está muito difundido na mídia devido ao fato de jovens chamados "concurseiros" buscarem esse medicamento para tentarem ficar mais focados, inteligentes e terem melhor rendimento em concursos. No entanto, é bom salientar, ninguém fica mais

inteligente usando esta ou qualquer outra medicação, e o foco só melhora em quem tem uma doença chamada Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); o que sentem na realidade, com o uso, é um estado de alerta, diminuição do apetite e euforia, sendo que o uso contínuo pode levar à dependência, ausência total de apetite, pressão alta, irritabilidade, ansiedade e a distúrbios do sono;

· nome comercial: ritalina;

• *Metanfetamina*: é vendida como tabletes e cápsulas em variadas cores e logos, para atraírem o público jovem. Surgiu com o apelo de ser a "pílula do amor", pela sensação, momentânea, do usuário sentir-se gostado e ter o desejo de ser abraçado, sentir-se mais atraente, sensual, com maior autoestima, com aumento do desejo sexual, sem, necessariamente, obter um melhor desempenho sexual, por vezes chega a não conseguir nem ereção nem orgasmo;

· nome comercial: pervitin;

· nomes de rua: *ecstasy*, *speed*, crystal, *ice*, *upper*, pílula do amor, cápsula de vento, bala, STP.

Intoxicação por anfetaminas: os efeitos desagradáveis, em geral, são: sensação de estar sendo vigiado ou perseguido (paranoia), distúrbios do sono, sentimentos autodestrutivos, sentimentos de incapacidade, tristeza e outros sintomas de depressão intensa que podem levar ao suicídio. O ecstasy, em particular, pode levar à morte súbita por desidratação.

Kardec (2001, p. 175), ainda questionando sobre a influência oculta dos Espíritos em nossa vida, nos revela: "467 – Pode o homem libertar-se da influência dos Espíritos que o impelem ao mal? Sim, visto que tais Espíritos só se apegam aos que os chamam por seus desejos ou atraem por seus pensamentos".

Alucinógenos

Conforme Cordeiro (2019), os alucinógenos são substâncias químicas que alteram a percepção, os pensamentos e sentimentos, causando sintomas psicóticos. Podem ser classificados como naturais ou sintéticos. Destacamos, a seguir, as mais conhecidas em nosso meio (naturais e sintéticas):

- *Ayahuasca:* também conhecida como "hoasca", é uma bebida alucinógena obtida do cipó-mariri e fervida com diferentes plantas, resultando em uma bebida utilizada em práticas xamânicas, sendo o Santo-daime o mais conhecido. Atualmente, alguns líderes religiosos tentam introduzi-lo em outras religiões cristãs e espiritualistas. Os efeitos alucinógenos mais observados são: alucinações visuais de animais e seres místicos (divindades e demônios), sensação de levitação ou voo ou de ser transformado em um animal ou em outra pessoa. Os principais efeitos colaterais são: euforia (com ou sem irritabilidade), vertigens, náuseas, vômitos, diarreia, aceleração cardíaca, tremores e dilatação das pupilas.
- Devido a comprovações científicas das capacidades entorpecentes e nocivas, está proibida em muitos países, porém, no Peru e no Brasil, devido a questões culturais e religiosas indígenas e afro-brasileiras, é liberada apenas em rituais religiosos;
- *Ibogaína:* é originária da África, onde é usada nos ritos de iniciação dos Bwiti. Em geral, acredita-se que o uso da planta pode levar a experiências místicas de contato com ancestrais do mundo espiritual. Os usuários referem sensações de diminuição da fadiga, até visões fantásticas, excitação, confusão mental e sono profundo de até 5 dias, com risco de morte. Recentemente, suas ações, no tratamento da dependência química, foram estudadas, mas deixaram de ser financiadas nos Estados Unidos devido aos riscos tóxicos cerebrais e cardíacos, inclusive com casos de morte súbita por arritmias cardíacas;
- LSD: de acordo com Cordeiro (2019), é o mais potente dos alucinógenos. Possui formato de tabletes de açúcares, selos, comprimidos e cápsulas. Seus principais efeitos são: aumento da temperatura e da pressão arterial, aceleração cardíaca, elevação da glicose, dilatação das pupilas, vertigens, náuseas, sensação de frio e calor e alucinações. Sentimentos e sensações podem se alternar, e às vezes o usuário quer isolar-se ou aproximar-se; euforia ou ansiedade; aumento de energia ou relaxamento. E entre os sintomas adversos estão: confusão mental, pânico, psicoses mais graves e *flashbacks* (alucinações persistentes, que surgem tempos depois, mesmo sem o uso da droga);

· nomes populares: doce, ácido.

Ainda falando sobre a influência que os Espíritos exercem sobre nós, Kardec (2001, p. 175) esclarece: "468 – Os Espíritos cuja influência é repelida pela vontade do homem desistem de suas tentativas? O que queres que façam? Quando não há nada a fazer, eles cedem o lugar. No entanto, eles aguardam o momento favorável, como o gato espreita o rato".

Bebidas energéticas

Em recente pesquisa, Shammah (2020) relata que as bebidas energéticas contêm várias combinações de vitaminas, eletrólitos e outros "impulsionadores de energia", incluindo aminoácidos, taurina, guaraná, ginseng, carnitina, colina, glucoronolactona, guaraná e cafeína. Os usuários, em sua maioria, relatam que os principais motivos de consumo são: gosto (56,6%), ficar acordado (37,3%), sentir-se bem e ganhar energia (34,9%). Entre os efeitos colaterais ou adversos, temos: palpitações (40%), insônia (32,5%) e indolência (apatia, preguiça) (30%).

Segundo Cordeiro e Diehl (2019, p. 207), nos últimos anos, as chamadas bebidas energéticas vêm se popularizando entre os jovens, e mesmo com a contraindicação nos rótulos do uso com bebidas alcoólicas, essa mistura tem sido feita, geralmente, com uísque e vodca, com o objetivo de aumentar a excitação e diminuir os efeitos do álcool, como: boca seca, fadiga, dor de cabeça, fraqueza e a noção de estar intoxicado. Além disso, a ingestão de energéticos com álcool aumenta a impulsividade, levando o usuário a beber mais do que aquele que bebe álcool sem energético, o que aumenta o risco de comportamento aditivo.

A *intoxicação por energéticos pode gerar:* hipertensão, vômitos, aceleração dos batimentos cardíacos, nervosismo, agitação, tremores, tonturas, dor no peito e dormência no corpo. Já foram registrados casos de convulsões, acidentes vasculares cerebrais e mortes.

Por fim, Kardec (2001, p. 218) ensina:

> 645 – Quando o homem se encontra, de alguma forma, imerso na atmosfera do vício, o mal não se torna para ele uma atração quase irresistível? Atração, sim; irresistível, não; pois, em meio a essa atmosfera de vício, algumas vezes encontras grandes virtudes. São Espíritos

que tiveram a força de resistir, e que, ao mesmo tempo, tiveram por missão exercer uma boa influência sobre seus semelhantes.

---

1 "*Binge drinking* significa beber em grandes quantidades até que os níveis de concentração de álcool no sangue possam atingir 0,08g/dL. Para o adulto, esse padrão é equivalente a cinco doses ou mais para homens e quatro ou mais para mulheres, consumido dentro de um prazo de 2 horas" (Saraiva; Maia Filho, 2015).

Referências

AFFONSO, Bruno M.; LARANJEIRA, Ronaldo; SILVA, Cláudio J. Transtornos por uso de substâncias. *In:* NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Antônio G.; QUEVEDO, João (org.). *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2022.

CAMARGO, Jason de. *Educação dos sentimentos*. 7. ed. Porto Alegre: Letras de Luz, 2005.

CARDOSO, Edson Luís. Transtorno por uso de substâncias na obra de André Luiz. *In:* AGUIAR, Paulo Rogério Dalla Colletta de; DURGANTE, Carlos Eduardo Accioly (org.). *Psiquiatria iluminada:* as contribuições de André Luiz pela psicografia de Chico Xavier. São Paulo: AME-Brasil Editora, 2021.

CORDEIRO, Daniel Cruz. Alucinógenos. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CORDEIRO, Daniel Cruz; DIEHL, Alessandra. Inalantes e outras drogas. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CORDEIRO, Daniel Cruz; DIEHL, Alessandra; LEMOS, Tadeu. Estimulantes do tipo anfetaminas. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CORDEIRO, Daniel Cruz; DIEHL, Alessandra; MARI, Jair de Jesus. Comorbidades psiquiátricas. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

CRIPPA, José Alexandre de Souza; ZUARDI, Antonio Waldo; SOUZA, José Diogo dos Santos. Maconha. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo. Organização de serviços de tratamento em dependência química. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos*. Tradução de Matheus Rodrigues de Camargo. Capivari, SP: EME, 2001.

LUIZ, André (Espírito). *Nosso Lar*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 60. ed. Brasília, DF: FEB, 2008. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 1).

_____. *Nos domínios da mediunidade*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 33. ed. Brasília, DF: FEB, 2006. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 8).

MALBERGIER, André; OLIVEIRA JR., Hercílio Pereira de. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. *In:* FORLENZA, Orestes Vicente; MIGUEL, Eurípedes C. (ed.). *Clínica psiquiátrica de bolso.*

2. ed. Barueri, SP: Manole, 2018.

MALBERGIER, André; SILVEIRA, Camila Magalhães. Transtorno relacionado ao uso de álcool. *In:* FORLENZA, Orestes Vicente; MIGUEL, Eurípedes C. (ed.). *Clínica psiquiátrica de bolso.* 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2018.

PRESMAN, Sabrina; GIGLIOTTI, Analice. Nicotina. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RAMOS, Fernanda de Paula; RAMOS, Sérgio de Paula. Como nós tratamos pacientes com dependência química. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RIBEIRO, Marcelo; GRACELI, Danisa Cardoso; LARANJEIRA, Ronaldo. Substâncias psicoativas: emergências psiquiátricas. *In:* BOTEGA, Neury José. *Prática psiquiátrica no hospital geral:* interconsulta e emergência. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria:* ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução de Marcelo de Abreu Almeida *et al.* 11. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

SARAIVA, Simony dos Santos; MAIA FILHO, Antônio Luiz Martins. Consumo de bebidas alcoólicas e prática do *binge drinking* entre acadêmicos de Odontologia de uma IES. *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 72, n. 1-2, 2015.

SHAMMAH, Ahmed Ali. Side Effects and Widespread of Energy Drinks Consumption between Clinical Technology Students at Umm Al Qura University 2020. *Life Science Journal*, v. 17, n. 7, p. 1-6, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Alcohol.* 2022a. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol. Acesso em: 30 abr. 2023.

_____. *Tobacco.* 2022b. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Acesso em: 30 abr. 2023.



3.
Etiologia, classificação e diagnóstico

Alejandro Victor Daniel Vera

"[...] o médico não pode estacionar em diagnósticos ou terminologias. Há que penetrar a alma, sondar-lhe as profundezas"
(Luiz, 2008, cap. 14).

Na década de 1970, predominava uma ideia reducionista a respeito da dependência química. Acreditava-se que, ao ser exposto única e exclusivamente a qualquer substância de abuso, o indivíduo se tornaria dependente, assim, ao experimentar um efeito prazeroso em curto prazo, perderia o controle. Trata-se de uma teoria determinista, focada somente nos aspectos biológicos. Algo semelhante aos modelos de doenças infectocontagiosas em que o microrganismo é causa da patologia.

Tal modelo limita o ser às características fisiológicas de sua organização física, ignorando outros fatores que contribuem para o constructo da dependência química, valorizando não só a biologia, mas igualmente as faces psicológicas e sociais no indivíduo. Dentro da visão médico-espírita, além desses fatores citados, o principal deles é o Espírito como agente aglutinador, o qual participa de maneira ativa e dinâmica de tudo o que contribuiu para que se torne adicto de alguma substância.

Na busca de um olhar mais amplo, no ano de 1978, o psicólogo e pesquisador Bruce K. Alexander, da Universidade Simon Fraser, no Canadá, conduziu um experimento com outros colegas chamado de "Rat Park", ou "Ratolândia" em uma tradução livre. Dr. Bruce ofereceu morfina, entretenimento e liberdade a determinado grupo de ratos e morfina e confinamento a um outro. Constatou-se que os ratos livres consumiram 19 vezes menos morfina do que os enjaulados.

A redução significativa da autoadministração da substância pelos ratos os quais se encontravam em ambiente mais saudável indicou que eles suportavam importantes sintomas de abstinência, conseguindo "lutar" pela própria saúde sem ceder ao automatismo do consumo da droga. O experimento reforçou, portanto, a importância de outros fatores envolvidos na relação com a substância, em especial quando extrapolada a ideia para o ser humano que se distancia em milhares de anos de evolução em termos biológicos e espirituais quando comparado a um rato.

Etiologia

"Etiologia" é um termo derivado da palavra grega "aitía", que significa causa, sendo assim o estudo ou a ciência das causas. Várias são as áreas do saber que possuem, em seu campo de atuação, a presença do conhecimento etiológico, visando à busca da causa ou das causas que dão ou deram origem ao objeto de estudo. A medicina e/ou as áreas da saúde, de uma forma em geral, criam teorias com embasamento científico no intuito de compreender a complexidade das causas das doenças.

A dependência química, naturalmente, não escapa à necessidade dessas buscas, mas é fundamental entender que a dependência do uso de substâncias é o efeito de múltiplos fatores envolvidos e os quais se relacionam à ação de um ser pensante. Este extrapola os modelos reducionistas, tal qual já discutido, e pela dificuldade existente são múltiplos os modelos teóricos criados. A finalidade deles é explicar o ordenamento e o motivo do surgimento de certos fenômenos.

Os modelos existentes na área de dependência de substâncias psicoativas procuram explicar os propósitos do primeiro episódio do consumo, da continuidade do uso ocasional, da manutenção, do aparecimento de padrões de uso e, por último, as razões para o surgir da dependência. Esse conceito de dependência química é relativamente recente se comparado ao uso histórico de substâncias psicoativas por parte da humanidade. Ao facilitar o acesso às substâncias e com o aumento do consumo por parte da sociedade, fez-se necessário olhar para os problemas relacionados ao uso delas.

Os primeiros modelos etiológicos da dependência surgiram no século XVIII e XIX, destacando-se os seguintes, considerando, em especial, o álcool:

- *modelo moral:* enfatiza a escolha do indivíduo como fator da principal causa, relacionado com o uso excessivo do álcool e, portanto, havendo uma violação consciente das normas sociais;
- *modelo da temperança:* considera-se, pela primeira vez, que a exuberância do uso variava ao longo de um *continuum* de gravidade e havia, assim, uma *história natural* da doença;
- *modelo da degeneração neurológica:* na época do surgimento de tal modelo, nasceu o termo "alcoolismo", entendendo-o como uma doença. Os efeitos físicos, em especial neurológicos, eram considerados acima das repercussões psíquicas e comportamentais.

Com o tempo, sobretudo no início no século XX nos Estados Unidos, nasceu o proibicionismo, acreditando não ser possível o uso moderado do álcool, pois, fatalmente, levaria as pessoas a momentos ou locais predisponentes ao uso da substância. No início da década de 1930, foi revogado o proibicionismo, iniciando-se a construção de novos modelos, e o alcoolismo, por volta de 1950, foi incluído nos manuais diagnósticos. Outras substâncias de abuso também começaram a ser estudadas.

Os novos modelos de dependência química buscaram considerar o indivíduo e seus comportamentos, no intuito de desenvolver tratamentos mais eficazes. As chamadas teorias contemporâneas deram origem, assim, aos seguintes modelos:

- *modelo do aconselhamento confrontativo:* tem raízes no modelo moralista e entende que o dependente é um indivíduo que recebeu muitos provimentos durante a vida e não aprendeu a compartilhar quando adulto;
- *modelos naturais:* defende a ideia de que os homens possuem uma tendência inata e universal de consumir substâncias psicoativas;
- *modelos biológicos:* tais modelos sugerem que há uma predisposição biológica para o desenvolvimento do uso de drogas, considerando os estágios da dependência;
- *modelos psicológicos:* objetivam os indivíduos, tal qual nos processos que conduzem ao uso abusivo das substâncias psicoativas. Por intermédio

da psicoterapia, buscam entender a natureza e a experiência individual que aumentam a probabilidade da dependência;

- *modelos sociais:* entendem que as relações sociais são aptas a moldar hábitos (reforçadores sociais), em especial quando há exposição a culturas de consumo, definindo o uso como algo positivo;
- *modelos espirituais:* indicam a possível influência positiva da espiritualidade na recuperação de dependentes químicos. Um grande exemplo são os Alcoólicos Anônimos (AA) e afins;
- *modelo de saúde pública:* pauta-se na relação existente entre o indivíduo, o ambiente e a substância psicoativa que explica a dependência química. Há outros fatores envolvidos que podem determinar os de proteção e os de risco, como os de controle, aprendizado social, estado biológico, psicológico e espiritual da pessoa;
- *ecletismo informado:* tal qual o modelo de saúde pública, também considera fatores biológicos, psicológicos, sociais e da própria substância. Esse modelo considera a importância de cada teoria, valorizando o ser em sua individualidade, objetivando tratamentos específicos.

Todo modelo, embasado em teorias científicas que possibilitem um olhar amplo e fundamentado da dependência química, apresenta seus valores e deve ser considerado. No entanto, faz-se necessário ir além, penetrando a alma e sondando suas profundezas, como coloca o instrutor espiritual Clarêncio a André Luiz (2008) em *Nosso Lar*. Dessa forma, será possível se aproximar das verdadeiras causas da dependência química ao se considerar o Espírito imortal com suas experiências reencarnatórias.

A benfeitora Joanna de Ângelis (2013) afirma que os transtornos relacionados ao abuso de substâncias guardam suas origens em processos intrincados do Espírito somados a outros inúmeros fatores já apontados e que, de maneira resumida, dizem respeito aos aspectos biopsicossociais. Estes seriam, essencialmente, os culturais, familiares, neurofisiológicos, psicológicos e espirituais. Nestes últimos, as múltiplas existências por vezes condicionam uma série de comportamentos, sem necessariamente determiná-los.

Há registros psíquicos os quais armazenados no imo do ser podem se manifestar de tal maneira a influenciar as grandes potências do Espírito, que são o pensamento e a vontade. De maneira dinâmica, a energia psíquica é permeada de experiências de forte excitação emocional as quais nascem das profundas emoções do indivíduo. Daí, perante os desafios que se apresentam na atual existência, o Espírito pode falir, permitindo-se a excessos na busca de prazeres transitórios que, momentaneamente, o deslocam das responsabilidades assumidas.

No entanto, como coloca Joanna de Ângelis (2013, p. 67): "Enquanto a consciência recusa-se a aceitar os desafios ocultos nos refolhos do ser, mascarando as dificuldades e conflitos em aparências distantes da realidade, maior se faz a pressão desses conteúdos sobre o ego, perturbando-lhe o comportamento".

O indivíduo pode, consciente ou inconscientemente, desejar mascarar os desafios que necessitam de enfrentamento, e para tal pode buscar o uso de substâncias. No entanto, as mais diversas nos seus distintos mecanismos de ação afetam as estruturas e funções cerebrais, piorando os prejuízos orgânicos, psíquicos e emocionais, além das estruturas mais sutis do Espírito, ocasionando impactos individuais, familiares e sociais. A "gestação" da dependência química se dá nos refolhos da alma onde habitam inúmeros conflitos.

Segundo a benfeitora, os conflitos podem se instalar devido a relações familiares perturbadas, mudanças psicofísicas da juventude, imatura curiosidade de uma sociedade hedonista, obsessões espirituais, emersão dos conteúdos inconscientes de existências pregressas, dentre tantos outros aspectos que fragilizam o Espírito em sua jornada evolutiva. Assim, para o real entendimento das doenças manifestas, é imperioso valorizar o ser em sua integralidade. Isso passa por compreendê-lo como um ser espiritual com suas multimilenárias experiências reencarnatórias.

Classificação e diagnóstico

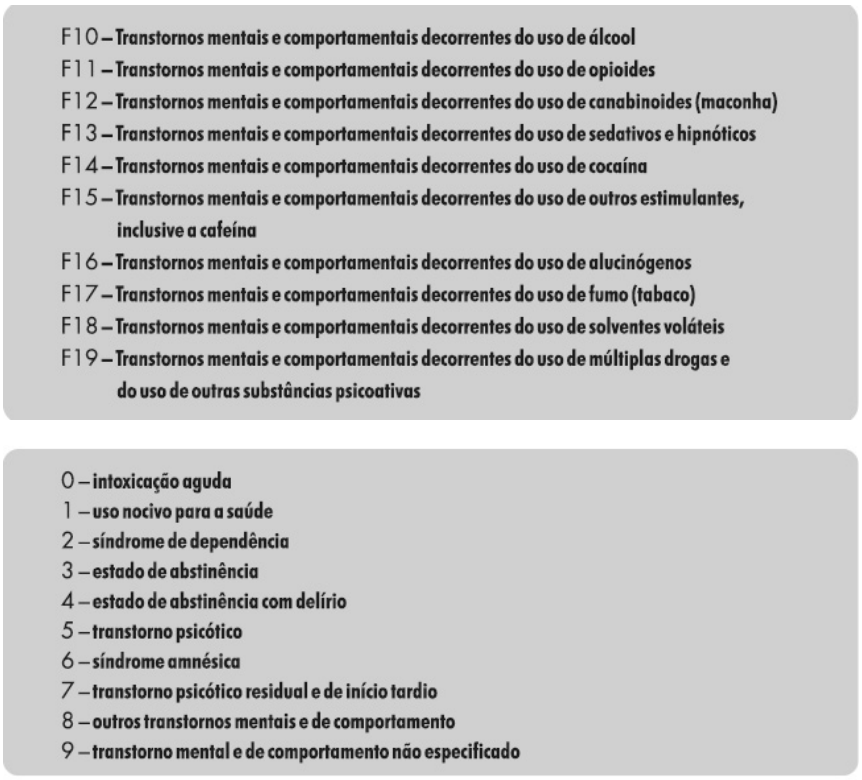
É sempre um desafio classificar, seja qual for a área do conhecimento, e em psiquiatria é difícil alcançar consenso, dado que vários são os fatores

envolvidos na busca de uniformizar a linguagem para compreender as doenças. O termo "dependência" é utilizado para expressar transtornos por uso de substâncias, representando o ápice do adoecimento. Outros termos utilizados e que indicam o momento do indivíduo na sua relação com a substância são: "abuso", "uso nocivo", "intoxicação" etc.

Em psiquiatria, a dificuldade do consenso se dá, especialmente, devido a dois motivos. Um deles é o fato de que a classificação dos sintomas depende do examinador, portanto da subjetividade de quem analisa à luz da fenomenologia. O outro trata-se do desconhecimento da maioria dos mecanismos fisiopatológicos que envolvem as doenças mentais, os quais costumam ser de ordem multifatorial. Isso se potencializa pelo fato de que classificar sempre reduz um fenômeno complexo.

Daí a razão de Clarêncio, mais uma vez na orientação a André Luiz (2008), afirmar que não se deve "estacionar em diagnósticos ou terminologias". Em todo caso, os critérios têm sua importância em facilitar o diálogo médico e direcionar terapias. Os manuais utilizados são o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*, da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014) e a *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*, da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017). A CID-11 entrou em vigor em primeiro de janeiro de 2022, porém ainda se encontra em fase de tradução para ser implementada.

O DSM-5 se divide em quatro categorias, sendo (1) transtorno por uso de substância, (2) intoxicação por uso de substância, (3) abstinência de substância e (4) transtorno mental induzido por substância. Já a CID-10 se organiza com o primeiro caractere (letra F designa o capítulo relativo aos transtornos mentais e comportamentais) e o número 1 após a letra F, que indica o subgrupo de transtornos decorrentes do uso de substância, e o terceiro, que é a classe da substância; o quarto diz respeito ao transtorno decorrente do uso daquela substância (Quadro 1).



Quadro 1 – Organização da CID-10
Fonte: WHO (2017).

Para os critérios que encerram o diagnóstico de dependência, considerando-se a CID-10, deve haver três ou mais das manifestações a seguir, ocorridas de forma conjunta por pelo menos um mês, ou, se persistirem por períodos menores do que um mês, devem ter ocorrido conjuntamente de forma repetida durante um período de 12 meses. São eles:

1. evidência de tolerância aos efeitos da substância;
2. estado fisiológico de abstinência quando o uso da substância é reduzido ou interrompido;
3. forte desejo ou compulsão de consumir a substância;
4. comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância em termos de seu início, término ou quantidade;
5. preocupação com o uso da substância, manifestada pela redução ou pelo abandono de importantes prazeres ou interesses alternativos;
6. uso persistente, apesar de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o indivíduo está

efetivamente consciente (ou se espera que esteja) da natureza e da extensão dos efeitos nocivos.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. Tradução de Maria Inês Correa Nascimento *et al*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). *Triunfo pessoal*. Psicografado por Divaldo Franco. Salvador: Leal, 2013. (Série Psicológica Joanna de Ângelis, 12).

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LUIZ, André (Espírito). *Nosso Lar*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 60. ed. Brasília, DF: FEB, 2008. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 1).

ROBERTO, Gelson Luis (org.). *Contribuições de Joanna de Ângelis para a análise os transtornos mentais*. São Paulo SP: AME-Brasil Editora, 2019.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria:* ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução de Marcelo de Abreu Almeida et al. 11. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 2017.





4.
Neurobiologia e dependência química

Rafael Latorraca

A dependência química é um transtorno complexo que envolve mudanças profundas na estrutura e função do cérebro. De acordo com a teoria do cérebro triúno de Paul MacLean da década de 1990, o cérebro humano pode ser dividido em três partes distintas, cada uma responsável por funções diferentes: o cérebro reptiliano (ou cérebro básico), o cérebro límbico (ou cérebro emocional) e o cérebro neocortical, aquisição mais recente na evolução filogenética, a qual nos diferencia dos outros primatas (MacLean, 1990).

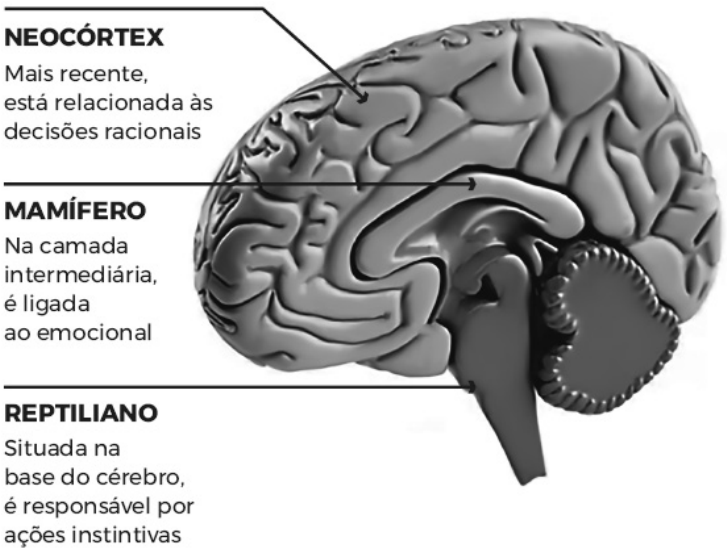


Figura 1 – O cérebro triúno
Fonte: Melo (2019).

O cérebro reptiliano é responsável pelas funções básicas de sobrevivência, como respiração, batimento cardíaco e resposta a estímulos imediatos. O cérebro límbico, por sua vez, é responsável pela regulação das

emoções e da memória emocional. Finalmente, o cérebro neocortical, com ¼ de sua extensão correspondente à área pré-frontal, é responsável pelo pensamento consciente, pela linguagem, pelo raciocínio e julgamento moral.

A dependência química afeta, principalmente, o cérebro límbico, que é responsável pela regulação das emoções, pela memória emocional e por grande parte do circuito de recompensa cerebral. Contudo, o uso compulsivo de drogas também afeta o cérebro neocortical, ao atrofiar suas capacidades de "domar" o cérebro límbico. Existe uma intrincada rede de conexão entre os três andares cerebrais, e a exposição prolongada a uma droga de abuso acaba por alterar a forma como o cérebro processa as recompensas e as emoções, causando disfunções que podem ser permanentes entre o neocórtex e o cérebro límbico, o que torna o indivíduo cada vez mais propenso ao uso compulsivo da substância.

O circuito de recompensa cerebral é um conjunto de estruturas do cérebro responsáveis pela sensação de prazer e recompensa, que inclui o núcleo accumbens, o córtex pré-frontal e a amígdala. Quando um indivíduo consome uma substância viciante, ela atua diretamente nesse circuito, ativando o sistema de dopamina do cérebro e gerando sensações de prazer e recompensa.

A dopamina é o neurotransmissor que desempenha o papel mais fundamental no circuito de recompensa cerebral. A maioria das drogas de abuso atua diretamente na liberação de dopamina no cérebro, ativando os receptores dopaminérgicos no núcleo accumbens e aumentando a atividade neural nessa área. Com o tempo, o uso contínuo da droga leva a mudanças neuroadaptativas no circuito de recompensa, resultando em uma diminuição na sensibilidade dos receptores de dopamina. Dessa forma, além da diminuição da motivação para as atividades normais da vida, como ir em busca de estudo, trabalho e até de comida e sexo, há a necessidade de uma quantidade cada vez maior da substância para gerar a mesma resposta de prazer.

Além disso, o uso prolongado de drogas pode levar a alterações na conectividade entre as áreas do cérebro envolvidas no circuito de recompensa. Por exemplo, a exposição crônica à droga pode diminuir a

atividade do córtex pré-frontal, que é responsável pela tomada de decisões e pelo autocontrole, aumentando assim a impulsividade e a vulnerabilidade à recaída. Por outro lado, o uso repetido de drogas pode aumentar a atividade da amígdala, que está envolvida na resposta emocional, resultando em uma maior sensibilidade a estímulos ligados a medo, ansiedade e estresse.

O transtorno de uso de substâncias é catastrófico, tanto em consequências sociais quanto neurológicas. Mesmo quando começa de maneira ocasional e recreativa, gera um aumento de dopamina no córtex cingulado anterior, núcleo accumbens e estriado ventral, sempre muito mais intensa que vitórias pessoais saudáveis são capazes. Dessa forma, vencer uma prova esportiva, conseguir uma promoção no trabalho, passar no vestibular, conseguir um encontro com uma pessoa interessante, por exemplo, acabam pendendo sentido.

Somada a essas alterações neurobiológicas que reforçam o uso contínuo da droga pelo dependente, há a questão de todo hábito nocivo ser autocatalítico, ou seja, no final, o comportamento gera a mesma experiência desagradável que busca anestesiar. Por exemplo: alguém que bebe por frustração no casamento. A embriaguez piora ainda mais a relação com o cônjuge, o que leva o alcoolista a buscar novamente o torpor do álcool para aliviar o estresse das brigas e discussões matrimoniais.

Contudo, é importante pontuar que a teoria dopaminérgica da adicção é baseada no circuito dopaminérgico mesolímbico como via final da recompensa para tudo aquilo que é prazeroso. Ela se adéqua mais à dependência de nicotina e de psicoestimulantes, os quais liberam mais dopamina nessas regiões do que no uso de outras drogas de abuso, como opioides e maconha, por exemplo.

Agora que sabemos que o terceiro andar do cérebro triúno de Paul MacLean, o neocórtex, é o que nos diferencia dos outros primatas, importa aprofundarmos nos prejuízos da dependência química, tanto nessa região quanto na sua complexa relação com o segundo andar (cérebro límbico).

O neocórtex é a área mais externa do cérebro humano, responsável por funções cognitivas complexas, como raciocínio, planejamento, tomada de decisão e controle inibitório. O sistema límbico, por sua vez, é uma rede de

estruturas subcorticais que incluem o hipotálamo, a amígdala e o núcleo accumbens, entre outras regiões envolvidas no processamento de emoções, motivação e recompensa.

A área pré-frontal, região mais nobre do neocórtex, mantém conexões recíprocas com o núcleo dorsal do tálamo, o hipotálamo e o sistema límbico. Essas vias são "de mão dupla" e se fazem por meio de fibras talamocorticais e corticotalâmicas, as quais constituem grande parte da cápsula interna. Já a conexão da área pré-frontal com o hipotálamo se faz, principalmente, por intermédio do núcleo dorsomedial do tálamo (Prada; Iandoli Jr.; Lopes, 2017). Nesse contexto, é importante compreendermos as bases neurofisiológicas de dois sintomas bastante importantes na dependência química:

- *impulsividade:* dificuldade em dizer não para comportamentos disfuncionais;
- *compulsividade:* dificuldade em interromper ações disfuncionais já iniciadas.

Os neurocircuitos dos transtornos impulsivos-compulsivos estão disfuncionais na dependência química. Basicamente, resultam da dificuldade em dizer "não", seja para iniciar ou interromper comportamentos.

O circuito corticossubcortical da impulsividade e da recompensa é formado por uma alça neuronal com projeções do estriado ventral para o tálamo e, então, do tálamo para o córtex pré-frontal ventromedial e para o córtex cingulado anterior. Dá mesma forma, também há a via de volta do córtex pré-frontal ventromedial e do córtex cingulado anterior para o estriado ventral. Já o circuito corticossubcortical da compulsividade e inibição da resposta é formado pela alça neuronal do estriado dorsal para o tálamo, do tálamo para o córtex orbitofrontal e do córtex orbitofrontal de volta para o estriado dorsal.

Do ponto de vista neuroanatômico, a impulsividade pode ser compreendida como um sistema de aprendizagem dependente do estriado ventral e voltada para a ação-desfecho. Já a compulsividade, hipoteticamente, é controlada por um sistema de hábito relacionado ao estriado dorsal. Uma das principais consequências da dependência química no terceiro andar

cerebral é a redução da atividade do córtex pré-frontal, o que leva a prejuízos na capacidade de controle de impulsos e de tomada de decisões saudáveis.

Além disso, a dependência química também pode afetar a comunicação entre o neocórtex e o sistema límbico. A conexão entre essas áreas é fundamental para o controle adequado da motivação e das emoções. Quando a comunicação entre essas áreas é desestruturada, pode ocorrer uma desconexão entre as emoções e a tomada de decisões, o que também ajuda a explicar a persistência dos comportamentos de busca por drogas sem a consideração adequada das consequências negativas a longo prazo.

Em resumo, a dependência química desestrutura a comunicação entre o neocórtex e o sistema límbico, causando mudanças neurobiológicas que afetam o controle inibitório, a tomada de decisões e a capacidade de avaliar riscos e recompensas. Essas mudanças levam a um comportamento compulsivo em busca de substâncias psicoativas, o que pode tornar difícil para as pessoas que lutam contra a dependência química superarem esse desafio sozinhas.

Nesse contexto, não podemos deixar de mencionar uma das mais impressionantes antecipações científicas da coleção "A vida no mundo espiritual" do autor espiritual André Luiz, pela psicografia de Francisco Cândido Xavier: o conceito do cérebro triúno do instrutor Calderaro no livro *No mundo maior*, que teve a primeira edição em 1947. Foram necessários 43 anos até que a publicação do neurocientista Paul MacLean, em 1990, *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*, trouxesse conceito semelhante aos olhos do mundo.

Do ponto de vista do cérebro triúno de Calderaro e MacLean, a evolução espiritual leva à transcendência da impulsividade por maior autonomia do Espírito no córtex pré-frontal ventromedial e cingulado anterior. Já em relação à transcendência e ao controle da compulsividade, o Espírito logra autodomínio pelas ações no córtex orbitofrontal. Agora, dentro dos aspectos mais espirituais-psicodinâmicos da dependência química, no livro de "Gênesis", podemos interpretar o "pecado original" como os sentimentos e as atitudes que levam à queda dos três personagens desse mito: Serpente, Eva e Adão.

O livro *O homem sadio* (Espíritos diversos, 2011) descreve o componente básico do caráter desses três personagens que existem em diversas proporções em toda criatura. É interessante notar que diferentes aspectos dos três podem influenciar na dependência química. Vejamos alguns trechos:

> **A serpente** – [...] Conhecedora da verdade divina, modifica-a segundo as suas paixões e vontade, de conformidade com seus interesses mesquinhos. Por isso, todo indivíduo preso às forças do instinto e aos desejos mais terrenos, que se rebela diante da verdade, usando seus conhecimentos para provocar desordem e desarmonia no meio que o abriga, pode ser identificado com essa personagem. [...]
> **Eva** – nessa criatura, não mais prepondera o sentimento de maldade, mas, sim, o sentimento de vaidade e ambição pelo poder. [...] A paixão substitui o amor, a vaidade afasta-a do real, e a ambição tira-lhe a simplicidade. [...] caminha de acordo com seus interesses. [...]
> **Adão** – [...] faz-se passivo quando é de seu interesse. A aceitação da sedução dos sentimentos menos nobres esconde toda a sua ambição [...]. Suas principais excrescências são: a rebeldia – que é a negação através do desafio constante no descumprimento da lei cósmica; o orgulho – que é a crença de ser superior a todos, exigindo privilégios, com o afastamento das outras criaturas, por senti-las inferiores e prejudiciais a si; e a vaidade – onde o Espírito assenhora-se de uma pseudobeleza e grandiosidade, mas ao contrário do orgulhoso, busca a presença do outro para junto de si, não como igual, mas como elemento servil a sua "grandeza", que deve bajulá-lo, por não possuir as mesmas propriedades e por necessitar dele, para ser grande e belo (Espíritos diversos, 2011, p. 240-241).

Lembrando do cérebro triúno de Calderaro em *No mundo maior* (Luiz, 1947), a via saudável do funcionamento dos três andares cerebrais é uma modulação "de cima para baixo" do córtex pré-frontal para o estriado, indicando avanços na trajetória espiritual quando o ser vence a si mesmo pela transcendência do controle dos impulsos e das vontades inferiores, superando as tendências internas das personagens Serpente, Eva e Adão.

Nesse contexto, é importante lembrar que lesões no córtex pré-frontal dificultam as possibilidades do Espírito em atuar domesticando os andares inferiores do cérebro. A dependência química é uma das condições mais bem estabelecidas, documentadas nas pesquisas, que acarretam disfunção dos lobos frontais, principalmente devido à atrofia cortical dessa região. Contudo, talvez o caso mais famoso e emblemático a respeito das consequências de lesões no córtex pré-frontal tenha sido de Phineas Gage.

Em 1848, aos 25 anos, Phineas Gage liderava um grupo de trabalhadores de uma estrada de ferro em New England, no nordeste dos

Estados Unidos. Gage sofreu um grave acidente ao tentar dinamitar algumas pedras que estavam atrapalhando a construção da estrada e acabou com uma barra de ferro de 6 kg e 1 m de comprimento atravessada em sua face, com destruição de grande parte da área pré-frontal de ambos os hemisférios cerebrais.

Gage sobreviveu ao acidente, mas perdeu completamente o senso de suas responsabilidades sociais e profissionais e passou a apresentar comportamento frontalizado, no qual há prejuízo da censura quanto a comportamentos socialmente inadequados, como hipersexualidade, grosseria e falta de higiene.

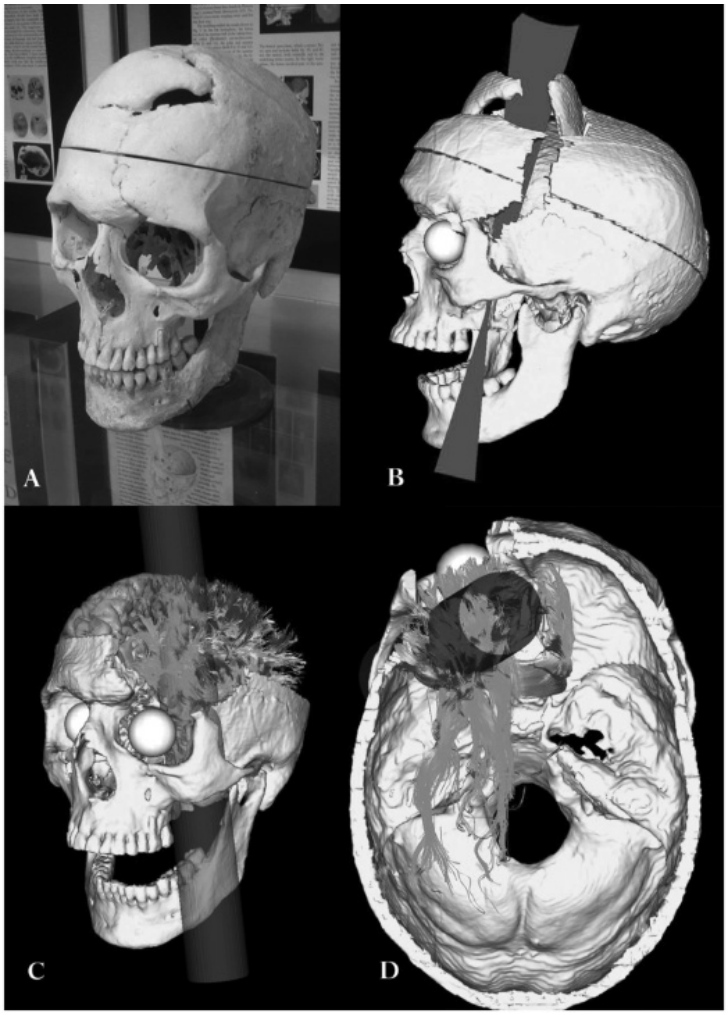


Figura 2 – Simulated Connectivity Damage of Phineas Gage
Fonte: Simulated... (2020).

Segundo Noback, Strominger e Demarest (1999):

> A área pré-frontal pode ser descrita como: reguladora da profundidade de sentimentos. Não atua na percepção de sensações, mas agrega o fator "afeto" às sensações. As complexas reações individuais, que vão da calma ao arrebatamento, do desânimo à exaltação, da afabilidade à repugnância, têm raízes na área pré-frontal.

Evidências clínicas em estudos de neuroimagem funcional do cérebro, especialmente de um elegante estudo da *Nature Reviews Neuroscience* (Moll *et al.*, 2005), indicam a relevância do lobo frontal em funções ainda mais complexas e importantes naquilo que nos torna realmente humanos. Trata-se de uma rede notavelmente consistente de regiões cerebrais envolvida na cognição moral. Essas descobertas estão fomentando novas interpretações de prejuízos comportamentais sociais em pacientes com disfunção cerebral, principalmente disfunções do lobo frontal com prejuízos na complexa cognição moral humana.

> 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. [...] 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, desse modo, nos três andares, o subconsciente, o consciente e o superconsciente. Como vemos, possuímos, em nós mesmos, o passado, o presente e o futuro (Luiz, 1947, cap. 3).

Referências

BÍBLIA SAGRADA. 2023. Disponível em: https://www.bibliaonline.com.br. Acesso em: 30 abr. 2023.

ESPÍRITOS DIVERSOS. *O homem sadio:* uma nova visão. Psicografado por Alcione Reis Albuquerque e Roberto Lúcio Vieira de Souza. Belo Horizonte: AME Editora, 2011.

JOUTSA, Juho; MOUSSAWI, Khaled; SIDDIQI, Shan H. *et al.* Brain lesions disrupting addiction map to a common human brain circuit. *Nature Medicine*, v. 28, n. 6, p. 1.249-1.255, 2022.

LIAO, Yanhui; TANG, Jinsong; CORLETT, Philip R. *et al.* Reduced dorsal prefrontal gray matter after chronic ketamine use. *Biological Psychiatry*, v. 69, n. 1, p. 42-48, 2011.

LIU, Xiang; MATOCHIK, John A.; CADET, Jean-Lud; LONDON, Edythe D. Smaller volume of prefrontal lobe in polysubstance abusers: a magnetic resonance imaging study. *Neuropsychopharmacology*, v. 18, n. 4, p. 243-252, 1998.

LUIZ, André (Espírito). *No mundo maior*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Rio de Janeiro: FEB, 1947. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 5).

MACLEAN, Paul. *The Triune Brain in Evolution. Role in Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Press, 1990.

MELO, João Ozorio. Consultores explicam como vencer a estratégia do cérebro reptiliano. *Factótum Cultural*, 2019. Disponível em: https://factotumcultural.com.br/2019/05/06/consultores-explicam-como-vencer-a-estrategia-do-cerebro-reptiliano/. Acesso em: 30 abr. 2023.

MOLL, Jorge; ZAHN, Roland; OLIVEIRA-SOUZA, Ricardo de *et al.* The neural basis of human moral cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 6, p. 799-809, 2005.

NOBACK, Charles R.; STROMINGER, Norman L.; DEMAREST, Robert J. *Neuroanatomia:* estrutura e função do sistema nervoso humano. 5. ed. São Paulo: Premier, 1999.

PRADA, Irvênia L. S.; IANDOLI JR., Décio; LOPES, Sérgio L. S. *O cérebro triúno:* a serviço do Espírito. São Paulo: AME-Brasil Editora, 2017.

ROSENTHAL, Annika; BECK, Anne; ZOIS, Evangelos *et al.* Volumetric Prefrontal Cortex Alterations in Patients with Alcohol Dependence and the Involvement of Self-Control. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, v. 43, n. 12, p. 2.514-2.524, 2019.

SIMULATED Connectivity Damage of Phineas Gage. *In:* WIKIMEDIA Commons, the free media repository. Disponível em: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Simulated_Connectivity_Damage_of_Phineas_Gage.png. Acesso em: 30 abr. 2023.

STAHL, Stephen M. *Psicofarmacologia:* bases neurocientíficas e aplicações práticas. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

WELCH, Killian A.; CARSON, Alan; LAWRIE, Stephen M. Brain structure in adolescents and young adults with alcohol problems: systematic review of imaging studies. *Alcohol and Alcoholism*, v. 48, n. 4, p. 433-444, 2013.



Parte 2


Repercussões
biopsicossocioespirituais e
terapêuticas



5.
Dependência química e repercussões perispirituais

Eduardo D'Angelo Mimessi

"153. Em que sentido se deve entender a vida eterna?
A vida do Espírito é que é eterna; a do corpo é transitória e passageira.
Quando o corpo morre, a alma retoma a vida eterna"
(Kardec, 2017, cap. 3).

O projeto genoma humano, que durou cerca de 5 anos (10 a menos que o previsto), conseguiu mapear toda a sequência genética, e agora sabemos como se estrutura o corpo e são expressas suas características genéticas. Herdamos pelo DNA as qualidades de nosso corpo físico. Esse conhecimento traz grande avanço na medicina a respeito da causa e à forma de tratamento de doenças como Parkinson, fibrose cística e câncer de pulmão. No entanto, ainda engatinhamos naquilo que faz manifestar determinados gene e outros não, como se organiza tudo isso, de onde vem essa sistematização e expressão em nossos fenótipos, por que trazemos determinadas característica e outras não e de onde provém esses traços.

Podemos encontrar razões a respeito disso quando analisamos a pergunta número 35 do livro *O consolador* (Emmanuel, 2013a, p. 22-23):

> A genética está submetida a leis puramente materiais? As leis da genética encontram-se presididas por numerosos agentes psíquicos que a ciência da Terra está longe de formular, dentro dos seus postulados materialistas.
> Esses agentes psíquicos, muitas vezes, são movimentados pelos mensageiros do plano espiritual; encarregados desta ou daquela missão junto às correntes da profunda fonte da vida. Eis por que, aos geneticistas, comumente se deparam incógnitas inesperadas, que deslocam o centro de suas anteriores ilações.

A resposta nos mostra como nossos pensamentos e, por consequência, nossas ações influenciam nossa formação física e, como iremos observar, a

perispiritual. A ciência ainda está começando a caminhar em relação aos conhecimentos relacionados à espiritualidade, dando os primeiros passos ao conhecimento da permanência da vida após a morte do corpo. Essa busca será de grande avanço, pois poderemos observar as causas reais de nossa vida, inclusive na formação da nossa estrutura física, por que e como herdamos nossas características físicas e mentais.

Foi a partir dos conhecimentos trazidos em 1857 em *O livro dos Espíritos* (Kardec, 2017) que se desenvolveu de maneira científica e acessível a todos que somos seres eternos, carregando em nossas manifestações físicas heranças daquilo que fomos, as consequências de como lidamos com nossas escolhas e como isso influencia em nossa vida atual. Essas características são manifestadas em nosso perispírito, que gera a conformação de nosso corpo físico.

> 93. O Espírito, propriamente dito, nenhuma cobertura tem, ou, como pretendem alguns, está sempre envolto numa substância qualquer? Envolve-o uma substância, vaporosa para os teus olhos, mas ainda bastante grosseira para nós; assaz vaporosa, entretanto, para poder elevar-se na atmosfera e transportar-se aonde queira. [...]141. Há alguma coisa de verdadeiro na opinião dos que pretendem que a alma é exterior ao corpo e o circunvolve? A alma não se acha encerrada no corpo, qual pássaro numa gaiola. Irradia e se manifesta exteriormente, como a luz através de um globo de vidro, ou como o som em torno de um centro de sonoridade. Neste sentido se pode dizer que ela é exterior, sem que por isso constitua o envoltório do corpo. A alma tem dois invólucros. Um, sutil e leve: é o primeiro, ao qual chamas perispírito; outro, grosseiro, material e pesado, o corpo. A alma é o centro de todos os envoltórios, como o gérmen em um núcleo, já o temos dito (Kardec, 2017, cap. 1-2).

Segundo Léon Denis (2011, cap. XXIX):



Figura 1 – Perispírito
Fonte: Alexandre (2019).

> O homem [...] é um ser complexo. Nele se combinam três elementos para formar uma unidade viva, a saber: o corpo, envoltório material temporário, que abandonamos na morte, como vestuário usado; o perispírito, invólucro fluídico permanente, invisível aos nossos sentidos naturais, que acompanha a alma em sua evolução infinita, e com ela se melhora e purifica; a alma, princípio inteligente, centro da força, foco da consciência e da personalidade. [...] A alma, desprendida do corpo material e revestida do seu invólucro sutil, constitui o Espírito, ser fluídico, de forma humana, liberto das necessidades terrestres, invisível e impalpável em seu estado normal.

Conforme André Luiz (2020b, cap. II), o perispírito apresenta-se como uma

> [...] formação sutil, urdida em recursos dinâmicos, extremamente porosa e plástica, em cuja tessitura as células, noutra faixa vibratória, à face do sistema de permuta visceralmente renovado, se distribuem mais ou menos à feição das partículas coloides, com a respectiva carga elétrica, comportando-se no espaço segundo a sua condição específica e apresentando estados morfológicos conforme o campo mental a que se ajusta.

Conhecido desde os primórdios da humanidade, o perispírito recebeu diversas denominações na antiguidade e ainda recebe na atualidade, mostrando o caráter universal codificado pela Doutrina Espírita por intermédio de Kardec. Décio Iandoli Jr. (2016, p. 76) resume didaticamente:

> No Egito, chamavam-no de KHA ou BAÏ;
> Na Grécia, OCHÉMA;
> Pitágoras chamava-o de EIDOLON;
> Para os Hindus, era LINGA CHARIRA ou KAMA-RUPA;
> Os Hebreus, NEPHESPH;
> Os neoplatônicos da Escola de Alexandria usaram o termo ASTROEIDÊ;
> Paracelso denominava-o CORPO SIDÉREO ou EVESTRUM;
> O filósofo Cudworth definiu-o como O MEDIADOR;
> Lepage Renour usou o termo DUPLO;
> Leibnitz chamou-o CORPO FLUÍDICO;
> Léon Denis, ORGANISMO FLUÍDICO;
> Paulo de Tarso, CORPO ESPIRITUAL;
> André Luiz, PSICOSSOMA;
> Emmanuel, ALMA FISIOLÓGICA;
> Henrique Rodrigues denomina-o CORPO ESTRUTURADOR;
> Hernani Guimarães Andrade, MODELO ORGANIZADOR BIOLÓGICO;
> Os ocultistas, CORPO ASTRAL;
> Os neognósticos, AEROSSOMA;
> Os russos, CORPO BIOPLASMÁTICO;
> Rupert Sheldrake, CAMPO BIOMÓRFICO;
> Ian Stevenson, PSICOPHORE.

As relações do corpo e Espírito são mediadas pelo perispírito, que coordena e dá forma ao corpo por meio de sua formação plástica previamente antes da encarnação, obedecendo à lei de causa e efeito e adquirindo as características específicas e ligadas às ações do próprio Espírito durante seus processos encarnatórios. É exclusivamente ligado a suas capacidades mentais e formado de acordo com suas possibilidades de desenvolvimento mental, como explica Emmanuel (2013b, cap. VI): "O progresso mental é o grande doador de renovação ao equipamento do Espírito em qualquer plano de evolução. Note-se, contudo, que não nos reportamos aqui ao aperfeiçoamento interior".

> 30 – Há órgãos no corpo espiritual? Dentro das leis substanciais que regem a vida terrestre, extensiva às esferas espirituais mais próximas do planeta, já o corpo físico, executadas certas alterações impostas pela prova ou tarefa a realizar, é uma exteriorização aproximada do corpo perispiritual, exteriorização essa que se subordina aos imperativos da matéria mais grosseira, no mecanismo de heranças celulares, as quais, por sua vez, se enquadram nas indispensáveis provações ou testemunhos de cada indivíduo (Emmanuel, 2013a, p. 20-21).

Está ligado ao corpo por meio dos chamados centros de força: coronário, frontal ou cerebral, laríngeo, cardíaco, esplênico, gástrico ou plexo solar e genésico ou básico (Zimmermann, 2013).

Possui diversas propriedades que se ajustam às suas próprias características de manifestação e aparência: plasticidade, densidade, ponderabilidade, luminosidade, penetrabilidade, visibilidade, corporeidade, tangibilidade, sensibilidade global, sensibilidade magnética, expansibilidade, bicorporeidade, unicidade, perenidade, mutabilidade, capacidade refletora, odor e temperatura. Destacam-se (Zimmermann, 2015):

- plasticidade: permite que o perispírito se ajuste ao comando da mente espiritual. Esse poder plástico é mais amplo nos Espíritos superiores, e os menos evoluídos podem apresentar graves modificações no perispírito – zoantropia e ovoidização;
- densidade: sendo considerado de matéria de natureza semimaterial, apresenta densidade, propriedade relacionada com o grau de evolução do Espírito;
- luminosidade: propriedade relacionada à densidade. A fluidez revela densidade menor, e quanto menos denso, mais luz emite;

- penetrabilidade: indica que o perispírito dos Espíritos de mediana e superior evolução não encontra dificuldade para atravessar a matéria do plano físico;
- visibilidade: é usualmente invisível ao encarnado, mas o médium vidente consegue ver a forma como o desencarnado se apresenta;
- sensibilidade: no Espírito desencarnado, as sensações e percepções são gerais, captadas em toda a extensão do perispírito, muito diferentes das localizadas ou compartimentalizadas do corpo somático. "Assim, vê, ouve, sente, enfim como corpo perispiritual inteiro";
- expansibilidade: é indivisível, mas pode expandir-se muito, ampliando a capacidade de visão e percepção do Espírito. Pela expansibilidade, muito relacionada à plasticidade, ocorrem os fenômenos de bicorporeidade – tal como acontecia com Eurípedes Barsanulfo e com Antônio de Pádua –, permitindo que o corpo físico do encarnado seja visto em um local e seu perispírito em outro. Tal propriedade sugere, aos que desconhecem como ocorre o fenômeno, a falsa impressão de que a pessoa está dividida em duas, uma vez que é vista em lugares diferentes.

As funções do perispírito são:

- instrumental: sua função primordial é servir de instrumento à alma, em sua interação com os mundos espiritual e físico. É veículo de transmissão das impressões fisiológicas, sensações e percepções psicológicas (Kardec, 2013);
- individualizadora: corpo imperecível da alma, serve à sua individualização e identificação. A alma é única e diferenciada, e o perispírito, como seu envoltório perene, mostra-a, refletindo-a, assegurando-lhe a identidade exclusiva. Não se trata, todavia, de uma identidade que diga apenas com características periféricas; refere-se, sim, à sua própria história, às suas particulares características evolutivas (Zimmermann, 2015);
- organizadora: sua função organizadora aparece especialmente notável no processo de reencarnação, em que o ritmo morfogenético (relativo à modelagem dos sistemas biológicos: células, tecidos, órgãos) leva à formação de um novo corpo físico, que se estrutura rigorosamente de acordo com as características que marcam o corpo

espiritual, modelo por excelência (Zimmermann, 2015). "O perispírito é, ainda, corpo organizado que, representando o molde fundamental da existência para o homem, subsiste, além do sepulcro, demorando-se na região que lhe é própria [...]" (Emmanuel, 2013b, cap. 6);

- sustentadora: impregnando-se de energia vital e transferindo-a paulatinamente, ao impulso da alma, para o veículo físico, sustenta-o desde a formação até o completo crescimento, conservando-o, depois, na vida adulta, durante o tempo necessário. Outro aspecto importante relaciona-se com a própria higidez (estado de saúde) física, mantida pela ação fundamental do sistema imunológico que, de sua vez, é sustentado pelo perispírito. Evidência disso, resulta, por exemplo, até do fato de que a deficiência imunológica, segundo bem se constata hoje, está estreitamente vinculada a fatores que dizem, principalmente, com o equilíbrio emocional (Zimmermann, 2015).

O perispírito permanece com a alma durante sua existência e adquire, segundo seu processo evolutivo, seu desenvolvimento mental, intelectual e moral, impregnando em sua superfície as características de todas as vivências prévias e o conhecimento adquirido no seu processo de evolução.

> 150. A alma, após a morte, conserva a sua individualidade? Sim; jamais a perde. Que seria ela, se não a conservasse?
>
> a) Como comprova a alma a sua individualidade, uma vez que não tem mais corpo material? Continua a ter um fluido que lhe é próprio, haurido na atmosfera do seu planeta, e que guarda a aparência de sua última encarnação: seu perispírito (Kardec, 2017, cap. 3).



Figura 2 – Perispírito
Fonte: adaptada de Zimmermann (2015).

O perispírito realiza a conexão corpo-Espírito, sendo formado por matéria oriunda do orbe que habita, trazendo todas as sensações ao Espírito, realizando a conexão Espírito-matéria.

No momento da morte, o desligamento do Espírito ao corpo ainda guarda algumas sensações somáticas, permanecendo ligado especialmente em algumas situações particulares, como o suicídio.

> 257. [...] certa vez, um suicida: "Não, não estou morto." E acrescentava: "No entanto, sinto os vermes a me roerem". Ora, indubitavelmente, os vermes não lhe roíam o perispírito e ainda menos o Espírito; roíam-lhe apenas o corpo. Como, porém, não era completa a separação do corpo e do perispírito, uma espécie de repercussão moral se produzia, transmitindo ao Espírito o que estava ocorrendo no corpo (Kardec, 2017, cap. 6).
>
> O perispírito, formado à base de matéria rarefeita, mobiliza igualmente trilhões de unidades unicelulares da nossa esfera de ação, que abandonam o campo físico saturadas da vitalidade que lhe é peculiar. Daí os sofrimentos e angústias de determinadas criaturas, além do decesso. Os suicidas costumam sentir, durante longo tempo, a aflição das células violentamente aniquiladas, enquanto os viciados experimentam tremenda inquietação pelo desejo insatisfeito. [...] Prejudicando a matéria, complicaremos o quadro de serviços que nos é indispensável e estacionaremos, em qualquer situação, a fim de restaurar o patrimônio sublime posto à nossa disposição pela Bondade Imperecível. Tanto seremos compelidos ao trabalho regenerador, na encarnação, como na desencarnação, na existência da carne, como na morte do corpo, tanto no presente como no futuro. Ninguém se colocará vitorioso no cume da vida eterna, sem aprender o equilíbrio com que deve elevar-se. Daí as atividades

> complexas do caminho evolutivo, as diferenciações inumeráveis, a multiplicidade das posições, as escalas da possibilidade e os graus da inteligência, nos variados planos da vida (Luiz, 2020d, cap. 19).

As marcas do suicídio, especialmente relacionadas ao perispírito, devido à ruptura voluntária à continuidade da vida, geram no corpo perispiritual lesões em sua forma e estrutura. Essas alterações, relacionadas às funções sustentadora e de plasticidade, foram prejudicadas pelo ato voluntário e por sua criação mental correspondente, levando a processo depurativo, muitas vezes relacionados a sofrimento, tanto durante a vida espiritual quanto em suas próximas encarnações, sendo necessárias ao acrisolamento do ato cometido.

Dentro desse amplo espectro de escolhas, temos também casos do chamado suicídio indireto, como nos demonstra André Luiz (2020c, cap. 4) em suas orientações durante sua encarnação e confirmadas pelo diagnóstico firmado pelo médico espiritual Henrique de Luna ao chegar à colônia Nosso Lar: "É de lamentar que tenha vindo pelo suicídio". André Luiz se mostrou incomodado com o diagnóstico, e o médico esclareceu:

> [...] O organismo espiritual apresenta em si mesmo a história completa das ações praticadas no mundo. [...] Vejamos a zona intestinal [...]. A oclusão derivava de elementos cancerosos, e estes, por sua vez, de algumas leviandades do meu estimado irmão, no campo da sífilis. A moléstia talvez não assumisse características tão graves, se o seu procedimento mental no planeta estivesse enquadrado nos princípios da fraternidade e da temperança. Entretanto, seu modo especial de conviver, muita vez exasperado e sombrio, captava destruidoras vibrações naqueles que o ouviam. Nunca imaginou que a cólera fosse manancial de forças negativas para nós mesmos? A ausência de autodomínio, a inadvertência no trato com os semelhantes, aos quais muitas vezes ofendeu sem refletir, conduziam-no frequentemente à esfera dos seres doentes e inferiores. Tal circunstância agravou, de muito, o seu estado físico. [...] Já observou, meu amigo, que seu fígado foi maltratado pela sua própria ação; que os rins foram esquecidos, com terrível menosprezo às dádivas sagradas? (Luiz, 2020c, cap. 4.)

As escolhas do Espírito durante seu processo encarnatório trouxeram as consequências em seu perispírito, gerando lesões em toda sua alma fisiológica, baseadas no monoideísmo relacionado ao *modus vivendi* do próprio André Luiz. Suas emoções, assim como a alimentação desregrada, o uso de álcool e tabaco geraram tais danos.

> Os órgãos do corpo somático possuem incalculáveis reservas, segundo os desígnios do Senhor. O meu amigo, no entanto, iludiu excelentes oportunidades, esperdiçando patrimônios preciosos da experiência física. A longa tarefa, que lhe foi confiada pelos

> Maiores da Espiritualidade Superior, foi reduzida a meras tentativas de trabalho que não se consumou. Todo o aparelho gástrico foi destruído à custa de excessos de alimentação e bebidas alcoólicas, aparentemente sem importância. Devorou-lhe a sífilis energias essenciais. Como vê, o suicídio é incontestável (Luiz, 2020c, cap. 4).

Assim, temos também na dependência química um modo de vida que pode gerar danos no psicossoma, segundo nos mostrou André Luiz (2020c), sendo sabido pela ciência que as drogas e o álcool, conhecidos como substâncias psicoativas, geram diversas avarias no corpo e, consequentemente, no perispírito, devido à sua estreita ligação. É indispensável compreendermos que todo mal por nós praticado a nós mesmos e nossa constituição física expressa, de algum modo, malefícios por meio de nossa consciência ainda pouco esclarecida, determinando distúrbio ou mutilação no organismo que nos constitui. "Em todos os planos do Universo, somos Espírito e manifestação, pensamento e forma. Eis o motivo por que, no mundo, a Medicina há de considerar o doente como um todo psicossomático, se quiser realmente investir-se da arte de curar" (Luiz, 2020a, cap. 19).

Diante do exposto, podemos então observar os males causados pelo uso de substâncias psicoativas. Conforme nos esclarece Joanna de Ângelis (2014, cap. 14):

> A quase totalidade que busca desenvolver a percepção extrassensorial, através da usança do estupefaciente, encontra em si mesmo o *substractum* do passado espiritual que se transforma em fantasmas, cujas reminiscências assomam e persistem, passada a experiência, impondo-se a pouco e pouco, colimando na desarmonização mental do neófito irresponsável. Vale, ainda, recordar que, adversários desencarnados, que se demoram à espreita das suas vítimas, utilizam-se dos sonhos e viagens para surgirem na mente do viciado, no aspecto perverso em que se encontram, causando pavor e fixando matrizes psíquicas para as futuras obsessões em que se repletarão emocionalmente, famelgas da infelicidade em que se transformam.

Conforme nos demonstra o Dr. Manoel Philomeno de Miranda (2014, p. 95-96): "As drogas liberam componentes tóxicos que impregnam as delicadas engrenagens do perispírito, atingindo-o por largo tempo. Muitas vezes, esse modelador de formas imprime nas futuras organizações fisiológicas". Para termos uma ideia mais concreta dos danos gerados pelas substâncias psicoativas, podemos observar diversas lesões em nosso corpo geradas pelo uso do álcool e dessas substâncias causando danos permanentes em nosso corpo e, em consequência, no perispírito.

Podemos destacar de maneira breve como a literatura especializada nos mostra os prejuízos causados pelo uso de substâncias, além dos danos cerebrais e das lesões decorrentes de seu uso, com perda neuronal e prejuízo cognitivo e motor decorrentes desse abuso frequente de substâncias. Avaliamos outros sinais de dano cerebral, sobretudo disfunção do lobo frontal. Deficiências cognitivas ou síndromes demenciais associadas ao álcool caracterizam-se por prejuízo da memória recente. O álcool pode provocar lesões difusas no cérebro, prejudicando, além da memória, a capacidade de julgamento, de abstração e o comportamento, variando desde perdas cognitivas leves até danos graves que produzem demência.

O uso desenvolve diversas degenerações em diferentes órgãos do corpo, como, por exemplo: no fígado, lesões progressivas podem chegar a uma falência total do órgão e à chamada cirrose, na qual o órgão se torna tecido cicatricial e perde sua função no sistema gastrintestinal, desenvolvendo diversas inflamações que podem se transformar em cânceres nessa região; no coração, está ligado a infartos e à chamada miocardiopatia alcoólica, na qual o coração vai perdendo sua capacidade de bombear sangue devido à toxicidade do álcool em seus tecidos. Há ainda a chamada síndrome alcoólica fetal, relacionada à ingesta de álcool pela mãe durante a gestação, podendo ocasionar malformações ao feto. Acarreta assim, além das lesões perispirituais da própria mãe em relação ao uso do álcool, prejuízo importante naquele Espírito que irá reencarnar por intermédio dela, sendo, portanto, de sua responsabilidade os malefícios causados a ele.

Tabagismo causa câncer de pulmão, do trato respiratório superior, do esôfago, da vesícula urinária, do pâncreas e, provavelmente, do estômago, do fígado e dos rins. Fumantes têm oito vezes mais chances do que não fumantes de desenvolver câncer de pulmão, a neoplasia que ultrapassou o câncer de mama como causa principal de morte relacionada à câncer em mulheres. Mesmo o fumo passivo causa milhares de mortes todos os anos. Apesar dessas estatísticas impressionantes, os fumantes podem reduzir drasticamente suas chances de desenvolver cânceres relacionados ao tabagismo apenas abandonando o hábito, podendo também diminuir seus prejuízos no perispírito, conforme nos esclarece Emmanuel (1991, p. 40):

> A ação negativa do cigarro sobre o perispírito do fumante prossegue após a morte do corpo físico? Até quando? O problema da dependência continua até que a impregnação dos agentes tóxicos nos tecidos sutis do corpo espiritual ceda lugar à normalidade do envoltório perispirítico, o que, na maioria das vezes, tem a duração do tempo correspondente ao tempo em que o hábito perdurou na existência física do fumante. Quando a vontade do interessado não está suficientemente desenvolvida para arredar de si o costume inconveniente, o tratamento dele, no Mundo Espiritual, ainda exige quotas diárias de sucedâneos dos cigarros comuns, com ingredientes análogos aos dos cigarros terrestres, cuja administração ao paciente diminui gradativamente, até que ele consiga viver sem qualquer dependência do fumo.

Indivíduos que fazem uso de *cannabis* correm risco de doença respiratória crônica e câncer de pulmão, também podendo desenvolver doenças mentais, como transtornos de ansiedade e transtorno bipolar, e até psicoses, como a esquizofrenia. Esses riscos estão relacionados a todas as substâncias alucinógenas, como MDMA (MD, no Brasil), LSD, chá de cogumelo, chá de lírio etc. Estão relacionados a episódios de desdobramento e vinculação com Espíritos de baixa evolução, favorecendo a conexão perispírito-perispírito de ambos.

Em relação ao uso de cocaína, um efeito comum ao uso é a congestão nasal; inflamação grave, inchaço, sangramento e ulceração da mucosa nasal também podem ocorrer. O uso prolongado pode levar à perfuração dos septos nasais. O *crack* pode causar danos às passagens brônquicas e aos pulmões. O uso intravenoso de cocaína pode resultar em infecção, embolias e na transmissão do HIV. Complicações neurológicas decorrentes do uso de cocaína incluem o desenvolvimento de distonia aguda, tiques e cefaleias semelhantes à enxaqueca. Podem ocorrer acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos ou não hemorrágicos (isquêmicos). As complicações maiores do uso de cocaína, no entanto, são cerebrovasculares, epilépticas e cardíacas, podendo ser desde arritmias cardíacas até infartos (Diehl; Cordeiro; Laranjeira, 2019; Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

As substâncias psicoativas causam os seguintes efeitos no corpo espiritual: liberam toxinas que impregnam o perispírito; introduzem impurezas, amortecendo as vibrações; entorpecimento psíquico; insensibilidade ao tratamento espiritual; dependência prossegue depois da morte; as lesões do corpo físico refletem-se no corpo espiritual

(decomposição do corpo físico); o perispírito imprime as lesões nas futuras organizações fisiológicas; e o perispírito plasma no novo corpo físico a predisposição orgânica do Espírito (Miranda, 2014).

Há também o favorecimento de obsessões, nas quais os Espíritos de encarnados e desencarnados criam uma ligação íntima porque se harmonizam devido à dependência. O encarnado pode fazer as vezes do próprio corpo físico ao desencarnado para este sentir as sensações buscadas durante sua vida com o uso das substâncias. André Luiz (2020e, cap. 6) traz elucidações importantes a esse respeito:

> Encarnado e desencarnado a se justaporem. Duas peças conscientes, reunidas em sistema irrepreensível de compensação mútua. [...] Não experimentava qualquer espécie de tortura, a fim de render-se. Hospedava o outro, simplesmente, aceitava-lhe a direção, entregava-se por deliberação própria. Nenhuma simbiose em que se destacasse por vítima. Associação implícita, mistura natural. Efetuava-se a ocorrência na base da percussão. Apelo e resposta. Cordas afinadas no mesmo tom. O desencarnado alvitrava, o encarnado aplaudia. Num deles, o pedido; no outro, a concessão. [...] Ali, no entanto, produzia-se algo semelhante ao encaixe perfeito. Cláudio-homem absorvia o desencarnado, à guisa de sapato que se ajusta ao pé. Fundiram-se os dois, como se morassem eventualmente num só corpo. Altura idêntica. Volume igual. Movimentos sincrônicos. Identificação positiva.

Com base no exposto, compreendemos que os danos provocados voluntariamente a partir do uso das substâncias irão se refletir no perispírito, e este guardará em sua estrutura os danos adquiridos com hábitos, sendo necessária sua depuração nas reencarnações e mesmo no mundo espiritual. Isso será possível mediante sua reforma íntima, que levará ao reestabelecimento do equilíbrio e à busca da perfeição relativa ao caminho que nos leva à angelitude.

Referências

ALEXANDRE, Raquel. Corpo, perispírito e Espírito. *Diário do Sertão*, 11 jun. 2019. Disponível em: https://www.diariodosertao.com.br/coluna/corpo-perispirito-e-espirito. Acesso em: 30 abr. 2023.

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). *Conflitos existenciais*. Psicografado por Divaldo Franco. 6. ed. Salvador: Leal, 2014. (Série Psicológica Joanna de Ângelis, 13).

DENIS, Léon. *Depois da morte*. 3. ed. Rio de Janeiro: Celd, 2011.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

EMMANUEL (Espírito). *O consolador*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 29. ed. Brasília, DF: FEB, 2013a.

_____. *Roteiro*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 14. ed. 2. reimp. Brasília, DF: FEB, 2013b.

_____. *Novo mundo*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. São Paulo: Ideal, 1991.

IANDOLI JR., Décio. *Fisiologia transdimensional*. São Paulo: FE, 2016.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos*. Tradução de Evandro Noleto Bezerra. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: FEB, 2017.

_____. *Obras póstumas*. Tradução de Evandro Noleto Bezerra. 2. ed. Brasília, DF: FEB, 2013.

LUIZ, André (Espírito). *Ação e reação*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 30. ed. 13. reimp. Brasília, DF: FEB, 2020a. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 9).

_____. *Evolução em dois mundos*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. 27. ed. 12. reimp. Brasília, DF: FEB, 2020b. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 10).

_____. *Nosso Lar*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 64. ed. 15. reimp. Brasília, DF: FEB, 2020c. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 1).

_____. *Obreiros da vida eterna*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 39. ed. 14. reimp. Brasília, DF: FEB, 2020d. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 4).

_____. *Sexo e destino*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. 34. ed. 9. reimp. Brasília, DF: FEB, 2020e. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 12).

MIRANDA, Manoel Philomeno de (Espírito). *Nas fronteiras da loucura*. Psicografado por Divaldo Franco. Miami Beach (FL): Leal Publisher, 2014.

NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Antônio G.; QUEVEDO, João (org.). *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2022.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria:* ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Tradução de Marcelo de Abreu Almeida et al. 11. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

ZIMMERMANN, Zalmino. *Perispírito*. 4. ed. Campinas, SP: Allan Kardec, 2015.

_____. *Compêndio de Espiritismo*. Campinas, SP: Allan Kardec, 2013.





6.
Transe e psicodélicos

Rodolfo Furlan Damiano

"Transe" é uma palavra de origem latina (*transire*) que significa "alteração da consciência caracterizada pela ausência da percepção do meio ambiente, por meio da perda das sensações físicas, mudança de comportamento, que podem ser causadas por estímulos sensoriais ou psicológicos, ingestão de drogas etc." (Transe, 2023). Tal fenômeno é encontrado nas mais diversas civilizações e nas mais diferentes culturas, tendo, entretanto, sua fenomenologia vinculada às experiências místicas religiosas.

Na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), o transe está incluído no que chamamos de transtornos dissociativos, que são caracterizados por uma

> ruptura ou descontinuidade involuntária na integração normal de um ou mais dos seguintes: identidade, sensações, percepções, afetos, pensamentos, memórias, controle sobre movimentos corporais ou comportamento. A interrupção ou descontinuidade pode ser completa, mas é mais comumente parcial e pode variar de dia para dia ou mesmo de hora para hora. Experiências que fazem parte de uma prática cultural, religiosa ou espiritual aceita não devem ser vistas como sintomas de Transtornos Dissociativos (WHO, 2022).

Há de ressaltar o final, em que exclui as experiências dissociativas que acontecem dentro dos *settings* religiosos dos transtornos dissociativos.

Muito embora não podemos chamar de transtorno o que acontece dentro de uma prática na normalidade religiosa e cultural, nem por uso de uma substância psicoativa, utilizaremos a definição diagnóstica para entendermos o fenômeno do transe, independentemente da etiologia. Fenomenologicamente, o transe se caracteriza por

> estados de transe nos quais há uma alteração marcante no estado de consciência do indivíduo ou uma perda do senso habitual de identidade pessoal do indivíduo, nos quais o indivíduo experimenta um estreitamento da consciência do ambiente imediato ou foco

> incomumente estreito e seletivo em estímulos ambientais e restrição de movimentos, posturas e fala até a repetição de um pequeno repertório que é experimentado como estando fora do controle da pessoa (WHO, 2022).

Apesar de o Transtorno de Transe não poder ser diagnosticado em indivíduos sob uso de substâncias ou experiências religiosas, o fenômeno dissociativo de transe é muito comum em todas essas populações. Como este capítulo tem como foco as substâncias psicoativas, guardaremos as análises referentes às experiências místicas e religiosas para um outro capítulo. Neste, observaremos como as substâncias podem provocar tais fenômenos dissociativos e como abordá-los.

Substâncias psicodélicas

As substâncias psicodélicas são as substâncias psicoativas mais comumente associadas aos fenômenos dissociativos de transe. Por definição, psicodélicos são substâncias indutoras de transe: "a característica que distingue os agentes psicodélicos de outras classes de drogas é sua capacidade confiável de induzir estados alterados de percepção, pensamento e sentimento que não são experimentados de outra forma, exceto em sonhos ou em momentos de exaltação religiosa" (Nichols, 2016).

A seguir, colocaremos uma descrição breve de cada uma das substâncias psicodélicas mais comumente utilizadas:

- *psicodélicos clássicos:* incluem Ácido Lisérgico (LSD), Psilocibina e Ayahuasca (DMT). Os psicodélicos clássicos se caracterizam por serem moduladores importantes do sistema serotoninérgico (agonistas dos receptores 5-HT_{2A} e 5-HT_{2C}). Os efeitos positivos descritos podem incluir aumento de criatividade, aumento das percepções visuais (alucinações), desrealização e despersonalização, experiências místicas diversas (principalmente no uso da Ayahuasca em contextos religiosos) e aumento do bem-estar e satisfação com a vida. Os efeitos negativos mais comumente descritos são ansiedade e labilidade do humor;
- *MDMA (metilenodioximetanfetamina):* é um agonista do receptor 5-HT_{2A} e um antagonista das bombas de recaptação de serotonina, dopamina e noradrenalina. Os efeitos incluem euforia, bem-estar,

sensação de sentido na vida e pouco efeito perceptual (alucinações). Efeitos colaterais incluem ansiedade e irritabilidade;

- *cetamina:* é um anestésico inicialmente de uso hospitalar, que foi identificado por ser um potente antidepressivo (Ballard *et al.*, 2014; Wilkinson *et al.*, 2018). Seu mecanismo de ação é um pouco diferente, pois age no sistema glutamatérgico como um potente antagonista NMDA. Os efeitos agudos incluem desrealização, despersonalização, alucinações, podendo causar hostilidade e ansiedade.

A Figura 1, na sequência, apresenta as estruturas moleculares dos principais psicodélicos.

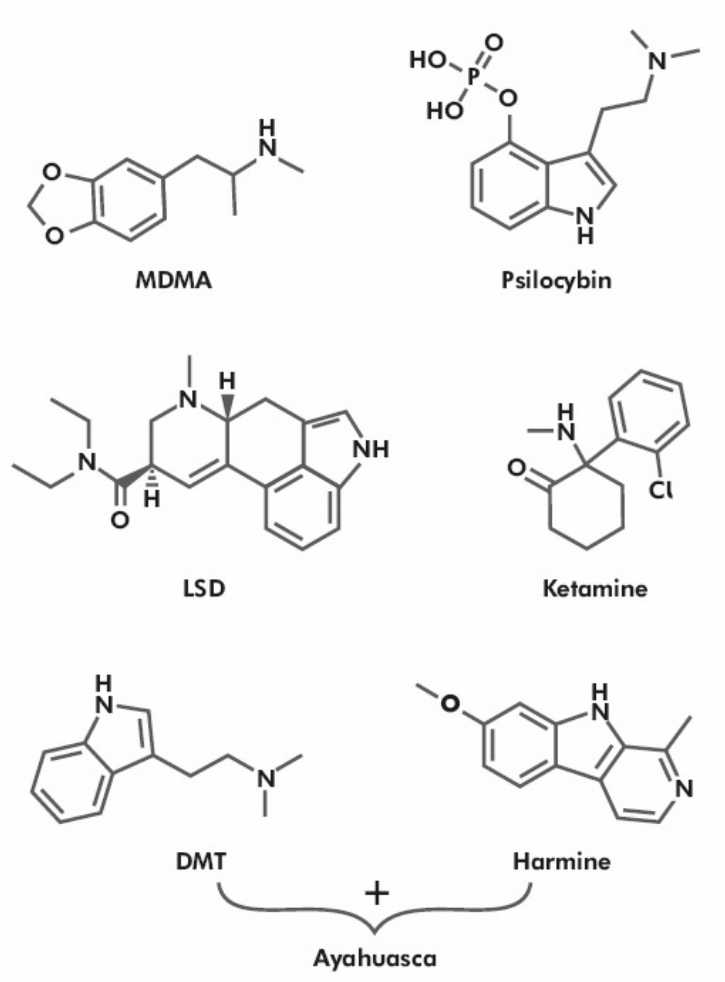


Figura 1 – Estruturas moleculares dos principais psicodélicos
Fonte: Reiff *et al.* (2020).

Como podemos observar, os psicodélicos têm em comum os efeitos agudos na sensopercepção, principalmente sintomas dissociativos. Além deles, existem efeitos importantes no aumento do bem-estar, na empatia e no sentido da vida, por isso têm sido utilizados como tratamento para quadros depressivos por muito tempo, algo que iremos discutir a seguir.

Neurobiologia do transe

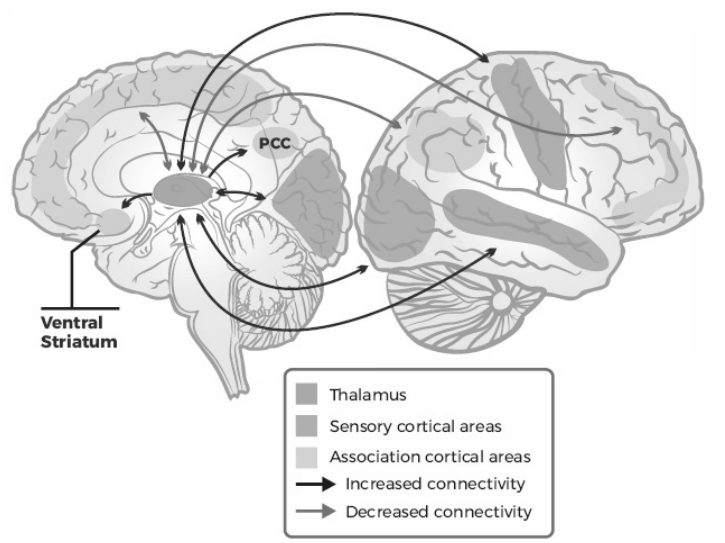


Figura 2 – Neurobiologia do uso de psicodélicos/transe
Fonte:Vollenweider e Preller (2020).

Para fazermos um paralelo com os fenômenos de transe, utilizaremos a Figura 2, a seguir, que descreve a ação cerebral dos psicodélicos.

No geral, a experiência psicodélica de transe inclui: a) diminuição na ativação de áreas relacionadas ao processamento cognitivo integrativo (áreas azuis); b) aumento na ativação de áreas relacionadas ao processamento sensório (áreas roxas); e c) redução da ativação do tálamo (área vermelha), ligada à integração dos estímulos internos e externos. Todas essas alterações de maneira síncrona levam a um aumento da percepção das sensações internas e do processamento sensorial; sem controle das áreas corticais (ligadas ao pensamento mais "organizado"), culminando na experiência de transe.

Transe, psicodélicos e tratamento em saúde mental

Há muito tempo, os psicodélicos têm sido utilizados para o tratamento dos transtornos mentais (Nichols, 2016), com especial importância aos transtornos de humor. Entretanto, somente há alguns anos que esse tema tem tomado corpo dentro da comunidade científica, com diversos ensaios clínicos randomizados (ECR) sendo realizados utilizando tais compostos (Reiff *et al.*, 2020;Vollenweider; Preller, 2020).

Existem diversos ECR sendo realizados com o uso de LSD, Psilocibina, MDMA e Ayahuasca em Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, ansiedade, transtorno por uso de tabaco, transtorno por uso de álcool e transtorno por uso de outras drogas (Reiff *et al.*, 2020). É importante salientar, entretanto, o uso já estabelecido de cetamina para depressão resistente ao tratamento e para comportamento suicida (Wilkinson *et al.*, 2018; Dadiomov; Lee, 2019; Watts *et al.*, 2021). Tal substância é inclusive liberada pela Anvisa para uso intranasal e está disponível para uso em território brasileiro.

Há três formas de aplicação dos psicodélicos em saúde mental: a) uso em altas doses sem psicoterapia assistida; b) uso em altas doses com psicoterapia assistida; c) uso em baixas doses diárias. De todos os usos, a forma de uso em altas doses com psicoterapia assistida é a que mais possui evidência de eficácia. A forma consiste em um uso supervisionado de altas doses do psicodélico (doses suficientemente capazes de produzir um estado de transe) e a realização de uma sessão de psicoterapia durante o transe. É uma forma similar encontrada nos fenômenos religiosas do uso de Ayahuasca. Ainda carecem estudos de dose adequada, periodicidade ou de segurança, mas os resultados iniciais parecem promissores.

Os riscos do uso de psicodélicos

É importante salientar que os psicodélicos são uma das classes mais seguras de substâncias ilícitas utilizadas. Como toda substância, há o risco de intoxicação aguda (“overdose”), o qual pode levar à morte. Entretanto, sobre o uso crônico, há evidência de que os psicodélicos não causam dependência e não estão associados a um aumento de transtornos mentais, incluindo risco

de suicídio (Johansen; Krebs, 2015), muito embora recente estudo tenha ido contrário a esse fato (Shalit; Rehm; Lev-Ran, 2019).

Os efeitos adversos sérios são extremamente raros, sendo o efeito colateral do uso crônico mais temido o chamado "Transtorno Perceptivo Persistente" (TPP) (APA, 2014), ou o que socialmente se chama de "flashbacks". O TPP se caracteriza por rememorações da alteração perceptual causada pelos psicodélicos (por exemplo, alucinações) e se assinala por mudanças permanentes nos receptores ligados a tais substâncias.

Transe, psicodélicos e espiritualidade

O leito ávido pelo conteúdo em medicina e espiritualidade deve estar desapontado pelo conteúdo mais clínico-biológico dado a este capítulo. Nos próximos parágrafos, tentaremos unir o conhecimento científico com algumas elocubrações ligadas à sutileza da matéria, para permitir que o leitor possa também mergulhar nas suas próprias ideias e convicções.

A experiência psicodélica com fenômeno de transe, discutida neste capítulo, pode ser entendida de diversas formas. A mais conservadora é que tais substâncias permitem uma maior abertura aos sentidos internos e externos, permitindo ao mesmo tempo ter uma percepção ampliada do que acontece ao redor e uma capacidade introspectiva elevada, culminando em percepções vívidas de realidades subjetivas profundas, que seriam experiências inconscientes das experiências múltiplas de nossas vidas. De fato, tal explicação é real, evidenciada pelos relatos de indivíduos com traumas pregressos que conseguem trazê-los à tona, elaborá-los e melhorar de seus diversos sintomas físicos e psíquicos.

Entretanto há outra possibilidade etiológica para tais fenômenos. A explicação seria a de que a substância permitiria o contato com realidades expandidas (metafísicas), as quais permitiriam contato com seres desencarnados (Espíritos), contato com memórias de vidas passadas, ou revelações de possíveis experiências futuras (premonições). Assim como na primeira explicação, diversos relatos corroboram tal hipótese (Pedersen; Copes; Gashi, 2021). Apesar de limitada, há evidência de que indivíduos que

usam psicodélicos e têm experiências místicas conseguem uma maior remissão de seus sintomas (Ko *et al.*, 2022).

Conclusão

Em suma, psicodélicos são utilizados por séculos, tanto de forma recreativa quanto de forma terapêutica. Apesar de seguro, seu uso não é ausente de riscos, razão pela qual sugerimos que sua utilização seja supervisionada por médicos ou líderes religiosos (por exemplo, Ayahuasca). Há debate ainda sobre onde encontra-se o principal fator terapêutico do uso de psicodélicos: se no seu mecanismo farmacológico ou no seu potencial de causar transe. Esse potencial ainda permite outro debate: será que a experiência mística é o principal fator terapêutico? Tais perguntas ainda carecem de respostas, mas é fato de que o transe por uso de psicodélicos é algo que merece muita atenção da nossa parte.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: DSM-5. Tradução de Maria Inês Correa Nascimento *et al*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BALLARD, Elizabeth D.; IONESCU, Dawn F.; VOORT, Jennifer L. Vande *et al*. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *Journal of Psychiatric Research*, v. 58, p. 161-166, 2014.

DADIOMOV, David; LEE, Kelly. The effects of ketamine on suicidality across various formulations and study settings. *The Mental Health Clinician*, v. 9, n. 1, p. 48-60, 2019.

JOHANSEN, Pål-Ørjan; KREBS, Teri Suzanne. Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: a population study. *Journal of Psychopharmacology*, v. 29, n. 3, p. 270-279, 2015.

KO, Kwonmok; KNIGHT, Gemma; RUCKER, James J.; CLEARE, Anthony J. Psychedelics, Mystical Experience, and Therapeutic Efficacy: A Systematic Review. *Front Psychiatry*, v. 13, p. 917199, 2022.

NICHOLS, David E. Psychedelics. *Pharmacological Reviews*, v. 68, n. 2, p. 264-355, 2016.

PEDERSEN, Willy; COPES, Heith; GASHI, Liridona. Narratives of the mystical among users of psychedelics. *Acta Sociologica*, v. 64, n. 2, p. 230-246, 2021.

REIFF, Collin M.; RICHMAN, Elon E.; NEMEROFF, Charles B. *et al.* Psychedelics and Psychedelic-Assisted Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, v. 177, n. 5, p. 391-410, 2020.

SHALIT, Nadav; REHM, Jürgen; LEV-RAN, Shaul. Epidemiology of hallucinogen use in the U.S. results from the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions III. *Addictive Behaviors*, v. 89, p. 35-43, 2019.

TRANSE. *In:* MICHAELIS Dicionário on-line da Língua Portuguesa. 2023. Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/. Acesso em: 30 abr. 2023.

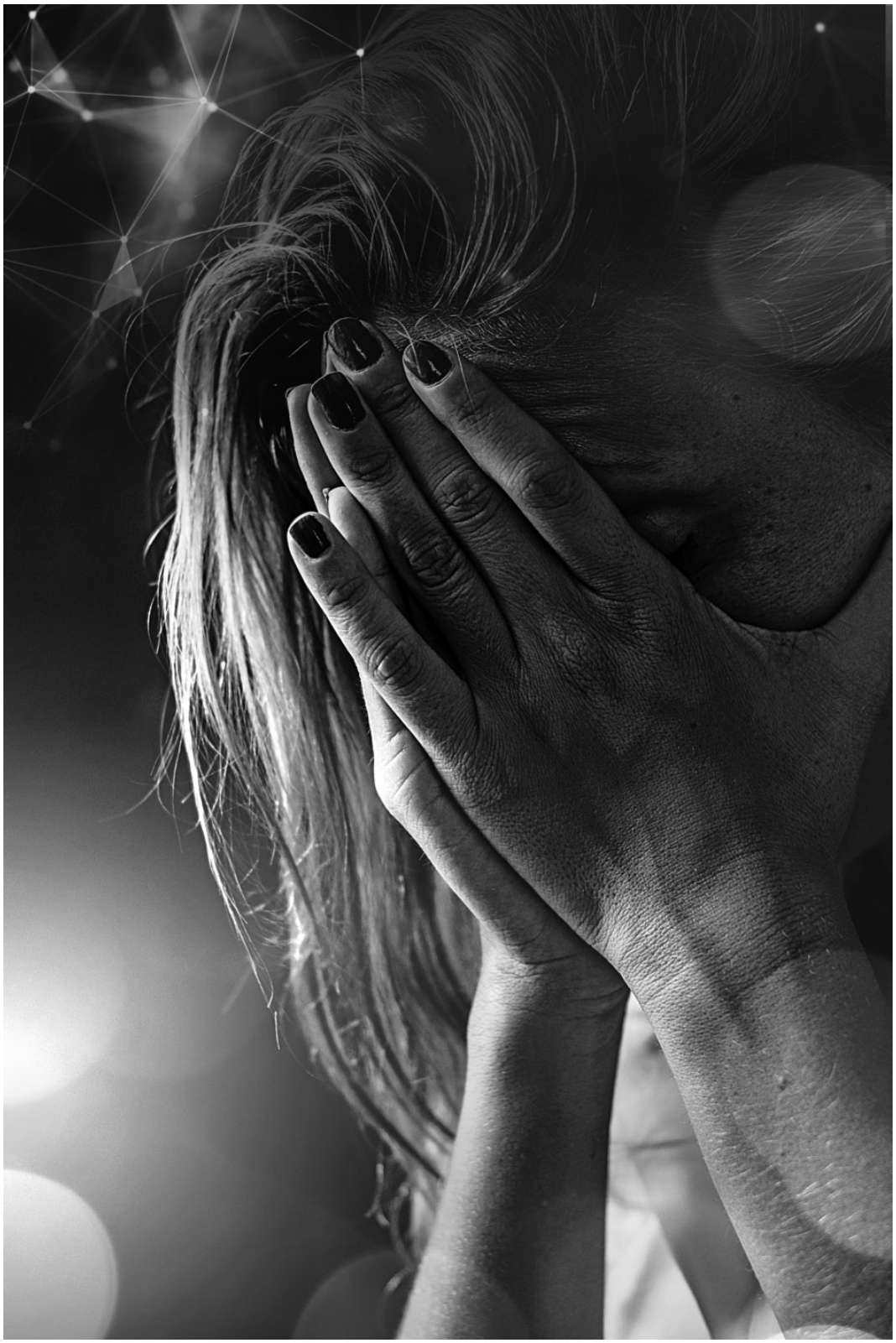
VOLLENWEIDER, Franz X.; PRELLER, Katrin H. Psychedelic drugs: neurobiology and potential for treatment of psychiatric disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 21, n. 11, p. 611-624, 2020.

WATTS, Devon; GARCIA, Frederico D.; LACERDA, Acioly L. T. *et al.* Intranasal esketamine and the dawn of precision psychiatry. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 44, n. 2, 2022.

WILKINSON, Samuel T.; BALLARD, Elizabeth D.; BLOCH, Michael H. *et al.* The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, v. 175, n. 2, p. 150-158, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision.* 2022. Disponível em: https://icd.who.int/en. Acesso em: 30 abr. 2023.





7.
Comorbidades psiquiátricas e obsessivas

Roberto Lúcio Vieira de Souza
Alejandro Victor Daniel Vera

"[...] as imperfeições morais dão azo à ação dos Espíritos obsessores"
(Kardec, 1996, cap. 20).

A maneira como um profissional trabalha com dependências químicas está diretamente ligada às crenças que esse indivíduo tem sobre a viciação e as pessoas dependentes. É muito comum falar de uma visão com evidências clínicas sobre a temática, mas a verdade é que, numa perspectiva de longo prazo, todas as técnicas são válidas e as suas eficácias não são tão positivas quanto tentam passar para o portador de dependências e seus familiares, pois, em geral, as pesquisas premiam um curto prazo de tempo. Quando a observação se estende por um tempo maior, aumenta o número de recaídas e, dessa forma, os diversos modelos de assistência tendem a ter um resultado semelhante.

O objetivo de uma medicina baseada na filosofia espírita tem que estar focado numa visão de transcendência, assim, mesmo que agora não seja possível alcançar intentos tão longos, é fundamental ter a ideia de que a abordagem correta para medir a saúde, segundo Emmanuel (2013, cap. V), é "[...] a perfeita harmonia da alma [...]".

Mesmo profissionais que se dizem vinculados a uma visão espiritual atuam como se as teorias reducionistas e materialistas fossem o referencial para essa abordagem, esquecendo-se de que a causa de todos os males que o Espírito vive, na dimensão que nos encontramos, é o egoísmo, que é na verdade a desconexão da criatura do seu Criador, devido ao descumprimento da lei natural ou divina.

Nessa perspectiva, todos os quadros nosológicos catalogados pelos tratados e compêndios médicos são excrecências em nível orgânico das diversas patologias espirituais, oriundas do egoísmo, as quais comprometem a tessitura energética das estruturas espirituais que comandam a formação do corpo físico. Os quadros de dependências não são exceção dessa regra.

Dentro dessa abordagem mais ampla e mais profunda, o adoecimento é algo transcendente. Nesse sentido, as dependências, sejam químicas ou emocionais, e todas as outras formas catalogadas de adoecimento humano são, na verdade, comorbidades de um mal maior. Sendo assim, é preciso entender que a viciação, como qualquer manifestação das dificuldades humanas, tem como o sinal mais evidente, segundo observado na resposta da questão n. 895 de *O livro dos Espíritos*, "o interesse pessoal" (Kardec, 2008, cap. XII).

Deve-se compreender também que toda e qualquer manifestação doentia do homem não se propõe a castigá-lo, e sim serve de instrumento pedagógico de uma "pedagogia divina"; embora a compreensão real desse mecanismo fuja à compreensão da grande maioria da humanidade e mesmo de muitos estudiosos do espiritualismo. Nesse contexto, este capítulo vai abordar as comorbidades diversas que se vinculam aos quadros das dependências químicas, dando uma ênfase especial aos processos obsessivos espirituais.

É interessante evidenciar aqui que, embora na jornada evolutiva que a humanidade se encontra os processos vivenciais, sejam eles quais forem, tendem a resultados semelhantes a uma "redução de danos", a proposta divina trazida por Jesus é a de "abstinência total", como é possível entender no seu ensinamento: "Vá e não peques mais" (João 8:11). Lembrar também de que o maior medicamento diante do egoísmo é o amor, não só o autoamor da parte dos dependentes, mas do amor que advêm dos seus entes queridos e dos profissionais que lidam com essas pessoas.

A neutralidade (que vem mesclada de frieza e distanciamento) da parte de profissionais é compreensível para quem se retrata às escolas acadêmicas da medicina, da psicologia e das neurociências. No entanto, um profissional da saúde espírita deve entender que a ferramenta do amor, nesses casos retratada

como compaixão, é o principal recurso de sua prática, fugindo de todas as formas de desculpismos que o coloquem numa situação não compatível com os ensinos cristãos.

É importante uma reflexão do que seja compaixão. Ao contrário do sentimento de pena, que apequena a criatura que recebe a ajuda, a compaixão é uma atitude terapêutica que envolve uma compreensão do ser em suas limitações e possibilidades, onde ocorre uma assistência na qual os instrumentos presentes possibilitam que o próprio indivíduo adoecido ou necessitado construa os seus recursos para sua melhoria e crescimento. Há um respeito pela criatura como essência divina, um entendimento da existência do livre-arbítrio e um movimento para o apoderamento daquele que busca e aceita o auxílio.

Conceitos

Especialmente neste capítulo, serão abordados dois conceitos: comorbidades e obsessão espiritual (certamente, outros conceitos fundamentais para o tema central da obra foram ou serão abordados em outros capítulos, mais estruturados para tal).

Comorbidade

Segundo o *DICIO – Dicionário Online de Português*, comorbidade é a

> Associação de duas ou de várias doenças que aparecem de modo simultâneo em um mesmo paciente: hipertensão e diabetes são comorbidades ligadas à obesidade. Condição da pessoa que apresenta, ao mesmo tempo, mais de uma doença. Presença de mais de uma ou de várias doenças na mesma pessoa; comorbilidade.

Assim, quando falamos de comorbidades relacionadas à dependência química, vamos falar das principais doenças que se apresentam com o quadro, seja como mais uma patologia ou que tenham uma vinculação direta com o transtorno. Podem ser desencadeadas pela viciação crônica e persistente ou agravadas pela presença dessas substâncias e seus efeitos deletérios no organismo, em especial no sistema nervoso.

Obsessão espiritual

Segundo Allan Kardec, a obsessão espiritual "é o domínio que alguns Espíritos logram adquirir sobre certas pessoas" (Nobre, 1997, p. 14). Na verdade, essa definição é a mais clássica e a mais citada, mas reduz muito a realidade do fenômeno, suas nuances e as graves consequências advindas desse processo, em que as duas partes estão diretamente envolvidas, num processo de simbiose, advindo de afinidades e sintonias, onde não é possível falar de uma vítima e um algoz.

É importante observar que todo o processo se inicia em uma auto-obsessão, ou seja, num comprometimento moral da pessoa que é entendida como vítima, sem uma resolução da culpa interna, a partir de posturas que retratam o egoísmo humano e suas excrecências. Ressaltamos que, ao nos referirmos a comprometimento moral, não existe da nossa parte qualquer objetivo de julgamento do indivíduo, mas simplesmente a constatação da ação infeliz, presente em todos nós de formas diversas, que tem consequências para a criatura, a partir do entendimento de que toda ação tem uma reação de igual força e sentido contrário. Nesse caso, a reação dirigida pela lei natural ou divina objetiva a recondução da criatura ao caminho de conexão com Deus.

Tal atitude associada a um sentimento de culpa adoecido, ao qual chamamos de remorso (que se origina do verbo *remoer* – portanto, um movimento sentimental em torno de um núcleo, sem qualquer resultado, que não seja o sofrimento), abre brecha para a atuação de adversários ou Espíritos levianos ou zombeteiros, os quais passam a agir sobre o sentimento e o pensamento do outro, buscando agravar ou desencadear uma situação de sofrimento e infelicidade. É importante lembrar que a obsessão pode envolver um ou mais Espíritos (portanto, desencarnado[s]) com uma pessoa ou mais; pode ser a atuação de um encarnado sobre um desencarnado ou pode acontecer ainda entre criaturas desencarnadas.

A obsessão espiritual é um caminho de mão dupla. É importante compreender que não existem vítimas e algozes. Todos nós que passamos pelo processo obsessivo somos responsáveis pelo acontecimento, pois agimos e reagimos uns contra os outros. No caso das dependências, é muito comum que portadores e familiares busquem justificativas em terceiros, sejam os

desencarnados (obsessores) ou os encarnados (os colegas de vício ou os traficantes). No entanto, esse posicionamento não é verdadeiro e muito menos terapêutico.

É fundamental entender a importância do elemento social (seja físico ou espiritual), mas não transferir a responsabilidade pelo uso ou abuso das substâncias químicas ou do transtorno claramente definido para um terceiro. Todo adoecimento é da criatura, e o processo de construção de saúde é da responsabilidade primeira do próprio portador.

As principais comorbidades clínicas

Realçamos que os quadros aditivos envolvem inúmeras substâncias químicas, com variados efeitos e, consequentemente, com repercussões variadas, ampliando intensamente o número possível de conformidades, impossibilitando um relato detalhado dos quadros, num capítulo que apresenta uma limitação para o texto.

Apresentamos, a seguir, um relato sumário desses processos clínicos, vinculando-os às substâncias utilizadas, para conhecimento do leitor, com uma dedicação específica para o processo obsessivo espiritual, dentro do objetivo maior da publicação:

- principais comorbidades associadas à dependência ao álcool: esquizofrenia; transtornos bipolares; transtornos depressivos e ansiosos; comprometimento da imunidade e câncer.
- comorbidades relacionadas à *cannabis*: maior predisposição ao uso de outras drogas e maior comorbidade com outras dependências químicas; aumento da necessidade de acompanhamento em saúde mental e hospitalização; transtornos depressivos, ansiosos, transtornos de conduta e tentativas de autoextermínio; transtorno bipolar tipo I; transtornos de personalidade (antissocial, paranoide e obsessiva compulsiva); transtornos de déficit de atenção e hiperatividade; transtornos respiratórios;
- comorbidades relacionadas com os alucinógenos: transtornos por uso de outras substâncias; transtornos depressivos, ansiosos e bipolares; transtornos de personalidade antissocial; abuso e uso de outras substâncias;

- comorbidades relacionadas com substâncias inalantes: outros transtornos por uso de substâncias; transtornos de conduta na adolescência; transtornos de personalidade antissocial; ideação suicida e tentativas de autoextermínio;
- comorbidades associadas ao transtorno por uso de opioides: infecções virais e bacterianas; outros transtornos de uso de substâncias; depressão; insônia; transtornos de personalidade antissocial; transtornos de conduta na infância e adolescência;
- comorbidades associadas aos transtornos de uso de agentes sedativos, hipnóticos e ansiolíticos: outros transtornos de abuso de substâncias; personalidade antissocial; transtornos depressivos; transtornos de ansiedade; transtornos bipolares;
- comorbidades associadas aos transtornos por uso de estimulantes: outros transtornos de uso de substâncias; transtornos de estresse pós-traumáticos; transtornos de personalidade antissocial; transtornos de déficit de atenção e hiperatividade; transtornos de jogo; problemas cardiopulmonares; outros quadros orgânicos dependentes do tipo de estimulante;
- comorbidades associadas ao transtorno de uso do tabaco: doenças cardiovasculares; doença pulmonar obstrutiva crônica; câncer; intensifica problemas perinatais, baixo peso do feto e aborto espontâneo; outros transtornos de uso de substâncias; depressão TDAH; transtornos bipolares; transtornos de personalidade.

Obsessão espiritual e dependência química

"Apenas seremos atingidos
nas fraquezas que necessitamos fortalecer"
(Ângelis, 2016).

A obsessão espiritual, embora ainda não considerada pela ciência terrestre, no capítulo da dependência química pode ser considerada uma das principais comorbidades existentes. O olhar integral possibilitado pela Doutrina dos Espíritos permite ao profissional da saúde considerar as ações externas que extrapolam o olhar reducionista da psiquiatria vigente no constructo de um diagnóstico clínico. Espiritualizar o olhar pela cosmovisão

espírita leva ao entendimento que tratar do dito dependente é tratar igualmente das associações existentes em torno daquele considerado como dependente.

Allan Kardec brinda um conceito clássico de obsessão espiritual e classifica, conforme o entendimento da época, em obsessão simples, fascinação e subjugação, seja esta última moral ou física. Com o tempo, na evolução do conhecimento espiritual, André Luiz (2004) amplia a classificação com o auxílio dos inúmeros benfeitores espirituais conhecidos da extensa obra do médico espiritual. A obsessão, em seu olhar, pode ser dividida em dois grandes grupos, de natureza anímica ou espirítica. Cada um deles possui inúmeras subdivisões.

Não é do escopo deste capítulo aprofundar a classificação da obsessão com suas consequentes subdivisões, mas, sim, apontar a complexidade desse fenômeno usual com o qual se convive no dia a dia e pode ser fator desencadeante ou agravante de uma patologia de ordem psíquica e emocional, com suas repercussões orgânicas, tal qual a dependência química. Em todo caso, mais além do tipo de obsessão existente, o desejo central do indivíduo o qual apresenta como foco determinada substância é essencial para que se dê o processo obsessivo.

É justamente tal desejo, ou "tentação", no termo evangélico empregado por Jesus na imortal prece do *Pai Nosso*, que mobiliza o Espírito de acordo com suas imperfeições, permitindo-se a excessos os quais podem determinar caminhos dolorosos devido às associações obsessivas. Nesse ponto em específico, envolvendo um ponto de interseção entre encarnado e desencarnado, é interessante a explicação encontrada na obra *Ação e reação* (Luiz, 2004) sobre o tema "desejo central".

Desejo central

Como citado, o desejo central representa o foco de determinado indivíduo na busca de algo, no caso do dependente químico, que "dialogue" com as profundezas de suas instâncias psíquicas, favorecendo a emersão de conteúdo que o favoreça. Esse favorecimento pode ser destrutivo, ou não. Sem dúvida, no que diz respeito ao usuário de substância, existe um

movimento autodestrutivo, afastando-o do planejamento maior de sua existência, que é transcender às próprias limitações.

O Espírito Leonel, da obra *Ação e reação* (Luiz, 2004), que se mantinha nas sombras da ignorância, explica que o desejo central caracteriza o reflexo dominante da personalidade encarnada. Por intermédio disso, Espíritos que se mantêm nas ações obsessivas aproveitam-se desse aspecto para superalimentar o desejo por meio de excitações constantes, fortalecendo o quadro existente no campo imaginal. Não só isso, também são criados outros, num processo hipnótico, mobilizando o ser na busca de seus excessos.

Sobre isso, Leonel completa:

> [...] a obsessão não passa de um estado anormal da mente, subjugada pelo excesso de suas próprias criações a pressionarem o campo sensorial, infinitamente acrescidas de influência direta ou indireta de outras mentes desencarnadas ou não, atraídas por seu próprio reflexo (Luiz, 2004, p. 136).

Assim, entende-se que cada ser é tentado por aquilo que alimenta em si mesmo. O obsediado se torna o sol que possibilita com que outros astros gravitem ao seu redor, influenciando e sendo influenciado, conforme as leis maiores de ação e reação. Daí, entre as subdivisões existentes na classificação favorecida por André Luiz (2007), destaca-se, no campo das viciações, a chamada "possessão partilhada", caracterizando a parceria existente no vício manifesto do obsediado, também existente no obsessor. Nesse caso, obsediado também é obsessor e vice-versa.

Possessão partilhada

A "possessão partilhada" é indicada por André Luiz (2007) na obra *Sexo e destino*, tendo como personagem Cláudio Nogueira. Este, em íntima relação com um Espírito desencarnado, busca no álcool o cumprimento do seu desejo central. É interessante notar, conforme as palavras do instrutor Félix, que em nenhum momento Cláudio fora constrangido a tal uso pela entidade. Estabeleceu-se verdadeira parceria, em que ambos apresentam quotas semelhantes de responsabilidade. André Luiz (2007, p. 100) assim expressa-se:

> O verbo *enrodilhar-se*, na linguagem humana, figura-se o mais adequado à definição daquela ocorrência de possessão partilhada, que se nos apresentava ao exame, conquanto não exprima, com exatidão, todo o processo de enrolamento fluídico, em que se

> imantavam. E afirmamos "possessão partilhada", porque, efetivamente, ali, um aspirava ardentemente aos objetivos desonestos do outro, completando-se, euforicamente, na divisão da responsabilidade em quotas iguais.

Encarnados e desencarnados, nessa condição, estão perfeitamente afinados na comunhão de forças inferiores que os mobilizam, havendo, como consequência, repercussões psíquicas, emocionais e orgânicas, considerando-se as estruturas mais sutis do ser, como o perispírito, até as mais grosseiras, relativas ao corpo físico. O tratamento, assim, deve ser integral, buscando, primordialmente, a conscientização do indivíduo que se permite ao uso de substâncias. A terapêutica espiritual, especificamente da desobsessão, é trabalho complementar ao oferecido no campo da medicina e psicologia, sem jamais vitimizar o paciente, colocando-o na posição de obsediado. Este, em essência, na parceria do vício, apresenta responsabilidade importante nesse quesito.

Referências

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). *Após a tempestade.* Psicografado por Divaldo Franco. 12. ed. Salvador: Leal, 2016.

BÍBLIA SAGRADA. *O Novo Testamento*. Tradução de H. D. Dias. Brasília, DF: FEB, 2013.

COMORBIDADE. *In:* DICIO – Dicionário Online de Português. 2023. Disponível em: https://www.dicio.com.br/comorbidade/. Acesso em: 30 abr. 2023.

EMMANUEL (Espírito). *O consolador*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 29. ed. Brasília, DF: FEB, 2013.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos*. 91. ed. Tradução de Guillon Ribeiro. Brasília, DF: FEB, 2008.

_____. *O livro dos médiuns*. Araras, SP: IDE, 1996.

LUIZ, André (Espírito). *Sexo e destino*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. 31. ed. Brasília, DF: FEB, 2007. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 12).

_____. *Ação e reação*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 26. ed. Brasília, DF: FEB, 2004. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 9).

NOBRE, Marlene. *A obsessão e suas máscaras:* um estudo da obra de André Luiz. 15. ed. São Paulo: FE Editora, 1997.





8.
Dependência química e suicídio

Alejandro Victor Daniel Vera

"Todas as coisas me são lícitas, mas nem todas convêm [...]"
(1 Coríntios 6:12).

O suicídio

O termo "suicídio" é conhecido desde o século XVII, e suas variadas definições encerram a ideia central de causar a própria morte de maneira intencional. Trata-se de um dos maiores flagelos da humanidade, que traduz o ápice do sofrimento psíquico, emocional e espiritual do ser. Milhares de pessoas, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), ceifam suas vidas todos os anos, alcançando cifras que superam a 700 mil.

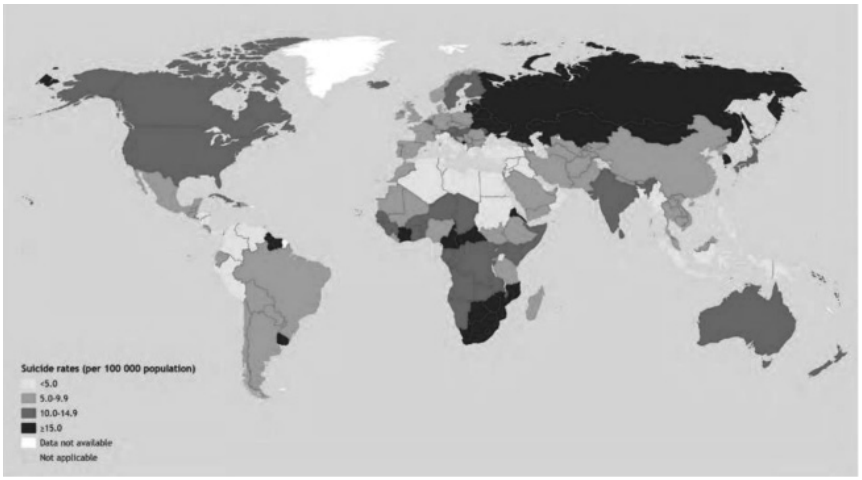
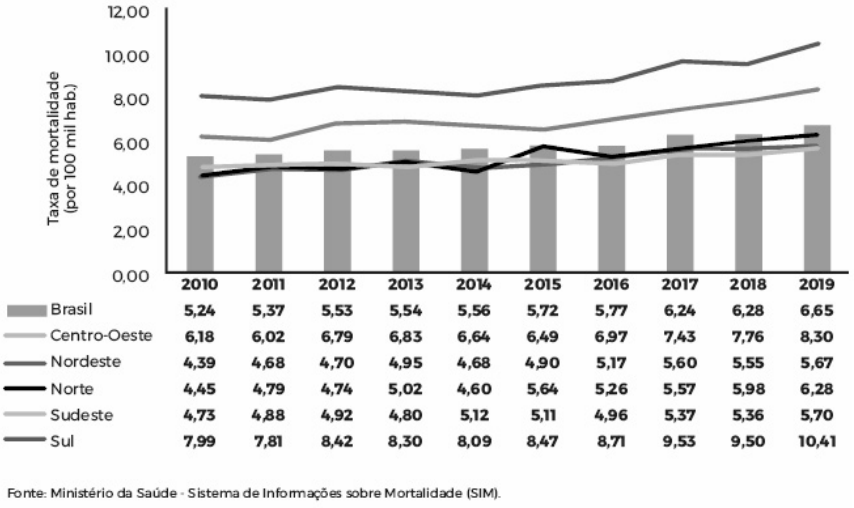


Figura 1 – Coeficiente de suicídio por 100 mil habitantes, ambos os sexos, 2019
Fonte: WHO (2021, p. 4).

Sabe-se que, por ano, morre-se mais pelo suicídio do que a soma das mortes ocorridas por guerras e homicídios. Trata-se da quarta causa de morte entres jovens de 15 a 29 anos de idade e a quarta entre jovens de 15 a 19

anos. Também é importante salientar que 77% das mortes ocorrem em países pobres ou em desenvolvimento, indicando uma relação estreita entre pobreza/miséria e transtornos mentais.

Em todo caso, entre os anos 2000 e 2019, a taxa global de suicídio, padronizada por idade, diminuiu em 36%, excetuando-se as Américas, em que houve um crescimento de 17%. No Brasil, nesse mesmo período, ocorreram 112.230 mortes, indicando um aumento de 43%. A análise das taxas de mortalidade ajustadas nesses anos demonstrou aumento do risco de morte por suicídio em todas as regiões do país. Entre as com as maiores taxas, encontram-se as regiões Sul e Centro-Oeste.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Brasil	5,24	5,37	5,53	5,54	5,56	5,72	5,77	6,24	6,28	6,65
Centro-Oeste	6,18	6,02	6,79	6,83	6,64	6,49	6,97	7,43	7,76	8,30
Nordeste	4,39	4,68	4,70	4,95	4,68	4,90	5,17	5,60	5,55	5,67
Norte	4,45	4,79	4,74	5,02	4,60	5,64	5,26	5,57	5,98	6,28
Sudeste	4,73	4,88	4,92	4,80	5,12	5,11	4,96	5,37	5,36	5,70
Sul	7,99	7,81	8,42	8,30	8,09	8,47	8,71	9,53	9,50	10,41

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Figura 2 – Evolução das taxas de mortalidade por suicídio, ajustadas por idade, 2010 a 2019
Fonte: Brasil (2021, p. 2).

Problemas de saúde pública

Falar sobre dependência química e suicídio é abordar temáticas que se configuram como dois grandes problemas de saúde pública. Tanto um quanto outro, na particularidade dos seus universos, apresentam pontos de interseção que justificam um olhar integrado. O dependente químico, em si, expressa movimentos autodestrutivos importantes os quais podem ser interpretados como "suicídio inconsciente", conforme apontado a André Luiz em *Nosso Lar* ao indicar que excessos do Espírito encarnado aceleram um retorno não planejado à Pátria Espiritual.

Mais além do "suicídio inconsciente", o uso de substâncias também está diretamente relacionado ao suicídio propriamente dito. Pode-se apresentar como fator predisponente ou gatilho, portanto, está associado ao maior risco de tirar a própria vida. O dependente químico, além disso, apresenta traços característicos de personalidade relacionados a comportamento impulsivo, sobrepondo-se ao risco aumentado de suicídio. É importante entender, além disso, que tanto o suicídio quanto a dependência química são, com frequência, permeados de forte julgamento moral e religioso.

Com isso, na junção dessas duas questões saturadas de vulnerabilidades, estigmas de preconceitos, faz-se necessária a compreensão do quão complexo é a abordagem e o manejo clínico de alguém nessa condição. A falta de credibilidade e as falsas crenças em relação ao suicídio podem provocar comportamentos negligentes, não se atentando aos diversos princípios que fazem parte da relação entre uso de substâncias e suicídio.

Nesse sentido, diversos são os fatores envolvidos no ato suicida os quais se referem aos sociais, culturais, econômicos, psíquicos, biológicos e, essencialmente, espirituais. Entre tantos, destacam-se os transtornos mentais, responsáveis pela quase totalidade do número de mortes. Tem-se, por ordem de prevalência, os transtornos do humor (sobretudo transtornos depressivos e transtorno afetivo bipolar), transtornos relacionados ao uso de substâncias, esquizofrenia e transtornos de personalidade.

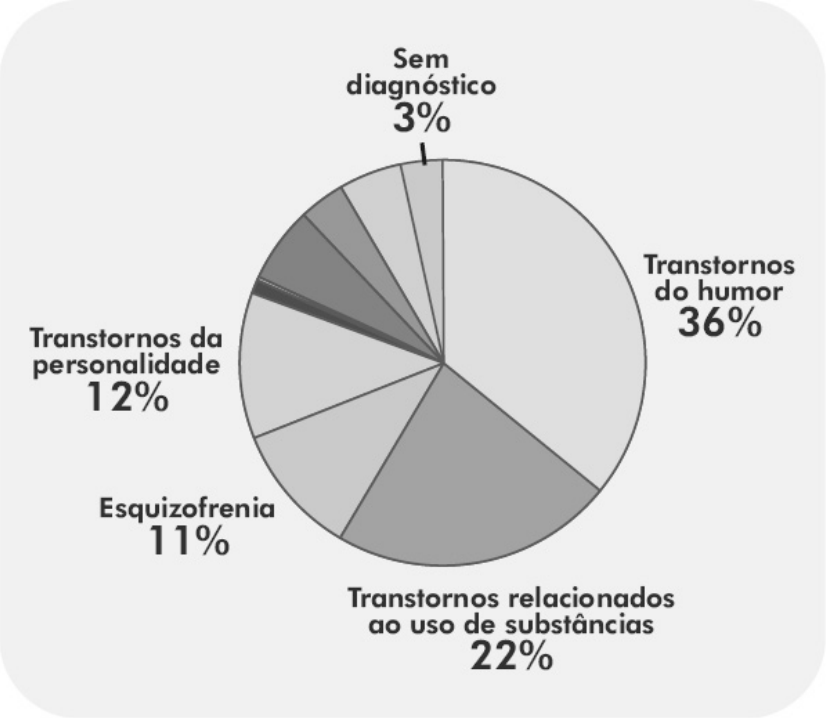


Figura 3 – Transtornos mentais associados ao suicídio
Fonte: Botega (2015, p. 134).

De fato, os estudos indicam, tal qual apontado na Figura 3, forte correlação do consumo de drogas e o suicídio. Pessoas portadoras de transtornos relacionados ao uso de álcool apresentam 8 a 10 vezes mais chances de morrer por suicídio, independentemente da presença de outras comorbidades psiquiátricas.

Usuários de drogas injetáveis apresentam risco aumentado em 14 vezes, também comparado à população geral. Já mulheres dependentes do uso de álcool estão 17 vezes mais propensas a cometer suicídio, e usuárias de drogas de uma maneira em geral, 84 vezes maior que a população geral se houve tentativa prévia.

Fatores biopsicossocioespirituais

Há diversas teorias que buscam explicar a relação entre uso de substâncias e suicídio. Em todo caso, há dois aspectos importantes em que o uso de drogas pode fazer parte: a predisposição e o gatilho. O transtorno por uso de substâncias é caracterizado pela sua cronicidade, afetando diversas áreas

da vida do indivíduo e predispondo ao suicídio. Por outro lado, a intoxicação aguda, diminuindo a capacidade de tomada de decisão, pode aumentar a impulsividade e limitar funções cognitivas, precipitando uma tentativa.

Em todo caso, a relação principal envolve a sobreposição de transtornos psiquiátricos e condições psicossociais. Hipóteses plausíveis, nesse sentido, seriam, por exemplo:

- teoria biológica: uso de substâncias causando maior vulnerabilidade e predisposição ao suicídio, favorecendo o surgimento de outros transtornos, como depressão, entre outros;
- teoria sociológica: o uso de substâncias prejudica as relações sociais, estando relacionado ao aumento do risco de suicídio;
- teoria interpessoal: a sensação de não pertencimento, somada à percepção de sobrecarga, aumentaria o risco de suicídio;
- teoria socioepidemiológica: além de fatores individuais, encontram-se os fatores sociais, culturais, ambientais e econômicos.

Tais teorias, sem dúvida, auxiliam no entendimento da complexidade envolvida entre o transtorno por uso de substâncias e o suicídio. No entanto, espiritualizando o olhar, sabe-se que o elemento dinâmico na relação com os aspectos biológicos, sociais, culturais, ambientais e econômicos é o Espírito o qual vivencia dramas que o condicionam aos excessos. Permite-se a prazeres transitórios, partilhando associações obsessivas que fortalecem tais hábitos, podendo-o levar ao suicídio propriamente dito ou ao suicídio indireto, fruto da inconsciência.

André Luiz (2008b) indica seu desencarne como consequência dos excessos entendidos como inconsciência de um suicida. O médico espiritual Henrique de Luna, no Serviço de Assistência Médica da colônia, afirma "É de lamentar que tenha vindo pelo suicídio" (Luiz, 2008b, p. 32). André reage contrariado, mas recebe instruções valiosas levando-o ao entendimento maior sobre hábitos e comportamentos. São registrados por Henrique de Luna os excessos de alimentação, bebidas alcoólicas e na área da sexualidade, afirmando que o suicídio era "incontestável". Ratificando tais ensinamentos, Emmanuel (2019, p. 146) afirma:

> O estado precário da saúde dos homens, nos dias que passam, tem o seu ascendente na longa série de abusos individuais e coletivos das criaturas, desviadas da lei sábia e justa da

> natureza. A civilização, na sua sede de bem-estar, parece haver homologado todos os vícios da alimentação, dos costumes, do sexo e do trabalho.

Os diversos abusos, entre eles do uso de substâncias, impactam o indivíduo o qual manifesta o excesso em doenças do corpo físico, psíquicas e emocionais. O ser esgota recursos energéticos, podendo encurtar sua estadia reencarnatória. Clarêncio explica a André Luiz (2008b, p. 35) que "centenas de criaturas se ausentam diariamente da Terra nas mesmas condições" de "suicida inconsciente". No entanto, perante o descontentamento do médico desencarnado, reforça: "Aproveita os tesouros do arrependimento, guarda a bênção do remorso [...] sem esquecer que a aflição não resolve problemas" (Luiz, 2008b, p. 35).

Em tais casos, entidades vampirescas, além de consumir os fluidos vitais de seus hospedeiros, alimentam ideias fixas por meio de imagens que causam pavor ao obsediado, muitas delas relacionadas a ideias de morte. Colabora-se, assim, para as frequentes tentativas, ademais de prejudicar a renovação do campo mental para novas ideias, pela constante ingerência fluídica, podendo manter o atordoamento para além da morte do corpo físico. Tal confusão mental pode ser fruto dessa ingerência mantida ao longo do tempo, ou mesmo como criação do próprio indivíduo o qual, não necessariamente, sofre as ações de entidades desencarnadas.

Consciente ou inconscientemente, tal qual ocorreu com André Luiz, os sofrimentos consequentes aos atos do suicídio são certos. No entanto, certeza maior é a misericórdia do Pai, que oportuniza a regeneração de todas as criaturas, ou seja, todos os Seus filhos. Calderaro, o instrutor de *No mundo maior*, afirma que "As regiões inferiores jamais estarão sem enfermeiros e sem mestres, porque uma das maiores alegrias dos céus é a de esvaziar os infernos" (Luiz, 2008a, p. 271).

Abordagem

Toda abordagem, em qualquer situação, deve ser permeada por profundo sentimento de respeito e empatia. Não pode haver julgamentos pautados em visões moralistas que reduzam o ser, sem a possibilidade de

alcançá-lo nas profundezas de sua alma com o objetivo maior de auxiliá-lo a vencer a si mesmo. Os excessos cometidos são, de alguma maneira, condicionados por alguém adoecido em instâncias psíquicas e emocionais que necessita de compreensão.

Estendem-se as mãos, abrindo o coração e entendendo os movimentos de quem busca no uso de substâncias preencher, muitas vezes, um vazio que impacta sua relação consigo, com o outro, com o mundo e com o sagrado. A partir disso, toda avaliação técnica é básica para saber a relação existente entre a(s) substância(s) utilizada(s), o impacto socioambiental, cultural, econômico e espiritual, tendo como consequência o risco do suicídio.

Com base nisso, é necessário oferecer tratamento multidisciplinar, contemplando, se possível, tratamento médico, psicológico, da terapia ocupacional, grupos de autoajuda, além de complementá-lo com o suporte espiritual. Havendo risco iminente de suicídio, deve-se contar com os serviços de urgência e emergência, além de espaços de internação hospitalar, manejando a crise instalada. O objetivo será sempre o cuidado com a integridade do ser, buscando potencializá-lo para que possa transcender a si mesmo, alcançando, no tempo, o destino de se tornar cada vez melhor.

Há assim pelo menos quatro "mandamentos" básicos na abordagem e no manejo clínico com os pacientes usuários de substâncias e, potencialmente, tentantes do suicídio:

- proteger a vida: havendo potencial risco de suicídio, é essencial uma tomada rápida de decisão, oferecendo ao paciente um ambiente acolhedor e seguro que seja eficaz no intuito de retirá-lo da crise;
- não minimizar a tentativa de suicídio: em nenhuma hipótese deve ser desprezada uma tentativa de suicídio que, em primeira análise, possa não parecer fatal. É sabido que 60 a 75% dos que cometeram suicídio já procuraram um médico 1 a 6 meses antes da morte, e a chance de cometer suicídio é 30% maior naqueles que já tentaram pelo menos uma vez;
- demonstrar empatia: evitar julgamentos e confirmar que se está disposto a ajudar e a escutar são atitudes essenciais para uma boa abordagem. Questionar sobre ideias de suicídio é indispensável e não significa que sugestionará o outro nesse sentido;

- avaliar fatores de risco e proteção: a identificação de tais fatores pode melhorar a orientação e conduta a ser tomada. Inclusive, pode ser necessária a internação quando existir ideação com planejamento, verbalização do plano suicida e se não houver ideação suicida, mas há vários fatores de risco presentes e falta de suporte familiar ou social adequado.

Referências

AGUIAR, Paulo Rogério Dalla Colletta de; DURGANTE, Carlos Eduardo Accioly (org.). *Psiquiatria iluminada:* as contribuições de André Luiz pela psicografia de Chico Xavier. São Paulo: AME-Brasil, 2021.

BOTEGA, Neury J. *Crise suicida:* avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. *Boletim epidemiológico*, v. 52, n. 33, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em: 30 abr. 2023.

DAMIANO, Rodolfo F.; LUCIANO, Alan Campos; CRUZ, Isabella D'Andrea G. da; TAVARES, Hermano (ed.). *Compreendendo o suicídio*. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

EMMANUEL (Espírito). *Emmanuel*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 28. ed. Brasília, DF: FEB, 2019.

LUIZ, André (Espírito). *No mundo maior*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 26. ed. Brasília, DF: FEB, 2008a. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 5).

_____. *Nosso Lar*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 60. ed. Brasília, DF: FEB, 2008b. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Suicide worldwide in 2019:* global health estimates. 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643. Acesso em: 30 abr. 2023.





9.
Farmacologia na dependência química

Leandro Barbosa Nunes

"A dose certa diferencia um veneno e um remédio"
(Paracelso).

A farmacoterapia é uma das estratégias mais estudadas e empregadas no tratamento da dependência química. Seu uso se destina tanto a prevenir ou minorar sintomas da abstinência como tratar a fissura e as comorbidades, normalmente presentes em usuários de substâncias psicoativas. Atuando de forma adjuvante às outras práticas multidisciplinares, tem proporcionado um cenário mais favorável ao tratamento e uma melhora na qualidade de vida dos pacientes (Fonseca; Lemos, 2011, p. 25-34).

Embora a relação da humanidade com as drogas seja bastante antiga, as propostas terapêuticas, dentro do paradigma médico, surgem somente no final do século XIX e início do XX. Com o avanço de descobertas nos campos neuropsicológicos da dependência química, a partir de 1950, o emprego de medicamentos passa a ganhar mais espaço e, aos poucos, vai assumindo papel importante no tratamento de algumas drogas. Atualmente, embora a existência de limitações e a necessidade de muitas respostas, a farmacoterapia mostra-se como relevante estratégia de tratamento.

No campo orgânico

A complexidade existente nos processos que envolvem a dependência química é um reflexo da complexidade humana. Ao se falar de terapêutica, essa realidade não deve ser negligenciada, ensejando assim o emprego de propostas que estabeleçam um olhar plural, orientado ao ser, e não unicamente ao transtorno.

Nesse sentido, o entendimento sobre o ser apresentado por Kardec amplia nossa perspectiva diante da experiência humana, possibilitando melhor compreensão e possibilidade de ação diante das verdadeiras necessidades e potencialidades que trazemos. O despertar para a realidade espiritual, contudo, não ofusca a atenção à matéria, pelo contrário, nos ajuda a melhor compreender seu papel e a relação existente entre essas dimensões. No ser encarnado, os elementos Espírito, perispírito e corpo reagem um sobre o outro, de modo que os estados de saúde e doença podem ser compreendidos como expressões da harmonia ou parcial desarmonia existente entre eles. Dessa forma, a busca por estratégias terapêuticas mais completas deve considerar as características e a propriedade dos três elementos, oferecendo a cada um o estímulo de recurso salutar que lhe é próprio (Kardec, 2019).

> 97 – Se as enfermidades são de origem espiritual, é justa a aplicação dos medicamentos humanos, a cirurgia etc. etc.? O homem deve mobilizar todos os recursos ao seu alcance, em favor do seu equilíbrio orgânico. Por muito tempo ainda, a Humanidade não poderá prescindir da contribuição do clínico, do cirurgião e do farmacêutico, missionários do bem coletivo. O homem tratará da saúde do corpo, até que aprenda a preservá-lo e defendê-lo, conservando a preciosa saúde de sua alma. Acima de tudo, temos de reconhecer que os serviços de defesa das energias orgânicas, nos processos humanos, como atualmente se verificam, asseguram a estabilidade de uma grande oficina de esforços santificadores no mundo. Quando, porém, o homem espiritual dominar o homem físico, os elementos medicamentosos da Terra estarão transformados na excelência dos recursos psíquicos, e essa grande oficina achar-se-á elevada a santuário de forças e possibilidades espirituais junto das almas (Emmanuel, 2017, cap.V).

Para que usar medicamento no tratamento da dependência química?

Os avanços na compreensão dos mecanismos neurobiológicos da adicção, como as alterações nas vias de recompensa encefálica, têm propiciado o emprego de estratégias medicamentosas na dependência química. A farmacoterapia conversa com uma série de fatores, nem todos ainda bem compreendidos, que a permite atuar de diferentes formas, em diferentes momentos e etapas. Esse processo envolve uma série de variáveis que vão desde o tipo de medicação empregada, com suas propriedades e possibilidades de uso, até o tipo de droga e seu impacto no organismo. De

uma forma simplificada, descrevemos aqui alguns processos possíveis de atuação dos medicamentos:

- *minimizar a síndrome de abstinência* – a síndrome de abstinência caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que surgem após a diminuição ou interrupção do uso de algumas substâncias. Esse quadro apresenta efeitos desagradáveis e, por vezes, é um fator que complica ou desmotiva o início do tratamento. Nesse sentido, o tratamento farmacológico busca aliviar ou minimizar o desconforto, prevenir complicações da abstinência e aumentar as possibilidades de vínculo do paciente com o tratamento;
- *tratamento de comorbidades* – um estudo epidemiológico desenvolvido por universidades norte-americanas demonstrou uma importante presença de diagnósticos psiquiátricos em indivíduos dependentes de álcool e outras substâncias (Regier *et al.*, 1990). Os transtornos psiquiátricos mais comumente associados ao consumo de álcool ou outras drogas foram: transtornos do humor, com 26%, transtorno de ansiedade, 28%, transtornos da personalidade antissocial, em 18%, e esquizofrenia, com 7%.

  O TDAH, em adultos, apresenta uma relação de 32-53% com uso de álcool e de 8-32% de outras substâncias, como maconha e cocaína (Souza; Oliveira, 2005). Em paciente com transtorno da personalidade borderline, a prevalência de uso de substância é de 76% (Zaleski *et al.*, 2006). Essa associação não tem sua origem totalmente compreendida, mas acredita-se que está relacionada a fatores genéticos, a gatilhos ambientais, à relação com circuitos cerebrais comuns ou a uma busca de alívio para sintomas pertencentes ao transtorno mental. Reconhecer e dispensar atenção e tratamento de forma integrada ao consumo de substância e para o transtorno mental são formas de se melhor cuidar da dependência química;
- *ação adjuvante às intervenções psicossociais* – diversos estudos apontam que independentemente do transtorno, a combinação de abordagens farmacológicas e psicoterápicas tem propiciado a obtenção de respostas mais efetivas no tratamento da dependência química (Feeney *et al.*, 2002). Não deve atuar de forma única, mas, sim, complementar às intervenções como: terapia de grupo, terapia

individual, grupos de mútua ajuda, terapia conjugal, permitindo ao paciente um estado de maior equilíbrio que o favoreça às práticas do processo psicoterápico de transformação. Como sinaliza o Dr. Juliano em *Transtornos psiquiátricos e obsessivos*:

> Felizmente, a farmacologia conseguiu sintetizar diversas substâncias que mantêm o paciente em parcial equilíbrio, permitindo-lhe uma vida social relativamente normal, desde que permaneça em tratamento cuidadoso. Nessa ocasião, o discernimento pode induzi-lo à renovação moral, à mudança de comportamento, que lhe trarão benefícios muito maiores, reduzindo a intensidade da doença em face da melhora espiritual do doente (Miranda, 2012, p. 115).

- *implicações extrafísicas* – se dentro do campo de observação da ciência estabelecem-se relações seguras de benefícios do uso da medicação baseado em alterações neuronais geradas pelo estímulo de substâncias psicoativas, no campo das interfaces com o mundo espiritual também são descritas ações da farmacoterapia auxiliando na recuperação de circuitos nervosos desestruturados em ações obsessivas;

> Naturalmente que os caros amigos concordarão com as terapêuticas convencionais acadêmicas que vimos aplicando, ou sugerem alguma alteração? Estamos de pleno acordo com os processos terapêuticos em uso na clínica – elucidou Dr. Ignácio – Não ignoramos que muitos pacientes, vítimas de transtornos fisiológicos uns e outros de ordem psicológica, necessitam do atendimento nos moldes que vêm recebendo, ao mesmo tempo reconhecendo a necessidade de outros mais serem libertados do alcoolismo, da drogadição, dos imensos conflitos que lhes caracterizam os distúrbios pelos procedimentos habituais. Certamente confirmamos que todos eles são Espíritos enfermos em processo de reabilitação moral, fragilizados em decorrência dos delitos perpetrados que geraram as causas atuais das próprias aflições. No caso dos obsidiados, como efeito das perturbações espirituais que padecem, experimentam descontrole dos mecanismos nervosos e do pensamento, para cuja recuperação os tratamentos normais irão produzir excelentes resultados por auxiliar os equipamentos em destrambelho, recompondo o que a insidiosa energia penetrante desorganizara. Cessada a interferência espiritual, ficam os efeitos do trâmite encerrado, requerendo ajustamento e renovação (Miranda, 2012, p. 95).

Tratamento farmacológico

Embora o avanço científico que vem ocorrendo na farmacoterapia, muitas drogas ainda não possuem um tratamento medicamentoso específico. De um modo geral, as abordagens medicamentosas buscam agir nos processos neurológicos alterados pelo abuso de substância. Sua ação pode estar relacionada ao reforço positivo, buscando o bloqueio ou a redução da

sensação de prazer, ou ao reforço negativo, buscando aliviar os sintomas da abstinência (Furst; Riba; Al-Khrasani, 2013, p. 189-205).

Dentre as estratégias de emprego da medicação, encontramos a terapia aversiva, a terapia de substituição e a terapia para fissura. Na terapia aversiva, temos como exemplo o uso do Dissulfiram no tratamento para dependência de álcool. A ingesta de álcool por pacientes em uso dessa medicação provoca intenso mal-estar, levando a uma repulsa ao uso da droga. Na terapia de substituição, busca-se substituir a droga de abuso, que possui ação curta e assim necessidade de uso mais frequente para manutenção do efeito, por um fármaco de ação mais longa e de posologia controlada. Isso acontece no emprego da metadona para casos de abuso de opioides e na reposição de nicotina no tratamento do tabagismo. Já a terapia para fissura busca usar medicações que reduzem o desejo pelo uso da substância, como a Naltrexona.

A seguir, buscaremos trazer algumas propostas farmacológicas mais bem estudadas e indicadas para uso, contudo vale ressaltar que muitos medicamentos na prática clínica são utilizados *off label*, tal prática se justifica pelos benefícios apresentados em relatos científicos preliminares, embora sem estudos robustos e pela experiência clínica do prescritor (Lin, 2014).

Álcool – Síndrome de Dependência de Álcool

A Síndrome de Dependência de Álcool (DAS) é uma condição clínica caracterizada pelo uso do álcool de forma prioritária na vida, trazendo com isso prejuízos clínicos, familiares, sociais e laborais, estando comumente associada a acidentes e violência. Nesses casos, vale ressaltar, que as estratégias farmacológicas necessitam de boa adesão, com o uso regular das medicações prescritas, para que se consiga a eficácia desejada. Assim, intervenções e orientações que ajudem o paciente a manter o uso correto da medicação são importantes de serem adotadas pelo médico.

Dissulfiram

O Dissulfiram tem como proposta inibir o uso de álcool por meio do conhecimento prévio que seu uso juntamente com álcool provoca reações desagradáveis. Seu mecanismo de ação envolve a inativação da enzima acetaldeído-desidrogenase, que é a responsável por converter acetaldeído em ácido acético. Com isso, ao se fazer uso de álcool, teremos um acúmulo de acetaldeído, o que causa uma reação de intenso mal-estar caracterizado por náusea, vômito, rubor facial, sudorese, precordialgia, taquipneia e fadiga. Em uso de grande quantidade de álcool, esses sintomas podem progredir para confusão mental, hipotensão arterial, rebaixamento de consciência e, em situações mais graves, coma e morte.

O tratamento se inicia com 500 mg/dia por 1 a 2 semanas, passando para 250 mg/dia como dose de manutenção. É importante que o uso da medicação seja iniciado após 12 horas da última ingesta de álcool (Diehl *et al.*, 2010). Seus principais efeitos adversos são queixas gástricas, tontura, letargia, cefaleia e cansaço.

Naltrexona

A Naltrexona é um antagonista opioide, que age bloqueando a liberação dos opioides endógenos, tornando o uso do álcool menos prazeroso.

No início do tratamento, usa-se 25 mg/dia por 7 dias, buscando diminuir efeitos adversos, e após esse período, passa-se para 50 mg/dia, sendo realizado por um período de 12 semanas. O tratamento de manutenção precisa ser avaliado de forma regular e ser usualmente combinado com intervenções psicossociais (Diehl *et al.*, 2010). Sua contraindicação está em casos de reação alérgica, no uso concomitante com opioides, em casos de insuficiência hepática ou hepatite aguda. Os efeitos colaterais mais comuns são: ansiedade, cefaleia, insônia, tontura, náusea e vômito (Cordioli; Gallois; Isolan, 2015).

Acamprosato

O Acamprosato é um medicamento aprovado pela Food and Drug Administration (FDA), agência reguladora ligada ao Departamento de Saúde

do governo norte-americano, para tratamento da dependência do álcool e prevenção de recaídas. Contudo, na prática clínica, tem se demonstrado menos efetivo que o Dissulfiram (Diehl *et al.*, 2010).

O tratamento varia em doses de 4 comprimidos para paciente com menos de 60 kg e 6 comprimidos para pacientes com mais de 60 kg, fracionados em três vezes ao dia. Não deve ser ingerido com as refeições, pois tem sua absorção prejudicada (Saivin *et al.*, 1998). Seu uso é contraindicado em insuficiência hepática grave, insuficiência renal e hipersensibilidade ao fármaco.

Topiramato

O Topiramato, embora ainda não seja aprovado pela FDA para o tratamento da dependência de álcool, tem se apresentado como uma possibilidade terapêutica na dependência química.

O tratamento preconizado se inicia com doses de 25 mg/dia, passando por aumento gradual em 3 a 8 semanas, até chegar a 300 ou 400 mg/dia. Seu uso está contraindicado na gravidez e em casos de hipersensibilidade ao medicamento (Cordioli; Gallois; Isolan, 2015).

Nicotina

O tratamento para tabagismo consegue maior efetividade quando se associa a estratégias de aconselhamento e medicação. Assim, métodos como Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e terapia comportamental breve, considerados de primeira linha, mostram-se mais eficazes quando estão associados a estratégias medicamentosas e a grupos de autoajuda. Existem duas categorias de medicamentos quando pensamos em estratégias de interrupção do uso de tabaco: os nicotínicos e os não nicotínicos.

Tratamento farmacológico com nicotina

A indicação da TRN objetiva atenuar os sinais e sintomas da síndrome de abstinência causados pela súbita interrupção da nicotina. Existem, atualmente, diferentes formas de TRN: adesivos transdérmicos, dropes ou

pastilha, goma de mascar, spray, inalador e comprimidos sublinguais. Os três primeiros são os mais encontrados e utilizados.

Adesivo de nicotina

O mecanismo de ação do adesivo de nicotina se dá via S-nicotina, que, ao chegar na circulação sistêmica, atua sobre os receptores colinérgicos nicotínicos no sistema nervoso central e periférico. Com o adesivo liberando a nicotina de forma lenta e contínua, busca-se reduzir os sintomas de abstinência e a fissura pelo cigarro, evitando recaídas.

É encontrado nas apresentações de 7, 14 e 21 mg, e deve ser prescrito de forma individualizada, considerando o grau de dependência, utilizando 1 mg para cada cigarro fumado. Doses maiores de 21 mg devem ser utilizadas a critério médico, considerando que não tenha contraindicação. O adesivo deve ser aplicado na região do braço ou tronco, protegida da exposição direta do sol, fazendo um rodízio do local de aplicação a cada 24 horas, de preferência na mesma hora do dia.

As contraindicações de uso estão estabelecidas para gestantes, lactantes, portadores de arritmias cardíacas ou de infarto agudo do miocárdio recente e doenças dermatológicas que impeçam aplicação do adesivo.

Gomas de nicotina

A goma de nicotina é encontrada nas apresentações de 2 e 4 mg, tem dose média diária de 8 a 12 gomas, sendo doses acima de 4 mg mais eficazes em fumantes com maior dependência de nicotina. O consumo deve ser por até 3 meses, quando se inicia a retirada gradual do medicamento. É muito eficaz nos picos de fissura, pois apresenta uma liberação rápida da substância, que é absorvida pela mucosa oral.

Sua utilização é simples, deve-se mastigar a goma com força, até sentir o sabor da nicotina ou um formigamento, a partir daí deve se repousar a goma até o formigamento passar. Esse processo deve ser repetido por um período de 30 minutos, tendo como maior limitador o gosto desagradável da goma.

As contraindicações são: incapacidade de mascar, arritmia grave, insuficiência arterial periférica, úlcera gastroduodenal, hipertensão, gestantes e lactantes.

Pastilhas de nicotina

A pastilha de nicotina possui propriedade farmacocinética similar à goma de mascar. Seu uso deve ser por 12 semanas, buscando minimizar os sintomas da abstinência de nicotina e favorecer o controle do desejo de fumar. São encontradas nas apresentações de 2 e 4 mg, e seu uso deve ser de uma pastilha de 1 em 1 hora ou de 2 em 2 horas, durante as seis semanas iniciais de tratamento. A partir da sétima semana até a décima, passa-se a utilizar uma pastilha de 2 em 2 horas ou de 4 em 4 horas. Na última etapa, deve-se usar uma pastilha de 4 em 4 horas ou de 8 em 8 horas até a décima segunda semana.

Tratamento farmacológico não nicotínico

Bupropiona

A Bupropiona é um antidepressivo e foi o medicamento não nicotínico que primeiro se mostrou eficiente no tratamento da dependência de nicotina. Seu mecanismo de ação envolve a inibição da recaptação de dopamina e noradrenalina, exercendo sua inibição mais intensa nos transportadores de dopamina e uma menor ação nos receptores pós-sinápticos. Ela age também como inibidor não competitivo dos receptores da acetilcolina.

O tratamento deve iniciar uma semana antes do paciente parar de fumar, com uso de 150 mg de Bupropiona por três dias, e a partir do quarto dia deve ser administrada duas vez ao dia, com intervalo de 8 horas entre as doses. O tratamento deve seguir por até 12 semanas, já se esperando resposta significativa na sétima semana. Suas principais contraindicações são: epilepsia, história de crises convulsivas, tumor cerebral, Acidente Vascular Cerebral (AVC), gravidez e lactação.

Nortriptilina

A Nortriptilina é um antidepressivo tricíclico que tem em seu mecanismo de ação a inibição da recaptação de dopamina e norepinefrina no SNC. O tratamento se faz com doses que se iniciam em 25 mg e podem chegar a 75 mg, somente depois de 2 a 4 semanas de início do tratamento se faz a suspensão do fumo. Embora seja entre os antidepressivos tricíclicos o que menos apresenta efeitos colaterais, seus principais efeitos colaterais são sonolência, constipação e boca seca.

Vareniclina

A Vareniclina é um medicamento desenvolvido especificamente para interrupção do tabagismo. É encontrado nas apresentações de 0,5 e 1 mg. Diferentemente de outros medicamentos, a Vareniclina possui duplo benefício. Agindo como agonista parcial do receptor de nicotina α4β2, auxilia minimizando os sintomas de abstinência e a fissura, além disso, devido ao efeito antagonista, reduz a satisfação após fumar. Sua contraindicação está associada à hipersensibilidade conhecida à Vareniclina.

Clonidina

A Clonidina, um agonista dos receptores adrenérgicos α-2, tem sua utilização recomendada para redução dos sintomas da síndrome de abstinência, como irritabilidade, ansiedade, cansaço e fissura causada pela nicotina e outras substâncias. Sua limitação se dá por conta de efeitos colaterais como boca seca, sedação e hipotensão, que dificultam ou impossibilitam seu uso.

Maconha

Os ensaios clínicos destinados a avaliar a eficácia de intervenções farmacológicas na dependência de maconha, até o momento, não apresentam resultados consistentes para recomendação de alguma estratégia medicamentosa. Assim, podemos afirmar que não existe ainda medicação que seja eficaz no tratamento da dependência de maconha.

Contudo, na busca por mudanças nesse cenário, vemos ampliar as pesquisas com substâncias que agem em receptor CB, propondo uma estratégia substitutiva como as usadas no tratamento da abstinência e dependência de nicotina e opioides (Nutt, 2005). Na prática clínica, o manejo farmacológico se direciona aos quadros de intoxicação aguda, nas psicoses induzidas por maconha e nas comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade e TDAH.

Intoxicação aguda

As alterações cardiovasculares como taquicardia, aumento da pressão arterial e a hiperemia conjuntival apresentam boa resposta ao uso de Propranolol (Laranjeira; Jungerman; Dunn, 1998). Já os sintomas psiquiátricos agudos podem ter várias apresentações. Os quadros psicóticos induzidos por *Cannabis* tratados por 4 semanas com Olanzapina 10 mg/dia e com Haldol 10 mg/dia não apresentaram diferença estatística em um estudo randomizado, duplo-cego, que comparava as duas medicações (MTP, 2004).

Os antipsicóticos e os benzodiazepínicos estão indicados no manejo de sintomas maníacos e depressivos agudos da intoxicação, contudo a persistência desses sintomas após o período de intoxicação pode indicar a necessidade do uso de estabilizadores do humor e de antidepressivos. Os benzodiazepínicos estão indicados também em quadros de ansiedade e, principalmente, nos ataques de pânico associados ao uso de maconha.

Cocaína/*crack*

Várias estratégias farmacológicas têm sido alvo de pesquisas na busca de um tratamento medicamentoso para a dependência de cocaína e *crack*, contudo, ainda não existe uma terapia medicamentosa específica com eficácia aprovada para esse tratamento. Na prática clínica, o emprego de medicamentos busca não só o controle da dependência, mas o cuidado das comorbidades psiquiátricas que normalmente estão presentes (Vocci; Elkashef, 2005).

Assim, se faz importante a utilização combinada e individualizada de diferentes abordagens terapêuticas, visando a uma melhor resposta ao tratamento.

Anticonvulsivantes

Medicamentos amplamente utilizados dada a ausência de potencial de abuso e pela boa resposta às comorbidades psiquiátricas, os anticonvulsivantes, como, por exemplo, Valproato de sódio, Carbamazepina, Topiramato, Gabapentina e Lamotrigina, não apresentaram diferenças significativas nos estudos quando comparados a placebo (Minozzi *et al.*, 2008).

Antidepressivos

Com sua capacidade de elevar os níveis de monoaminas, acreditava-se que os antidepressivos teriam importante papel no tratamento da dependência de cocaína, minimizando sintomas da abstinência e da fissura, contudo os estudos apresentam respostas contraditórias e até o momento não há evidências científicas que indiquem o uso de antidepressivos (Batki *et al.*, 1996).

Agonistas dopaminérgicos

Esses fármacos buscam diminuir os sintomas iniciais da abstinência da substância, já que agem nos menos receptores da cocaína, contudo com um potencial de abuso menor. Ainda são necessários mais estudos, mas os testes atuais se mostraram promissores (Diehl; Cordeiro; Laranjeira, 2019).

Antagonista dos canais de cálcio

O Modafinil apresenta propriedades estimulantes, mas com menor potencial de abuso que as anfetaminas. Foi examinado como possível medicamento para o tratamento da dependência de cocaína, porém sua eficácia não foi confirmada em estudos (Kampman *et al.*, 2015).

Antagonistas opioides

A Naltrexona é um medicamento utilizado na síndrome de dependência do álcool que apresenta resultados contraditórios em usuários de cocaína (Schmitz *et al.*, 2001).

Agente aversivo

O Dissulfiram apresentou melhora na adesão ao tratamento e maior tempo de abstinência de álcool e cocaína. Esse medicamento aumenta a concentração de dopamina e atua como agente aversivo que reduz o reforço positivo da cocaína (Carroll *et al.*, 2004).

Opioides

O tratamento mais utilizado para dependência de opioide busca a substituição de uma droga ilícita por um medicamento que possua ações farmacológicas semelhantes.

Agonistas opioides

Metadona

A Metadona é utilizada desde 1960 para o tratamento da dependência de heroína. Usada também como analgésico, é o medicamento mais estudado e prescrito na dependência de opioides.

Seu uso está indicado tanto para os sintomas de abstinência quanto para o período mais longo de manutenção do tratamento.

Os efeitos colaterais mais descrito são: náuseas, tontura, dependência e sedação.

LAAM

A Levometadil acetato é uma substância derivada da Metadona com boa eficácia no tratamento para dependência de opioides. Por possuir meia-vida mais longa que a Metadona, tem seu efeito mais prolongado. Seu uso deve ser em dias alternados ou três vezes por semana. Os efeitos colaterais

mais comuns são: retardo da ejaculação, constipação intestinal e agitação psicomotora.

Agonista-antagonista

Buprenorfina

A Buprenorfina é um agonista-antagonista, sendo agonista opioide em receptor mu e antagonista nos receptores kappa. Quando comparada à Metadona, apresenta menor potencial de dependência, além de possuir ação mais prolongada. Deve ser utilizada em dias alternados.

O tratamento para síndrome de abstinência se dá com doses baixas de 1 mg a 3 mg/dia, divididas em 4 a 5 tomadas, tendo seu início de ação em aproximadamente 2 horas. Os efeitos colaterais mais comuns são: sedação, náusea, vômito, cefaleia, depressão respiratória e vertigens (APA, 2008).

Antagonista opioide

Naltrexona

A Naltrexona é um antagonista opioide de ação prolongada que bloqueia o efeito prazeroso da droga, buscando assim a redução do uso. O tratamento deve ser iniciado entre 5 a 7 dias depois da suspensão da heroína, e deve se atentar em usuários ativos de heroína a possiblidade de desencadear síndrome de abstinência. É uma medicação bem tolerada, que não apresenta potencial de abuso e que tem como efeitos colaterais mais comuns: tontura, náusea, irritabilidade, fadiga e hepatotoxicidade.

Anfetamina

Dependência de anfetamina e metanfetamina

Até o momento, não existe terapia farmacológica para a dependência em anfetamina. Dentro dos medicamentos disponíveis, os que se mostraram

como promessa terapêutica, mas ainda necessitando de maiores evidências substanciais, são: Bupropiona, Mirtazapina, Modafinil e Naltrexona.

Conclusão

A possibilidade do uso de recursos farmacológicos no tratamento da dependência química nos apresenta as duas faces de uma mesma moeda. O quanto utilizamos do potencial de uma substância química, para o entorpecimento de nossos sentidos, o anestesiar de uma realidade indesejada ou o quanto a usamos de forma criteriosa para o restabelecimento do equilíbrio orgânico, é uma busca individual com suas naturais consequências. Para o médico, o emprego dessa estratégia, alicerçada em propósito ético e referendadas diretrizes terapêuticas, permite a melhor condução do seu potencial de auxílio, como afirmou Jerônimo a André Luiz (2014, p. 289): "Combinar aplicações químicas com as verdadeiras necessidades fisiológicas, constituirá, efetivamente, o escopo da Medicina no porvir".

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Compêndio 2006.* Porto Alegre: Artmed, 2008.

BATKI, Steven L.; WASHBURN, Allyson M.; DELUCCHI, Kevin; JONES, Reese T. A controlled trial of fluoxetine in crack cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 41, n. 2, p. 137-142, 1996.

CARROLL, Kathleen M.; FENTON, Lisa R.; BALL, Samuel A. *et al.* Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, v. 61, n. 3, p. 264-272, 2004.

CORDIOLI, Aristides V.; GALLOIS, Carolina B.; ISOLAN, Luciano (org.). *Psicofármacos:* consulta rápida. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

_____; _____; _____. *Tratamentos farmacológicos para dependência química:* da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DIEHL, Alexander; ULMER, Lisa; MUTSCHLER, Jochen *et al.* Why is disulfiram superior to acamprosate in the routine clinical setting? A retrospective long-term study in alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*, v. 45, n. 3, p. 271-277, 2010.

EMMANUEL (Espírito). *O consolador.* Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 29. ed. Brasília, DF: FEB, 2017.

FEENEY, Gerald F. X.; YOUNG, Ross Mc D.; CONNOR, Jason P. *et al.* Cognitive behavioral the rapy combined with the relapse-prevention medication acamprosate: are short-term treatment outcomes for alcohol dependent improved? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 36, n. 5, p. 622-628, 2002.

FONSECA, Vilma Aparecida da Silva; LEMOS, Tadeu. Farmacologia na dependência química. DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FURST, Zsuzsanna; RIBA, Pál; AL-KHRASANI, Mahmoud. New approach to the neurobiological mechanisms of addiction. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, v. 15, n. 4, p. 189-205, 2013.

KAMPMAN, Kyle M.; LYNCH, Kyle M.; PETTINATI Helen M. *et al.* A double blind, placebo controlled trial of modafinil for the treatment of cocaine dependence without co-morbid alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 155, n. 20, p. 105-110, 2015.

KARDEC, Allan (dir.). *Revista Espírita – Jornal de Estudos Psicológicos*. Ano X – 1867. Tradução de Evandro Noleto Bezerra. 4. ed. Brasília, DF: FEB, 2019. p. 85-86. Disponível em: https://www.febnet.org.br/wp-content/uploads/2012/06/WEB-Revista-Espirita-1867.pdf. Acesso em: 20 mar. 2023.

LARANJEIRA, Ronaldo; JUNGERMAN, Flávia; DUNN, John. *Drogas:* maconha, cocaína e crack. São Paulo: Contexto, 1998.

LIN, Shih-Ku. Pharmacological means of reducing human drug dependence: a selective and narrative review of the clinical literature. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 77, n. 2, p. 242-252, 2014.

LUIZ, André (Espírito). *Obreiros da vida eterna*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 35. ed. Brasília, DF: FEB, 2014. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 4).

MARIJUANA TREATMENT PROJECT RESEARCH GROUP (MTP). Brief treatments for cannabis dependence: Indias trom a ramdomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 72, n. 3, p. 455-466, 2004.

MINOZZI, Silvia; CINQUINI, Michela; AMATO, Laura *et al*. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 16, n. 2, 2008.

MIRANDA, Manoel Philomeno de (Espírito). *Transtornos psiquiátricos e obsessivos*. Psicografado por Divaldo Franco. Salvador: Leal, 2012.

NUTT, David. Cannabis antagonists: a new era of social psychopharmacology? *Journal of Psychopharmacology*, v. 19, n. 1, p. 3-4, 2005.

REGIER, Darrel A.; FARMER, Marcus E.; RAE, Donald S. *et al*. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*, v. 264, n. 19, p. 2.511-2.518,1990.

SAIVIN, Sylvie; HULOT, Thierry; CHABAC, Sylvie *et al*. Clinical pharmacokinetics of acamprosate. *Clinical Pharmacokinetics*, v. 35, n. 5, p. 331-345, 1998.

SCHMITZ, Joy M.; STOTTS, Angela L.; RHOADES, Howard M.; GRABOWSKI, John. Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine dependent patients. *Addictive Behaviors*, v. 26, n. 2, p. 167-180, 2001.

SOUZA, Cristiane C.; OLIVEIRA, Margareth da S. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em adolescente usuários de drogas. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, v. 99, n. 3, p. 10-17, 2005.

VOCCI, Frank J.; ELKASHEF, Ahmed. Pharmacotherapy and other treatments for cocaine abuse and dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 18, n. 3, p. 265-270, 2005.

ZALESKI, Marcos; LARANJEIRA, Ronaldo Ramos; MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli *et al*. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 28, n. 2, p. 142-148, 2006.



Parte 3


Tópicos de
interesse especial



10.
Família e prevenção

Cristina Fidalgo Affonso Pinheiro
Luiz Augusto de Azevedo Pinheiro

"Ninguém ignora tudo
Ninguém sabe tudo.
Todos sabemos alguma coisa
Todos nós ignoramos alguma coisa
Por isso aprendemos sempre"
(Paulo Freire, 1992).[1]

Conforme descrito na pergunta n. 167 de *O livro dos Espíritos*, a reencarnação serve como melhoramento progressivo da humanidade, constituindo-se em uma de suas finalidades. Assim, a cada reencarnação viemos para este educandário, o planeta Terra, para burilarmo-nos e aprendermos a conviver com nossos semelhantes, reconciliarmo-nos com pendências do passado, nos transformando em pessoas melhores. A família, nossa primeira escalada, serve de grande exercício para sanarmos os débitos anteriores e aprendermos o que é o amor verdadeiro, o amor que Jesus nos ensinou e clama.

No livro *SOS família*, família é definida como um grupamento de raça, caracteres e gêneros semelhantes, resultado de agregações afins. A família tem suas próprias leis a fim de que haja um respeito ético e recíproco entre seus membros, favorecendo, assim, a harmonia que deve vigorar (Ângelis; Espíritos diversos, 2013).

No mesmo livro ainda está citada a diferença entre uma casa e um lar. Casa é definida como sendo uma argamassa, algo material, enquanto lar é um local onde há renúncias, dedicação, silêncio e zelo entre todos que estão vinculados de forma afetiva. Formando uma família há um grupo de

Espíritos necessitados e desajustados com compromisso inadiável para a reparação, devido à reencarnação (Ângelis; Espíritos diversos, 2013).

No texto, "A Escola do coração", retirado do capítulo 53 do livro *Seara dos médiuns*, de Emmanuel (2014), consta que o lar na essência é a academia da alma. Dentro dele, todos os sentimentos funcionam por matérias educativas. E somente nela conseguimos compreender que as diversas posições afetivas, que adotamos na esfera convencional, são apenas caminhos para a verdadeira fraternidade que nos irmana a todos, no amor puro, em sagrada união, diante de Deus.

Joanna de Ângelis relata que os filhos são patrimônio superior que a Divindade nos concede por empréstimo, por meio dos liames que a consanguinidade enseja. Cita também que os filhos facultam o reajustamento emocional de Espíritos antipáticos entre si, a afeição entre os que se amam, experiências difíceis na estruturação evolutiva, merecendo investimento de amor, vigilância e sacrifício por parte dos genitores. Lembra ainda que os deveres dos pais em relação aos filhos estão inscritos na consciência, portanto, no compromisso do amor, devem estar o companheirismo, diálogo franco, a solidariedade, indulgência e energia moral de que os filhos necessitam ao longo do processo no qual irão adquirir valores éticos, espirituais, intelectuais e sociais. Nesse sentido, é essencial a lição dos exemplos e assistência constante (Ângelis; Espíritos diversos, 2013).

Quando a benfeitora fala sobre as crianças, alega que se trata de Espíritos em recomeço, momentaneamente esquecidos das realizações positivas e negativas que trazem de vidas passadas, empenhados na conquista da felicidade. Ao redescobrirem o mundo e se identificarem, tendem a repetir atitudes e atividades familiares em que se compraziam antes ou por meio do qual sucumbiram. Joanna de Ângelis nos lembra que o Evangelho é o maior repositório metodológico de educação, propondo uma dieta comportamental para toda a vida, e ratifica que textos evangélicos propõem condutas, elucidações, consolação e, principalmente, conforto (Ângelis; Espíritos diversos, 2013).

Na obra de Mario Sergio Cortella (2017), família é conceituada como o ponto inicial de formação do indivíduo, de sua socialização como ser

humano. Família, em suas mais diversas concepções, é unidade de afeto, território, convivência, sendo uma instituição participativa, e não democrática. Dentro da mesma definição, cita ainda que a responsabilidade dos adultos sobre aqueles que educam não é idêntica. Todos são iguais em termos de dignidade numa família, mas não têm as mesmas responsabilidades.

Na obra *Constelação familiar*, Joanna de Ângelis (2008) afirma que o destino da sociedade está indissoluvelmente ligado ao destino da família, pois esta constitui a base da civilização humana. No prefácio dessa obra, a benfeitora nos passa que: "vive-se na terra, nestes dias, injustificável agressão à constelação familiar, defluente dos transtornos e insatisfações que tomam as mentes e os corações juvenis".

Quando os jovens nascem e crescem sem orientação de seus tutores, em um lar desajustado e/ou disfuncional, têm lugar os hábitos e costumes que não são os que foram ensinados a eles e que se não coadunam com a moral do Cristo, nosso modelo e guia. Conforme o que aprendemos nos estudos das obras básicas espíritas, como *O Evangelho segundo o Espiritismo*, e na evangelização dos pais e filhos, incluindo o Evangelho no lar, como tutores, temos a obrigação de receber esses Espíritos como nossos filhos, amá-los, educá-los e conduzi-los para que se tornem pessoas de bem.

A educação constitui a chave do progresso moral e é um ato de amor. Ajudar o outro a evoluir é a meta que deve ser seguida. Quando esses jovens nascem e crescem em lares onde os pais/tutores primam em orientar seus filhos pelo bom caminho e no ensino do Evangelho e da Boa Nova de Jesus, a semente que é plantada germina em solo fértil, crescendo e frutificando. Quando isso é feito – mesmo que eles se afastem da Doutrina Espírita por um certo período de suas vidas, como durante os estudos, cursos universitários etc. –, terão a base já formada e, em tempos difíceis, saberão onde buscar ajuda e fonte que os fortaleçam, como também lhe ofertem fonte de ensinamentos. Isso é gratificante para seus tutores e aos olhos do nosso Mestre Jesus.

Conforme citado no livro *Fonte viva* (Emmanuel, 2015), no capítulo 157, intitulado "Crianças", não basta alimentar minúsculas bocas famintas ou agasalhar corpinhos enregelados. É imprescindível o abrigo moral que

assegure ao Espírito remanescente o clima de trabalho necessário à sua sublimação.

Na questão n. 385 de *O livro dos Espíritos* (Kardec, 2019), é relembrado que a infância tem a utilidade de permitir que os Espíritos só entrem na vida corporal para se aperfeiçoarem, para se melhorarem. Na idade infantil, encontram-se acessíveis aos conselhos da experiência e dos que devam fazê-lo progredir. É nessa fase que podem reformar os caracteres e reprimir os maus pendores.

Vamos ainda encontrar na obra *O Evangelho segundo o Espiritismo* (Kardec, 2013), em seu capítulo XIV, intitulado "Honrai a Vosso pai e a Vossa Mãe", que os Espíritos formam famílias onde há analogia de gostos, identidade do progresso moral e afeição que os induzem a reunir-se. Esses mesmos Espíritos em períodos encarnados se buscam para se juntarem como o fazem no Espaço, originando famílias unidas e homogêneas. No entanto, como não cumprem trabalhar apenas para si, Deus permite que Espíritos menos adiantados encarnem entre eles, para que possam receber conselhos e bons exemplos, para seu progresso.

Encontramos em Salles *et al*. (2019) que o lar onde há a presença de Deus e o respeito ao semelhante torna-se uma escola de valores imperecíveis e que, atualmente, a vulnerabilidade dos educandos está ligada à fragmentação familiar. Os autores citam ainda que a problemática dos vícios, que crescem a cada dia, não diz respeito apenas a questões do uso de drogas, mas o flagelo aumenta pelos vícios morais que se instalam na estrutura educativa equivocada.

No livro *O cérebro adolescente*, de Frances E. Jensen (2016, p. 32), encontramos uma descrição importante sobre o cérebro de um adolescente: "uma estrutura que, desde o nascimento à adolescência, leva um tempo enorme para se desenvolver". Vamos encontrar uma abundância de substância cinzenta (que forma os componentes básicos do cérebro) e um suprimento insuficiente de substância branca (tecido conectivo que ajuda as informações a fluírem com eficiência de uma parte do cérebro à outra). A autora cita ainda que os lobos frontais ocupam a parte mais anterior, e essa área se

relaciona com a função executiva, o julgamento, o discernimento e o controle dos impulsos.

Como o cérebro amadurece de trás para a frente, nos anos da adolescência, os lobos frontais são os menos maduros e conectados. São a fonte da consciência de nós mesmos e de nossa capacidade de avaliar perigos e riscos. Isso ajuda a explicar por que os adolescentes se postam de maneiras tão intrigantes e, muitas vezes, se ligam à tentação de consumir drogas e álcool, assim como praticar condutas arriscadas, sendo um período vulnerável da vida. Período esse que merece toda a atenção dos pais!

Mario Sergio Cortella (2017) alerta que a adolescência requer atenção dobrada de quem cuida, pois, mesmo não sendo uma doença, é um período que ocorre alteração do equilíbrio afetivo, oscilação hormonal, mudança de humor, enfim, é uma fase em que se modifica a forma de presença no mundo. O autor ainda refere que o jovem de 12 a 17 anos também demanda um cuidado maior. Deixa claro que cuidar de alguém é uma atividade de caráter permanente, mas nessa faixa é preciso dedicar-se mais.

Na obra *Limites sem trauma: construindo cidadãos*, Tania Zagury (2009) destaca que a criança que não aprende a ter limites para o seu querer, desejos e vontades, tende a desenvolver um quadro de dificuldades que vai se instalando, passo a passo, nas etapas a seguir:

- descontrole emocional, histeria, ataques de raiva;
- dificuldade crescente de aceitação de limites;
- distúrbios de conduta, desrespeito aos pais, colegas e autoridades, incapacidade de concentração, dificuldade para concluir tarefas, excitabilidade, baixo rendimento;
- agressões físicas se contrariado, descontrole, problemas de conduta, problemas psiquiátricos nos casos em que há predisposição.

Tania Zagury (2009) enfatiza que é necessária a atitude dos pais quanto ao equilíbrio e à segurança dos filhos, estabelecendo uma adolescência sem maiores problemas. No texto, a autora lembra que se deve acostumar os filhos a dizerem onde estarão e com quem. É importante destinar um tempo diário para conversar com eles, alertá-los sobre a possibilidade de receberem oferta de drogas e também da importância de os pais darem-lhes a segurança de

que, ao dizer "não", eles não perderão o amigo, deixando claro que eles devem recusar sempre. Afirma ainda que os pais devem falar claramente com os filhos sobre a questão da dependência das drogas.

No mesmo livro, vamos encontrar que a palavra final, em variadas situações, deve ser a dos pais, mas espera-se deles que sejam equilibrados e saibam discernir em quais situações têm esse direito. Espera-se, especialmente, que ao colocar em prática seus direitos, os pais não esqueçam dos direitos dos seus filhos:

- amor;
- segurança;
- respeito;
- igualdade de tratamento;
- justiça;
- disponibilidade de tempo dos pais.

Para Sandra Aamodt e Sam Wang (2013), outro comportamento típico do adolescente é a tendência de buscar novidades, talvez estimulada pelos sistemas de recompensa do cérebro. A dopamina é um neurotransmissor envolvido nessa ação e a causa de todos os nossos impulsos.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), evidencia bem essa impulsividade. Cerca de 63,3% dos estudantes de escolas públicas e particulares, entre 13 e 17 anos, já experimentaram bebida alcoólica, e mais de um terço deles (34,6%) provou pelo menos uma dose antes de completar 14 anos. As meninas são mais expostas a essa iniciação precoce: 36,8% contra 32,3% entre os meninos.

A pesquisa retrata a saúde de estudantes de todas as regiões do país e traz temas como violência, saúde mental e uso de drogas. Os dados se referem à realidade dos jovens antes da pandemia de Covid-19, cujas medidas de isolamento social e distanciamento físico do ambiente escolar podem ter agravado a situação. Para o gerente da pesquisa, Marco Andreazzi (*apud* IBGE, 2022), o uso de bebidas alcoólicas na adolescência está relacionado a problemas de saúde posteriores e aumenta as chances de consumo abusivo na idade adulta: "Os efeitos secundários incluem problemas renais, hepáticos,

cardíacos e de desenvolvimento cerebral. São efeitos muitos diversos e, quanto mais precoce for esse uso, maior o risco de doenças crônicas degenerativas que ocorrem em função desse uso prolongado".

Entre os estudantes que experimentaram bebidas alcoólicas, 47% disseram ter tido episódios de embriaguez. Esse percentual foi maior entre os estudantes de escolas da rede pública (47,6%) do que entre os da rede privada (43,4%). Cerca de 15,7% relataram a ocorrência de problemas em consequência de terem bebido, entre eles o conflito com a família ou amigos e a perda de aulas ou o envolvimento em brigas.

Entre as questões levantadas na pesquisa também estava o uso de bebidas alcoólicas pelos pais dos adolescentes. Mais da metade dos escolares de 13 a 17 anos (58,9%) respondeu que o pai, a mãe ou ambos consumiam esse tipo de produto, sendo os percentuais maiores no Sul (62,4%), no Centro-Oeste (61,9%) e no Sudeste (61,5%).

Outro aspecto levantado pela PeNSE foi a forma de obtenção de cigarro e bebidas alcoólicas. Apesar de a legislação proibir a venda desses produtos para menores de 18 anos, lojas, bares, botequim, padarias ou banca de jornal foram estabelecimentos apontados por 37,5% como o lugar onde obtiveram cigarros. Em relação às bebidas alcoólicas, a maioria dos escolares (29,2%) respondeu que conseguiu em uma festa, enquanto 26,8% disseram ter comprado no mercado, 17,7% obtiveram com amigos e 11,3%, em casa, com alguém da família (IBGE, 2022).

O percentual de jovens cuja primeira experiência com drogas ilícitas aconteceu antes dos 14 anos foi de 4,3%. Em 2015, havia sido de 4,2%. A proporção é maior também entre os alunos da rede pública (4,6%) do que entre os da rede privada (2,7%). "Na maioria das vezes, a iniciação é mais fácil na escola pública por conta do acesso mais facilitado. Nos escolares mais velhos, foi observado o acesso a recurso para compra. Isso se manifesta muito no álcool e, possivelmente, também no cigarro eletrônico" (Andreazzi *apud* IBGE, 2022). A pesquisa levantou ainda o percentual de escolares de 13 a 17 anos cujos amigos usaram drogas ilícitas na sua presença pelo menos uma vez nos 30 dias anteriores. Essa situação foi relatada por 17,5% dos escolares nessa

faixa etária. Para Andreazzi (*apud* IBGE, 2022), esse é um indicador de exposição à experimentação de drogas:

> Enquanto na experimentação do álcool existe, muitas vezes, a influência da família, na situação da droga ilícita e do cigarro, o consumo tem mais a ver com a situação do grupo em que o adolescente está inserido. Pode-se observar que o consumo do cigarro pelos pais caiu, ao passo que cresceu entre as meninas mais jovens.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o risco de uso abusivo de drogas é menor para o indivíduo pertencente a uma família integrada à sociedade e a ela mesma, pois conta com fatores protetivos, tais como viabilizar que o jovem esteja bem informado, tenha qualidade de vida, dificuldade ao acesso às drogas, convivência em lar harmônico, recebimento de alerta precoce dos pais, em especial das mães, e fatores associados à observação direta e clara dos danos físicos e morais decorrentes do envolvimento com as drogas.

Na pergunta n. 645 de *O livro dos Espíritos*, Kardec (2019) questiona se quando o homem se acha mergulhado na atmosfera do vício, o mal não se torna um arrastamento irresistível. Os Espíritos, então, respondem que o arrastamento sim, mas não irresistível, pois podemos nos deparar com Espíritos que tiveram força para resistir e que, ao mesmo tempo, receberam a missão de exercer boa influência sobre seus semelhantes. No capítulo 117 do livro *Pão nosso* (Emmanuel, 1996), encontra-se o alerta de que é impossível auxiliar quando ainda não se consegue ser útil nem mesmo a uma casa pequena, aquela que a Vontade do Pai nos situou.

Mediante a tudo que foi dito, chegamos ao final lembrando a importância da formação de uma rede de proteção ao redor desses jovens, que envolve a família, a religião, a atenção aos seus comportamentos, para que consigam crescer de forma saudável, longe dos vícios e resilientes para enfrentarem os embates que, porventura, apareçam. Sendo assim, é importantíssimo que a família não desista desse jovem e não meça esforços para ajudá-lo a continuar pelo bom caminho.

1 Adaptação da frase de Paulo Freire (1992) escrita no livro *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*.

Referências

AAMOODT, Sandra; WANG, Sam. *Bem-vindo ao cérebro do seu filho:* como a mente se desenvolve desde a concepção até a faculdade. São Paulo: Cultrix, 2013.

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). *Constelação familiar.* Psicografado por Divaldo Franco. Salvador: Leal, 2008.

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito); ESPÍRITOS DIVERSOS. *SOS família.* Psicografado por Divaldo Franco. Salvador: Leal, 2013.

CORTELLA, Mario Sergio. *Família:* urgências e turbulências. Porto Alegre: Cortez, 2017.

EMMANUEL (Espírito). *Fonte viva*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Brasília, DF: FEB, 2015. (Coleção Fonte Viva, 4).

_____. *Seara dos médiuns*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Brasília, DF: FEB, 2014.

_____. *Pão nosso*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Brasília, DF: FEB, 1996. (Coleção Fonte Viva, 2).

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança:* um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Seis em cada dez estudantes haviam experimentado bebida alcoólica na pré-pandemia.* 2022. Disponível em: https://censoagro2017.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31580-seis-em-cada-dez-estudantes-haviam-experimentado-bebida-alcoolica-na-pre-pandemia. Acesso em: 30 abr. 2023.

JENSEN, Frances E. *O cérebro adolescente:* guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos.* Catanduva/SP: Nova Visão Editora, 2019.

_____. *O Evangelho Segundo o Espiritismo.* 131. ed. Brasília, DF: FEB, 2013.

OLIVEIRA, Elias Barbosa; BITENCOURT, Leilane Porto; CARMO, Aila Coelho do. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, v. 4, n. 2, p. 1-16, 2008.

SALLES, Adeilson S.; CAMASMIE, Ana Tereza; SANT'ANA, Kadu *et al. Família, vida e paz.* Goiânia: FEEGO, 2019.

ZAGURY, Tania. *Limites sem trauma:* construindo cidadãos para famílias. 80. ed. São Paulo: Record, 2009.





11.

Codependência – entendendo a família do dependente químico

Gelson Luis Roberto

"O vício é implacável!" Esta é a fala de uma mulher casada que convive com o drama de uma desestruturação familiar em função da dependência do esposo em metanfetamina. Coley, o marido adicto, vivia num processo de negação dessa desestrutura familiar, percebia o desespero da esposa, o afastamento e a fragilização dos filhos e ainda se culpava pela morte da mãe, a qual não conseguiu estar perto quando adoeceu gravemente. No entanto, tudo isso era mais um motivo para fazer uso das metanfetaminas e buscar meios mágicos de ganhar dinheiro, num delírio que ficaria muito rico do dia para noite, descobrindo alguns nós de pinheiros que considerava poder valer muito. A realidade se mostrava muito diferente, e cada vez mais ele empobrecia e acompanhava o declínio perigoso de toda sua família.

O contexto apresentado é comum nas famílias de adictos e está cada vez mais presente em todo o mundo. Uma realidade que dissolve o poder agregador e estruturador da família, que despersonaliza o indivíduo e desarticula os referenciais positivos da vida. Temos então três aspectos importantes que devem ser considerados quando lidamos com a dependência: um desafio que envolve o dependente, a família do dependente (codependência) e a realidade atual da nossa sociedade chamada pós-moderna. A pós-modernidade que estamos vivendo se caracteriza por uma série de sintomas marcados pela perda dos referenciais, de um excesso de individualismo, em que se destacam a perda das relações e a superficialidade.

Uma das características para pensarmos a relação da codependência é o que chamamos de declínio do nome-do-pai[1], cujo efeito mais imediato no

social é a anomia (Durkheim, 2019). A palavra "anomia" tem origem grega e vem de *a* + *nomos*, donde *a* significa ausência, falta, privação, inexistência; e *nomos* quer dizer lei, norma. Etimologicamente, portanto, significa falta de lei ou ausência de norma de conduta. A anomia é um estado de falta de objetivos e perda de identidade, provocada pelas intensas transformações ocorridas no mundo social moderno. Uma realidade que não fornece novos valores que preencham os anteriores demolidos, ocasionando uma espécie de vazio de significado.

Por que estamos trazendo essas questões? Porque a realidade pós-moderna é muito parecida com os sintomas apresentados pelos dependentes e codependentes, ou seja, estamos também vivendo um momento social disfuncional. Diante dessa realidade, podemos dizer que salvar a família é poder salvar o dependente de drogas; resgatar o dependente é resgatar a família, pois a desestruturação familiar abre espaço para o colapso da humanidade. Esse foi o caso da família de Coley, pois depois do esforço conjunto de toda a família e suporte técnico, ele conseguiu ter forças para lutar contra o vício. Para isso, todos esses membros tiveram que se reunir conjuntamente e compartilhar de seus sentimentos, culpas, quebrarem orgulhos, conscientizarem-se de sua dinâmica e se comprometerem mutuamente para conseguir superar essa dificuldade.

A família é um sistema onde todos estão numa relação de reciprocidade, e toda relação é baseada em algum tipo de comunicação e em algum pacto que em sua maioria é feito inconscientemente. Essa forma de comunicação e pacto estabelecidos são, muitas vezes, formas de manter relações doentias, como é o caso da codependência. Assim, a família pode ser tanto um fator protetor de qualquer tipo de doença mental como pode transformar-se em um fator de risco para o desenvolvimento de várias disfunções.

Codependência é um transtorno emocional. Seu significado foi sendo ampliado e, atualmente, o termo também inclui a conduta relacionada aos familiares dos dependentes químicos, familiares e/ou pessoas significativas que têm um problema de comportamento no relacionamento de intimidade, de jogo patológico e outros problemas sérios da personalidade.

Beattie (2008) oferece uma série de comportamentos que um codependente apresenta: considerar-se e sentir-se responsável por outra(s) pessoas(s); sentir ansiedade, pena e culpa quando a outra pessoa tem um problema; sentir-se compelido – quase forçado – a ajudar aquela pessoa a resolver o problema, seja dando conselhos que não foram pedidos, oferecendo uma série de sugestões ou equilibrando emoções; ter raiva quando sua ajuda não é eficiente; comprometer-se demais; culpar outras pessoas pela situação em que ele mesmo está; dizer que outras pessoas fazem com que se sinta da maneira que se sente; achar que a outra pessoa o está levando à loucura; sentir raiva; sentir-se vítima; achar que está sendo usado e que não está sendo apreciado; achar que não é bom o bastante; contentar-se apenas em ser necessário aos outros.

Estamos analisando os aspectos patológicos das famílias de adictos, como as famílias codependentes, famílias pré-adictivas (aquelas em que os pais não conseguem exercer seus papéis adequadamente) e famílias disfuncionais ou superfuncionais. Scivoletto (2001) relata o trabalho de Mckay e colaboradores em que observaram que as famílias de dependentes apresentavam disfunções, principalmente, nas áreas envolvidas com expressão de afeto e de estabelecimento de limites e papéis na estrutura familiar. É difícil para o indivíduo aprender a lidar com seus sentimentos quando vive num ambiente no qual as emoções não são expressas, discutidas ou são pouco toleradas. Da mesma forma, em famílias nas quais os papéis de cada membro não são claros e há ausência de limites precisos, torna-se difícil para o adolescente acreditar que a família atenderá às suas necessidades.

O contato e o atendimento familiar são extremamente importantes quando pensamos em um tratamento para a dependência química, pois é com a família que os pacientes vivem as questões do seu dia a dia. A família patológica transfere para as drogas e para o dependente os problemas para desviar de ter que olhar para sua própria realidade. Além disso, a codependência, de uma forma genérica, está associada ao abuso/negligência infantil. A doença afeta o indivíduo em cinco vertentes:

- baixa autoestima;

- dificuldades de estabelecer limites saudáveis nos relacionamentos de intimidade;
- dificuldades de reconhecer e assumir sua própria realidade disfuncional (negação e ilusão);
- dificuldades de assumir a responsabilidade em gerir as suas necessidades adultas (atitudes, emoções e comportamentos);
- dificuldades de identificar e expressar suas emoções de forma moderada (ex.: raiva, ressentimento, medo, culpa e vergonha).

Na família da pessoa problemática, as relações familiares e a comunicação interpessoal vão se tornando cada vez mais complicadas. A comunicação se faz mais confusa e indireta, de modo que é mais fácil encobrir e justificar a conduta do dependente do que discuti-la. Essa dificuldade (disfunção) vai se convertendo em um estilo de vida familiar e produzindo, em muitos casos, o isolamento da família dos contatos sociais cotidianos.

Como se vê, a conduta codependente se converte em um fator-chave na evolução da dependência, isto é, a codependência promove o agravamento da situação da pessoa problemática, processo chamado de facilitação. No entanto, os codependentes não se dão conta de que estão facilitando o agravamento do problema, em parte pela negação e em parte porque estão convencidos de que sua conduta está justificada, uma vez que estão "ajudando" o dependente a não se deteriorar ainda mais e que a família não se desintegre.

Valente (2008) nos lembra que, além da dinâmica patológica da família, o paciente dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização patológica. Mesmo quando a substância já não proporciona mais o prazer inicial, ao preencher lacunas importantes em seu funcionamento psíquico, ela torna-se indispensável, o que significa que um dependente não pode prescindir da sua droga (Silveira Filho, 1995). Dessa forma, a retirada da droga é um trabalho difícil e doloroso.

A droga funciona para o dependente como uma garantia permanente de que ele não será confrontado com o sentimento de abandono e

desamparo. Abster-se dela remete o paciente dependente à sua problemática inicial e ao inevitável confronto com a experiência do vazio. A família tem o desafio de se tornar esse lugar do vazio, para isso ela tem que combater o seu próprio vazio dentro de uma sociedade também vazia.

Muito dos pacientes dependentes apresentam quando crianças características familiares onde sofriam negligência, falta de apoio e modelo moral adequado dos pais. Em relação ao modelo moral dos pais, esses pacientes não vivenciaram exemplos de justiça, empatia e solidariedade no seio familiar, colocando-os, dessa maneira, em maior risco para o desenvolvimento da dependência de drogas. Também há relatos de abusos físicos e psicológicos. Alguns foram deixados pelas suas mães, desde muito cedo, aos cuidados de familiares ou conhecidos, pois tinham que retornar ao trabalho, ou mesmo sentiam-se incapazes para assumirem os seus cuidados. Além disso, muitos dos dependentes têm uma família que não acolhe suas dificuldades, onde eles evitam falar para evitar as punições severas sofridas em casa, gerando um sentimento de não existência, baixa autoestima e não pertencimento ao grupo familiar. Apesar de, aparentemente, parecerem independentes, pois ficam por períodos fora de casa, a maioria dos pacientes apresenta estreitos laços com a família, porém desvinculados de qualquer afeto.

A codependência também pode ser agravante e desencadeante de depressão, suicídio, doenças psicossomáticas, entre outros transtornos. Os grupos de ajuda para familiares de dependentes (químicos e alcoólicos) visam, principalmente, reverter esse quadro, orientando os familiares a adotarem comportamentos mais saudáveis. O primeiro passo em direção a essa mudança é tomarem consciência e aceitarem o problema.

O tratamento da codependência pode consistir em psicoterapia, grupos de autoajuda, terapia familiar e, em alguns casos, o uso de medicação. Os grupos de autoajuda para familiares de dependentes, tais como Alanom, Codependentes Anônimos e Apoio Fraterno, são de grande utilidade no processo de recuperação familiar da codependência. O Apoio Fraterno oferecido pela Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil), em

especial, é um programa que integra elementos do Espiritismo e de recursos psicológicos, favorecendo esse caminho de superação.

O apoio da família começa por ela própria assumir suas dificuldades e mudar os padrões de dependência, pois sempre existem fatores no funcionamento familiar que promovem ou favorecem o processo de dependência. O Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA, 2023), que é uma instituição do governo americano, fornece algumas orientações para que a família ajude uma pessoa que desenvolveu dependência de drogas, mas não quer procurar tratamento:

- *interrompa as "operações resgate"* – frequentemente, membros da família tentam proteger o dependente das consequências de seu problema, inventando desculpas ou tirando-o de confusões resultantes de seu consumo de drogas;
- *escolha o momento apropriado para conversar* – organize-se para falar com a pessoa pouco depois da ocorrência de algum problema. Por exemplo, após uma situação negativa ocorrida sob o efeito de drogas. O momento certo é aquele no qual o efeito da substância já tenha passado, em que ambos estejam calmos e em que seja possível obter um certo grau de privacidade;
- *seja específico* – diga claramente para a pessoa que está preocupado com seu consumo de drogas e que quer ajudá-la a procurar atendimento especializado. Fundamente sua preocupação com exemplos de situações nas quais o uso da substância tenha causado problemas ao próprio usuário, a você ou a terceiros, incluindo o incidente mais recente;
- *deixe claras as consequências de recusar-se a procurar ajuda* – explique para o dependente que até que ele (ou ela) aceite ajuda especializada, você irá tomar algumas atitudes na sua vida, não para puni-lo, mas para se proteger. Mas cuidado: não faça ameaças que não possa cumprir, mencione apenas o que você realmente tem condições de pôr em prática;
- *esteja pronto para ajudar* – reúna antecipadamente informações sobre possíveis locais de tratamento ou ajuda. Se a pessoa aceitar procurar

alguém, telefone imediatamente para marcar um horário e ofereça-se para acompanhá-lo na primeira visita.

- Vale lembrar que, caso ele se recuse a iniciar um tratamento, sua família poderá dar o primeiro passo, buscando ajuda especializada. Dessa forma, os familiares se tornam, antes de tudo, um exemplo para o dependente e, o mais importante, demonstram e assumem que estão dispostos a participar ativamente desse processo e que todos estão implicados, ou seja, o problema não é só do dependente, é de todos!

---

1 Conceito relacionado à Psicanálise e à pesquisa psicanalítica.

Referências

BEATTIE, Melody. *Codependência nunca mais:* pare de controlar os outros e cuide de você mesmo. Rio de Janeiro: Record, 2008.

DURKHEIM, Émile. *O suicídio.* Estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2019.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAA). *Home*. 2023. Disponível em: https://www.niaaa.nih.gov/. Acesso em: 30 abr. 2023.

SCIVOLETTO, Sandra. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. *In:* FOCCHI, Guilherme Rubino de Azevedo; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo; ANDRADE, Arthur Guerra de. *Dependência química:* novos modelos de tratamento. São Paulo: Rocca, 2001.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. *Drogas:* uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

VALENTE, Maria. *A mulher dependente e as questões familiares.* 2008.



12.

Uso, abuso e dependência química entre crianças e adolescentes. Uma visão médico-espírita

Luiz Augusto de Azevedo Pinheiro
Cristina Fidalgo Affonso Pinheiro

"Se eu quiser falar com Deus, tenho que ficar a sós.
Tenho que apagar a luz, tenho que calar a voz.
Tenho que encontrar a paz.
Tenho que folgar os nós, dos sapatos,
Das gravatas, dos receios, dos desejos.
Tenho que esquecer a data, tenho que perder a conta.
Tenho que ter as mãos vazias, ter a alma e o corpo nus"
(Gilberto Gil, 1981).

Vários estudos, pesquisas na literatura médica especializada e até mesmo na leiga, amplamente divulgados, chegaram à conclusão de que as substâncias denominadas drogas, tóxicos, alucinógenos e estupefacientes causam sérios problemas orgânicos no corpo humano, podendo levar ao comprometimento de vários sistemas e órgãos, principalmente do sistema nervoso central. No cérebro em neurodesenvolvimento, como o de crianças e de adolescentes, as consequências são devastadoras.

Este capítulo traz informações relacionadas ao uso e abuso de substâncias entre crianças e adolescentes, sobretudo entre os últimos, num enfoque médico-espírita. Não há, contudo, a intenção de se esgotar o assunto, mas, sim, de estimular os leitores a buscarem mais informações sobre o tema, assim como o de fomentar a prática da função psicoeducativa por pais, professores e cuidadores.

Inicialmente, é preciso relembrar que o uso de álcool, crack, cocaína e maconha – drogas de uso mais prevalente – produz consequências, entre as

quais: violência doméstica, gravidez indesejada, tráfico de drogas, aborto, suicídio, infecções sexualmente transmissíveis, roubo e até mesmo acidentes, principalmente de carro e de moto.

Segundo o relatório das Nações Unidas (UN, 2021), cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2020, e mais de 36 milhões sofreram transtornos associados ao uso. O documento revela que durante os últimos 24 anos, a produção e o consumo da *cannabis* aumentou até quatro vezes em algumas partes do mundo. Apesar de a porcentagem de adolescentes que perceberam a droga como prejudicial ter caído em até 40%, persistem evidências de que o uso dessa droga está associado a uma variedade de danos à saúde. Os indivíduos mais afetados são os usuários regulares de longo prazo. Uma pesquisa sobre uso de *cannabis* durante a pandemia de Covid-19, realizada com profissionais de 77 países, evidenciou incremento de consumo da droga durante a pandemia (UN, 2021). Adicionalmente, um aumento do uso não medicinal de drogas farmacêuticas também foi observado no mesmo período.

Entre os anos de 2010 e 2019, a prevalência de pessoas que usaram drogas aumentou 22%, em parte devido ao crescimento da população mundial. Com base apenas nas mudanças demográficas, as projeções atuais sugerem um aumento, no mundo, de 11% no número de usuários de drogas até 2030 – e um aumento acentuado de 40% na África, devido ao seu rápido crescimento populacional, com consequente incremento da população jovem. De acordo com as recentes estimativas globais, 13% do número total de pessoas que usam drogas (aproximadamente 36,3 milhões) sofrem de transtornos associados ao uso (Carlini *et al.*, 2010).

Segundo ainda o relatório das Nações Unidas, os mercados de drogas retomaram rapidamente as operações após uma interrupção sofrida no início da pandemia de Covid-19, desencadeando e/ou acelerando certas dinâmicas de tráfico preexistentes em todo o mercado global de drogas. Embora o impacto da Covid-19 nos desafios relacionados ao consumo das drogas ainda não seja totalmente conhecido, análises sugerem que a pandemia trouxe dificuldades econômicas crescentes, que provavelmente tornarão o cultivo de drogas ilícitas mais atraente para as frágeis comunidades rurais. O impacto

social da pandemia – que provocou um aumento da desigualdade, da pobreza e das condições de saúde mental, sobretudo entre populações vulneráveis – representa fator que pode levar mais pessoas a consumirem drogas (UN, 2021).

Tendo em vista o exposto, correlacionando ao que está registrado em *O livro dos Espíritos*, no capítulo sobre paixões e vícios, cabe a pergunta: "Poderia sempre o homem, pelos seus esforços, vencer as suas más inclinações?" A resposta é sim! Para tanto, frequentemente, são necessários esforços muito insignificantes. Contudo, por vezes, o que falta é vontade (Kardec, 2013, cap. XII).

A pergunta que frequentemente se faz ao identificar-se alguma má inclinação ou vício em crianças e adolescentes é sobre qual seria a razão, o motivo, a fim de se elaborar medidas de saúde pública para prevenção e tratamento de usurários de drogas. Estudos na área da psiquiatria e da psicologia enumeram várias causas de caráter genético-ambiental. Em relação ao transtorno por abuso de álcool, de acordo com o livro *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria* (Nardi; Silva; Quevedo, 2022), são fatores de risco: questões genéticas, exposição fetal, prejuízo das funções parentais, transtornos mentais na infância e adolescência, amigos usuários, estilo de vida e um ambiente familiar e comunitário facilitador.

A curiosidade característica do adolescente e a baixa percepção de risco, reforçadas pela influência dos fatores socioculturais, são os aspectos que mais influenciam a experimentação, o padrão e as consequências do uso de álcool na vida. Outros fatores de risco relevantes são o estilo de vida não convencional, que compreendem a busca de sensações intensas, rebeldia, tolerância a comportamentos desviantes e baixa escolaridade do adolescente e de seus familiares. Evidentemente que, no caso de abuso de álcool por crianças e adolescentes, não se esgotam os fatores de risco. Contudo, os exemplos acima podem ser considerados os mais relevantes numa visão biopsicossocial.

Ainda segundo o *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria* (Nardi; Silva; Quevedo, 2022), os fatores de risco para os transtornos por uso de outras substâncias, na infância e na adolescência,

incluem fatores ambientais e genéticos relacionados aos riscos de dependência de cocaína e outros estimulantes, assim como fatores socioculturais e econômicos que apresentam papel central para início do uso e manutenção e recaída no uso de drogas.

Embora o tema deste capítulo verse sobre o uso de drogas e a dependência química na infância e adolescência, é relevante mencionar que na literatura médica, especificamente no *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência* (Assumpção Jr.; Kuczynski, 2018), está registrado que, frequentemente, o uso de drogas e álcool se inicia na adolescência. Pré-adolescentes e adolescentes são indivíduos em desenvolvimento, portanto, constituem uma população altamente vulnerável ao uso de drogas. Cabe destacar, por sua extrema relevância, o fato de na adolescência as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal ainda estarem em amadurecimento, sendo este um dos motivos pelo maior imediatismo e valorização do momento presente nessa faixa etária (Assumpção Jr.; Kuczynski, 2018).

Da mesma forma, as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção das emoções, pelo estabelecimento de relações (o chamado "cérebro social") e pelo controle dos impulsos ainda se encontram imaturas. Isso significa que o adolescente é capaz de imaginar situações (pensamento abstrato) e tem muitas ideias e energia para colocá-las em prática, porém sua capacidade de avaliar riscos, pensar nas consequências e organizar temporalmente a relação de causa e efeito é imatura, sobretudo quando influenciado por aspectos emocionais, pressão do grupo e o desejo de prazer imediato. São essas características que o deixa mais vulnerável para o uso abusivo de drogas, especialmente se o acesso for fácil e estiver em um ambiente que aceita esse comportamento (Assumpção Jr.; Kuczynski, 2018).

Estudo sobre a frequência do uso de drogas por estudantes dos ensinos Fundamental e Médio da rede pública, realizado em 27 capitais brasileiras (Carlini *et al.*, 2010), revelou que o consumo de álcool e drogas nessa faixa etária é muito frequente. Do ponto de vista epidemiológico, o uso de drogas e álcool por adolescentes se constitui em um problema de saúde pública não só no Brasil, mas também em outros países. Segundo pesquisas nacionais e

internacionais, nos Estados Unidos, 80% dos adolescentes usaram álcool e cerca de 40% experimentaram outras drogas. Já no Brasil, 60,5% dos adolescentes fizeram uso de álcool; 2,5%, de cocaína; 5,3%, ansiolíticos; 5,7%, maconha e 15,4%, de energéticos com álcool (Assumpção Jr.; Kuczynski, 2018).

Agora, você leitor, está parcialmente fundamentado sobre o assunto em questão, visto que a intenção deste capítulo é estimular a busca por mais informações sobre o tema, atualmente chamado de psicoeducação. E como enxergar esse tema com uma visão mais ampliada do que foi apresentado? A resposta é clara: por meio de uma visão médico-espírita! Nesse modo de enxergar a realidade, é imprescindível respeitar e agregar o que a ciência e as pesquisas têm dado de contribuição para o avanço no tratamento de portadores de uso, abuso e dependência de álcool e de outras drogas.

O médico espírita deve utilizar todos os recursos que a ciência disponibiliza hoje em dia, porém tem um grande diferencial na sua prática profissional, que é o conhecimento da imortalidade da alma, da reencarnação e da obsessão. Cabe destacar que existe no Código Internacional de Doenças, o CID-10 (WHO, 2017), a codificação F44-3, que deve ser informada na documentação do paciente e que está relacionada ao estado de transe e possessão, que, contudo, é pouco utilizado em geral, até mesmo por médicos espíritas, por conta de preconceito, falta de conhecimento e ainda uma visão cartesiana, biomédica, separando alma do corpo. Assim, fica explícito que o médico espírita deve medicar com psicofármacos e/ou indicar internação psiquiátrica e/ou psicoterapia sempre que necessário, mas não deve renunciar à terapêutica complementar espírita, e quando a ocasião permitir, deve orar e colocar o nome na desobsessão pelo enfermo.

A terapêutica complementar espírita consiste em oração, Evangelização, culto do Evangelho no lar, passe, água fluidificada, desobsessão e mudança de hábitos mentais (reforço do pensamento positivo). Para os leitores não familiarizados com os temas *imortalidade da alma*, *reencarnação* e *obsessão*, sugere-se a leitura de *O livro dos Espíritos* e outras obras da codificação kardequiana. É importante informar que existem muitos trabalhos no Brasil e em outros países sobre o tema saúde-espiritualidade, não necessariamente

referindo-se especificamente à Doutrina Espírita, mas, sim, à religiosidade (seja qual denominação for).

Para aguçar a curiosidade sobre o tema saúde-espiritualidade, recomenda-se a leitura do livro do psiquiatra da Universidade de Duke, nos Estados Unidos, professor Harold G. Koenig (2012), intitulado *Medicina, religião e saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*), uma referência em pesquisas sobre o tema, inclusive aqui no Brasil. Esse estudioso demonstrou, com suas pesquisas em saúde-espiritualidade, o grande fator protetivo da espiritualidade sobre a saúde mental, especialmente em casos de depressão, ansiedade, suicídio, dependência de álcool e outras drogas.

Retornando à visão médico-espírita, destacamos que em *O livro dos Espíritos*, Kardec (2013) pergunta aos Espíritos se, após a morte, a alma conservaria a sua individualidade. Os Espíritos então respondem que sim. Já na pergunta n. 152, os Espíritos e Kardec afirmam que, ao morrermos, quando deixamos nosso corpo físico, conservamos nossas virtudes e vícios. Outra questão constante em *O livro dos Espíritos*, capítulo VII, está relacionada à lei do progresso. Iniciamos nossa jornada evolutiva simples e ignorantes e, com as sucessivas encarnações, evoluímos, ora de forma intelectual, ora de forma moral (fica aqui a sugestão da leitura do capítulo IV, perguntas 166 a 196). Kardec e os Espíritos mencionam a justiça da reencarnação como uma das leis de Deus (todos igualmente terão que evoluir e tornarem-se Espíritos melhores).

Pode-se então chegar à conclusão que, ao reencarnarmos, trazemos latente em nosso inconsciente nossos vícios, nossas paixões e virtudes. Além de todos os fatores de risco mencionados na literatura médica atual, temos nossas tendências, tanto boas quanto ruins. Assim, uma criança (bebê) é, na verdade, uma alma que traz seus atributos, vícios e paixões, tendo extrema importância o lar e o ambiente onde renasce essa alma, pois isso pode estimulá-la, ou não, a reiniciar vícios do passado. Compreende-se assim a dificuldade, muitas vezes, que alguns cuidadores ou pais, mesmo sendo religiosos e do bem, têm na relação com um de seus filhos.

E mais um detalhe: Kardec pergunta aos Espíritos onde eles ficam quando não estão encarnados, e eles respondem que as almas desprovidas dos

seus corpos físicos, denominados de Espíritos errantes, ficam vagando e reunindo-se em locais com encarnados e desencarnados dos quais possuem afinidade nas virtudes ou nos vícios (Kardec, 2013, cap. VI, perguntas de 224 a 233).

Nesse caso, os pré-adolescentes e adolescentes, além de alimentarem seu vício, podem vir a atrair Espíritos capazes de induzi-los a consumirem álcool e/ou drogas. Chama-se isso de influência perniciosa de um Espírito a um encarnado, fenômeno esse chamado de obsessão (Kardec, 2020). Existe um aforismo na Doutrina Espírita que diz que, dependendo dos pensamentos cultivados de forma positiva ou negativa, é possível saber quais Espíritos estão ao lado da pessoa, ajudando-a ou prejudicando-a – nesse caso, por meio do incentivo aos diversos vícios e paixões. Os pensamentos da pessoa podem interferir em sua saúde mental ou física, além de invocarem a presença de bons Espíritos ou, ainda, de Espíritos viciosos.

Compreende-se, desse modo, a importância da higienização da psicosfera do ambiente de casa, quando se proporciona paz aos membros da família por meio do culto do Evangelho no lar. Toda a família reunida pode fazer o Evangelho no lar, independentemente se numerosa ou se constituída por um único indivíduo. Uma vez por semana, durante 30 minutos, recomenda-se abrir uma página de algum livro da série "Fonte Viva" (Emmanuel) e se fazer a leitura seriada de *O Evangelho segundo Espiritismo* ou *O livro dos Espíritos*, ambos de Allan Kardec. Sugere-se também ler um trecho da Bíblia e estudá-lo, a fim de aprofundar seu conhecimento espiritual dos ensinos de Jesus Cristo no Novo Testamento.

Agora que você, leitor, tem essa visão mais ampliada do ponto de vista da Doutrina Espírita, é possível compreender melhor a questão da dependência química, das dificuldades no tratamento e o papel fundamental do portador de transtorno por uso de substância, que deve esforçar-se ao máximo para o sucesso do tratamento e procurar não recair, evitando voltar ao consumo de drogas.

Concluindo, precisamos entender que o vício do álcool e/ou drogas é algo complexo, assim como que o portador dessa enfermidade é vítima de si mesmo. Sozinho é muito difícil desvencilhar-se do seu vício, e às vezes há

necessidade de várias reencarnações para se reabilitar. A nossa parte, como uma atitude cristã, está relacionada a agir sem julgamentos, com indulgência e ajudar sempre que possível.

Deixemos agora o recado do Espírito Joanna de Ângelis (2013, cap. 8), registrado no livro *Após a tempestade*:

> Fixando-se nas estruturas *mui sutis* do perispírito, em processo vigoroso, os estupefacientes desagregam a personalidade, porquanto produzem na memória anterior, a liberação do subconsciente que invade a consciência atual com as imagens torpes e deletérias das vidas pregressas, que a misericórdia da reencarnação faz jazem adormecidas. De incursão em incursão no conturbado mundo interior, desorganizam-se os comandos da consciência, arrojando o viciado nos lôbregos alçapões da loucura que os absorve, desarticulando os centros do equilíbrio, da saúde, da vontade, sem possibilidade reversiva, pela dependência que o próprio organismo físico e mental passa a sofrer irresistivelmente.

Segundo Joanna de Ângelis (2013), há de se ter vigilância carinhosa de pais e mestres cautelosos, e uma vez identificado um membro da família usuário de drogas e/ou álcool, deve-se procurar assistência médica e psicológica especializada e, se possível, acompanhamento espiritual, segundo os fundamentos da Doutrina Espírita. As pessoas próximas ao usuário não devem ter uma atitude de ignorar o problema e/ou ser hostil. Caso haja a oportunidade, devem auxiliar, proteger e acatar as orientações de especialistas sem olvidar a terapêutica complementar espírita.

Para uma melhor compreensão, recomendamos a leitura do livro *Família, juventude e educação: uma visão espírita* (Chrispino, 2017), que aborda sobre a juventude brasileira, comportamento de risco e de proteção, destacando o valor da espiritualidade para dar sentido de vida ao jovem em neurodesenvolvimento. Por intermédio da prática espiritual, o jovem tem a tendência de enfrentar as adversidades da vida e buscar significado nela, criando uma rede de apoio consistente. É importante ressaltar que a adesão religiosa dos pais aumenta a expectativa moral, reduzindo a exposição a riscos de forma geral. Joanna de Ângelis (2013) afirma que, como elemento fundamental na educação, a orientação religiosa à família torna-se inadiável.

Cada vez mais se constatam os resultados benéficos da formação religiosa do indivíduo, especialmente quando despojada de dogmas impositivos, castrações puritanas, exigências descabidas e tintas do fanatismo

de qualquer espécie. O indivíduo que tem formação religiosa possui muito mais resistência em relação aos enfrentamentos morais, orgânicos, emocionais do que aquele que não tem. Quando o lar tem alicerces religiosos equilibrados, sem os fanatismos perturbadores nem o puritanismo hipócrita, suas estruturas gerais comportam todas as agressões, conforme Jesus informou em torno da casa construída na rocha da fé, que suporta os ventos devastadores de pé.

Segundo Chrispino (2017), há mais motivos que se juntam aos argumentos antigos para que a educação religiosa de crianças e jovens se inicie cedo no lar e na instituição espírita. Da mesma forma, os mesmos argumentos conclamam os pais e educadores espíritas para que se organizem a fim de oferecer, no lar e nas instituições espíritas, a informação espírita com qualidade e com metodologia de ensino que resulte em aprendizagem significativa dos princípios evangélicos estudados pela ótica meridiana da Doutrina Espírita.

Concluindo, a prevenção do aumento do uso e consumo abusivo de drogas de forma geral necessita de acompanhamento dos pais e/ou de cuidadores, que devem observar as más tendências desde a tenra idade para, então, poder educar, vigiar e incentivar a frequência no culto do Evangelho no lar e na Evangelização infantojuvenil com o objetivo de diminuir os fatores de risco e não trazer à tona atavismos provenientes de outras encarnações vinculadas a vícios e paixões.

Referências

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). *Após a tempestade.* Psicografado por Divaldo Franco. 12. ed. Salvador: Leal, 2016.

ASSUMPÇÃO JR., Francisco B.; KUCZYNSKI, Evelyn. *Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2018.

BÍBLIA SAGRADA. *Bíblia online.* 2023. Disponível em: https://www.bibliaonline.com.br/. Acesso em: 30 abr. 2023.

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo; NOTO, Ana Regina; SANCHEZ, Zila van der Meer *et al. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras.* São Paulo: CEBRID; UNIFESP; SENAD, 2010. Disponível em https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-entre-Estudantes-do-Ensino-Fundamental-e-M%C3%A9dio-das-Redes-P%C3%BAblica-e-Privada-de-Ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

CHRISPINO, Alvaro. *Família, juventude e educação:* uma visão espírita. Santo André, SP: EBM, 2017.

KARDEC, Allan. *O livro dos médiuns*. 81. ed. Brasília, DF: FEB, 2020.

_____. *O livro dos Espíritos*. 4. ed. Brasília, DF: FEB, 2013.

KOENIG, Harold G. *Medicina, religião e saúde:* o encontro da ciência e da espiritualidade. Tradução de Iuri Abreu. Porto Alegre: L&PM, 2012.

NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Antônio G.; QUEVEDO, João (org.). *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2022.

SE EU quiser falar com Deus. [Compositor e intérprete]: Gilberto Gil. Rio de Janeiro: Warner Music Brasil, 1981.

UNITED NATIONS (UN). *World Drug Report 2021.* Disponível em: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html. Acesso em: 30 abr. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 2017.





13.

Uso, abuso e dependência química entre gestantes

Felipe Sá Ferreira

"Dizes: 'mulher em desdouro'…
Mas se é mãe que vela e afaga,
Deus já fez dela um tesouro
Que o mundo inteiro não paga"
(Amélia, 2013).

O uso, abuso e a dependência química são mais prevalentes em pessoas em idade reprodutiva (Płotka *et al.*, 2014). Em uma pesquisa nacional de prevalência realizada entre mulheres norte-americanas grávidas de 15 a 44 anos, 10,8% relataram uso de álcool, 17% relataram fumar durante a gravidez e 4,4% relataram abuso de uma ou mais substâncias ilícitas (Samhsa, 2011). No Brasil, há escassez desse tipo de inquérito populacional.

Diversas complicações pré-natais e neonatais (de curto e longo prazos) podem ocorrer com o uso de drogas – tais como nicotina, álcool, maconha, anfetamina, cocaína e heroína – durante o período gravítico (Wong *et al.*, 2011). Diferentes consequências fisiológicas e emocionais estão descritas na literatura, mas muito pouco é falado sobre os desdobramentos "além corpo físico".

Abordando de forma despretensiosa, porém com absoluta circunspecção o tema sugerido neste capítulo, trazemos uma revisão dos aspectos físicos, mentais e emocionais (tanto maternos quanto fetais), sob a ótica do paradigma médico-espírita, regida pela lei natural – soberanamente justa e boa – da imortalidade da alma que jornadeia nas esferas terrenas para o burilamento moral, incluindo o domínio das más inclinações e dos vícios de toda sorte.

Devido à prevalência do uso de substâncias e seu impacto socioeconômico, os profissionais da saúde precisam saber como identificar e cuidar da população de gestantes afetadas. O manejo dos transtornos por uso de substâncias é, em alguns momentos, complicado devido às comorbidades associadas, tais como: fatores psicossociais e socioeconômicos, comorbidades, moradia precária, dificuldades financeiras (às vezes graves) e falta de suportes sociais (Wong *et al.*, 2011).

Os profissionais da saúde têm várias oportunidades durante a gravidez para identificar e auxiliar mulheres com problemas de uso de substâncias. Embora a maioria desses profissionais pergunte rotineiramente sobre álcool, tabaco e uso de outras drogas durante a gravidez, muitos não usam ferramentas de triagem específica e não encaminham de forma adequada para outros profissionais, ou não utilizam todos os recursos disponíveis, além de não sugerirem os melhores tratamentos (Leversha; Marks, 1995; Gehshan, 1995).

A motivação para mudança de comportamentos nocivos aumenta durante a gravidez, por isso esse é um momento oportuno para intervir com as mulheres que têm problemas de uso de substâncias (Wong *et al.*, 2011). A possibilidade de gerar a vida de um outro ser pode ser vista como uma experiência quase milagrosa para algumas mulheres, sendo um momento frequente de conexão com a espiritualidade, religião e religiosidade (Jesse; Schoneboom; Blanchard, 2007).

Apesar da grande contribuição de diferentes publicações científicas que comprovam os benefícios do uso da espiritualidade/religiosidade no tratamento do uso, abuso e da dependência de substâncias químicas, na prática, essas dimensões são abordadas quase exclusivamente por instituições religiosas (Ely; Calixto, 2018). Esse fato aumenta a responsabilidade das casas espíritas (e de outros templos religiosos, obviamente) no acolhimento caridoso dessas mulheres e no encaminhamento mais adequado aos profissionais ou centros especializados para a continuidade do tratamento e condução de cada caso.

Com o foco, a princípio, na saúde física, é preciso destacar que o uso ou abuso de substâncias por mulheres grávidas é duas vezes mais perigoso do que

para as não gestantes porque pode prejudicar sua própria saúde e a manutenção de uma gravidez saudável; além disso, pode afetar o desenvolvimento fetal ou induzir alterações fisiológicas (orgânicas e/ou neurocognitivas) na criança em curto, médio ou longo prazos.

A seguir, serão listadas algumas das principais consequências maternas, fetais e infantis relativas ao uso e abuso de determinadas substâncias durante o período gravítico/puerperal.

A *nicotina*, presente nos cigarros, é importante causa de aborto espontâneo, parto prematuro, ruptura prematura de membrana amniótica, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, restrição de crescimento intrauterino e baixo peso ao nascer. Para o recém-nascido, há maior risco de aumento da mortalidade perinatal e de síndrome da morte súbita infantil. Já em idade mais avançada, a criança corre mais risco de desenvolver asma, distúrbios comportamentais e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (Wong *et al.*, 2011).

O princípio ativo da *maconha*, delta-9-tetrahidrocanabinol, atravessa com facilidade a barreira placentária, podendo causar efeitos no feto, como, por exemplo, malformações (Gunn *et al.*, 2015). Mulheres que usam maconha durante a gravidez são mais propensas a usar tabaco, álcool e outros drogas ilícitas em comparação às não usuárias (Eyler; Behnke, 1999).

Por haver alta prevalência de pacientes que usam *cannabis* concomitantemente a outras drogas, incluindo álcool e cigarro, é difícil caracterizar precisamente os principais efeitos do uso dessa substância na gestação e no feto (Gunn *et al.*, 2015). O resultado mais comum ligado à exposição à *cannabis* durante a gestação é a diminuição do peso ao nascer (Fergusson; Horwood; Northstone, 2002). Em relação aos efeitos tardios para as crianças, foram relatados transtornos cognitivos e emocionais (ACOG, 2015).

O uso de *cocaína* na gravidez está associado à ruptura prematura das membranas, ao descolamento prematuro da placenta e às convulsões (Wendell, 2013). Pode causar pré-eclâmpsia grave, aborto espontâneo, parto prematuro e complicações no parto (Cain; Bornick; Whiteman, 2013). Fetos expostos ao uso da cocaína durante a gravidez são frequentemente

prematuros, têm baixo peso ao nascer, circunferência cefálica menor e pequena estatura quando comparados a recém-nascidos não expostos (Gouin; Murphy; Shah, 2011).

Anfetamina passa pela barreira placentária, sendo encontrada em diferentes estudos na placenta, no cordão umbilical e mecônio (Barry *et al.*, 2021). Pode causar hipertensão arterial materna e morte fetal (em qualquer idade gestacional), além de restrição de crescimento intrauterina. Alterações congênitas, tais como fendas labiais, malformações de membros, anomalias do sistema nervoso central e cardiovasculares e efeitos neurocomportamentais, podem ocorrer (Wong *et al.*, 2011).

Em geral, as crianças que foram expostas a uma ou mais substâncias psicoativas tendem a apresentar mais transtornos cognitivos, transtornos comportamentais e risco aumentado de desenvolver comportamentos viciantes (Lamy; Laqueille; Thibaut, 2015).

O uso, abuso e a dependência química durante a gravidez é um grave problema social, não apenas por causa dos efeitos sobre a saúde da mulher e da criança, mas também porque a droga, ou a dependência, prejudica o cuidado com a criança e aumenta a probabilidade de abandono infantil e desagregação familiar. Desse modo, o desenvolvimento de programas de tratamento de abuso de substâncias químicas para mulheres grávidas é socialmente importante e pode ajudar a garantir a saúde de bebês, prevenir problemas subsequentes de desenvolvimento e comportamento (isto é, de ingestão de álcool ou outras substâncias aditivas, como metanfetamina, cocaína ou heroína) e reduzir os custos do vício para a sociedade.

A Doutrina Espírita, acolhedora e consoladora por sua natureza, tem papel fundamental na condução de casos complexos de drogadição durante a gravidez. Cabe ao espírita profissional da área da saúde uma responsabilidade maior nesse tópico abordado, por compreender a gravidade não somente para o corpo físico materno-fetal, mas também nos dramas da intricada teia da lei de causa e efeito a desenrolar pela longa jornada da alma em experiências sucessivas. Esquadrinhando a vasta literatura espírita, é possível visualizar os desdobramentos profundos da gestação, da relação entre mãe e filho, dos processos causais da justiça divina que baliza as necessidades desta ou daquela

experiência mais ou menos feliz de quem reencarna e de quem recebe essa alma no ventre.

Na obra *Entre a Terra e o céu*, temos uma valorosa definição de gestação:

> A maternidade é um vaso anímico de elevado poder magnético ou um molde vivo destinado à fundição e refundição das formas, ao sopro criador da Bondade Divina, que, em toda a parte, nos oferece recursos ao desenvolvimento para a Sabedoria e para o Amor. Esse vaso atrai a alma sequiosa de renascimento e que lhe é afim, reproduzindo-lhe o corpo denso, no tempo e no espaço, como a terra engole a semente para doar-lhe nova germinação, consoante os princípios que encerra. Maternidade é sagrado serviço espiritual em que a alma se demora séculos, na maioria das vezes aperfeiçoando qualidades do sentimento (Luiz, 2016a, p. 194).

Na condição de "molde vivo destinado à fundição e refundição" de uma outra forma viva, quando tomado por substâncias químicas tóxicas ao organismo humano, é natural que o corpo em delicado processo de construção sofra golpes fatais ou que causem feridas permanentes de difícil mensuração – algumas já descritas neste capítulo. Na qualidade de "vaso anímico de elevado poder magnético", a gestante possui potências ainda desconhecidas pela medicina terrena, que influenciam diretamente no processo de ligação entre o Espírito reencarnante e o corpo materno que o acolhe.

Durante a gravidez, a mente de quem reencarnará permanece associada à mente materna, influenciando a formação do embrião (Luiz, 2016a). Mãe e filho, durante a jornada intrauterina, vivem complexa comunhão energética, fluídica, mental e espiritual:

> A mulher grávida, além da prestação de serviço orgânico à entidade que se reencarna, é igualmente constrangida a suportar-lhe o contato espiritual [...]. A organização feminina, durante a gestação, sofre verdadeira enxertia mental. Os pensamentos do ser que se acolhe ao santuário íntimo envolvem-na totalmente, determinando significativas alterações em seu cosmo biológico. [...] Influenciam-se mutuamente (Luiza, 2016, p. 204).

As trocas que ocorrem entre mãe e filho não são somente de origem material. Os pensamentos maternos atuam com imensa força sobre os fetais, tanto quanto os do feto têm expressivo poder sobre a genitora. Assim como há trocas fluídicas materiais, tais como nutrientes, moléculas, proteínas, anticorpos, há também trocas fluídicas sutis entre os integrantes do complexo materno-fetal (perispirituais, mentais, vibracionais).

> A gestante é uma criatura hipnotizada a longo prazo. Tem o campo psíquico invadido pelas impressões e vibrações do Espírito que lhe ocupa as possibilidades para o serviço de reincorporação no mundo. Quando o futuro filho não se encontra suficientemente equilibrado diante da Lei, e isso acontece quase sempre, a mente maternal é suscetível de registrar os mais estranhos desequilíbrios, porque, à maneira de um médium, estará transmitindo opiniões e sensações da entidade que a empolga (Luiz, 2016a, p. 206).

Da mesma maneira em que a mente materna registra os desequilíbrios da psique de quem reencarna, este também registra as situações mais ou menos desajustadas da mãe que se deplora em usos e abusos de substâncias químicas, muitas delas com potencial de alucinações e mudanças psíquicas visíveis no organismo físico e consequências altamente danosas nas vibrações da alma, com desequilíbrios vibracionais nefastos de difícil reparação e invisíveis aos olhos da medicina terrena.

Os desajustes mentais e vibracionais maternos durante os momentos de insciência perante as leis maiores da vida, ao utilizar substâncias químicas, podem ser de tamanha magnitude que são capazes de expulsar a entidade reencarnante ainda nas primeiras semanas de idade gestacional, "[...] desarticulando os processos celulares da constituição fetal e adquirindo, por semelhante atitude, constrangedora dívida ante o destino" (Luiz, 2016b, p. 202), causando abortos espontâneos.

> Alguns fisiologistas da Crosta concordam em asseverar que a vida humana é uma resultante de conflitos biológicos, esquecidos de que, muitas vezes, o conflito aparente das forças orgânicas não é senão a prática avançada da lei de cooperação espiritual. [...] o aborto, em regra geral, origina-se do recuo inesperado dos pais terrestres, diante das sagradas obrigações assumidas ou aos excessos de leviandade e inconsciência criminosa das mães, menos preparadas na responsabilidade e na compreensão para este ministério divino (Luiz, 2016c, p. 234).

Encontrando vasos maternais menos dignos, assevera André Luiz (2016c, p. 247), muito é feito pelos benfeitores espirituais, para "opor-lhes resistência aos projetos de fuga ao dever, quando essa fuga representa mero capricho da irresponsabilidade, sem qualquer base em programas edificantes". Todo esse auxílio da espiritualidade, assegurando a manutenção do delicado processo de ligação entre mãe e filho no ambiente intrauterino, engendra maior motivação para a grávida mudar comportamentos nocivos para si e sua prole.

A gravidez é um momento oportuno para, em conjunto com as zelosas almas desencarnadas que assistem à humanidade encarnada, trabalhar no burilamento das más inclinações que impulsionam os seres, ainda adormecidos para as verdades eternas e etéreas, às vicissitudes de toda sorte. É preciso envolver em orações e ações efetivas mãe, filho e família, para que se atenuem as dores físicas, psíquicas, emocionais, espirituais e evolutivas dos seres envoltos na dor do uso, abuso e da dependência de substâncias químicas durante a gravidez.

Embora a droga de escolha possa ser diferente, o efeito sobre centros específicos do cérebro materno é quase a mesma, liberando potentes neurotransmissores, como, por exemplo, a dopamina (Martinez *et al.*, 2012). Uma vez que os efeitos da substância utilizada terminam, a euforia, o torpor ou a capacidade de se sentir bem acabam, porém a necessidade fisiológica pelo prazer ofertado pela droga supera, progressivamente, todas as outras preocupações durante a dependência química, criando um ciclo poderoso em busca de novo consumo. Uma necessidade física e espiritual de manter-se no imbróglio criado pela não vigilância, imprudência ou incapacidade de manter-se no caminho menos pedregoso da vida.

Maguire (2014) sugere tratar o vício como uma doença crônica em vez de uma deficiência moral, tornando um recurso terapêutico mais favorável para as mulheres que abusam de drogas no período gravítico puerperal. De fato, as viciações orgânicas geram transtornos neuroendocrinológicos de difícil manejo clínico, mas é preciso analisar de forma mais profunda, perscrutando os escaninhos da alma com inúmeras experiências pretéritas na jornada infinita de desenvolvimento do senso de moralidade.

É oportuno analisar, em *O livro dos Espíritos*, a questão n. 265 para elucubrar a respeito da moral:

> Havendo Espíritos que, por provação, escolhem o contato do vício, outros não haverá que o busquem por simpatia e pelo desejo de viverem num meio conforme os seus gostos, ou para poderem entregar-se materialmente a seus pendores materiais? Há, sem dúvida, mas tão somente entre aqueles cujo senso moral ainda está pouco desenvolvido. A prova vem por si mesma e eles a sofrem mais demoradamente. Cedo ou tarde, compreendem que a satisfação de suas paixões brutais lhes acarretou deploráveis consequências, que eles sofrerão durante um tempo que lhes parecerá eterno. E Deus os deixará nessa persuasão, até que se tornem

> conscientes da falta em que incorreram e peçam, por impulso próprio, lhes seja concedido resgatá-la, mediante úteis provações (Kardec, 2013, p. 171).

O desenvolvimento do senso moral é busca de todos os Espíritos encarnados na esfera terrena, portanto, há em teoria ainda deficiência desse senso de moralidade em todos que jornadeiam na materialidade. Estar encarnado é ter a justa oportunidade de experimentar, desenvolver, lapidar e controlar sensos, tinos, paixões, vontades, ou seja, todas as qualidades importantes para a construção de individualidades cada vez mais conscientes.

Emmanuel (2016, p. 63) aponta que "a saúde é assim como a posição de uma residência que denuncia as condições do morador, ou de um instrumento que reproduz em si o zelo ou a desídia das mãos que o manejam". Assim, quando as viciações induzem danos físicos, é importante salientar que a raiz da moléstia está na atrofia moral do Espírito invigilante ou inconsciente (inerente ao estado evolutivo em que se encontra). Na senda terrena hodierna, almas adoecidas esbarram-se para o tratamento mútuo, uns mais lúcidos que outros em noções da verdade eterna.

> Em todos os passos da luta humana, encontramos a virtude rodeada de vícios e o conhecimento dignificante quase sufocado pelos espinhos da ignorância, porque, infelizmente, cada um de nós, de modo geral, vive à procura do "eu mesmo". Entretanto, graças à Bondade de Deus, o sofrimento e a morte nos surpreendem, na experiência do corpo e além dela, arrebatando-nos aos vastos continentes da meditação e da humildade, onde aprenderemos, pouco a pouco, a buscar o que pertence a Jesus Cristo, em favor da nossa verdadeira felicidade, dentro da glória de viver (Emmanuel, 2020, p. 209).

A lei de amor, que penetra tudo e todos, permite que mães e filhos se reencontrem em experiências de infinitos matizes – inclusive em deploráveis estados de drogadição e insultos ao veículo físico e espiritual tanto da mãe quanto do filho. Resta, portanto, aos caminheiros da jornada dura da materialidade confiarem na benevolência e justiça que nunca falha e fazerem o melhor possível para auxiliar, junto à espiritualidade, o processo de reencarnação quando em situações execráveis pelo uso, abuso e pela dependência química durante a gestação. Não devemos julgar e repudiar, mas, sim, acolher e tratar.

A ciência médica torna-se responsável pelo tratamento do corpo físico de mães e filhos, vítimas da drogadição. Ao Espiritismo cabe o acolhimento

fraterno das almas combalidas e apoio amoroso e caridoso de todas aquelas mães já em trabalho íntimo de redenção consciencial, fortalecendo o tônus moral das consciências guiadas pelo exemplo de Jesus.

Referências

AMÉLIA, Luiza. Trovas de mulher. *In:* ESPÍRITOS DIVERSOS. *Mãe:* antologia mediúnica. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 11. ed. Matão, SP: Casa Editora O Clarim, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Committee Opinion No 637. Marijuana use during pregnancy and lactation. *Obstetrics and Gynecology*, v. 126, n. 1, p. 234-238, 2015.

BARRY, Jessica M.; BIRNBAUM, Angela K.; JASIN, Lisa R.; SHERWIN, Catherine M. Maternal Exposure and Neonatal Effects of Drugs of Abuse. *Journal of Clinical Pharmacology*, v. 61, Suppl. 2, p. S142-S155, 2021.

CAIN, Mary A.; BORNICK, Patricia; WHITEMAN, Valerie. The maternal, fetal, and neonatal effects of cocaine exposure in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 56, n. 1, p. 124-132, 2013.

ELY, Amanda; CALIXTO, Alessandra Mendes. Religiosidade e espiritualidade no tratamento hospitalar das adições. *Revista Bioética*, v. 26, n. 4, p. 587-596, 2018.

EMMANUEL (Espírito). *Fonte viva*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Brasília, DF: FEB, 2020. (Coleção Fonte Viva, 4).

_____. *Pensamento e vida*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Brasília, DF: FEB, 2016.

EYLER, Fonda Davis; BEHNKE, Marylou. Early development of infants exposed to drugs prenatally. *Clinics in Perinatology*, v. 26, p. 107-150, 1999.

FERGUSSON, David M.; HORWOOD, L. John; NORTHSTONE, Kate. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG*, v. 109, p. 21-27, 2002.

GEHSHAN, Shelly. Missed opportunities for intervening in the lives of pregnant women addicted to alcohol or other drugs. *Journal of the American Medical Women's Association*, v. 50, p. 160-163, 1995.

GOUIN, Katy; MURPHY, Kellie; SHAH, Prakesh S. Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 204, n. 4, p. 340.e1-12, 2011.

GUNN, Jayleen K. L.; ROSALES, Cecilia B.; CENTER, Katherine E. *et al*. The effects of prenatal cannabis exposure on fetal development and pregnancy outcomes: A protocol. *BMJ Open*, v. 5, n. 3, p. 1-6, 2015.

JESSE, D. Elizabeth; SCHONEBOOM, Chantel; BLANCHARD, Amy. The Effect of Faith or Spirituality in Pregnancy: A Content Analysis. *Journal of Holistic Nursing*, v. 25, n. 3, p. 151-158, 2007.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos.* Tradução de Guillon Ribeiro. 93. ed. 1. imp. (Edição Histórica). Brasília, DF: FEB, 2013.

LAMY, Sandrine; LAQUEILLE, Xavier; THIBAUT, Florence. Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant: revue de littérature. *L'Encéphale*, v. 41, Suppl. 1, p. S13-S20, 2015.

LEVERSHA, Alison M.; MARKS, Reinhard E. Alcohol and pregnancy: doctors' attitudes, knowledge and clinical practice. *New Zealand Medical Journal*, v. 108, p. 428-430, 1995.

LUIZ, André (Espírito). *Entre a Terra e o céu*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 27. ed. Brasília, DF: FEB, 2016a. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 7).

_____. *Evolução em dois mundos*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. Brasília, DF: FEB, 2016b. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 10).

_____. *Missionários da luz*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Brasília, DF: FEB, 2016c. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 3).

MAGUIRE, Denise. Drug addiction in pregnancy: disease not moral failure. *Neonatal Network*, v. 33, n. 1, p. 11-18, 2014.

MARTINEZ, Diana; SACCONE, Phillip A.; LIU, Fei *et al.* Deficits in dopamine D(2) receptors and presynaptic dopamine in heroin dependence: commonalities and differences with other types of addiction. *Biological Psychiatry*, v. 71, n. 3, p. 192-198, 2012.

PŁOTKA, Justyna; NARKOWICZ, Sylwia; POLKOWSKA, Zaneta *et al.* Effects of addictive substances during pregnancy and infancy and their analysis in biological materials. *Reviews of Environmental Contamination and Toxicology*, v. 227, p. 55-77, 2014.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health:* Summary of National Findings. NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. Disponível em: https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHNationalFindingsResults2010-web/2k10ResultsRev/NSDUHresultsRev2010.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

WENDELL, Andria D. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, v. 56, n. 1, p. 91-96, 2013.

WONG, Suzanne; ORDEAN, Alice; KAHAN, Meldon *et al.* Substance use in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, v. 33, n. 4, p. 367-384, 2011.



14.

Uso, abuso e dependência química na terceira idade

Carlos Eduardo Accioly Durgante

O uso e abuso de substâncias e a dependência química entre os mais velhos são hoje um dos problemas de saúde pública mais inquietantes, especialmente em países desenvolvidos e emergentes.

O Estatuto do idoso (Brasil, 2003), agora chamado de Estatuto da pessoa idosa[1], que é uma lei vigente no Brasil desde 2003, classificou como pessoa idosa aquela que tem 60 anos de idade ou mais. Como na expressiva maioria dos países a idade que delimita o início da terceira idade é 65 anos, desde 2020, tramita na Câmara dos Deputados do Brasil um projeto que eleva a idade de 60 para 65 anos.

Um outra questão relevante é a de que, em muitos países desenvolvidos, diversas situações médicas e sociais relativas às pessoas idosas são conduzidas (pesquisadas, diagnosticadas e tratadas) por profissionais da área da saúde, com formação em geriatria, gerontologia, psicogeriatria e enfermagem, a partir dos 75 anos de idade. Isso talvez explique a pouca quantidade de estudos em nosso meio sobre esse tema. A maioria deles provém de instituições públicas e privadas dos Estados Unidos e da Europa.

Quanto à visão da Doutrina Espírita a respeito da temática dependência química nas pessoas mais idosas, esclarecemos que o material escrito é escasso, visto que na época de Kardec e mesmo no período em que Chico Xavier psicografou a maioria de seus livros, a expectativa de vida no Brasil era de menos de 60 anos. Hoje está bem próxima dos 80 anos, com um número cada vez maior de pessoas vivendo com 90 anos ou mais.

O uso de drogas na terceira idade vem se tornando um hábito cada vez mais frequente, devido a uma variedade de fatores, mas, principalmente, por uma característica cultural da nossa sociedade, pois somos muito ansiosos. Desde antes da pandemia da Covid-19, a população brasileira se destacava no *ranking* mundial como a mais ansiosa do planeta. Não se sabe ainda se fomos ultrapassados por algum país nesse período pós-pandemia, mas temos certeza de que os danos que ela ocasionou na qualidade de vida das pessoas idosas foram devastadores e suas consequências seguem reverberando nessa faixa etária.

As complicações emergentes do uso de álcool e de outras drogas psicoativas se apresentam como a terceira condição psiquiátrica mais prevalente nesse público, ficando atrás apenas dos Transtornos Depressivos e da Demência Senil (Gomes; Alberto; Gonçalves, 2023).

Em 2021, pesquisadores do Laboratório de Psiquiatria Molecular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre publicaram um estudo sobre as sequelas emocionais da pandemia e evidenciaram que cerca de 80% da população sentia-se mais ansiosa e 68% tinham sintomas depressivos, 65% expressaram sentimentos de raiva, 63% apresentaram sintomas somáticos e cerca de 50% relataram alterações no sono. Essa pesquisa foi feita com quase duas mil pessoas acima de 18 anos e também incluiu pessoas idosas (Balanzá-Martíneza *et al.*, 2021).

Durante o período da pandemia, o isolamento e/ou distanciamento social agravaram em muito a condição já precária dos cuidados e da atenção primária aos indivíduos idosos de um modo geral. Observaram-se algumas mudanças comportamentais na sociedade, como a ruptura dos contatos sociais de uma forma muito repentina, bem como uma redução da convivência dos mais velhos com seus familiares, agravados ou não por rompimentos emocionais intrafamiliares e conflitos de variadas naturezas. O resultado não poderia ter sido outro. Houve um crescimento expressivo do uso de drogas ilícitas, bebidas alcoólicas, tabagismo, antidepressivos e benzodiazepínicos, tudo isso dentro de um contexto em que houve um aumento das crises de ansiedade, pânico, insônia, compulsões alimentares e suicídio por parte da população geral e de pessoas idosas.

O uso de drogas na terceira idade cresceu mundialmente nos últimos anos, e os países devem agir para combater essa "epidemia oculta". A informação está no relatório anual do Painel Internacional de Controle de Narcóticos (International Narcotics Control Board – INBC), publicado recentemente. O corpo de especialistas independentes também destacou o impacto negativo que a pandemia de Covid-19 teve e ainda está tendo no bem-estar de pessoas com transtornos de saúde mental e abuso de substâncias (ONU, 2021).

O holandês Cornelis de Joncheere (*apud* ONU, 2021), atual presidente do INBC, afirmou em recente entrevista que:

> a pandemia causou um grande dano para a saúde e o bem-estar de pessoas idosas. Entretanto, há também uma epidemia oculta de uso de drogas afetando esse grupo populacional. O uso de drogas e as mortes relacionadas a elas entre os idosos têm aumentado, assim como o número de pessoas idosas em tratamento para problemas com o seu uso abusivo.

O relatório também constatou o aumento do uso de analgésicos (principalmente opioides), tranquilizantes e sedativos entre esse grupo demográfico. O uso de substâncias psicoativas entre pessoas idosas, geralmente, reflete problemas específicos relacionados ao envelhecimento humano, incluindo o isolamento social, as alterações do corpo, sobretudo devido à fragilidade física que acarreta graus variados de dependência, assim como pelos transtornos emocionais.

Para reverter essa "tendência alarmante", o INBC (*apud* ONU, 2021) recomendou que governos intensifiquem pesquisas sobre o uso de drogas entre pessoas idosas, negligenciadas em pesquisas sobre isso, para que possibilitem melhores condições de acesso a serviços de saúde e tratamento para esse público.

Os transtornos de ansiedade que geram medo, insegurança, aflição, angústia, irritabilidade, entre outros sintomas, estão entre os principais motivos para que os mais velhos recorram ao uso desses medicamentos na busca equivocada por um caminho que possa minimizar o seu sofrimento e sua situação vivencial caótica, buscando dessa forma "aliviar" certas perdas, melhorando sua qualidade de vida, mesmo que temporariamente. Em outros

estudos, é a depressão maior que aparece como o principal transtorno psiquiátrico relacionado à dependência química em pessoas idosas.

No blog Viva Bem (Testoni, 2022), há uma síntese breve e bem adequada a respeito das ações das substâncias psicoativas na população idosa, que, claramente, é mais suscetível ao seus efeitos deletérios que os mais jovens. Com o envelhecimento, o organismo passa por diversas transformações, que inclusive podem alterar e aumentar a duração e ação de substâncias químicas. O metabolismo fica mais lento, assim como o funcionamento gastrointestinal, renal e hepático; perde-se massa magra e há aumento nas taxas de alcoolemia (que é concentração momentânea de álcool no sangue) para uma mesma quantidade de álcool, sensibilidade a ressacas e frequência de distúrbios somáticos. Isso também intensifica os danos do tabagismo, que agrava a osteoporose e leva à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Segundo os redatores dessa reportagem, 70% das pessoas que morrem anualmente de doenças relacionadas ao cigarro (como câncer, cardiopatias, diabetes) têm mais de 60 anos, sendo a prevalência média mundial de 40% homens e 12% mulheres. Já as drogas como cocaína, *crack*, alcaloides (compostos extraídos de plantas e cujos efeitos farmacológicos são potentes), na pessoa idosa, aumentam os riscos de complicações cardiovasculares e intoxicações graves e letais.

Quanto aos medicamentos ditos de tarja preta, que são prescritos para tratar transtornos de ansiedade, convulsões, insônia e, erradamente, para tratar depressão, os benzodiazepínicos (como Diazepam, Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam, Clonazepam e Midazolam), sofrem alterações em um organismo senil. Devido a isso, se usados indiscriminadamente, causam efeitos colaterais cognitivos, principalmente na memória, além de predisporem a quedas e suas consequências mais graves, que são as fraturas.

Como vimos, o avanço da idade altera as funções e a composição do corpo humano, o que torna imprescindível ajustar o tipo e a dosagem dos medicamentos. A função excretória dos rins diminui, especialmente nos indivíduos malnutridos e debilitados, e há uma gradual redução dos mecanismos de homeostase, o que leva a reações mais fortes em decorrência

do uso de drogas, aumentando a taxa, intensidade e os efeitos adversos (Turnheim, 2003, *apud* Diniz; Pillon; Monteiro, 2017).

Esses fatores, juntamente com a diminuição do conteúdo de água corporal, fazem com que as pessoas idosas mantenham os níveis de substâncias no sangue por mais tempo após o consumo. Essa suscetibilidade física afeta suas funções motoras e cognitivas, aumentando o risco de acidentes, quedas, lesões ou dificuldades na condução das Atividades da Vida Diária (AVDs) – que são as várias tarefas pessoais concernentes ao autocuidado, assim como a outras habilidades pertinentes ao cotidiano do indivíduo.

A sensibilidade das pessoas idosas está ampliada, o que significa que elas sentem os efeitos induzidos pelo uso de substâncias psicoativas com menos quantidade consumida, e sua tolerância diminui, o que faz com que não necessitem utilizar tanto como costumavam para a obtenção do mesmo efeito. Além disso, muitas prescrições medicamentosas utilizadas por essa população interagem de modo adverso com o consumo de substâncias psicoativas (Han; Gfroerer; Colliver, 2009, *apud* Diniz; Pillon; Monteiro, 2017), seja anulando, seja potencializando seus efeitos.

Um breve panorama sobre o uso, o abuso e a dependência a benzodiazepínicos na população idosa

Os benzodiazepínicos (BZDs) começaram a ser prescritos na década de 1960 em substituição aos barbitúricos, que apresentavam maior risco de dependência. Com o passar do tempo, os seus efeitos adversos ficaram evidentes, e com o uso indiscriminado, os BZDs também se mostraram como medicamentos altamente viciantes, especialmente com seu uso prolongado.

A população idosa tem um risco aumentado de adquirir dependência com doses usuais e com menos tempo de uso. Os benzodiazepínicos são fármacos de potencialidade inadequada às pessoas idosas, por esse grupo possuir modificações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento. Alterações associadas à farmacocinética e farmacodinâmica, como também comorbidades e aspectos funcionais e sociais intrínsecos ao envelhecimento, tornam essa população mais susceptível a seus variados efeitos adversos

(Vilaça *et al.*, 2019). Tais sintomas incluem comprometimento cognitivo, delírio, dificuldade respiratória, quedas, ataxia e reações paradoxais.

O uso indiscriminado dos BZDs foi estabelecido devido a uma série de fatores que favorecem essa prática, que se inicia com a não obrigatoriedade de uma consulta médica prévia, além de uma certa facilidade burocrática para que se adquira a receita especial da cor azul do tipo B1, ou facilidade em comprar sem possui-la, assim como de falsificá-la. Em algumas farmácias, essas medicações podem ser vendidas com a receita rasurada, incompleta, sem data ou vencida. Em nosso país, ainda há uma forte cultura da automedicação, devido à carência de esclarecimentos dos riscos do seu uso. Ademais, há uma distribuição gratuita pelo governo de alguns tipos de BZDs (Oliveira; Lopes; Castro, 2015).

No Brasil, a maioria das prescrições de BZDs é feita por médicos dos serviços da atenção primária, que relatam terem pouco tempo para realizarem as consultas e elaborarem estratégias terapêuticas que auxiliem no tratamento da ansiedade e da insônia, sendo estes os principais motivos para o consumo (Fegadolli; Varela; Carlini, 2019). No caso específico de pacientes idosos, que apresentam um número maior de doenças físicas e mentais concomitantes, o tempo de anamnese é o mesmo dispensado aos mais jovens, o que só contribui para um diagnóstico e um tratamento equivocados ou apenas com fins paliativos.

Nos últimos anos, houve um aumento considerável nas prescrições de medicamentos para o tratamento da ansiedade, principalmente para a população idosa. Os BZDs se tornaram, então, um dos medicamentos mais prescritos para essa população, porém, com o passar dos anos, o uso abusivo acabou diminuindo a eficácia terapêutica da droga. O que era para ser benéfico acabou apresentando riscos de intoxicação, tolerância e dependência (Orlandi; Noto, 2005, *apud* Guimarães, 2013). A dependência ocorre pela necessidade física que o medicamento provoca no organismo, sabendo-se que sua descontinuação provoca efeitos contrários aos desejados, como na ansiedade e insônia. Nesse caso, a pessoa idosa chega a ficar mais ansiosa e com problemas de sono, que a faz tomar mais e mais doses (Bicca; Argimon, 2008).

No Brasil, há uma elevada prevalência do uso de Diazepam e Clonazepam, devido ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, no qual são distribuídos gratuitamente esses medicamentos à população, mediante a apresentação de receita médica, favorecendo ainda mais o uso daqueles que não necessitam física e psicologicamente desses remédios. Esse é um fator que acaba exigindo a prescrição forçada dos médicos, que consideram para tal os fatores socioeconômicos apresentados pelos pacientes (Telles Filho *et al.*, 2011).

A Sociedade Americana de Geriatria relata que os BZDs são medicamentos considerados de uso potencialmente inapropriados em pessoas idosas, bem como que seu uso está mais presente nas mulheres idosas, pois utilizam mais os serviços de saúde e estão mais propensas a problemas de cunho afetivo e psicológico, o que confere a elas aproximadamente 30% de prevalência na utilização dessa medicação (Telles Filho *et al.*, 2011). Como sabemos, a prática da automedicação também tem uma frequência elevada na população idosa.

Doença de Alzheimer *x* benzodiazepínicos

Apesar de ainda não haver consenso na literatura médica sobre essa relação, o uso abusivo dessas substâncias, especialmente os BZDs de longa ação, podem aumentar o risco de declínio cognitivo e, por conseguinte, o de demência senil.

Em 2018, pesquisadores do conceituado Instituto Karolinska da Finlândia avaliaram a associação entre BZDs e drogas relacionadas e o risco de desenvolvimento de Doença de Alzheimer (DA), em um estudo observacional, entre 2005 e 2011. Foram examinados efeitos de dose, meia-vida e duração do uso. Foram incluídos 70.719 indivíduos com idades entre 34 e 105 anos, entre eles 65,2% eram mulheres. Além disso, foram incluídos 282.862 controles. A associação entre BZDs e DA foi avaliada usando regressão logística com cinco anos de tempo de atraso entre a exposição e o desfecho. Os autores concluíram que a associação entre BZDs e DA foi levemente aumentada (Karttunen *et al.*, 2018).

O uso, o abuso e a dependência química na visão espírita

Para o Espiritismo, a dependência química é uma doença do Espírito. Ela tem a ver com a própria história espiritual do indivíduo construída ao longo do tempo. Consequentemente, todos trazemos traços reminiscentes das escolhas equivocadas realizadas em existências precedentes, que se expressam atualmente nas limitações de nosso corpo físico, em nossas atitudes e hábitos. Acrescido a esse conhecimento, a natureza de provas enfrentadas na atual encarnação e como cada um está lidando com elas são fatores determinantes na gênese das dependências no olhar da Doutrina.

O não enfrentamento de feridas da alma no processo de envelhecimento pode apresentar-se por meio de sentimentos e comportamentos doentios, como revolta, mágoa, ódio, vingança, orgulho ferido, egoísmo, avareza e inveja. Na maioria das vezes, a pessoa não encontra forças em si mesma para enfrentar essas dificuldades e vencê-las, caminhando para um quadro de abatimento, desânimo, anedonia e depressão. É comum observarmos pacientes que escolheram ao longo de sua existência fugir e não enfrentar suas dificuldades íntimas e de relacionamento. Por isso a depressão é uma causa muito comum de sofrimento emocional em qualquer fase da vida, inclusive na velhice – e significativamente diminui a qualidade de vida de seus portadores. Como vimos antes, ela é frequentemente uma das causas principais das dependências a drogas psicoativas em pessoas idosas.

Além de fatores bioquímicos, psicossociais, traumas emocionais/físicos, entre outros, a visão reencarnacionista traz a questão do temperamento/psiquismo do nosso Espírito que vem sendo construído ao longo dos séculos, nas vivências sucessivas e as consequentes interferências de cunho espiritual propriamente dito em processos obsessivos leves, moderados ou intensos. Allan Kardec (2007), na questão n. 459 de *O livro dos Espíritos*, indaga aos Espíritos se eles influem em nossos pensamentos e em nossos atos e recebe a seguinte resposta: "Os Espíritos influem em nossos pensamentos e em nossos atos muito mais do que imaginamos e, em muitas das vezes, são eles que nos dirigem".

As consequências das obsessões podem acarretar reflexos no corpo físico, desarmonizando os chacras, ocasionando doenças orgânicas,

perturbações celulares, metabólicas, infecciosas, neoplásicas, entre outras. Os reflexos também se dão no campo mental, ocasionando estados psicológicos de angústia, incertezas, complexos, agressividade, hipocondria, anorexia, crises depressivas, alucinações e delírios. A compreensão de como ocorrem os processos obsessivos é uma ferramenta de fundamental importância na prevenção e no tratamento das dependências de naturezas variadas.

As intervenções terapêuticas para as mais variadas formas de dependências se dão em vários níveis, pois existem diversas modalidades de tratamento, como as práticas médicas da medicina tradicional, principalmente por meio de uma gama de medicações direcionadas para cada tipo específico de dependência. Concomitantemente, faz-se necessário o acompanhamento psicológico, se utilizando das variadas correntes comportamentais existentes. Outras modalidades de tratamento incluem as práticas integrativas, como, por exemplo, acupuntura, homeopatia, fitoterapia, antroposofia, medicina chinesa, terapia floral, aromaterapia (óleos essenciais), terapia mente-corpo (meditação/relaxamento), hipnose, terapias artísticas (arteterapia) e bioenergéticas (reiki, johrey, passes).

Dentro da terapia complementar espírita, as pessoas idosas podem se beneficiar com a oração/prece, o passe magnético, a fluidoterapia, as intervenções terapêuticas espirituais com ou sem a atuação mediúnica e, principalmente, pela educação espiritual, por meio do estudo e da prática da Doutrina Espírita.

Para o escritor espírita Jason de Camargo (2001, p. 21), "A educação como um todo é o agente capaz de realizar as mudanças necessárias, possibilitando a transformação do estado de animalidade para o de humanidade, ou seja, dos instintos para os sentimentos e das exigências dos valores materiais para os espirituais".

A dependência química é um dos mais impactantes flagelos pelos quais a humanidade vem passando, e isso está acontecendo ao mesmo tempo em que o planeta também passa pelo seu processo de ajustes e de evolução moral. Para o grande filósofo do Espiritismo, Léon Denis (2008, cap. XXVII), "É esse o convite que o ser humano recebe da Espiritualidade Maior para se

refazer perante as Leis Divinas, para que possa reconstruir a sua vida por meio de novas decisões e novas posturas [...]".

---

1 O *Estatuto do idoso* passou ter uma nova denominação: *Estatuto da pessoa idosa*. "A mudança aprovada por deputados e senadores foi sancionada [...] e está publicada no *Diário Oficial da União*. [...] A norma substitui, em toda legislação, as expressões 'idoso' e 'idosos' pelas expressões 'pessoa idosa' e 'pessoas idosas', respectivamente. [...] o termo 'idoso' era excludente" (Baptista, 2022).

Referências

BALANZÁ-MARTÍNEZA, Vicent; KAPCZINSKIC, Flavio; AZEVEDO, Taiane de *et al*. The assessment of lifestyle changes during the COVID-19 pandemic using a multidimensional scale. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, v. 14, n. 1, p. 16-26, 2021.

BAPTISTA, Rodrigo. Estatuto da Pessoa Idosa: lei é rebatizada para garantir inclusão. *Agência Senado*, 25 jul. 2022. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/07/25/estatuto-da-pessoa-idosa-lei-e-rebatizada-para-garantir-inclusao. Acesso em: 30 abr. 2023.

BICCA, Mônica Giaretton; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 2, p. 133-138, 2008.

BRASIL. *Estatuto do idoso*. 2003. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

CAMARGO, Jason de. *Educação dos sentimentos*. Porto Alegre: FERGS, 2001.

DENIS, Léon. *O problema do ser, do destino e da dor.* Brasília, DF: FEB, 2008.

DINIZ, Ana; PILLON, Sandra Cristina; MONTEIRO, Sara. Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 19, n. 2, 2017.

FEGADOLLI, Claudia; VARELA, Niurka Maria Dupotey; CARLINI, Elisaldo Luis de Araújo. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, 2019.

GOMES, Gustavo Ivankovic; ALBERTO, Vinicius Scoparo; GONÇALVES, Márcia. Um olhar sobre a dependência de Benzodiazepínicos em idosos através de uma revisão bibliográfica. *Psychiatry On Line Brasil*, v. 27, n. 8, 2023.

GUIMARÃES, Ana Cláudia Oliveira. *Uso e abuso dos benzodiazepínicos:* revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica. 2013. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos.* Brasília, DF: FEB, 2007.

KARTTUNEN, Niina; TAIPALE, Heidi; HAMINA, Aleksi *et al*. Concomitant use of benzodiazepines and opioids in community-dwelling older people with or without Alzheimer's disease-A nationwide register-based study in Finland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 34, n. 2, p. 280-288, 2018.

NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Uso de drogas entre idosos é uma "epidemia oculta", alertam especialistas em narcóticos*. 2021. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/123479-uso-de-drogas-entre-idosos-%C3%A9-uma-%E2%80%9Cepidemia-oculta%E2%80%9D-alertam-especialistas-em-narc%C3%B3ticos. Acesso em: 30 abr. 2023.

OLIVEIRA, Joana Darc Lima de; LOPES, Lisiane Amim; CASTRO, Geane Freitas Pires. Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos: a contribuição do farmacêutico para um uso consciente. *Revista*

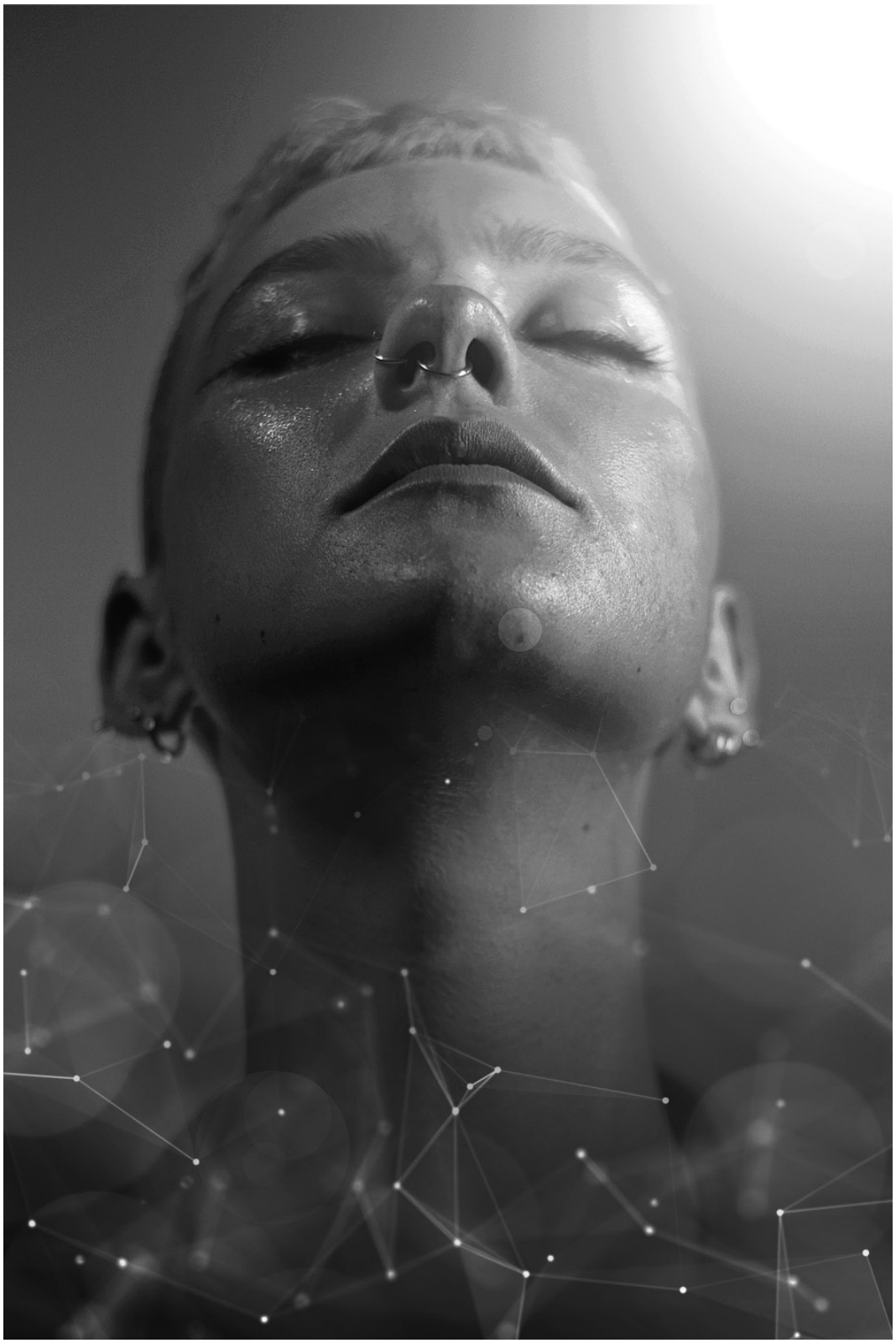
Transformar, p. 214-226, 2015.

TELLES FILHO, Paulo Celso Prado; CHAGAS, Alex Rogério das; PINHEIRO, Marcos Luciano Pimenta *et al*. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 3, 2011.

TESTONI, Marcelo. Dependente químico e idoso: o que muda em relação a efeitos e tratamentos? *Blog Viva Bem*, 2022. Disponível em: https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2022/04/01/dependente-quimico-e-idoso-o-que-muda-em-relacao-a-efeitos-e-tratamentos.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

VILAÇA, Ana; VIEIRA, Ana; FERNANDES, André *et al*. Characterization of Benzodiazepine Use in an Older Population Registered in Family Health Units in the Region of Minho, Portugal. *Geriatrics*, v. 4, n. 1, p. 27-32, 2019.





15.

Uso, abuso e dependência química na população LGBTQIAPN+

Marcus Renato Castro Ribeiro

"Os ventos agitam as ondas do mar, assim como as emoções abalam a alma daqueles que lutam contra a dependência química. Mas assim como o mergulhador experiente e o capitão de um navio, precisamos ter coragem para enfrentar as tempestades e encontrar o nosso rumo, guiados pela luz da esperança. Pois mesmo em meio às ondas mais bravias, é possível encontrar a calmaria e a segurança de um porto seguro"
(Marcus Ribeiro).

A sigla LGBTQIAPN+ representa um conjunto de identidades de gênero e orientações sexuais que não se enquadram nas normas heteronormativas da sociedade. As letras dessa sigla buscam dar visibilidade a segmentos da população e significam: lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer/"questionando", intersexo, assexuais, pansexual (pessoa que é atraída sexual e/ou romanticamente por pessoas de todos os gêneros e identidades), não binário (pessoa que não se identifica exclusivamente como "homem" ou "mulher") e outras identidades que não se enquadram em nenhuma das categorias anteriores. A importância sociopolítica dessa sigla está relacionada à luta pelos direitos dessas comunidades, que historicamente foram marginalizadas e discriminadas. Assim, dar um nome pode ser importante como uma forma de visibilizar e reconhecer a existência dessas identidades, buscando a inclusão em movimentos sociais e políticas públicas para promover a igualdade e a justiça social, como a garantia de direitos civis, o direito ao casamento e à adoção, bem como a luta contra a discriminação no mercado de trabalho, na educação e em outros setores da sociedade.

Nesse contexto, o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) ganha uma conotação particular quando nos referimos a essa população, que tem sido identificada como uma comunidade em risco devido a diversos fatores,

incluindo: discriminação e preconceito; isolamento social; traumas; acesso fácil a substâncias e barreiras ao tratamento. Este texto, portanto, se propõe a analisar as causas desse fenômeno, refletir sobre as contribuições da Doutrina Espírita nessa perspectiva e propor estratégias para o enfrentamento desse problema de saúde em uma população vulnerável.

Explorando as profundezas da vulnerabilidade

A vulnerabilidade na população LGBTQIAPN+ se refere às condições que tornam essas pessoas mais suscetíveis a sofrer violências e discriminações, bem como a ter dificuldades para acessar direitos e serviços essenciais. Elas enfrentam vulnerabilidades de diferentes formas, dependendo de suas identidades e contextos. Por exemplo, as pessoas transgênero e as pessoas intersexo enfrentam desafios específicos relacionados à sua identidade de gênero e à sua expressão de gênero, enquanto as pessoas lésbicas e gays enfrentam desafios relacionados à sua orientação sexual.

Algumas das principais vulnerabilidades enfrentadas por essa população incluem o preconceito e a discriminação em diversos espaços, como a família, a escola, o trabalho, a saúde e a religião. A violência física e psicológica, incluindo agressões, intimidações e ameaças, também é uma realidade para várias pessoas que, muitas vezes, enfrentam dificuldades para acessar serviços de saúde, como o atendimento médico adequado, o acesso a medicamentos e a serviços de saúde mental. Todas essas vulnerabilidades têm impactos significativos na vida das pessoas LGBTQIAPN+, afetando sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Entender as possíveis causas do fenômeno do TUS nessa população é um convite a um mergulho em nossa sociedade. Refletir sobre as especificidades dessa população e se há dados que corroboram a sua vulnerabilidade perante o uso de substâncias é observar todo um mundo tantas vezes submerso em águas aparentemente calmas, mas que escondem correntezas e adversidades. Buscar estratégias e formas de transformar essa realidade é trabalho para o mergulhador atento que, mesmo não pertencente àquele mundo, entende que cuidar dele é também cuidar do seu próprio.

Quando pensamos na população de uma forma geral, existem diversas causas que podem contribuir para o desenvolvimento do transtorno de uso de substâncias. Cabe agora pensarmos se existem especificidades.

Fatores genéticos

Estudos indicam que a predisposição genética pode ter um papel significativo no desenvolvimento de transtornos relacionados ao uso de substâncias. Portanto, pessoas com histórico familiar de dependência química têm maior probabilidade de desenvolver o transtorno (Rhee; Waldman, 2002).

Na população LGBTQIAPN+, a hereditariedade também pode contribuir para o risco de desenvolvimento de TUS, embora não haja evidências de que a orientação sexual ou identidade de gênero em si estejam relacionadas aos genes associados ao uso (Hughes; Eliason, 2002). A literatura científica indica que há uma série de genes que podem estar associados a um maior risco de desenvolver TUS, mas esses estão relacionados ao sistema de recompensa do cérebro e ao metabolismo de neurotransmissores, como dopamina, serotonina e noradrenalina (Becker; Koob, 2016).

Além disso, a interação entre fatores genéticos e ambientais pode ser particularmente importante para o aumento do risco na população LGBTQIAPN+. Por exemplo, uma pessoa com uma predisposição genética para TUS pode estar mais vulnerável a desenvolver um transtorno de uso de substâncias em um ambiente onde o estigma e a discriminação são comuns. É importante ressaltar que os fatores genéticos não são a única causa e que a influência dos fatores ambientais, sociais e psicológicos é geralmente mais importante do que a genética (Kerker *et al.*, 2018).

Fatores ambientais

O ambiente onde a pessoa vive pode influenciar fortemente o desenvolvimento do transtorno de uso de substâncias. Por exemplo, a exposição a um ambiente onde o uso de drogas é normalizado pode aumentar o risco de desenvolver o transtorno.

Nesse contexto, existem várias especificidades em relação aos fatores ambientais que podem colocar a população LGBTQIAPN+ em maior risco. A discriminação, o preconceito e o estigma enfrentados por essa população podem aumentar o estresse e a ansiedade, levando ao uso de substâncias como uma forma de enfrentamento (Hughes; Eliason, 2002). Além disso, a falta de apoio familiar, de amigos e de outros membros da comunidade pode levar a sentimentos de isolamento e solidão, o que pode aumentar a probabilidade de uso de substâncias como uma forma de lidar com esses sentimentos (Frost; Meyer; Schwartz, 2016).

Outro fator ambiental que pode afetar o risco de uso de substâncias entre a população LGBTQIAPN+ é a falta de acesso a serviços de saúde mental e tratamento para que sejam culturalmente sensíveis e que compreendam as necessidades específicas dessa população (Hughes; Eliason, 2002). Também há evidências de que a exposição a eventos traumáticos, como a violência baseada em gênero e a violência homofóbica/transfóbica, pode levar a problemas de saúde mental e uso de substâncias. Os jovens LGBTQIAPN+ podem ser particularmente vulneráveis a esses eventos traumáticos, o que pode levar a um maior risco (Veliz *et al.*, 2016).

Fatores psicológicos

A população LGBTQIAPN+ apresenta uma maior prevalência de transtornos mentais em comparação com a população em geral, de acordo com diversas pesquisas científicas. Um estudo realizado por Plöderl *et al.* (2017), com uma amostra de 1.043 indivíduos LGBTQIAPN+ na Áustria, identificou que a prevalência de transtornos mentais nessa população foi significativamente maior em comparação com a população em geral. O estudo realizado por Meyer (2003) nos Estados Unidos apontou que essa população apresenta maiores índices de transtornos de ansiedade, depressão e ideação suicida.

Essa maior prevalência estaria relacionada com as experiências de discriminação, preconceito e violência, além do estresse gerado pelo processo de aceitação de sua identidade de gênero e orientação sexual. Como consequência, há uma maior probabilidade de desenvolvimento de TUS, visto

que existe uma relação direta entre os transtornos mentais, como ansiedade, depressão e transtornos de personalidade e o uso de substâncias (Marshal *et al.*, 2020).

Alguns estudos sugerem que o estresse crônico decorrente da discriminação e do preconceito pode aumentar o risco de uso de substâncias como uma forma de enfrentamento (Viazminsky *et al.*, 2022; Ryan *et al.*, 2009). A própria sensação de não pertencimento ou a ideia angustiante de se reconhecer como errado podem ser responsáveis por um sentimento de vazio ou de inadequação.

Há estudos que destacam a importância da identidade de gênero e da expressão de gênero na relação com o TUS. Pessoas transgênero, por exemplo, podem recorrer ao uso de substâncias como uma forma de lidar com a discriminação e a violência que, frequentemente, enfrentam. Além disso, a pressão social e a necessidade de se encaixar em determinados grupos também podem contribuir para o TUS em pessoas LGBTQIAPN+ (Marshal *et al.*, 2020).

Efeito social

O efeito social pode ser um fator de risco significativo para o desenvolvimento de transtornos de uso de substâncias na população LGBTQIAPN+. Com frequência, indivíduos dessa população enfrentam estigmas e discriminação em suas comunidades e ambientes sociais, o que pode levar a um maior estresse e ansiedade. Isso, por sua vez, pode levar a comportamentos de risco, uso de substâncias, como uma forma de lidar com a pressão e o sofrimento psicológico.

Um outro ponto importante refere-se aos conflitos familiares. Muitos jovens enfrentam conflitos com suas famílias quando revelam sua orientação sexual ou identidade de gênero. Esse tipo de conflito pode ser difícil, sobretudo, para jovens que dependem financeiramente de suas famílias, o que pode resultar em uma maior vulnerabilidade a problemas de saúde mental e comportamentais (Reisner *et al.*, 2015).

Há ainda o efeito social dos pares. A necessidade de pertencer a um grupo social pode ser especialmente forte para jovens LGBTQIAPN+. Em

alguns casos, isso pode levar à pressão dos pares para experimentar substâncias ou participar de comportamentos de risco, como uma forma de se sentir parte de um grupo. Esses fatores também tornam essa população mais vulnerável ao desenvolvimento de transtornos de uso de substâncias (Reisner *et al.*, 2015).

Fatores culturais

Em alguns contextos, como na cultura LGBTQIAPN+, o uso de drogas ou álcool é tolerado ou até mesmo encorajado, o que pode aumentar o risco de desenvolver o TUS (Stall *et al.*, 2001). Por uma questão histórica de marginalização, por muito tempo a cultura LGBTQIAPN+ centralizou-se em espaços noturnos, festas e eventos sociais, nos quais o uso de substâncias tendia a ser normalizado e até mesmo esperado. Isso pode aumentar a pressão social sobre esses indivíduos para que participem dessas atividades e, por sua vez, aumentar o risco de desenvolvimento de TUS.

Todos esses fatores, quando pensados em relação à população LGBTQIAPN+, somam-se ao preconceito e à discriminação. A falta de aceitação por parte da sociedade e de suporte emocional pode levar os indivíduos a buscar as drogas como uma alternativa possível. Além disso, muitas vezes, essa população enfrenta dificuldades para encontrar profissionais da saúde mental que a compreendam e saibam como lidar com questões específicas.

Explorando outros mares

Quando se trata de questões relacionadas ao uso, abuso e à dependência química na população LGBTQIAPN+, é fundamental que as pessoas se sintam acolhidas, amparadas e compreendidas. Nesse sentido, o Paradigma Médico-Espírita (PME), que tem por base os ensinamentos de Jesus e a Doutrina Espírita, pode oferecer valiosas contribuições para o enfrentamento desses desafios.

Em primeiro lugar, é importante destacar que o PME se baseia em uma visão holística do ser humano, que considera não apenas seu corpo físico, mas

também sua dimensão emocional e espiritual (Moreira, 2016). Isso significa que, para esse modelo, as pessoas não são vistas apenas como um conjunto de sintomas e diagnósticos, mas, sim, como seres complexos e multifacetados, cujas escolhas e comportamentos são influenciados por uma variedade de fatores (Luiz, 2019). Na grande maioria das vezes, esses fatores não são perceptíveis e tão pouco compreensíveis para nós, o que deve nos convidar a uma postura de não julgamento, e sim de acolhimento e abertura para a necessidade do outro.

Além disso, o PME nos ensina a não culpabilizar ou estigmatizar as pessoas que enfrentam a dependência química. Pelo contrário, ele nos convida a reconhecer a importância do acolhimento, da empatia e da compreensão para o processo de recuperação. Isso significa que as pessoas que buscam ajudam e tratamento devam ser recebidas com amor e respeito (Luiz, 2019).

Em segundo lugar, o PME entende que a dependência química pode ser influenciada por questões emocionais e espirituais, como a busca por alívio do sofrimento, a sensação de vazio existencial ou a obsessão. Especialmente na população LGBTQIAPN+, que muitas vezes enfrenta preconceito, discriminação e rejeição, esses fatores podem estar presentes de forma ainda mais intensa e provocarem um estado de maior vulnerabilidade, aumentando o risco de dependência química. Diante desse conhecimento, cabe a todos os envolvidos atuarem para que essa realidade seja modificada.

Um outro ponto importante é que pode não haver um espaço acolhedor de algumas instituições, o que acaba afastando essa população e privando-a do convívio, trabalho e aprendizado dentro da Doutrina Espírita. Nesse sentido, o PME destaca a importância da aceitação e do respeito à diversidade. Assim, as pessoas LGBTQIAPN+ devem ser reconhecidas em sua plena humanidade, com suas características e particularidades únicas (Moreira, 2016). Isso implica em respeitar a orientação sexual e identidade de gênero das pessoas, bem como suas escolhas e decisões individuais, para que possam se sentir pertencentes a esses espaços, atuando com dignidade e respeito em todas as atividades de serviço no bem (Moreira, 2019).

É interessante destacar a explicação de Allan Kardec (2018) em *O livro dos Espíritos* às perguntas n. 200 a 202: "os Espíritos encarnam como homens

ou como mulheres, porque não têm sexo. Visto que lhes cumpre progredir em tudo, cada sexo, como cada posição social, lhes proporciona provações e deveres especiais e, com isso, ensejo de ganharem experiência".

Em terceiro lugar, há a importância do autodomínio e da responsabilidade individual na superação do TUS.

Isso significa que, embora as pessoas possam contar com o apoio de profissionais da saúde e de grupos de ajuda mútua, elas também devem reconhecer sua própria responsabilidade na busca pela recuperação. Nesse sentido, o PME oferece uma mensagem de esperança e empoderamento, ao incentivar as pessoas a se tornarem agentes ativos de sua própria saúde e bem-estar.

Por fim, é importante destacar que o PME reconhece a importância da espiritualidade na recuperação do TUS, o que não significa que todas as pessoas precisem seguir uma religião específica ou compartilhar de uma mesma crença espiritual. Pelo contrário, a espiritualidade pode ser compreendida como uma dimensão pessoal e subjetiva, que permite às pessoas desenvolver uma relação mais profunda consigo e com o mundo ao seu redor. Essa dimensão pode oferecer conforto, força e inspiração durante o processo de recuperação e ser uma ferramenta valiosa durante o processo terapêutico.

Construindo barcos

O enfrentamento dessa realidade na população LGBTQIAPN+ envolve uma série de desafios. Para superá-los é fundamental uma abordagem abrangente e multidisciplinar, que envolva desde o acesso a serviços de saúde adequados até a promoção da inclusão social e a desconstrução do preconceito e da discriminação. Nesse sentido, existem diversas soluções que podem ser implementadas para lidar com essa questão (Frost; Meyer; Schwartz, 2016):

- *acesso a serviços de saúde adequados:* é fundamental que as pessoas LGBTQIAPN+ tenham acesso a serviços de saúde que ofereçam tratamentos específicos e sensíveis às suas necessidades. Nesse sentido, um estudo apontou que a população LGBTQIAPN+ que tem

acesso a serviços de saúde mental e tratamento para o uso problemático de drogas tem uma melhor qualidade de vida (Marshal *et al.*, 2020).

- Isso pode envolver desde a capacitação de profissionais da saúde para lidar com a diversidade de gênero e sexualidade até a oferta de tratamentos especializados;
- *prevenção e educação em saúde:* a prevenção e a educação são fundamentais para reduzir os riscos na população LGBTQIAPN+. Há evidências que apontam que intervenções precoces e personalizadas para esses indivíduos podem ser eficazes na redução do uso problemático de substâncias (Reisner *et al.*, 2015). Isso pode envolver a promoção de campanhas de conscientização sobre os riscos do uso de drogas e álcool, bem como a oferta de programas de prevenção voltados para essa população;
- *apoio emocional:* a população LGBTQIAPN+ pode enfrentar desafios emocionais específicos, como ansiedade, depressão e isolamento social. Por essa razão, é importante que existam serviços de apoio emocional disponíveis, como grupos de suporte e aconselhamento psicológico, que possam ajudar as pessoas a lidar com esses problemas (Moreira, 2016);
- *promoção da inclusão social:* a exclusão social pode ser um fator de risco importante. Como forma de minimizar esse impacto, o apoio social e o fortalecimento dos laços familiares são essenciais para prevenir o uso de drogas nessa população (Blosnich *et al.*, 2020). Isso deve ocorrer com a promoção da inclusão social e da igualdade de oportunidades para todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero (Moreira, 2019);
- *desconstrução do preconceito e da discriminação:* uma revisão sistemática de literatura identificou que a inclusão de políticas públicas específicas para essa população pode ajudar na redução do uso problemático de drogas (Blosnich *et al.*, 2020). Em razão disso, é fundamental que o preconceito e a discriminação sejam desconstruídos e combatidos, por meio da promoção do respeito à diversidade e da educação para a igualdade de direitos (Moreira, 2016);
- *atenção especial para populações vulneráveis:* algumas populações LGBTQIAPN+ podem ser mais vulneráveis, como jovens, pessoas

em situação de rua e pessoas com HIV/AIDS. Essa vulnerabilidade impõe que esses grupos recebam atenção especial e serviços específicos de prevenção e tratamento (Moreira, 2019).

Atracando no porto amor

O amor é um caminho essencial para promover a dignidade humana. Por intermédio do amor, podemos acolher, respeitar e integrar as diferenças, reconhecendo o potencial de cada indivíduo que busca viver sua vida plenamente. Para construir essa vivência em nós mesmos, é necessário superar nossos próprios preconceitos, a fim de que essa compreensão se manifeste e se dissemine em nossa sociedade.

Quando amamos, somos capazes de transcender nossas diferenças e ver o outro como um ser humano completo, com potencialidades e desafios, assim como nós mesmos. O amor é uma forma de acolher e respeitar essas diferenças, sem julgamentos ou preconceitos. Isso nos permite integrar as pessoas em nossas vidas, reconhecendo suas necessidades e buscando maneiras de apoiá-las em suas jornadas.

Mesmo que amar assim não seja sempre fácil, é preciso estar disposto a enfrentar nossos próprios preconceitos e limitações, muitas vezes profundamente enraizados em nossas crenças e valores. Isso pode exigir uma profunda reflexão e autoanálise, além de uma abertura para o diálogo e o aprendizado com pessoas que pensam de maneira diferente de nós. O amor é uma jornada constante de autoaperfeiçoamento e crescimento, que nos desafia a sermos cada vez mais empáticos, compreensivos e compassivos.

Ao construirmos essa vivência amorosa dentro de nós, podemos criar um mundo mais justo e igualitário para todos. Podemos superar barreiras de gênero, orientação sexual, etnia, religião e qualquer outra forma de preconceito, criando espaços de diálogo, compreensão e apoio mútuo. O amor é a base para a construção de uma sociedade mais humana, onde cada pessoa é valorizada e respeitada em sua singularidade, e onde o bem-estar coletivo é valorizado tanto quanto o individual.

"Amados, amemo-nos uns aos outros; porque o amor é de Deus; e qualquer que ama é nascido de Deus e conhece a Deus"

(1 João 4:7).

Obs.: Agradeço imensamente ao colega e amigo psiquiatra Dr. Alberto Gorayeb de Carvalho Ferreira, pelos apontamentos e pelas sugestões valiosas após o primeiro manuscrito do texto.

Referências

BECKER, Jill B.; KOOB, George F. Sex Differences in Animal Models: Focus on Addiction. *Pharmacological Reviews*, v. 68, n. 2, p. 242-263, 2016.

BÍBLIA SAGRADA. *Bíblia online*. 2023. Disponível em: https://www.bibliaonline.com.br. Acesso em: 30 abr. 2023.

BLOSNICH, John R.; HENDERSON, Emmett R.; COULTE, Robert W. S. *et al*. Sexual orientation change efforts, adverse childhood experiences, and suicide ideation and attempt among sexual minority adults, United States, 2016-2018. *American Journal of Public Health*, v. 110, n. 7, p. 1.024-1.030, 2020.

EMMANUEL (Espírito). *Vida e sexo*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 25. ed. Brasília, DF: FEB, 2019.

FROST, David M.; MEYER, Ilan H.; SCHWARTZ, Sharon. Social support networks among diverse sexual minority populations. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 86, n. 1, p. 91-102, 2016.

GAROFALO, Robert; WOLF, Robert Christian; KESSEL, Shlomo *et al*. The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, v. 101, n. 5, p. 895-902, 1998.

GOLDBACH, Jeremy T.; TANNER-SMITH, Emily E.; BAGWELL, Meredith; SHANNON, Dunlap. Minority stress and substance use in sexual minority adolescents: A meta-analysis. *Prevention Science*, v. 15, n. 3, p. 350-363, 2014.

HUGHES, Tonda L.; ELIASON, Michele. Substance Use and Abuse in Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations. *The Journal of Primary Prevention*, v. 22, p. 263-298, 2002.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos*. 93. ed. Brasília, DF: FEB, 2018.

KERKER, Bonnie D.; GREENE, Judy A.; GERSON, Rachel *et al*. Screening for and preventing perinatal depression. *Journal of Child and Family Studies*, v. 27, n. 10, p. 3.169-3.175, 2018.

LUIZ, André (Espírito). *Sexo e destino*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier e Waldo Vieira. 42. ed. Brasília, DF: FEB, 2019. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 12).

MARSHAL, Michael P.; FRIEDMAN, Mark S.; STALL, Ron *et al*. Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, v. 103, n. 4, p. 546-556, 2020.

MEYER, Ilan H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, v. 129, n. 5, p. 674-697, 2003.

MOREIRA, Andrei. *Transexualidade sob a ótica do Espírito imortal*. Belo Horizonte: AME Editora, 2019.

_____. *Homossexualidade sob a ótica do Espírito imortal*. Belo Horizonte: AME Editora, 2016.

PLÖDERL, Martin; KUNRATH, Sabine; CRAMER, Robert J. *et al*. Sexual orientation differences in treatment expectation, alliance, and outcome among patients at risk for suicide in a public psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*, v. 17, n. 184, p. 1-13, 2017.

REISNER, Sari L.; GREYTAK, Emily A.; PARSONS, Jeffrey T.; YBARRA, Michele. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *Journal of Sex Research*, v. 52, n. 3, p. 243-256, 2015.

REISNER, Sari L.; PARDO, Seth T.; GAMAREL, Kristi E. *et al.* Substance use to cope with stigma in healthcare among U.S. female-to-male trans masculine adults. *LGBT Health*, v. 2, n. 4, p. 324-332, 2015.

RHEE, Soo Hyun; WALDMAN, Irwin D. Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, v. 128, n. 3, p. 490-529, 2002.

RYAN, Caitlin; HUEBNER, David; DIAZ, Rafael M.; SANCHEZ, Jorge. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, v. 123, n. 1, p. 346-352, 2009.

STALL, Ron; PAUL, Jay P.; GREENWOOD, Greg *et al.* Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study. *Addiction*, v. 96, n. 11, p. 1.589-1.601, 2001.

VELIZ, Philip; EPSTEIN-NGO, Quyen; ZDROIK, Jennifer *et al.* Substance Use Among Sexual Minority Collegiate Athletes: A National Study. *Substance Use & Misuse*, v. 51, n. 4, p. 517-532, 2016.

VIAZMINSKY, Andre; BORHO, Andrea; MORAWA, Eva *et al.* Perceived discrimination among Syrian refugees in Germany and its associations with mental health. *Global Public Health*, v. 17, n. 11, p. 2.854-2.867, 2022.



16.

Dependência química e o trabalho em rede

Jairo Bello Mosqueiro
Mariana Paz Mosqueiro

"[…] livra-nos da corrupção das paixões que há no mundo; […]
associai a vossa fé a virtude; com a virtude,
o conhecimento; com o conhecimento,
o domínio próprio; com o domínio próprio,
a perseverança; com a perseverança, a piedade; com a piedade,
a fraternidade; com a fraternidade, o amor. […]
porquanto, procedendo assim, não tropeçareis em tempo algum"
(2 Pedro 1: 3-11).

Por que precisamos ajudar os dependentes químicos de uma forma desprovida de preconceito, revolta e repúdio?

Popularmente, sabemos que a adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. É uma época de grandes transformações, de descobertas, de rupturas e de aprendizado, por isso mesmo é uma fase que envolve riscos, medos, amadurecimento e experimentações de muitos dos comportamentos até então não explorados. Esse período, quando inserido em um ambiente disfuncional, tenderá a ser conturbado, visto que todas as pessoas têm necessidades emocionais inatas de conexão social e compreensão que, invariavelmente, inicia-se no convívio familiar.

O psiquiatra Viktor Frankl (2020) afirma que as pessoas que encontram um motivo para viver, uma razão para sua existência, conseguem enfrentar os desafios da vida com mais força e raramente desistem. O vazio existencial é o resultado de uma vida sem um sentido maior. Baseado nessa teoria, podemos

extrapolar que esse vazio maximiza a busca por recompensa imediata e nega qualquer risco envolvido. Nesse contexto, encontra-se atmosfera para os mais diversos subtipos de transtornos relacionados ao uso excessivo de substâncias, a repetição de comportamentos em formato patológico – uso de redes sociais, apostas em jogos e as compulsões que, igualmente, tentam aliviar essa lacuna interna indecifrável.

Além da saúde mental, a literatura tem apontado outros fatores associados ao uso de substâncias psicoativas, destacando-se a organização familiar, o ambiente escolar e a comunidade na qual o adolescente está inserido (Castro; Rosa, 2010). Tem-se ainda um conjunto de variáveis referentes às características individuais do adolescente que são desfavoráveis, como o tipo de personalidade e o padrão irregular do sono – que já tem evidências bem estabelecidas com a nomofobia e os transtornos ansiosos.

Por outro lado, mesmo com fator preditor consistente entre experiências adversas na infância e sentimentos mais baixos de coerência e significância, e isso ser potencialmente decisivo para o surgimento de um transtorno, o dano sofrido visto como um propósito materializa algo concreto e exerce uma força motivacional para uma drástica reinvenção de vida que emerge da própria adversidade infantil tecnicamente tão deletéria. Nesse "restart", o "olhar interessado e amoroso dos pais" faz com que uma criança adquira, para toda sua vida, uma bagagem psíquica que traz equilíbrio emocional, fé em si mesma e no mundo, desejo de lutar por algo promissor e saudável.

Sem o registro da mensagem de amparo, afeto e segurança, os filhos vão resistir ao amadurecimento, eternizar forte sentimento de dependência e perpetuação no mundo infantil, frágil, imaturo; esses sinais integram o conjunto de danos que, inconscientemente, procuram um caminho de negação e fuga – nessa situação, ficam à espera do afeto e atenção dos pais.

Concretamente, em números alarmantes, a avaliação atual do consumo de bebidas alcoólicas pelos nossos adolescentes poderá causar uma redução de 1,4% no Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro nas próximas três décadas, devido à perda de emprego e produtividade, além da prevalência de doenças decorrentes do consumo excessivo de álcool. Essa projeção baseia-se na

análise dos hábitos cada vez mais precoces – isto é, com evidências que apontam seu início já na infância – e seu padrão persistente. Sabe-se que os comportamentos experimentados durante essa fase transicional seguem ao longo da vida.

A partir de um impacto tão preocupante e com alcance na economia nacional que se fazem imperiosos estes questionamentos: quem são as crianças de hoje? O que permite um padrão de comportamento dos adolescentes capaz de se difundir gradualmente, ou seja, ao longo das novas gerações, de maneira persistente mesmo mediante acesso à informação, programas de aconselhamento e prevenção da exposição a riscos à saúde? Será que estamos adaptados a conviver com filhos-problema, alunos-problema, universitários-problema? Quais são as habilidades e quais princípios e ensinamentos que as famílias priorizam na educação dos filhos? Vê-se muitos esforços em capacitar nossos filhos para cursar universidades federais, aprender diversas línguas, na prática desportiva de excelência que nutrirão o ego individual e parental desse ser em desenvolvimento, mas descuida-se da base afetiva e espiritual. Esta consiste em aquisições mais saudáveis, mais seguras e mais efetivas durante esse processo tão complexo de formação de personalidade e dos hábitos de convivência social e ferramentas para resolução de problemas.

É interessante nesse contexto compreender um dos subtipos de transtorno de abuso. O termo "nomofobia", etimologicamente uma abreviação *no-mobile-phone-phobia*, define o medo irracional de estar sem o celular. Tal denominação foi criada no Reino Unido, mas ainda se discute as nuances entre excesso de uso e uso patológico. Em ambas as situações, espera-se certo isolamento social, rendimento escolar prejudicado e alterações na atenção, memória etc., que, por si só, torna-se nosso foco da atenção.

Muitas vezes, enfatiza-se que o uso das tecnologias, especialmente redes sociais, tem uma natureza dupla. Essa dualidade demonstra que, assim como oferece amplas oportunidades de engajamento/comunicação social, que favorece a autoestima e o bem-estar; em contrapartida, excessivas oportunidades de engajamento e o tipo único de pressão dos pares por meio de autopromoção e aprovação do grupo potencializam a comparação social

excessiva/busca de *feedback*, níveis maiores de ansiedade e depressão e elevados critérios de julgamento que tendem a ser cenário propício para a promoção de violências e *cyberbullying*. Dentre as repercussões descritas, o que merece atenção por sua inegável relação é o impacto no padrão do sono que predispõe a transtornos de humor e prejudica o desenvolvimento neuropsicossocial.

Mais uma vez, o funcionamento basal da adicção retoma o perfil de apego que primariamente vem da mãe e/ou do pai como fonte de apoio e segurança para a livre exploração do mundo. Caracteristicamente, a autonomia é seguida de certa independência/separação parental. Esse formato típico de identificação com os amigos restringe o diálogo parental, mas a comunicação substituída pelo ambiente virtual aproxima e recria formatos de relacionamentos novos e muito favoráveis para a interação entre pais e filhos, sendo, portanto, algo positivo.

Em que se baseia o tratamento de um dependente químico?

A palavra "dependência" significa sujeição, subordinação, ou seja, estar sujeito ou subordinado a algo ou alguém. A dependência química é uma doença crônica que se caracteriza por ter recidivas frequentes, em que o uso continuado de substâncias tóxicas para o organismo humano trará alterações, muitas vezes irreversíveis, na estrutura e no funcionamento do cérebro.

Quando se discute tratamento do dependente químico, evidências científicas, independentemente do tipo de droga usada, sugere-se a combinação de abordagens terapêuticas na obtenção de melhores resultados a curto e longo prazos. A associação de tratamento medicamentoso com psicoterapia e a permanência em comunidade terapêutica devidamente qualificada aumentam, consideravelmente, as chances de manutenção da condição de abstinência.

Sabe-se, atualmente, que o manejo é considerado individualizado, isto é, deve atender às necessidades particulares de cada indivíduo. No entanto, em detrimento às peculiaridades, é indiscutível aliar o tratamento farmacológico a intervenções vindas de grupos de ajuda mútua, da terapia pessoal, conjugal ou familiar, informações a respeito dos efeitos da substância que está sendo

usada, bem como esclarecimentos sobre os efeitos das medicações prescritas. O tratamento farmacológico deve ser orientado e aplicado por, preferencialmente, um profissional médico psiquiatra, treinado ou especializado em dependência química.

O doente aceita o uso de medicamentos baseado nos seguintes pilares:

- sente que algo está errado com ele;
- sente-se motivado a resolver seu problema usando uma determinada medicação;
- acredita que os prós do tratamento, ao longo do tempo, irão superar os contras.

Mesmo oferecendo ao doente tudo o que foi descrito anteriormente como possibilidades de tratamento, sabemos que a recaída é um dos maiores desafios no tratamento do dependente químico, inclusive quando motivados e conscientes dos malefícios do uso das drogas. É o desejo intenso, provocado, principalmente nos momentos de estresse psicológico, de perdas ou de frustrações, o maior determinante da recaída. Logo, sabendo-se que os dois fatores precipitantes mais importantes na recaída incluem o desejo (a fissura pela droga) e o estresse, temos que nos manter alertas aos sinais demonstrados pelos dependentes químicos e oferecer mais atenção e proteção mediante tamanha vulnerabilidade.

A dificuldade em fazer escolhas saudáveis por um dependente químico

É fundamental os familiares e/ou cuidadores responsabilizarem-se, juntamente com o doente, pelo tratamento, uma vez que este não tem condições psíquicas saudáveis para fazer escolhas maduras e equilibradas; o comprometimento das funções cerebrais está tão evidente que o paciente pode mudar rapidamente os acordos firmados em longas sessões de terapia, retomando o uso das drogas de forma imprevisível.

A psiquiatria forense, que estuda as relações entre a psiquiatria e o judiciário, presume que a capacidade de entendimento sobre os fatos esteja preservada, mas, em contrapartida, sua capacidade de determinação está muito comprometida; isso significa dizer que, mesmo o doente sabendo de todo o

malefício e dos danos provenientes do uso (capacidade de entendimento preservada), ele não consegue se motivar e parar de usar (capacidade de determinação comprometida). Essa ineficiente capacidade de determinação é o que perpetua os pensamentos de desvalia e corrobora a ideia do fracasso e da falta de sentido na vida. Essa sensação de caos existencial, pela ausência da droga que representava a razão da vida de dependente, gera ainda mais angústia e servirá de gatilho para recair.

É imprescindível que os envolvidos no apoio ao paciente exerçam um papel com muita empatia, para perceber, minimamente, o funcionamento do usuário. Muitos pacientes reprogramam suas vidas em função do vício. A preocupação com o consumo da droga demandará alguns cuidados rotineiros, como, por exemplo, se existir conexão entre café e tabagismo ao acordar, acompanhar a disponibilidade de café na dispensa, assim como os cigarros. Isso fará parte de um planejamento de vida e poderá, por vínculo de memória dos rituais associados, em situação de abstinência, servir de gatilho.

Vê-se, portanto, a importância de todos – familiares, profissionais e voluntários – envolvidos na ajuda aos usuários em persistir na luta, mesmo com perdas e frustrações que possam surgir ao longo dessa incansável jornada de amor ao próximo. É necessária muita fé nas leis do Universo e da natureza humana.

Fluxograma ou orientações de como melhor encaminhar um dependente químico

Ao se deparar com uma pessoa em *estado de intoxicação aguda* ou *overdose*, é importante que se tenha alguns conhecimentos para poder prestar ajuda de forma adequada. Seguem alguns exemplos.

Substância estimulante: observar o usuário com pupilas dilatadas (Figura 1 – midríase), grande agitação ou excitação, pensamento acelerado e desorganizado, com pulso e pressão arterial aumentados, comportamento agressivo, imprevisível ou violento. Nesse caso, a conduta adequada será encaminhar a pessoa a um serviço de emergência clínica ou psiquiátrica, ou seja, pronto-socorro. Prestar atenção para as queixas de dor no peito, alterações no ritmo do pulso ou do coração. Caso a pessoa esteja muito

violenta e incontrolável, deve ser encaminhada, imediatamente, para um serviço médico de emergência.



Figura 1 –Padrão das pupilas – observar durante episódio de overdose
Fonte: os autores (2023).

A pessoa pode estar em *overdose de algum sedativo*, ou com mistura de drogas com álcool e, portanto, pouco reativa ou sonolenta, com frequência respiratória baixa, pupilas contraídas. Nesse caso, encaminhar igualmente ao serviço de urgência/emergência médicas.

A pessoa em estado de *abstinência aguda* se apresentará ansiosa, inquieta, com pulsos e pressão arterial aumentados, pupilas dilatadas; conforme gravidade, encaminhar ao pronto-socorro ou, em casos leves, ao consultório médico.

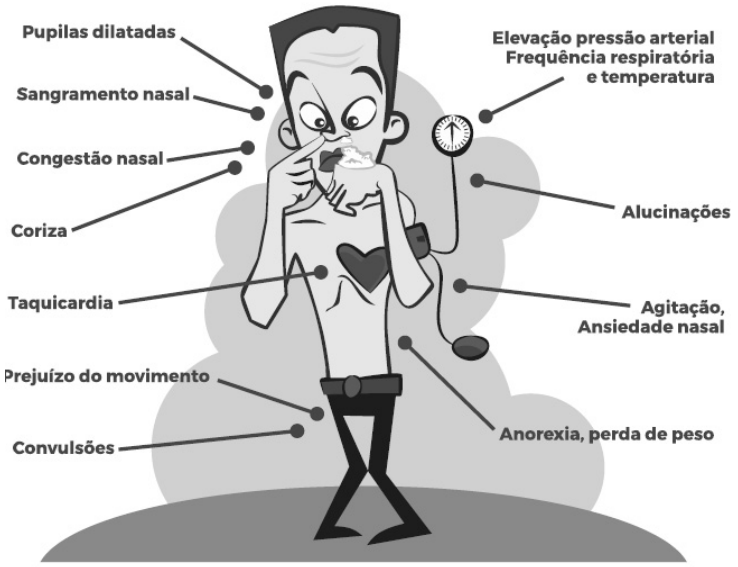


Figura 2 – Sintomas de intoxicação aguda/overdose por estimulantes
Fonte: adaptada de Schubert (2017).

Em ambas as situações supracitadas, na impossibilidade de deslocamento até o serviço médico ou manejo domiciliar de situação de risco, pode-se

acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os bombeiros ou outras entidades, conforme o município.

Qualquer situação de agravamento do *status* psíquico do paciente requer cuidado e manutenção da vida do usuário, porém vale lembrar a importância de garantir que todos os envolvidos na situação se resguardem dos riscos oferecidos, ou seja, evitar enfretamentos ou manejo sem o adequado controle.



Figura 3 – Sinais e sintomas do abuso de estimulantes
Fonte: adaptada de Canossa (2021).



Figura 4 – Sinais e sintomas do abuso de medicamentos ou drogas sedativas
Fonte: adaptada de Canossa (2021).

Excetuando-se os casos de urgência e/ou emergência – risco de vida para o paciente ou seus familiares –, deve-se encaminhar o dependente químico para:

- SUS – Atenção Psicossocial Especializada:
  - · atenção à urgência e emergência, formada pelo SAMU 192;
  - · sala de estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro e UBS, entre outros;
  - · atenção residencial de caráter transitório, formada pelas Unidade de Recolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial;
  - · atenção hospitalar, formada pelas enfermarias especializadas em hospital geral e pelos serviços hospitalares de referência; serviços residenciais terapêuticos;
  - · reabilitação psicossocial;
- Privado – consultórios de médicos psiquiatras ou pronto-socorro de hospitais ou clínicas psiquiátricas.

Uma atenção especial aos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), que são constituídos por equipe multiprofissional que atende às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com demandas decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O funcionamento acontece, prioritariamente, em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada. Seu enfoque baseia-se no projeto terapêutico individual em que o paciente envolve a equipe e sua família.

Dentre as modalidades em que está organizado, destacam-se:

- CAPS I: para cidades com mais de 20 mil habitantes;
- CAPS II: acima de 70 mil habitantes;
- CAPS III: para população acima de 200 mil habitantes; presta atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental como os centros mais específicos:
  - CAPS AD (Centro de Atendimento Psicossocial Álcool/Drogas);
  - CAPS AD III, com possibilidade de 12 leitos para observação e monitoramento e funcionamento 24 horas;
  - CAPS i (infantil): atende a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas para regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Vale lembrar da Equipe de Consultório na Rua, que oferta cuidados de saúde ao público em situação de rua, de acordo com individualidades, em caráter itinerante. Ainda de forma mais pontual e individualizada, a equipe de apoio da Atenção Residencial de Caráter Transitório deve oferecer suporte clínico e apoio, coordenar o cuidado e articular o acompanhamento com a rede. Dentre essas equipes, a Unidade de Acolhimento (UA) oferece para os grupos de maior vulnerabilidade, com duração de até 6 meses, atenção contínua e funcionamento 24 horas.

Uma vez iniciado o tratamento médico, devemos encaminhar o paciente a outros profissionais que compõem parte de uma rede de apoio em dependência química:

- internação hospitalar;
- aplicação de intervenções psicossociais;
- grupos de ajuda mútua;
- religiosidade e espiritualidade;
- comunidade terapêutica ou albergamento terapêutico e de reabilitação.



Figura 5 – Fluxograma de encaminhamento do paciente na Rede de Apoio do SUS
Fonte: CFM (2011).

A autonomia e o poder de escolha do paciente dependerão de seu juízo crítico da realidade. Mesmo quando prejudicado, a responsabilização interna é válida, e o reforço às habilidades de gerenciamento de estresse é bem-vindo. Especialmente em adolescentes, devemos inclui-los na discussão e, sempre que possível, estabelecer as metas rigorosamente com a garantia do engajamento. O papel da motivação suplanta a limitação de recursos de autocontrole e é base para o período de reabilitação.

É importante ressaltar que, assim como no momento da exposição ao risco, a percepção imatura dos problemas deles decorrentes não acompanha,

necessariamente, a hierarquia dos prejuízos considerados mais graves, portanto, ainda que se deva evitar situações desmoralizantes, torna-se eficaz conscientizar-se regularmente das fraquezas e do esforço exigidos para se obter êxito.

As questões práticas de atendimento médico de urgência passarão por equipes diversas na garantia da manutenção da vida. Não apenas no que tange ao risco de morte e sintomas físicos, mas também aos aspectos emocionais, principalmente o esquema familiar, deverão ser discutidos e reajustados em terapia – se disponível, encorajar pais e filhos a reprogramar o modelo de funcionamento debilitado que desencadeou a obtenção de recompensas por meio de comportamentos de risco e do padrão de adicção, independentemente do subtipo – drogas, álcool, jogos, redes sociais e tecnologias, compulsões alimentares, entre outros. Nesse contexto familiar, é imprescindível abordar e desfazer os sentimentos negativos entre pais e filhos, que se culpam mutuamente e que, pela ausência do diálogo, trabalham baseados em situações hipotéticas que impedem a aproximação e a busca por um funcionamento familiar saudável com diálogo, compreensão e confiança.

Em relação ao uso das mídias sociais, o principal objetivo do tratamento deve ser o controle, e não a abstinência. Indiscutivelmente, a abstinência não pode ser realisticamente alcançada no contexto do vício porque a Internet e as redes sociais se tornaram elementos integrais de nossas vidas. Em vez de interromper completamente as redes sociais, a terapia deve se concentrar no estabelecimento do uso controlado e na conscientização da mídia.

Dentre os pacientes com transtorno de uso de algum agente causador de adicção, especialmente nos grupos mais jovens, o papel preventivo demonstra-se mais impactante na minimização dos desfechos negativos. Dessa forma, além do papel do acompanhamento pediátrico – no âmbito individual –, que atua estabelecendo diálogos e orientações que eventualmente não sejam fornecidos pelos pais, as políticas sociais e coletivas nas suas diversas formas exercem função vital.

O Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (Proerd), por exemplo, é a adaptação brasileira do programa norte-americano Drug Abuse Resistence Education (DARE), criado em 1983, em Los

Angeles. No Brasil, o programa foi primeiramente implantado em 1992 pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, sendo hoje adotado em todo o Brasil. Nesse projeto, policiais militares, fardados, devidamente treinados e com material próprio, desenvolvem nas escolas um curso de prevenção às drogas e à violência. Assim como o Proerd, as escolas e muitas outras entidades promovem ações de incentivo aos esportes e às práticas de vida mais saudável.

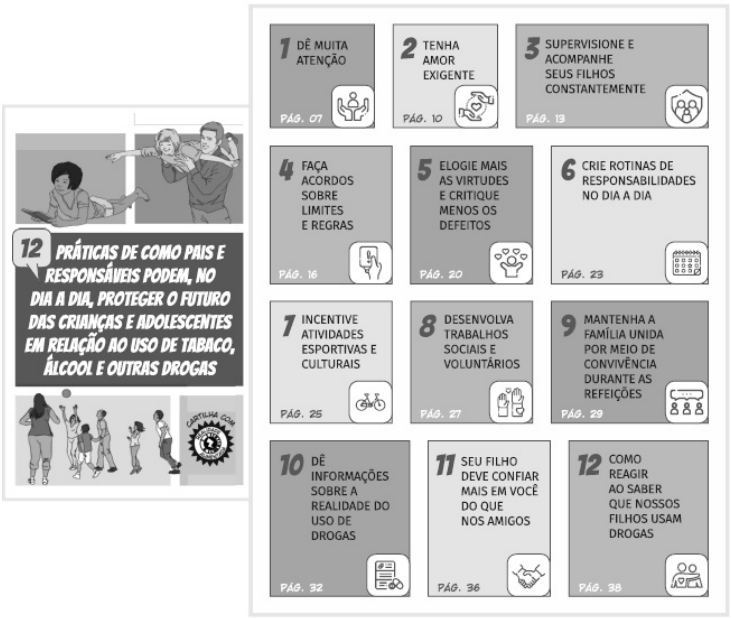


Figura 6 – Modelo de ação preventiva de orientação aos pais e sumário exemplificando as 12 ações abordadas pela cartilha desenvolvida pelo estado de Santa Catarina
Fonte: Brasil (2020).

Como mais um exemplo de ação no combate às drogas, de modo informativo, mas também como fonte de incentivo por representar um exemplo de esperança para quem padece na fase de reabilitação precoce, Daniel dos Santos Cardoso (Danyx, 2016), que enfrentou a dependência química por 15 anos, buscou em Deus força e direcionamento para mudar o seu estilo de vida e refazer seu casamento, na época, em ruínas. Juntamente com o apoio espiritual, manejo com equipe multidisciplinar, a batalha enfrentada foi agraciada com sonho revelado por Deus, segundo relato, incentivando-o a desenvolver um aplicativo de apoio ao dependente químico. Foi assim que a plataforma *Socorre.me* – disponível na App Store e na

Google play gratuitamente – foi idealizada, a fim de auxiliar nos cuidados dos usuários e seus familiares. Mais do que o aplicativo, Daniel gerencia site com cursos *on-line*, *e-books* de orientação e um grupo de voluntários que oferecem mentoria para obter sucesso e perseverar em abstinência.



Figura 7 – Cartaz do app Socorre.me de auxílio ao combate às drogas
Fonte: Danyx (2016).

Conclusão

Após uma ampla abordagem da dinâmica de atendimento de uma pessoa envolvida com as drogas, é imperativo que todos que, de alguma forma, repassem essas informações. Sempre que possível, contribuam para o sucesso na reabilitação de um dependente químico, disponibilizem-se a fazer visitações aos serviços disponíveis e listados neste trabalho, principalmente em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, o grupo Apoio Fraterno, onde serão afetuosamente recebidos; quem sabe, conhecendo esse apoio, poderão participar e receber treinamento e compartilhar suas vivências com as demais pessoas, que é o bem mais precioso de cada um de nós. Mesmo que cada voluntário consiga resgatar apenas um dependente químico para uma vida saudável, o trabalho prestado já vai ser totalmente exitoso, pois, assim como para Deus, que se alegra mais ao encontrar uma ovelha perdida entre outras noventa e nove ovelhas do seu rebanho, esse único humano salvo das drogas reestabelecerá um indivíduo que pertence a uma família liberta de tanto sofrimento e dor.

Por fim, viver e conviver com situações desfavoráveis permite escolher dois caminhos opostos: com rejeição, fuga e consciência da não resolução do problema, mas aceitação frustrante de ser infeliz; ou com motivação e fé de ser mais um momento transitório, em que a dor servirá de mecanismo para

novos aprendizados e capacitação de outras habilidades para que, em um futuro breve, contribuam na manutenção do nosso bem-estar.

Além do crescimento e amadurecimento pessoal, nunca podemos nos esquecer de que, mesmo diante de toda a nossa fraqueza, falta de recursos e incapacidade de vislumbrar uma "luz no fim do túnel", existe um Deus poderoso, cuidadoso e que ama cada um de nós e se preocupa com a nossa vida. Se Deus ofertou seu único filho para sofrer e redimir nossos pecados, porque nós, protegidos por Ele, não podemos, em agradecimento pelo que temos e o que ainda está por vir, enfrentar algumas dificuldades e aceitar a dor como uma oportunidade de ser alguém ainda melhor? Reflitamos.

Referências

ALONZO, Rea; HUSSAIN, Junayd; STRANGES, Saverio; ANDERSON, Kelly K. Interplay between socials media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, v. 56, 2021.

ASSIS, Ricardo Luís de Aguiar; JUNHO, Bruno Terra; CAMPOS, Valdir Ribeiro. Menor performance das funções executivas prediz maior consumo de álcool e tabaco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 68, n. 3, p. 146-152, 2019.

BRASIL. *A atenção primária e as redes de atenção à saúde.* Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

CARMO, John L. S. do; MARTINS, Jâmia Gabriela C.; SOUZA, Camila C. C. de *et al*. O uso excessivo da Internet por alunos de uma escola de rede pública do município de Manaus: Relato de Experiência de um Projeto de Extensão. *European Academic Research*, v. X, n. 8, 2022.

CARTER, Ben; REES, Philippa; HALE, Lauren *et al*. Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, v. 170, n. 12, p. 1.202-1.208, 2016.

CASTRO, Magali Sampaio de; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Prevenção do uso de drogas: adolescência, família e escola.* 2010. Disponível em: https://btux.com.br/professorbruno/wp-content/uploads/sites/10/2018/07/Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Uso-de-Drogas.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao dependente do uso de crack*. Brasília, DF: CFM, 2011. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

DANYX. *Como começou o app Socorre.me.* 2016. Disponível em: https://socorre.me/blog/como-comecou-o-app-socorre-me/. Acesso em: 30 abr. 2023.

FERNANDES, Beatrice Fogolin; RUSSO, Letícia Xander; BONDEZAN, Kezia de Lucas. Relação entre saúde mental e uso de substâncias psicoativas em escolares. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 39, 2022.

FRANKL, Viktor E. *Em busca de sentido:* um psicólogo no campo de concentração. 51. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2020.

KOSTIĆ, Jelena Opsenica; PEDOVIĆ, Ivana; STOŠIĆ, Marina. Predicting social media use intensity in late adolescence: The role of attachment to friends and fear of missing out. *Acta Psychologica*, v. 229, 2022.

NOMOFOBIA. *In:* WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2022. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Nomofobia&oldid=63387895. Acesso em: 30 abr. 2023.

PRIMACK, Brian A.; ESCOBAR-VIERA, César G. Social Media as It Interfaces with Psychosocial Development and Mental Illness in Transitional Age Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v. 26, n. 2, p. 217-233, 2017.

ROSE, Hope; WOMICK, Jake; KING, Laura A. Purpose maintained: Adverse childhood experiences and meaning in life. *Journal of Personality*, 2023.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SCHUBERT, René. *Crack/cocaína/heroína – debatendo vícios.* 2017. Disponível em: http://reneschubert.blogspot.com/2017/05/crack-cocaina-heroina-debatendo-vicios.html. Acesso em: 30 abr. 2023.

TALIC BRASIL. *12 práticas de como pais e responsáveis podem, no dia a dia, proteger o futuro das crianças e adolescentes em relação ao uso de tabaco, álcool e outras drogas*. Florianópolis: SEAD/UFSC, 2020. Disponível em: https://www.issup.net/files/2020-11/Cartilha%20sobre%20Preven%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.



17.

Dependência química: uma abordagem jurídico-espírita

Maria Auxiliadora Santos Essado
Tiago Cintra Essado

O presente capítulo busca refletir sobre a dependência química e alguns de seus contornos sociojurídicos. O objetivo principal foi realizar apontamentos sobre o trato jurídico do assunto de modo a confrontá-los com os valores e os princípios da Doutrina Espírita. Preocupou-se com uma abordagem descritiva, mas também crítica, de forma a contribuir para as reflexões sobre o tema, às vezes tratado de forma superficial e baseado num discurso moralista e deslocado da realidade.

Como ponto de partida, ainda que de forma sucinta, houve a preocupação em definir dependência química, consciente de que a presente obra traz artigos específicos sobre o assunto. Na sequência, cuidou-se de discorrer sobre direitos humanos, categoria jurídica fundamental para a presente discussão. Infelizmente ainda há muita ignorância sobre isso na sociedade em geral, inclusive no meio jurídico, por isso afigura-se importante bem conceituar e definir direitos humanos, estabelecendo as razões pelas quais o tema vincula-se com a dependência química.

Após, discutiu-se o papel do Estado numa perspectiva crítica, indicando alguns discursos que permeiam o debate e que levam ao uso de um viés repressivo como primeira força para enfrentar a dependência química. O resultado disso é um aumento razoável da população carcerária em razão de práticas vinculadas às drogas, diante da omissão estatal em torno de políticas públicas voltadas à prevenção e à recuperação de dependentes químicos. Mostrou-se também que a legislação brasileira avançou em alguns aspectos,

principalmente ao considerar a dependência química como um problema afeto à saúde e que a dignidade humana deve ser o valor a reger as relações estabelecidas com o dependente químico.

Ainda sob a perspectiva jurídica, ressaltou-se o papel da família, que tem verdadeiro dever jurídico junto do Estado e da sociedade, em prevenir situações que possam contribuir para a instalação e o desenvolvimento da dependência.

Por último, discutiram-se alguns pontos da Doutrina Espírita que contribuem para as reflexões, indicando aproximações na abordagem contemporânea do problema e que podem servir de auxílio para a revisitação de ideias preconcebidas, ou para a reafirmação de convicções consolidadas.

Pretendeu-se, enfim, trazer colocações que possam de alguma forma fomentar a mudança da realidade fática, pois ainda há razoável distância entre a teoria e a prática e, portanto, muito o que fazer.

Dependência química: conceito e alcance

Conquanto na presente obra haja estudos específicos sobre aspectos conceituais da dependência química, afigura-se importante defini-la, para fins didáticos, ainda que brevemente. Trata-se de "termo abrangente e que inclui o uso abusivo de diversas substâncias psicoativas, inclusive o álcool" (Edepe, 2011, p. 4).

O conceito atual dos "transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas rejeitou a ideia da existência apenas do dependente e do não dependente", para se entender a ocorrência de "padrões individuais de consumo que variam de intensidade e gravidade ao longo de uma linha contínua" (Edepe, 2011, p. 4).

Sempre haverá riscos no consumo de drogas, que pode se classificar por um uso de baixo risco e por um uso nocivo, por exemplo, diante de problemas sociais, físicos e psicológicos dele decorrentes. Nesse caso, quando o consumo se mostra compulsivo e destinado à fuga de sintomas de abstinências e com efeitos problemáticos, fala-se em dependência (Edepe, 2011, p. 4). A dependência, pois, caracteriza-se pelo consumo de droga de

modo disfuncional, com restrição da liberdade de decidir e da autonomia de usar ou não droga (Edepe, 2011, p. 4).

Dependência química e direitos humanos

O trato jurídico do assunto permeia necessariamente a compreensão sobre direitos humanos. Expressão ainda ignorada por boa parte da sociedade e por isso envolvida com bastante preconceito, precisa, antes de tudo, ser entendida historicamente, para depois nos situarmos na realidade jurídica brasileira, definida a partir da Constituição Federal de 1988.

A ideia de direitos humanos, sob o ponto de vista jurídico e para além de concepções religiosas milenares baseadas nos valores judaico-cristãos, surgiu no século XVIII, num ambiente de efervescência de críticas ao sistema até então reinante, em que o ser humano era tratado pelo Estado de forma vil e com brutalidade (Soares, 2011, p. 25). No âmbito punitivo, por exemplo, havia de forma institucionalizada a existência de penas cruéis e da tortura. A escravidão, a intolerância religiosa, a exclusão das minorias, a submissão da mulher, o abuso do poder constituído eram outras marcas predominantes desse tempo.

Três documentos históricos são tidos como marcos do surgimento e desenvolvimento dos direitos humanos: a Declaração de Independência norte-americana, de 1776; a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, na França, em 1789; e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela ONU, em 1948. Percebe-se a vinculação histórica do conceito aos ideais iluministas, mas também pode-se ampliá-lo a todo pensamento que valoriza o ser humano com todas suas potencialidades individuais, a merecer respeito universal, inclusive dos poderes constituídos.

Assim, vê-se que a construção dos direitos humanos foi a resultante de um processo influenciado por diversas contribuições culturais, religiosas e filosóficas no decorrer da história. De forma sistematizada, é possível estabelecer quatro

> parâmetros de análise das contribuições do passado à atual teoria geral dos direitos humanos: 1) o indicativo do respeito à dignidade humana e igualdade entre os seres humanos; 2) o reconhecimento de direitos fundado na própria existência humana; 3) o

> reconhecimento da superioridade normativa mesmo em face do Poder do Estado e, finalmente, 4) o reconhecimento de direitos voltados ao mínimo existencial (Ramos, 2014, p. 32).

Algumas contribuições merecem destaque. Na Antiguidade, no período compreendido entre os séculos VIII e II a.C., Zaratustra, na Pérsia, Buda, na Índia, e Confúcio, na China, trataram de códigos de conduta baseados no amor e no respeito ao próximo.

> Na Suméria antiga, o Rei Hammurabi da Babilônia editou o *Código de Hammurabi*, que é considerado o primeiro código de normas de condutas, preceituando esboços de direitos dos indivíduos (1792-1750 a.C.), em especial o direito à vida, propriedade, honra, consolidando os costumes e estendendo a lei a todos os súditos do Império (Ramos, 2014, p. 32).

É daí que surgiu a *Lei do Talião*, que estabeleceu a reciprocidade na reação a ofensas, numa contenção de violência desproporcional ao agressor, digno de avanço para a época.

A contribuição grega também foi louvável. Destacam-se as luzes postas nos direitos políticos, com fomento para a valorização da participação dos cidadãos nas deliberações da comunidade, ainda que com algumas exclusões (século V a.C.). Platão sustentou a igualdade e a noção do bem comum, em *A República* (400 a.C.), enquanto Aristóteles discorreu sobre a busca da justiça, visando ao interesse comum, mesmo em face de leis injustas, em *Ética a Nicômaco* (Ramos, 2014, p. 33).

Merece ainda registro as contribuições do Antigo e do Novo Testamentos. No Antigo Testamento, em Êxodo (22:20-26), destaca-se a necessidade de respeito a todos, especialmente aos vulneráveis:

> Não afligirás o estrangeiro nem o oprimirás, pois vós mesmos fostes estrangeiros no país do Egito. Não afligireis a nenhuma viúva ou órfão. Se afligires e ele clamar a mim escutarei o seu clamor; minha ira se ascenderá e vos farei perecer pela espada: vossas mulheres ficarão viúvas e vossos filhos, órfãos (Ramos, 2014, p. 34).

O cristianismo, por sua vez, muito contribuiu para a construção e o fortalecimento dos direitos humanos. Há, no Novo Testamento, diversos registros que ressaltam o valor da igualdade e o dever de solidariedade. Por todos, destaca-se a exortação de Paulo aos Gálatas (3:28): "Não há judeu nem

grego; não há escravo nem livre; não há homem nem mulher; porque todos vós sois um em Cristo Jesus" (Ramos, 2014, p. 34). E daí naturalmente conclui-se que os valores cristãos, em sua expressão genuína e primitiva, guardam identidade com o sentido do conteúdo que abarca a categoria jurídica direitos humanos.

Sob o ponto de vista jurídico, a universalização dos direitos humanos tem como marco a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Foi a partir desse esforço conjunto de diversas nações que houve uma propulsão para o desenvolvimento do assunto de modo global, ainda que a passos lentos.

Atualmente, a ordem jurídica vigente no Brasil é aquela posta pela Constituição Federal de 1988, que instituiu "um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos" (Brasil, 1988, preâmbulo).

Em seu artigo 1º, o texto constitucional insere como fundamento da República a dignidade da pessoa humana. Logo adiante, prevê que o Brasil será regido em suas relações internacionais pelos seguintes princípios: i) independência nacional; ii) prevalência dos direitos humanos; iii) autodeterminação dos povos; iv) não intervenção; v) igualdade entre os Estados; vi) defesa da paz; vii) solução pacífica dos conflitos; viii) repúdio ao terrorismo; ix) cooperação entre os povos para o progresso da humanidade; x) concessão de asilo político.

Vê-se, pois, que a busca pelos direitos humanos tem assento jurídico, achando-se na base de todo o ordenamento nacional, a irradiar efeitos para os poderes constituídos (Executivo, Legislativo e Judiciário) e para a sociedade em geral.

Diante do exposto, o que vem a ser direitos humanos de fato? Para André de Carvalho Ramos (2014, p. 27), "os direitos humanos consistem em um conjunto de direitos considerado indispensável para uma vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade. Os direitos humanos são os direitos essenciais e indispensáveis à vida digna". Logo, a defesa dos direitos

humanos deve ser compromisso de todo cidadão consciente, uma vez que os valores por eles abrangidos decorrem da vontade geral que compôs a Constituição Federal.

Num olhar mais amplo, além das fronteiras nacionais, "a hegemonia global dos direitos humanos como linguagem de dignidade humana é hoje incontestável" (Santos, 2013, p. 13). Com isso, o ponto principal a destacar neste tópico é deixar claro que a dignidade humana é um vetor a reger a vida de relações, que deve ser observado pelo Estado em toda as suas dimensões – seja por ocasião da elaboração da lei, seja na implementação de medidas para dar efetividade aos comandos legislativos, seja no funcionamento da Justiça, seja na administração dos entes públicos em geral.

No entanto, é importante ressaltar, o trabalho de construção e de desenvolvimento dos direitos humanos não é nada fácil. Na teoria, o discurso é um. Na prática, a realidade é outra. O jurista italiano Norberto Bobbio (1992, p. 45-46) bem evidencia isso:

> A quem pretenda fazer um exame despreconceituoso do desenvolvimento dos direitos humanos depois da Segunda Guerra Mundial, aconselharia este salutar exercício: ler a Declaração Universal e depois olhar em torno de si. Será obrigado a reconhecer que, apesar das antecipações iluminadas dos filósofos, das corajosas formulações dos juristas, dos esforços dos políticos de boa vontade, o caminho a percorrer é ainda longo. E ele terá a impressão de que a história humana, embora velha de milênios, quando comparada às enormes tarefas que está diante de nós, talvez tenha apenas começado.

Dependência química e o papel do Estado

A dependência química, por dizer respeito ao indivíduo e à sociedade, deve, pois, ser analisada sob a ótica dos direitos humanos. No entanto, tal questão, a partir do século XX, foi tratada à luz de três discursos fundamentais: a moralização, a medicalização e a criminalização (Medeiros, 2019).

Os referidos discursos permeiam a sociedade até os dias de hoje e dificultam o enfrentamento adequado do uso problemático de drogas. O discurso moralista rotula o usuário de drogas como sujeito inadequado, estigmatizando-o, assim como os membros de sua família. Por outro lado, o discurso da medicalização ignora os aspectos sociais envolvidos na questão,

permitindo a mobilização de políticas públicas higienistas, como a prática de internações involuntárias de forma indiscriminada em locais com grande concentração de usuários de drogas. E o discurso da criminalização, por sua vez, acredita que o Direito Penal deve ser utilizado como ferramenta primeira para o combate às drogas. Daí surge a chamada "guerra às drogas", caracterizada pela tolerância zero com as condutas de venda e circulação de substâncias rotuladas como ilícitas.

A legislação brasileira, de certa forma, acolhe o discurso da criminalização, uma vez que prevê penas altas para os traficantes e permite, diante da ausência de critérios norteadores para a identificação dos usuários, o encarceramento em massa de pessoas. Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional, no Estado de São Paulo, em junho de 2022, de 198.952 pessoas presas, 80.172 delas estavam encarceradas em decorrência da imputação da prática de crimes relacionados a drogas (Brasil, 2022).

Como se vê, trata-se de abordagens simplistas, que tentam reduzir a problemática da questão. No entanto, a legislação avança, e as melhorias no enfretamento da dependência química podem ser apontadas. Atualmente, a dependência química é considerada um assunto de saúde, pois faz parte do direito a uma vida digna de qualquer ser humano. No âmbito da Constituição Federal, a saúde está prevista como direito social (artigo 6º, *caput*). Tal configuração não é inútil nem sem significado e efeito jurídico.

Direitos sociais diferem dos direitos individuais. Estes acham-se estabelecidos, de forma geral, no artigo 5º do texto constitucional: "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]" (Brasil, 1988). Já os direitos sociais estão previstos no artigo 6º, e são eles: "a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados" (Brasil, 1988).

Os direitos sociais, para serem concretizados, exigem intervenção direta do Estado. É preciso ação. Sobre o direito à saúde, em específico, o texto constitucional assim dispõe em caráter geral: "A saúde é direito de todos e

dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, art. 196).

A dependência química, logo, deve estar na alçada da saúde pública. E disso se extrai que cabe ao Estado neste particular trabalhar na implementação de ações preventivas, protetivas e de recuperação dos dependentes. Uma vez que afeta a saúde mental, incide no tratamento jurídico da dependência química a Lei n. 10.216/2001, conhecida como marco legal da reforma psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Brasil, 2001). Alguns pontos importantes dessa lei devem ser ressaltados.

Em seu artigo 1º, há norma de caráter geral, que dá norte para a adequada aplicação da lei:

> Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Nota-se como o legislador pretendeu deixar bem claro e autoevidente o caráter protetivo à pessoa com transtorno mental, incluindo aqui o dependente químico, no que toca ao acesso a direitos e a medidas que visem a um tratamento digno, sem discriminações e preconceitos.

No artigo 2º, há previsão dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

> I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
> II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
> III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
> IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
> V – ter direito à presença médica, sem qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização voluntária;
> VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
> VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
> VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

No artigo 3º, o legislador cuidou de deixar claro que é dever do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, por meio da assistência e promoção de ações de saúde, tudo com a participação da sociedade e da família. Ainda, na mesma lei, há previsão de excepcionalidade da medida de internação, em qualquer de suas modalidades, a qual só poderá ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (artigo 4º). Além disso, a lei prevê a notificação do Ministério Público Estadual, em até 72 horas, nos casos de internação psiquiátrica involuntária, tudo com a finalidade de garantir proteção às pessoas com demandas de saúde mental, dentre elas, as usuárias problemáticas de drogas (artigo 8º, § 1º).

Conclui-se, pois, que há preocupação estatal, ao menos no plano normativo, com a previsão de direitos que protegem o dependente químico em conformidade com a afirmação dos direitos humanos. O desafio está, assim, em dar aplicabilidade a esse conjunto normativo.

Dependência química e o papel da família

A família tem seu respeito e valor previstos na Constituição Federal. É considerada como a base da sociedade, o que converge com a posição da Doutrina Espírita. O artigo 226 da Constituição Federal consolida a seguinte diretriz: "A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado" (Brasil, 1988). Dentro disso, o texto constitucional impôs como dever da família, da sociedade e do Estado o de

> assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988, art. 127).

Destaca-se, dessa norma, o caráter protetivo a ser dado à criança, ao adolescente e ao jovem, garantindo-lhes o direito à vida, à saúde e à dignidade, dentre outros. De forma específica e expressa, a Constituição deu ao Estado o dever de promover programas de assistência integral à saúde da

criança, do adolescente e do jovem voltados à prevenção e ao atendimento especializado ao dependente de entorpecentes e drogas afins (Brasil, 1988, art. 227, § 3º, inciso II).

Se a dependência química afeta a saúde do indivíduo, pode-se concluir que o contorno jurídico, e com assento constitucional, dado ao assunto foi o da divisão de responsabilidades entre a família, a sociedade e o Estado. E andou bem quanto a isso, uma vez que o enfrentamento desse problema merece atenção multifacetária e requer a atenção e o cuidado de todos.

Dependência química e o olhar jurídico-espírita

Após um panorama em torno dos aspectos jurídicos que incidem sobre a dependência química, cumpre neste momento tecer algumas considerações sob a perspectiva espírita.

Para o Espiritismo, o ser humano deve ser visto como Espírito imortal, que vivencia uma experiência terrena transitória, cujo fim é o seu progresso intelecto-ético-moral.

A dependência química decorre, em boa medida, de uma vulnerabilidade de natureza espiritual e psíquica, afora diversos outros fatores de ordem material, que dificultam o caminhar do Espírito. Assim, o dependente químico é digno de merecer toda a atenção do Estado, da família e da sociedade em geral, visando à sua recuperação e à sua melhoria.

Do mesmo modo como a Constituição Federal, com os valores por ela adotados no plano internacional, que deve ser o ponto de partida para se analisar a ordem jurídica brasileira, recomenda-se que para as reflexões espíritas as obras básicas codificadas por Allan Kardec devam constituir-se na viga mestre para conclusões lógicas e em conformidade com a essência dos princípios e fundamentos doutrinários. Nesse sentido, a terceira parte de *O livro dos Espíritos* toca essencialmente em questões sociojurídicas, ao dispor sobre leis morais. Essas são compreendidas como regras que afetam as relações do homem consigo e com Deus e seus semelhantes (Kardec, 2010, p. 402, questão n. 617-A).

Em primeiro lugar, a dependência química situa-se no âmbito das relações do homem em si mesmo, antes de se pensar nos efeitos que dela

emanam a estender na órbita familiar e social. Daí que o dependente químico deve ser visto sob esse olhar, o que permite pensar e refletir sobre as causas que o levam ao vício, bem como sobre as medidas preventivas e de tratamento que o assunto requer. Surge, pois, a importância de se empoderar o ser humano de sua realidade mais ampla possível, compreendendo-o como um ser transpessoal, com vícios, defeitos, virtudes e uma potencialidade gigante para buscar a perfeição, uma vez que sua origem é divina.

Nesse contexto, a educação aparece como fator de fundamental importância no processo de desenvolvimento do ser durante a jornada terrena. Allan Kardec (2010) distingue a educação intelectual da de natureza moral. Conforme esclarece, a educação moral "consiste na *arte de formar os caracteres*". Diz ele que a educação

> *cria hábitos*, uma vez que a *educação é o conjunto de hábitos adquiridos*. Quando se pensa na grande quantidade de indivíduos que todos os dias são lançados na torrente da população, sem princípios, sem freio e entregues a seus próprios instintos, serão de admirar as consequências desastrosas que daí resultam? Quando essa arte for conhecida, compreendida e praticada, o homem terá no mundo hábitos de *ordem e de previdência para consigo mesmo e para com os seus, de respeito a tudo o que é respeitável*, hábitos que lhe permitirão atravessar com menos dificuldade os dias ruins que não pode evitar. A desordem e a imprevidência são duas chagas que só uma educação *bem entendida* pode curar. Eis aí o ponto de partida, o elemento real do bem-estar, a garantia da segurança de *todos* (Kardec, 2010, p. 433).

Pensar em dependência química numa perspectiva espírita implica a compreensão de que a educação tem como finalidade prevenir o comprometimento do indivíduo no vício, bem como auxiliá-lo a dele se afastar. É enganosa a ideia de que ao dependente químico deve incidir as forças repressivas do Estado. Joanna de Ângelis (2018, p. 108) auxilia no entendimento desse aspecto:

> Há um conceito equivocado que trabalha em favor da transformação moral das criaturas e, por extensão, do mundo, a golpes de violência, de policiamento e punição dos erros, assim como através de atitudes severas em relação aos delinquentes, aos viciados, aos ignorantes... Enquanto viger essa conduta, menos provável se tornará a conquista dos valores éticos, pela sociedade, e da plenificação íntima pelos indivíduos. A repressão trabalha contra a ordem, o equilíbrio e o progresso.
>
> É fomentadora da dissimulação, do suborno, da indignidade disfarçada de virtude. Somente a educação consegue libertar o ser, por fundamentar-se no conhecimento e no dever para com a vida, a sociedade e o próprio cidadão. A doença solicita medicação, e a ignorância exige esclarecimento. O crime e os vícios são enfermidades da alma, que devem ser

> tratados nas suas origens e não apenas punidos nos seus efeitos. Por isso mesmo, são inadiáveis a autoiluminação e a transformação moral de cada qual, que se irradiarão no rumo do indivíduo mais próximo, oferecendo-lhe os seus benefícios, e terminando por alcançar os grupos mais distantes, que se lhes renderão, agradecidos e felizes.

Essa visão da Doutrina Espírita permite concluir que há convergência entre seus princípios e fundamentos e o sentido e o alcance dos direitos humanos no trato da dependência química. O ponto principal é que o dependente químico deve ser tratado com dignidade e respeito pelo Estado, pela família e pela sociedade, devendo ser considerada sua condição como um problema afeto à sua saúde mental e psíquica.

Conclusão

O uso problemático de drogas é demanda complexa a exigir atuação de diversos atores. Um passo fundamental para o enfrentamento da questão é sua compreensão na maior amplitude possível, para que se evitem abordagens simplistas, preconceituosas e excludentes na ilusão de se estar no caminho para a resolução do problema. Nesse sentido, espera-se que o presente capítulo possa contribuir para fomentar o debate, principalmente no intuito de se estabelecer pontes possíveis entre estudos sociológicos, estudos acadêmicos, aspectos normativos e os preceitos da filosofia espírita.

Referências

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). *Desperte e seja feliz*. Psicografado por Divaldo Franco. Salvador: Leal, 2018. (Série Psicológica Joanna de Ângelis, 7).

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. *12º Ciclo – INFOPEN. 2022.* Disponível em https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios-e-manuais/relatorios/relatorios-analiticos/SP/sp-junho-2022.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

_____. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.* Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 30 abr. 2023

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

ESCOLA DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO (EDEPE). *Orientações para o atendimento:* álcool e outras drogas. São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.apadep.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-o-atendimento-%C3%81lcool-e-outras-dragas.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos*. Tradução de Evandro Noleto Bezerra. 2. ed. Brasília, DF: FEB, 2010.

MEDEIROS, Gomes-Medeiros; FARIA, Pedro Henrique de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; TÓFOLI, Luís Fernando. Política de drogas e saúde coletiva: diálogos necessários. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 7, 2019.

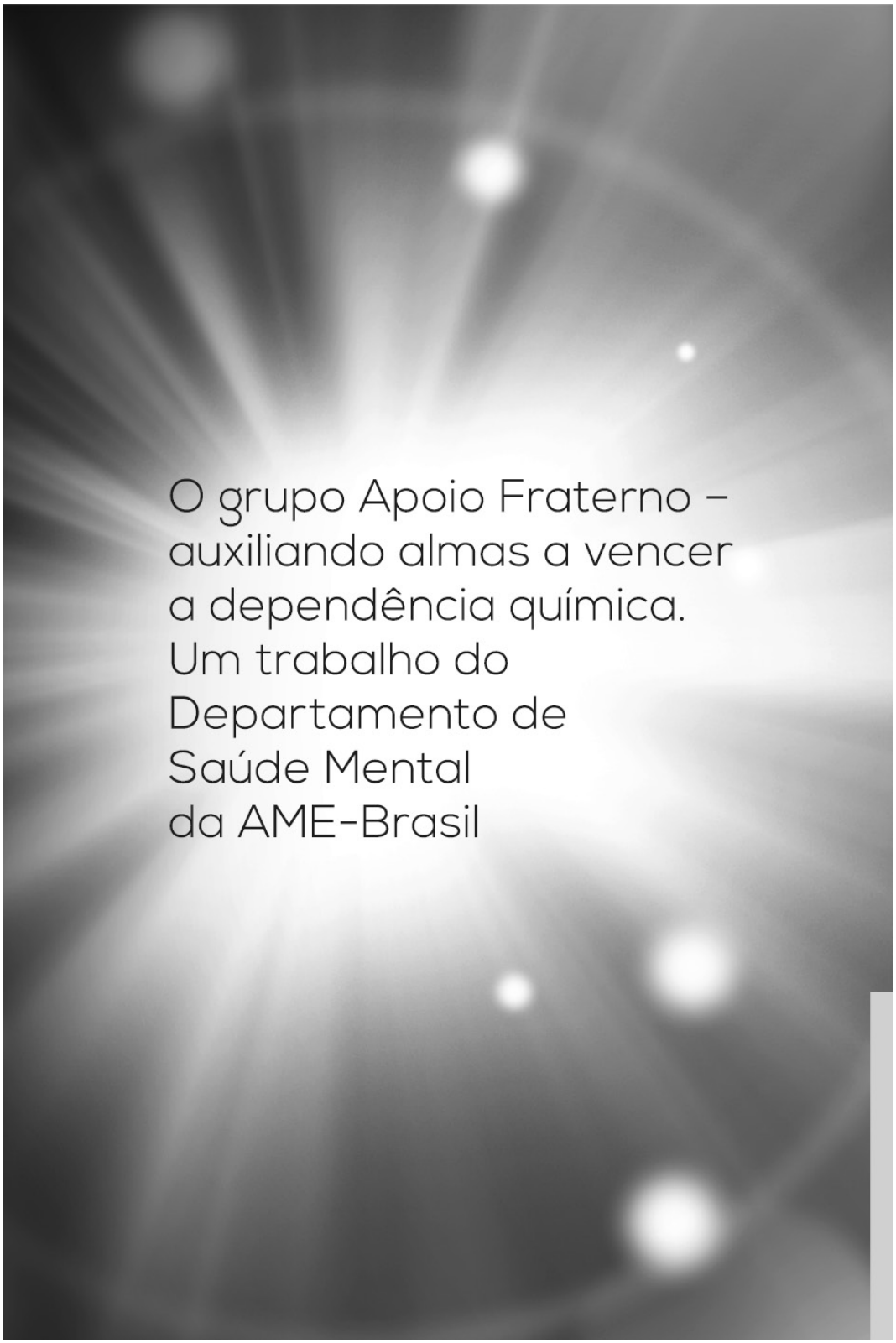
RAMOS, André de Carvalho. *Curso de direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos*. Coimbra: Almedina, 2013.

SOARES, Luiz Eduardo. *Justiça*: pensando alto sobre violência, crime e castigo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.



Parte 4


O grupo Apoio Fraterno –
auxiliando almas a vencer
a dependência química.
Um trabalho do
Departamento de
Saúde Mental
da AME-Brasil

18.

Dinâmica, funcionamento e prática do grupo Apoio Fraterno

Grupo Apoio Fraterno

O grupo Apoio Fraterno (AF), que teve seu início em 2002, segue uma metodologia própria, construída com base em pesquisas literárias, trocas de experiências, participações em palestras e de vivências práticas com outros grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas. Após esse período, começaram os atendimentos aos assistidos, no ano de 2004.

Desde 2013, trata-se de atividade complementar proposta pela Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil), para dar suporte, de modo mais individualizado, à dependência química nos sujeitos acometidos. Esse grande desafio humano é uma preocupação planetária que requer hoje uma educação global. Diante desse cenário, a disponibilidade de recursos e apoio da sociedade para o tratamento da dependência química é muito importante.

Essa tarefa vai ao encontro dos objetivos da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (CNUDS) – Rio+20 – de 2014, que reafirma compromissos com o desenvolvimento sustentável, por meio de uma série de objetivos coerentes e integrados com a agenda de desenvolvimento das Nações Unidas para além de 2015. Na redação final do documento dessa conferência, existem itens e subitens, relacionados, direta ou indiretamente, com os transtornos por uso de drogas lícitas e ilícitas.

Citamos aqui o objetivo n. 3, "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades": consta que até 2030 objetiva-se reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, via prevenção e tratamento; promover a saúde mental e o bem-estar; e

reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.

A partir disso, diversas técnicas terapêuticas – incluindo psiquiátricas, psicológicas, o atendimento de demandas familiares e sociais – contribuem no processo de abstinência e prevenção de recaídas no uso de substâncias. No entanto, é consenso que qualquer técnica utilizada isoladamente parece ter pouco impacto no tratamento. Ademais, mesmo após períodos de abstinência e tratamentos eficazes, as recaídas no uso de drogas são comuns. Entre os recursos disponíveis e complementares, destacam-se os grupos de ajuda mútua.

Dinâmica do grupo Apoio Fraterno

Os encontros devem ocorrer sempre vinculados a uma casa ou hospital espírita ou na sede de alguma AME, quando grupo presencial; ou somente vinculado ao Núcleo de Dependência Química da AME-Brasil, quando grupo *on-line*. A reunião com os assistidos tem a duração de 1h30, mais 30 minutos iniciais para a organização do espaço físico ou 20 minutos, em se tratando da sala *on-line*, e 30 minutos finais para a reunião dos voluntários (grupo operativo).

Na escala, precisa constar o nome do voluntário que está na sala da espiritualidade, o qual irá coordenar a reunião com os codependentes, e o nome do voluntário responsável em coordenar o trabalho no grupo dos dependentes, sendo que no presencial este também faz o acolhimento.

No espaço de tempo de 10 minutos antes do início da reunião presencial, os voluntários que não estão na recepção reúnem-se para a leitura de uma mensagem de harmonização e prece de abertura do trabalho; e na sala on-line, todos fazem a prece de harmonização antes da entrada dos assistidos.

A porta da reunião física, ou a sala virtual, é fechada no horário de início da reunião, não sendo permitida a entrada de ninguém atrasado; e só é aberta após o término, ou seja, 1h30 depois; a fim de manter a privacidade e o respeito aos frequentadores, firmando-se, com esse ato, a disciplina, indispensável ao trabalho com dependência química.

Recepção presencial

Objetivo: receber todos fraternalmente.

Procedimento: primeiramente identificam-se todos com crachás; assistidos e voluntários; observa-se nesse momento a chegada de alguém com sinais e sintomas de alcoolização e/ou uso de outra substância química (em caso de alguém chegar nessa situação, um voluntário deve chamar a pessoa individualmente e explicar sobre a necessidade de ela vir ao grupo com, no mínimo, 24 horas de abstinência de bebida alcoólica e/ou outra substância ilícita e que devido a ter feito uso de substância não poderá participar da reunião). A seguir, todos são encaminhados a sentarem-se nas cadeiras já dispostas em círculo.

Na recepção também são fornecidos aos familiares os comprovantes de frequência ao grupo, para que seja possível a visita em fazendas terapêuticas, quando da internação do seu familiar dependente.

Não é permitida a frequência ao grupo de crianças menores de 12 anos, normativa esta do Apoio Fraterno que está de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, no que se refere ao respeito a sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento; com base nisso, cumprem-se os seguintes artigos do referido estatuto:

> Capítulo II – Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade
> [...] Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (Brasil, 1990).

A partir de então, o grupo só infringirá essas medidas quando tratar-se de proteção à criança ou adolescente; daí faz-se valer o artigo 101, parágrafo VI, em casos em que a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos é necessária.

Na reunião *on-line*, os assistidos são admitidos na sala a partir de 10 minutos faltantes para o início da reunião; a identificação do nome deve constar na tela do seu dispositivo eletrônico, e as demais orientações são as mesmas do presencial.

1ª parte: acolhimento e espiritualidade

Duração: 35 minutos.
Compreende duas atividades que ocorrem simultaneamente.

Acolhimento

Objetivo: apresentar aos assistidos que vêm pela primeira vez ao grupo as normas de funcionamento e a dinâmica do Apoio Fraterno.

Procedimento: no início do trabalho, momento em que todos estão reunidos, um voluntário do grupo convida a quem está ali pela primeira vez que o acompanhe até uma sala em separado, para ser feita a acolhida. Primeiramente, solicita-se que todos desliguem o celular ou o coloquem no silencioso, orientando que esse não pode ser atendido durante todo o tempo da reunião. Nesse espaço de acolhida, fazem-se a prece, a *Oração da serenidade* e o *Lema de compromisso* (Anexo 1), depois o voluntário apresenta a organização e o funcionamento da reunião do AF; ressalta o horário de fechamento dos portões, a privacidade e disciplina e o compromisso ético assumido por todos.

De acordo com Zimerman e Osório (1999), esse conjunto de normas faz-se imprescindível no espaço terapêutico, onde a manutenção e a organização do trabalho é fator preponderante no processo de melhora, pois se tratando de dependência química, as regras e os limites foram infringidos, razão pela qual necessitamos resgatá-los.

Destacamos também que não é permitida a participação, na reunião do AF, de pessoa que chega sob o efeito evidente de drogas pelos seguintes motivos: o estado de intoxicação não permite a assimilação adequada de tudo que é tratado na reunião; a pessoa, devido a um comportamento alterado, prejudica os demais participantes e o grupo como um todo. Não permitir sua entrada, nesse estado, representa não repetir a família "doente" que sempre o recebe assim e não toma uma atitude, portanto, isso é terapêutico, pois significa "eu te amo, mas não a tua atitude de chegar bêbado ou drogado nessa casa".

No acolhimento é oferecido, para aquisição, o livro de trabalho nas reuniões, assim como é ensinada a prática do Evangelho no lar e oferecidos,

também, os demais setores da casa espírita, os quais podem também auxiliar os assistidos. É no acolhimento que os novos assistidos são questionados quanto ao motivo que buscam o AF e também são identificados como dependentes ou codependentes.

O acolhimento *on-line* é feito a partir do primeiro contato telefônico com o coordenador do grupo, para que ele identifique se é dependente ou codependente, e depois a pessoa recebe via WhatsApp as orientações sobre o grupo (Anexo 2).

Espiritualidade

Duração: 35 minutos.

Procedimento: paralelamente ao processo da acolhida, outro voluntário conduz a reunião com o grande grupo (voluntários, dependentes e codependentes); dá as boas-vindas a todos, solicita que desliguem os celulares, realiza a prece inicial; solicita a todos que façam a *Oração da serenidade* e o *Lema de compromisso* expostos nos banners, e na sequência se faz a apresentação individual.

Na reunião *on-line*, só o voluntário que conduz faz a *Oração da serenidade* e lê o *Lema de compromisso*, e também não ocorre apresentação individual. A seguir, esse voluntário conduz o momento espiritual que acontece a partir da exposição de um dos 12 princípios do Apoio Fraterno, todos à luz da Doutrina Espírita; o que ocorre durante três semanas consecutivas. Na quarta semana, há a exemplificação do Evangelho no lar (Anexo 1); e na quinta semana, o estudo de uma droga; e assim sucessivamente, a cada cinco semanas troca-se o princípio e repete-se a dinâmica.

O coordenador voluntário do dia tem o tempo de 20 minutos para expor o tema, que compreende a leitura do princípio, ou da droga, ou do Evangelho; após, realiza comentários que podem ser acrescidos de outras literaturas; preservando sempre as questões doutrinárias espíritas. Algumas obras científicas e espíritas são sugeridas para esse propósito ao final deste capítulo (Anexo 3).

É nesse espaço que os enfoques sobre a espiritualidade se sobressaem, buscando-se sempre mostrar a importância da fé, do apoio do grupo e da

Doutrina Espírita na compreensão e no processo de mudança perante as dificuldades com a dependência química.

> Nenhum homem dispõe de faculdades completas. Mediante a união social eles se completam mutuamente, para assegurarem o seu bem-estar e progredirem. É por isso que precisamos uns dos outros, os homens foram feitos para viver em sociedade, e não isolados (Kardec, 2002, questão n. 768).

Quando finda o tempo do coordenador, abre-se um espaço de 15 minutos para os participantes do grupo comunicarem-se entre si, associando livremente suas ideias e refletindo de acordo com o tema apresentado. O voluntário que coordena a reunião observa para que não aconteçam depoimentos nessa hora, intervindo caso isso ocorra e solicitando que a pessoa fale sobre o tema exposto e que aguarde a separação do grupo em dependentes e codependentes, tempo este destinado para os depoimentos pessoais.

Findado esse momento, solicitamos que se separe o grupo; dependentes em uma sala e codependentes em outra, com os respectivos voluntários responsáveis pelo trabalho. Na reunião *on-line*, ocorre também a divisão em duas salas virtuais distintas.

2ª parte: depoimentos pessoais

Duração: 45 minutos.

Objetivo: cada participante, se desejar, fará seu depoimento pessoal, sempre falando de si.

Procedimento: em dois grupos separados, um de dependentes e outro de codependentes, instala-se o Campo Grupal na forma de uma galeria de espelhos, em que cada componente fala por vez, sempre na primeira pessoa do singular (eu). Dessa forma, cada um pode refletir e ser refletido nos outros e pelos outros. Essa é a oportunidade de encontro do *self* de um indivíduo com o de outros, o que configura a oportunidade de discriminar, afirmar e consolidar a própria identidade. Um grupo coeso e bem constituído exerce (durante toda a atividade), principalmente nessa etapa, uma importantíssima função, a de ser um continente de angústias e de necessidades de cada um e

de todos. É o momento das três "anças": a partir das semelh*anças* se gera a esper*ança* e o aumento de confi*ança* dos indivíduos em suas próprias capacidades (Zimerman; Osório, 1999).

Quando há necessidade, o voluntário pode intervir de várias maneiras: convocando um assistido para dar seu depoimento, desde que o conheça e saiba que sua história tem relação com as situações faladas anteriormente e que trará contribuições ao grupo; ou proporcionando espaço de fala, mais diretamente a quem está no grupo pela primeira vez. Embora sabendo que o silêncio é terapêutico, em momentos de um silêncio prolongado, o voluntário procura, de uma forma sutil e habilidosa, trazer uma reflexão ao grupo sobre o que possa significar aquele silêncio, a fim de que a resistência seja vencida e o grupo volte a falar novamente, ou estimula diretamente um assistido a falar. No modo *on-line*, não deixamos o silêncio, chamamos o assistido para falar, otimizando o tempo, devido às dificuldades com abertura e fechamento de microfones.

Nos cinco minutos finais, antes de reunirem-se todos no grande grupo, ocorre o fechamento dos depoimentos pessoais, tanto no grupo dos dependentes quanto no dos codependentes. Esse processo é feito a partir da síntese dos assuntos e das histórias abordadas no momento de cada relato; em que o coordenador de cada grupo busca extrair e reafirmar denominadores comuns, unificando as ansiedades, dificuldades e conquistas; em que o propósito principal está voltado para o crescimento psíquico dos indivíduos e do grupo, consistindo em aprender com as experiências emocionais que acontecem nas inter-relações. Nesse momento também reforçamos que o grupo é uma das ferramentas necessárias ao melhoramento pessoal e que, juntamente com o Apoio Fraterno, podemos agregar comparecimento em outros grupos, atendimento psiquiátrico e/ou psicológico e acesso às redes básicas de saúde do município (CAPS, postos etc.).

3ª parte: encerramento com os assistidos

Duração: 5 minutos.

Objetivo: realizar o encerramento de toda a atividade com os assistidos.

Procedimento: reúnem-se todos no grande grupo, dependentes, codependentes e voluntários, e realizam-se a prece de encerramento, a *Oração da serenidade* e o *Lema de compromisso*. Após, são dados os recados necessários e se reforça o convite para o próximo encontro, finalizando a reunião com os assistidos e desejando uma boa-noite a todos.

Na reunião *on-line*, realiza-se o encerramento seguindo o mesmo formato, porém de maneira independente, pelo coordenador de cada sala virtual.

4ª parte: grupo operativo (encerramento com os voluntários)

Duração: 25 minutos.

Objetivo: avaliar e encerrar o trabalho somente com os voluntários.

Procedimento: momento em que os voluntários avaliam o trabalho da noite, como cada um sentiu-se na tarefa desempenhada e as dificuldades que cada um apresentou.

O grupo dá retorno aos voluntários que coordenaram o trabalho da noite, com o objetivo de proporcionar um crescimento saudável, sem que ninguém se sinta melindrado. Todo retorno é baseado na dinâmica do AF, sem achados pessoais. Questiona-se também se alguém percebeu alguma manifestação de ordem espiritual, conversa-se sobre isso, com a intenção de crescimento, porém com o cuidado de não transformar esse momento em uma reunião mediúnica.

Escolha do espaço físico, dia da semana para as reuniões e insumos necessários para a instalação do AF

Apoio Fraterno presencial:

- os grupos Apoio Fraterno devem funcionar preferencialmente em centros espíritas. Caso haja a possibilidade e estrutura, poderá funcionar em instituições, como em um hospital espírita ou nas sedes das AMEs. Em caso de dúvidas, sugere-se buscar orientação no Núcleo de Dependência Química da AME-Brasil, responsável pelas atividades do AF;

- devem ser escolhidos um dia e um horário que facilitem a frequência dos dependentes e codependentes, atenda à disponibilidade da maioria dos voluntários e que não interfira e não seja interferido por outros trabalhos da casa espírita.

  De acordo com a experiência, sugere-se um horário de início das atividades com os assistidos de segunda a sexta-feira, a partir das 19 horas, e no final de semana à tarde, porém essa decisão fica a critério de cada grupo;
- o local das reuniões deverá ser composto por duas salas isoladas acusticamente uma da outra, com acessibilidade e segurança;
- uma das salas deverá ter capacidade de acolher a totalidade de participantes (devido à primeira parte da atividade ser realizada com voluntários, dependentes e codependentes juntos);
- a outra sala deve comportar um dos segmentos dos assistidos, mais parte dos voluntários;
- as salas deverão possuir boa iluminação, bem como aberturas suficientes, para proporcionar um ambiente com boas condições de renovação do ar;
- deve haver um banheiro próximo ao ambiente da atividade do grupo;
- é necessário um número suficiente de cadeiras, de modo que todos possam participar sentados;
- deve ser ofertado o livro de trabalho para todos os voluntários e para os assistidos que tiverem interesse em adquiri-lo;
- confeccionar, no mínimo, quatro banners (cartazes), sendo dois com o *Lema de compromisso* e outros dois com a *Oração da serenidade*, os quais devem ser distribuídos nas salas. Esses banners deverão ser confeccionados de forma padronizada[1];
- todos os participantes devem portar crachá constando somente seu nome;
- disponibilizar uma jarra e copinhos descartáveis para colocação de água a ser fluidificada e servida aos participantes, por ocasião da prática do Evangelho no lar;
- todos os grupos Apoio Fraterno devem funcionar dentro dessas diretrizes e usar a logomarca AF[2] e a logomarca da AME a que

pertencem, nos fôlderes e flyers, banners, ou qualquer outro material de divulgação do grupo.

Apoio Fraterno *on-line*:

- é necessário ter dispositivo eletrônico (computador ou celular) com nome registrado na tela;
- salas privativas na residência e com boa iluminação;
- pode ter sua garrafa de água para a fluidificação no dia do Evangelho no lar;
- quanto ao dia e horário e às demais regras, seguem as mesmas do AF presencial.

Diretrizes importantes para a preparação do momento da espiritualidade:

- dentro da dinâmica, inicia-se a espiritualidade a partir da prece inicial, a *Oração de serenidade* e o *Lema de compromisso*. No AF presencial (ao contrário do *on-line*) acontecem as apresentações pessoais; e depois a leitura do tema do dia no livro de trabalho;
- o assunto deve ter sempre a ligação com a dependência química e a espiritualidade; quando o tema for uma substância química, não há necessidade de outras pesquisas além do livro de trabalho. Priorize aprofundar as questões espirituais tanto no que diz respeito ao dependente quanto ao codependente;
- use sempre uma linguagem acessível, transforme termos espíritas em termos acessíveis a todos, use exemplos adequados à realidade de seus assistidos, não faça leituras extras prolongadas;
- não dê aconselhamentos, nem queira doutrinar o assistido, tenha bom senso e passe uma mensagem clara, compreensível e que o assistido sinta-se incluído nas reflexões;
- quando o número de voluntários for suficiente, preferencialmente, trabalhe em duplas; no *on-line* sempre em duplas, pois se ocorrer qualquer falha na Internet, já tem um colega para dar continuidade à reunião;
- ao trabalharmos em duplas, devemos respeitar o tempo de preparação da tarefa, combinar com antecedência com o colega, lembrando que todos têm suas atividades e ocupações além do voluntariado, mas o

compromisso e a responsabilidade com o trabalho são os mesmos, como em qualquer outro trabalho formal;

- nunca ultrapassar o tempo de 20 minutos na exposição;
- conduza e otimize os 15 minutos após a apresentação da espiritualidade com as opiniões dos assistidos;
- seja empático, percebeu que seu colega está atrapalhado, sua Internet falhando, sentindo-se mal, tossindo ou gaguejando, peça licença, fale algo e assuma o trabalho, pois a tarefa é de todos, nada acontece na individualidade;
- no Anexo 3, apresentamos as obras sugeridas para a pesquisa e montagem do momento da espiritualidade.

---

1 Modelo já existente no Instagram: amesantoangelo.

2 Modelo já existente no Instagram: amesantoangelo.

Referências

BRASIL. *Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 30 abr. 2023.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos.* Brasília, DF: FEB, 2002.

ZIMERMAN, Davi E.; OSÓRIO, Luiz Carlos. *Como trabalhamos em grupo.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Anexo 1

Oração da serenidade

Concedei nos senhor a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir umas das outras.

Lema de compromisso

Bem-vindo ao apoio fraterno!
O que você ouve aqui,
O que você vê aqui,
O que você diz aqui,
Aqui permanece.

Orientações para a realização do Evangelho no lar

- deve-se combinar entre os familiares um horário e dia da semana que todos estejam; manter assiduidade. Duração entre 15 e 30 minutos;
- providenciar uma jarra ou outro recipiente de água para magnetizar;
- prece inicial: breve, objetiva, simples e do coração;
- leitura de pequeno trecho de *O Evangelho segundo o Espiritismo* ou do livro de sua religião (Bíblia, Novo Testamento...); na presença de crianças, faça uma leitura adequada;
- comentar o trecho lido: não é para discutir, e sim para expressar sua opinião, o que cada um entendeu;
- prece final: emitir vibrações elevadas a todos, ao próprio lar e de acordo com as necessidades de cada família;
- finaliza-se servindo e bebendo a água magnetizada, que recebeu as vibrações da prece.

Anexo 2

Acolhimento AF *on-line*

Saudações! Você está fazendo parte de um grupo de WhatsApp destinado à reunião do grupo de autoajuda Apoio Fraterno. Esse grupo não interrompe suas atividades em nenhum feriado, ou datas comemorativas. No dia da reunião será postado um *link* para a conexão, esteja com a plataforma já instalada no celular ou computador de acordo com o que for utilizado (Meet/Zoom) e registre seu nome na plataforma. O coordenador lhe informará a plataforma, o dia e horário da reunião, a qual você deverá acessar 10 minutos antes do horário de início, sendo que após esse período não será mais permitida a entrada na sala.

A partir do início da reunião, teremos 20 minutos para a prece inicial, faremos a *Oração da serenidade* e o *Lema de compromisso* (nessa modalidade não é feita a apresentação individual); e a exposição do tema (princípio, Evangelho no lar ou uma droga) de acordo com a leitura do livro de trabalho do Apoio Fraterno. Após, teremos 15 minutos para comentários sobre o que foi exposto, onde todos podem falar. Não se melindre caso o voluntário precise fazer um direcionamento ou interromper sua fala, faz parte da dinâmica do grupo. Encerra-se a primeira parte. O coordenador avisa que terá a divisão da sala.

Enquanto alguns voluntários acessam o *link* para a sala com os codependentes, para os depoimentos pessoais, outros, juntamente com os dependentes, acessam outro *link*, também para o momento dos depoimentos pessoais. Temos o período de 5 minutos para o acesso, e após esse período não será permitida a entrada na sala.

Procedimento: 40 minutos para os depoimentos pessoais; 5 minutos para o fechamento; 5 minutos para a prece, a *Oração da serenidade* e o *Lema de compromisso*. Cada sala encerra individualmente.

Orientações gerais: o grupo de WhatsApp é restrito, só coordenador e vice-coordenador postam informações, por isso, caso tenha alguma

dificuldade/dúvida referente ao grupo/acesso, pergunte nos 10 minutos antes de começar a reunião.

É indispensável que a câmera permaneça ligada durante toda a reunião, mostrando o rosto do participante o tempo todo. O microfone deve permanecer desligado e só deve ser aberto quando o participante for contribuir com relação ao tema abordado, no momento da espiritualidade, ou na segunda parte da reunião por ocasião do depoimento pessoal. Para aqueles que acharem conveniente, pode ser feito uso de fones de ouvido, para que sons externos não interfiram na reunião.

É fundamental que os participantes não estejam sob efeito de substâncias químicas lícitas ou ilícitas e não as usem durante a reunião. Também dever haver um cuidado com a privacidade, por estarmos em ambiente doméstico, então observar vestimentas (não estar sem camisa, usando trajes menores ou de banho). Cuidar para que pessoas que não estejam participando da reunião e menores de 12 anos não adentrem o espaço da sala virtual. Não será permitido acesso à reunião quando a pessoa estiver em via pública, ônibus, carro etc.

Caso alguém descumpra as orientações acima será, imediatamente, excluído da reunião pelo coordenador. Não há autorização para que os participantes repassem o *link* das reuniões, mesmo para familiares ou amigos; nesse caso, encaminha-se o contato do WhatsApp do coordenador do grupo, para que este adicione a pessoa.

Quando estiverem num mesmo local, dependentes e codependentes, devem usar peças da casa e dispositivos eletrônicos distintos, devido ao curto espaço de tempo para a troca de ambiente físico e virtual por ocasião do momento de separação do grupo. Não se desconecte antes do término da reunião.

Anexo 3

Obras sugeridas para a preparação da espiritualidade

AGUIAR, Paulo Rogério Dalla Colletta de; DURGANTE, Carlos Eduardo Accioly (org.). *Psiquiatria iluminada:* as contribuições de André Luiz pela psicografia de Chico Xavier. São Paulo: AME-Brasil, 2021.

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito). *Autodescobrimento:* uma busca interior. Psicografado por Divaldo Franco. Salvador: Leal, 1995. (Série Psicológica Joanna de Ângelis, 6).

ÂNGELIS, Joanna de (Espírito); ESPÍRITOS DIVERSOS. *SOS família.* Psicografado por Divaldo Franco. Salvador: Leal, 2002.

BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo; FIGLIE, Neliana Buzi (org.). *Aconselhamento em dependência química.* 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

CAMILO (Espírito). *Desafios da vida familiar.* Psicografado por Raul Teixeira. 2. ed. Niterói, RJ: Fráter, 2003.

CARVALHO, Célia Maria Rey de. *Família e Espiritismo.* 6. ed. ampl. São Paulo: Edições USE, 2000.

DENIS, Léon. *O problema do ser, do destino e da dor*. 21. ed. Brasília, DF: FEB, 1999.

FRANCO, Divaldo. *Compreendendo a saúde espiritual e mental.* Salvador: Leal, 2005.

KARDEC, Allan. *O Evangelho segundo o Espiritismo.* 112. ed. Brasília, DF: FEB, 1996.

LOPES, Sérgio Luis da Silva. *As leis morais & saúde mental:* um estudo da terceira parte de *O livro dos Espíritos.* Porto Alegre: FERGS, 2007.

LUIZ, André (Espírito). *No mundo maior*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Brasília, DF: FEB, 2006. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 5).

MOOS, Rudolf H.; TIMKO, Christine. Outcome research on twelve-step and other self-help programs. *In:* GALANTER, Marc; KLEBER, Hebert D. (ed.). *Textbook of substance abuse treatment*. 4. ed. Washington: American Psychiatric Press, 2008.

MORGENSTERN, Jon; BUX, Donald A.; LABOUVIE, Erich *et al*. Examining mechanisms of action in 12-step community outpatient treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 72, n. 3, p. 237-247, 2003.

NADVORNY, Boris. *Freud e as dependências.* Porto Alegre: AGE, 2006.

ROOM, Robin; GREENFIELD, Thomas. Alcoholics Anonimous, other 12-step movements, and psychotherapy in the US population, *Addiction*, v. 88, n. 4, p. 555-562, 1993.

YALOM, Irvin D.; LESZCZ, Molyn. *Psicoterapia de grupo:* teoria e prática. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.



19.
Os doze princípios do Apoio Fraterno

Edson Luís Cardoso

"Você não pode ensinar nada a um homem;
você pode apenas ajudá-lo a encontrar
a resposta dentro dele mesmo"
(Galileu Galilei).

1º princípio – semelhanças físicas e morais

Não ensinamos nosso filho a usar drogas! Educamos todos iguais! Por que um tornou-se usuário de drogas e os outros não? De acordo com Roberto (2014), os aspectos físicos, psicológicos e sociais são condições que marcam cada etapa de vida, desde a concepção até a adolescência, visando gerar experiências favoráveis ao planejamento reencarnatório. No entanto, sem que se perceba, surgem situações que interferem nessa educação e abrem as portas para as drogas adentrarem o lar, como, por exemplo, pais mais cansados devido ao envolvimento excessivo com as buscas materiais, gerando, com isso, ausências, irritabilidade, afastamento afetivo e uma consequente culpa, que esses tentam compensar proporcionando bens materiais e não dando limite às más tendências e aos equívocos dos filhos. Além disso, há o exemplo de pais usando álcool e/ou tabaco, a sociedade incentivando a ingesta alcoólica, a tecnologia, que atualmente vem afastando uns dos outros, e a falta da espiritualidade no lar.

Assim, a quebra dos paradigmas sociais e as mudanças dos hábitos familiares nocivos, definição clara de papéis e objetivos, ajuda mútua, respeito, amor e espiritualidade devem nortear o processo de recuperação familiar.

> 207 – Os pais frequentemente transmitem a seus filhos uma semelhança física. Transmitem também uma semelhança moral? Não, pois tem almas ou Espíritos diferentes. O corpo deriva do corpo, mas o Espírito não deriva do Espírito. Entre os descendentes das raças, há apenas consanguinidade.

207-A – De onde vêm as semelhanças morais que às vezes existem entre pais e filhos? São Espíritos simpáticos, atraídos pela afinidade de suas inclinações (Kardec, 2001, cap. IV).

2º princípio – caracteres da perfeição

Os codependentes são orientados a não assumirem uma falsa postura de serem infalíveis e capazes de tudo, porque isso mantém uma série de comportamentos doentios, como, por exemplo, comprometer-se excessivamente com o dependente; tentar resolver todos os seus problemas; pagar dívidas ocasionadas pelo uso de drogas; facilitar a aquisição de drogas dando dinheiro ou algo material, que pode virar moeda de troca, na boca de fumo; e até comprando diretamente o álcool, tabaco e drogas ilícitas para o dependente. A consequência disso é o caos familiar, em que os codependentes vão ficando cada vez mais ansiosos, deprimidos, com sentimentos de culpa, raiva, impotência e progredindo para doenças físicas, e o dependente vai aumentando cada vez mais sua dependência química e emocionalmente vai sentindo mais ressentimento, raiva, medo, culpa e vergonha, vai tendo cada vez menos condições de gerir suas necessidades adultas; o comportamento vai ficando desorganizado e destrutivo, e o corpo físico vai se debilitando gravemente. Torna-se difícil saber quem está mais doente na família e quem vai chegar primeiro num dos "três Cs": cama, cadeia ou caixão.

Certa vez, tivemos o seguinte depoimento de uma codependente no Apoio Fraterno (AF):

> *"É muito estranho, eu sempre me senti tão forte e, justamente, agora que meu neto, que usava drogas, está recuperado e trabalhando e o pai dele, meu filho, depois de vinte anos, está se graduando na mesma comunidade terapêutica, eu estou me sentindo deprimida. Era para eu estar feliz, não consigo entender isso."*

Segundo Payá (2019, p. 281), vale pensar na drogadição como um sintoma do sistema familiar, em que o usuário é o porta-voz de um conflito maior que existe na família, por isso, quando o usuário para de usar drogas e começar a usar seus próprios recursos para alcançar êxitos na vida, a família se desestabiliza, por ter que, cada um, olhar para seu lugar na relação conjugal ou para o seu papel nesse núcleo. Portanto, a fim de mudar essa situação, a

família precisa ser acolhida, para diminuir o medo da mudança, e ouvida, para em cada narrativa emergir transformações.

> Pois que Deus possui a perfeição infinita em todas as coisas, esta proposição: "Sede perfeitos, como perfeito é o vosso Pai celestial", tomada ao pé da letra, pressuporia a possibilidade de a perfeição absoluta. Se à criatura fosse dado ser tão perfeita quanto o Criador, tornar-se-ia ele igual a este, o que é inadmissível. Os homens a quem Jesus falava não compreenderiam essa nuança, pelo que Ele se limitou a lhes apresentar um modelo e a dizer-lhes que se esforçassem pelo alcançar (Kardec, 2013, cap. XVII).

3º princípio – missão dos codependentes

Ao chegar pela primeira vez no AF, o codependente relata a história dos transtornos causados pelo uso de substâncias químicas, em sua família, e fala que veio ao grupo para ajudar o seu dependente a parar de usar drogas, sem compreender que é parte do processo gerador e/ou mantenedor da dependência química e que, portanto, nessa condição, também necessita de tratamento.

À medida que vai participando das reuniões do AF, o codependente vai compreendendo que suas atitudes equivocadas, somadas ao mal-uso do livre-arbítrio por parte do dependente, levaram este à busca de álcool, tabaco e outras drogas na pré-adolescência e/ou adolescência.

De acordo com Payá (2019, p. 281), o sistema familiar necessita de uma outra forma de pedir ajuda, visto que o dependente é apenas o paciente identificado, papel esse que nenhum outro membro da família quer assumir; os codependentes então deixariam o papel de culpados, no tratamento do "doente", e passariam ao papel de coadjuvantes na reabilitação.

Ser coadjuvante na recuperação implica em ações funcionais, como:

- não ser um exemplo negativo ingerindo bebidas alcoólicas, tabaco, outras drogas, ou medicamentos sem receita médica;
- não expor o dependente a pessoas, lugares (inclusive casa de parentes e amigos) ou situações que tenham drogas lícitas ou ilícitas;
- dar limites, não importando a idade do dependente, sempre que esse apresentar algum comportamento ou atitude que possa colocar em risco a caminhada de recuperação;
- primar pelo diálogo que facilite a partilha das dificuldades e busque as soluções de problemas do cotidiano;

- todos os membros da família devem frequentar o AF, uma religião de sua preferência e realizarem a prática do Evangelho no lar semanalmente;
- todo o núcleo familiar deve buscar ajuda psiquiátrica e psicológica.

> [...] Compreendei agora o grande papel da humanidade; compreendei que, quando produzis um corpo, a alma que nele encarna vem do espaço para progredir; inteirai-vos dos vossos deveres e ponde todo o vosso amor em aproximar de Deus essa alma; tal a missão que vos está confiada e cuja recompensa recebereis, se fielmente a cumprirdes (Kardec, 2013, cap. XIV).

4º princípio – a porta estreita

De acordo com Karkow, Caminha e Benetti (2005), os comportamentos aditivos são entendidos como maus hábitos, os quais são hiperaprendidos e mal-adaptativos. Assim, devido a um comportamento autodestrutivo, levam ao transtorno por uso de substâncias, que apresenta inúmeras características: compulsão (desejo incontrolável de consumir o álcool, tabaco ou droga ilícita, associado ao sentimento de incapacidade de barrar seu uso); uso da substância química é mais importante do que outras atividades que antes eram prioridades; busca pela substância independente dos riscos, até mesmo de óbito; desejo e tentativas de diminuir, controlar ou parar de usar, porém sem conseguir; uso da substância mesmo com problemas sociais e interpessoais causados ou intensificados por seus efeitos (Marques; Ramos, 2022).

Diehl, Silva e Bosso (2017) argumentam que os codependentes, por sua vez, utilizam estratégias de controle ineficazes, as quais reforçam a probabilidade de o transtorno continuar, principalmente devido à comunicação negativa que utilizam com o dependente. Contudo, os comportamentos aditivos são passíveis de serem trabalhados e modificados, mas aquele que se dispõe a ajudar precisa entender que não basta a internação hospitalar ou a internação em uma clínica ou comunidade terapêutica, nem mesmo o acompanhamento psiquiátrico, psicológico e o grupo de ajuda mútua para o dependente ter chances de recuperação.

É necessário que a família dialogue mais, que aprenda a expressar o afeto, porém estabeleça limites claros e os papéis de cada um na estrutura

familiar, ou seja, que exerçam uma hierarquia, sem autoritarismo, porém com coerência e competência, disciplinando o lar e orientando o dependente dentro de valores éticos e morais. Ressaltamos que essas mudanças não podem ser temporárias, isto é, não apenas o tempo em que o dependente está internado em algum local de tratamento, ou vindo ao AF ainda em uso de drogas, ou até ficar em abstinência por alguns meses ou anos, e sim precisam ser mantidas por toda a vida.

> Larga é a porta da perdição, porque são numerosas as paixões más e porque o maior número envereda pelo caminho do mal. É estreita a da salvação, porque a grandes esforços sobre si mesmo é obrigado o homem que a queira transpor, para vencer suas más tendências, coisa a que poucos se resignam. É o complemento da máxima: "Muitos são os chamados e poucos os escolhidos" (Kardec, 2013, cap. XVIII).

5º princípio – culpa x responsabilidade

A família que vive o drama da dependência química joga, exaustivamente, o "jogo da culpa", em que, por vezes, o codependente sente-se culpado pelo fato de seu dependente usar drogas e tenta compensar isso, sendo permissivo e deixando-se manipular pelo dependente, o qual, por sua vez, usa essa culpa e consegue o que precisa para comprar sua droga de preferência. Em outros momentos a situação inverte-se, e o dependente sofre as consequências de seus próprios atos, em forma de uma consciência culpada, e o codependente também percebe isso e coloca sobre o dependente as culpas de todas as mazelas familiares.

De acordo com Miller e Rollnick (2001), é importante que o voluntário, por meio de uma escuta reflexiva habilidosa, busque compreender os sentimentos e as perspectivas dos assistidos sem julgar, criticar ou culpar. Essa atitude de aceitação daquilo que o outro sente ou espera é a base da empatia, a qual pode ser realizada mesmo quando não há concordância e/ou aprovação dos sentimentos e das ações do assistido. A escuta respeitosa facilita a mudança, enquanto o julgamento, a culpa e a crítica podem levar a uma resistência à mudança ou até um abandono prematuro do grupo.

O objetivo da escuta reflexiva e da abordagem empática é ajudar os familiares a aprenderem a fazer o mesmo entre eles e, aos poucos, irem trocando sentimentos de raiva e culpa, pela responsabilidade de cada membro

da família encontrar soluções para os problemas, demonstrar preocupações, uns com os outros, e com o futuro da família, caso o problema do álcool e/ou outras drogas não sejam resolvidos.

> Quantos são vítimas de sua imprevidência, de seu orgulho e de sua ambição!
> Quantos se arruínam por falta de ordem, de perseverança, pelo mau proceder, ou por não terem sabido limitar seus desejos! [...]
> Quantos pais são infelizes com seus filhos, porque não lhes combateram desde o princípio as más tendências! Por fraqueza, ou indiferença, deixaram que neles se desenvolvessem os germens do orgulho, do egoísmo e da tola vaidade, que produzem a secura do coração; depois mais tarde, quando colhem o que semearam, admiram-se e se afligem da falta de deferência com que são tratados e da ingratidão deles.
> Interroguem friamente suas consciências todos os que são feridos no coração pelas vicissitudes e decepções da vida; remontem passo a passo à origem dos males que os torturam e verifiquem se, as mais das vezes, não poderão dizer: *Se eu houvesse feito, ou deixado de fazer tal coisa, não estaria em semelhante condição*.
> A quem, então, há de o homem responsabilizar por todas essas aflições, senão a si mesmo? [...] O homem as evitará quando trabalhar por se melhorar moralmente, tanto quanto intelectualmente (Kardec, 2013, cap.V).

6º princípio – comportamento cristão

O comportamento agressivo e destrutivo do dependente gera atitudes neuróticas e descontroladas por parte do codependente, mas uma atitude inconsequente e rebelde não justifica uma reação desajuizada. Portanto, é importante não reagir com raiva nem com agressões físicas ou verbais, e sim agir buscando sempre o equilíbrio e a moderação nas palavras e atitudes, pois a postura moderada ajuda na obtenção do domínio da situação e na condução da família ao rumo certo.

Não ser conivente com o uso de drogas implica em distinguir o indivíduo do seu comportamento inaceitável (Osório; Valle, 2009). O dependente, dessa forma, deixa de ser visto como um estranho, como o "bode expiatório", e passa a fazer parte de um sistema familiar que está adoecido e que precisa recuperar-se e viver livre das drogas. A partir disso, um abismo começa a ser rompido, e inicia-se uma discussão em que não há mais o predomínio de um discurso moralista, que acaba gerando brigas e distanciamentos, mas, sim, um ambiente de conversas onde são expressos os sentimentos em relação às dificuldades e aos fracassos da relação familiar. Um tom afetivo abre caminhos para novas possibilidades, lembrando que essa

postura não quer dizer acomodação e permissividade no ato de usar drogas. O lema é o seguinte: "Eu te amo, mas não aceito o fato de você usar qualquer tipo de droga".

A Doutrina Espírita ensina que se abre um canal de influenciação negativa para os Espíritos inferiores agirem sobre os encarnados nos momentos de descontroles e brigas; e ao contrário, o auxílio dos bons Espíritos superiores chega para aquele que se dispõe, por intermédio do equilíbrio e da prece, a enfrentar as difíceis situações que se apresentam em sua vida.

> 460 – Temos pensamentos que nos são próprios e outros que nos são sugeridos? Vossa alma é um Espírito que pensa. Não deixeis de considerar que vários pensamentos vos ocorrem ao mesmo tempo sobre um mesmo assunto e que, muitas vezes, eles são contraditórios entre si. Pois bem! Neles há sempre um pouco de vós e um pouco de nós. É isso que vos deixa na incerteza, pois tendes em vós duas ideias que se entrechocam (Kardec, 2001, cap. IX).
>
> 461 – Como distinguir os pensamentos que nos são próprios dos que nos são sugeridos? Quando um pensamento é sugerido, é como uma voz que vos fala. Os pensamentos próprios são, em geral, os que ocorrem num primeiro impulso. Além disso, essa distinção nem é tanto de vosso interesse, e muitas vezes é útil não sabê-la: o homem age mais livremente. Se decide pelo bem, ele o faz com maior boa vontade; se tomar o mal caminho, terá apenas mais responsabilidade (Kardec, 2001, cap. IX).

7º princípio – a paz e a espada

Deflagrar o problema da dependência química na família seria levantar a espada perante a possibilidade de uma verdadeira mudança, mas é preciso ter coragem e disposição para mudar e sair da falsa paz. É necessário que cada dor ou sofrimento seja encarado de frente, mas, para isso, o codependente deve ser trabalhado para aceitar o desafio de ajudar o dependente com a formulação de planos e atitudes, que surgem com o auxílio psiquiátrico, psicológico e do grupo de ajuda mútua. Conforme Serebrenic (2013), é necessária uma mudança no estilo de vida, visando ao afastamento de tudo o que lembra ou leva o indivíduo à substância. É preciso evitar uma das principais causas de recaída, que é a vida desequilibrada, a qual é gerada por dois motivos:

- desequilíbrio entre deveres (trabalho, estudos, cuidar da casa e autocuidado) e lazer (o que é gostoso fazer; o que não é

obrigatório, mas traz satisfação, por exemplo: descansar, passear, ir ao cinema). A falta de prazer na vida leva à busca do prazer imediato com a droga;

- quando há uma fonte de estresse na vida do dependente: positiva (uma promoção no trabalho, uma comemoração ou um elogio, filho que traz o boletim com boas notas); ou negativa (doença ou morte de alguém querido, ou separação, a chegada de uma despesa financeira inesperada).

Para a realização dessa mudança, é necessária a criação de estratégias. A rotina da família precisa ser planejada de forma equilibrada, e as habilidades, para se lidar com estressores e adversidades, devem ser treinadas ao longo das reuniões do grupo. Nesse momento é importante, também, que o codependente não cometa o equívoco de pensar que, por ser adulto, estar participando do AF, estar há alguns meses em abstinência, ou ter saído recentemente de uma clínica ou comunidade terapêutica, o dependente pode, isoladamente, fazer escolhas que podem colocá-lo em risco de uma recaída, ao contrário disso, o codependente deve auxiliar o dependente a pensar sobre as melhores decisões para que essa, sim, seja evitada. "Não penseis que vim trazer paz sobre a Terra. Não vim trazer a paz, mas a espada. Pois eu vim separar o homem de seu pai, a filha da sua mãe, e a nora de sua sogra; e os inimigos do homem serão os membros da sua casa" (Matheus, 10:34-39).

8º princípio – escândalos x crise

Em geral, muitos anos se passam até que o codependente perceba, mesmo com sinais e sintomas evidentes, que seu familiar é um "bebedor problema", ou é tabagista, ou é usuário de droga ilícita, porém, após essa constatação, o escândalo se apresenta. Contudo, se estabelece um novo hiato de tempo, que pode ser curto ou longo, até que algum tipo de tratamento seja buscado. De acordo com Osório e Valle (2009), o fato de alguém da família estar bebendo em excesso ou usando qualquer outra droga conecta os demais membros da família a essa história, e admitir isso torna-se muito ameaçador; esse é o ponto inicial, não somente no AF, mas em todo tipo de

tratamento de famílias que estão vivenciando a problemática do transtorno por uso de substâncias químicas.

Nesse momento, os familiares começam a dialogar sobre o problema e as mudanças necessárias em direção a um novo paradigma, ou seja, começam a construir um projeto terapêutico que contemple as expectativas do dependente, dos codependentes, do AF e dos profissionais da área da saúde que tratam o núcleo familiar. É nessa hora que o relacionamento familiar começa a ficar difícil e, normalmente, há uma tentativa de acomodação, a fim de se evitar uma crise, começam as racionalizações e as tentativas de minimizar a gravidade dos transtornos, tanto por parte do dependente, o qual expressa ideias do tipo: "eu não bebo muito, há um certo exagero no que foi dito"; "eu paro quando eu quiser"; "eu não tenho um problema grave, pois trabalho e sustento a casa"; como por parte dos codependentes, que dizem: "ela bebe, mas é só dentro de casa, depois vai dormir e não incomoda ninguém"; "ele bebe, mas não maltrata nem a mim e nem os filhos"; "ele só é ruim quando usa drogas".

Contudo, é preciso ter coragem, perseverança e fé para seguir em frente. Todas as pessoas na Terra passarão dificuldades na escala infinita das experiências necessárias e, para isso, ao invés de evitarem uma crise, precisam se preparar para encará-la com firmeza, pois é justamente a crise, bem enfrentada, que decide o futuro (Emmanuel, 1994).

> É necessário que o escândalo venha, porque, estando em expiação na Terra, os homens se punem a si mesmos pelo contato de seus vícios, cujas primeiras vítimas são eles próprios e cujos inconvenientes acabam por compreender. Quando estiverem cansados de sofrer devido ao mal, procurarão remédio no bem. A reação desses vícios serve, pois, ao mesmo tempo, de castigo para uns e de provas para outros. É assim que do mal tira Deus o bem e que os próprios homens utilizam as coisas más ou as escórias (Kardec, 2013, cap.VIII).

9º princípio – Apoio Fraterno (AF)

De acordo com Castro e Moreira (2021), um grupo de ajuda mútua refere-se a reuniões de pessoas que sofrem e/ou vivenciam problemas semelhantes. Em se tratando do AF, o problema em questão é o uso de substâncias químicas lícitas e/ou ilícitas, em que, em encontros semanais, as pessoas têm a oportunidade de compartilhar suas dificuldades, refletir e,

juntas, encontrarem soluções por meio da partilha de suas experiências e/ou sentimentos.

Existem vários AFs em funcionamento no Brasil e no exterior, alguns grupos exercem suas atividades de maneira presencial e outros de forma remota, seguindo todos um mesmo método de trabalho, o qual é orientado e administrado pelo Núcleo de Dependência Química, do Departamento de Saúde Mental, da Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil). Segundo Cardoso e Fontana (2017), desempenham um relevante papel na área da saúde mental, na medida em que, por meio de seminários, congressos, oficinas e publicações sobre dependência química, organizam espaços para a aprendizagem científica, utilizando-se da educação não formal aos voluntários do AF, desenvolvendo suas habilidades, potencialidades e os capacitando ao trabalho comunitário de auxílio a dependentes químicos e codependentes.

O trabalho é realizado com respeito, sigilo e ética, visando auxiliar as famílias a retirarem, totalmente, as drogas lícitas e ilícitas de suas vidas, assim como a eliminarem defeitos de caráter, com melhoramento moral.

Por tratar-se de um grupo espírita, informa, aos assistidos, sobre a estrutura que as casas espíritas dispõem, como, por exemplo: Evangelização para as crianças, exposições públicas, grupos de estudos da Doutrina Espírita para jovens e adultos, biblioteca, clube do livro espírita, atendimento fraterno e passe após as exposições públicas, que podem ser utilizados como complemento terapêutico. Embora haja respeito e acolhimento aos adeptos de todas as religiões e inclusive de ateus, é ressaltado que o AF segue os fundamentos da Doutrina Espírita, portanto, na primeira parte do trabalho (espiritualidade), aborda temas como: reencarnação, influências espirituais, obsessão, vampirismo, importância da prece e do Evangelho no lar.

> 768 – Ao buscar a sociedade, o homem obedece simplesmente a um sentimento pessoal, ou há nesse sentimento um objetivo providencial mais genérico? O homem deve progredir, mas, sozinho, não pode fazê-lo, porque não dispõe de todas as faculdades. Precisa do contato com outros homens. No isolamento ele se embrutece e definha (Kardec, 2001, cap.VII).

10º princípio – união familiar

O trabalho é instrumento de união e de valorização de cada membro da família e da comunidade. Os familiares devem despertar uns nos outros o compromisso em relação ao próprio lar, tendo assim, cada pessoa, encargos e responsabilidades. Os dependentes só terão o direito de reivindicar alguma coisa quando tornarem-se membros cooperadores e organizadores do grupo familiar. Os codependentes, por sua vez, devem facilitar a cooperação do dependente, dando assim a oportunidade de eles mudarem de rumo e se valorizarem também.

De acordo com Costa (2011), a educação familiar que leva a um processo de socialização e humanização da sociedade é aquela em que o sujeito (o dependente) participa como agente do processo educativo, ou seja, ele próprio é fonte de iniciativa, compromisso e liberdade. Fonte de iniciativa à medida que torna-se o protagonista de ações, gestos e atitudes no contexto da vida familiar; fonte de compromisso devido a ser responsável pelas consequências de seus atos; e fonte de liberdade, conforme suas ações adequadas vão crescendo, dentro das normas e dos limites estabelecidos pela família, adquirindo, assim, o respeito e a confiança dos demais.

Segundo a Doutrina Espírita, o trabalho é uma necessidade expiatória e, ao mesmo tempo, serve para o aperfeiçoamento da inteligência, razão pela qual os codependentes devem trabalhar pelos dependentes da mesma forma que os dependentes devem trabalhar pelos codependentes, pois é pela cooperação que uma relação de equilíbrio se estabelece. Portanto, o apoio do codependente deve começar por suas próprias mudanças, como, por exemplo, evitando comprometer-se em excesso com o dependente; deixando de pensar que sua vida se resume em servi-lo ou servir a qualquer outra pessoa; não resolvendo os problemas gerados por ele, principalmente os relacionados ao álcool e/ou a outras drogas. Não é livrando o dependente de qualquer encargo ou problema que o codependente vai livrá-lo da drogadição, pelo contrário, quando o dependente coopera ele assume responsabilidade, valoriza-se e mostra que, realmente, está mudando atitudes e se preparando para uma vida saudável.

> 676 – Por que o trabalho é imposto ao homem? É uma consequência de sua natureza corporal. É uma expiação e, ao mesmo tempo, um meio de aperfeiçoar sua inteligência. Sem

> o trabalho, o homem permaneceria na infância intelectual. Por isso ele deve ao trabalho e à sua atividade toda sua alimentação, sua segurança e seu bem-estar. Àquele que é frágil demais fisicamente, Deus concedeu, para compensar, a inteligência; mas é sempre um trabalho (Kardec, 2001, cap. III).

11º princípio – livre-arbítrio

Inicialmente, o AF não aconselha que o dependente seja expulso de casa. A primeira opção é o tratamento, visando à abstinência e desintoxicação, para reestabelecimento do livre-arbítrio e para que esse objetivo seja atingido, podendo-se chegar até a última instância, que no caso é a internação compulsória.

> A internação compulsória não é a 1ª escolha de tratamento e muitas outras terapêuticas devem ser tentadas antes de essa decisão ser tomada. Contudo, não precisa ser abominada, pois se trata de uma de decisão *jurídica*, baseada numa *avaliação psiquiátrica*, cujo objetivo é evitar que um ser humano, momentaneamente, incapacitado de tomar a decisão de tratar-se, devido a comprometimentos cognitivos gerados pela dependência química e influências obsessivas, tenha, sim, uma chance de, após ter sido desintoxicado, recuperar, pelo menos, o básico de sua saúde física, mental e do seu livre-arbítrio e, aí sim, decidir se vai escolher o caminho da "viciação" ou da "sobriedade", ou como dizemos no meio espírita, se vai querer aprender pelo "caminho da dor" ou "do amor" (Cardoso, 2022, p. 273).

A partir do reestabelecimento do livre-arbítrio, o dependente precisa fazer uma escolha: ou coopera com os demais familiares, respeitando os horários e as regras estabelecidas, ou vai viver por conta própria. É direito do dependente abandonar a família, viver sozinho, usar drogas e até prostituir-se, caso essa seja sua decisão. No entanto, deve aceitar que os codependentes não irão financiá-lo e inclusive têm o direito de serem felizes, o que implica, diante da escolha feita, fechar a porta da casa para o dependente.

Existem duas situações especiais: dependente menor de idade – um juiz ou promotor de Justiça deve ser procurado para ajudar nessa questão; o codependente não aceita o tratamento – o dependente é quem diz "não" ao familiar e "fecha a porta", a fim de não pôr em risco sua vida em recuperação.

> 845 – As predisposições instintivas que o homem traz ao nascer não são um obstáculo ao exercício do livre-arbítrio? As predisposições instintivas são as do Espírito antes de sua encarnação. Conforme ele for mais ou menos adiantado, elas podem induzi-lo a atos repreensíveis, e ele é secundado nisso pelos Espíritos que simpatizam com essas disposições.

> No entanto, não há atração irresistível, quando se tem a vontade de resistir. Lembrai-vos de que querer é poder (Kardec, 2001, Cap. X).
>
> 938 – As decepções causadas pela ingratidão não existem para endurecer o coração e fechá-lo à sensibilidade? Isso seria um erro, pois o homem de bom coração, como dizes, sempre fica feliz pelo bem que faz. Ele sabe que, se não for reconhecido pelo bem que realizou nessa vida, será em outra, e o ingrato sentirá vergonha e remorso (Kardec, 2001, cap. I).

12º princípio – amar o próximo como a si mesmo

Devido a nossa pouca evolução moral, ao desconhecimento, imediatismo, aos medos e às inseguranças, temos dificuldade para entender e mais ainda para vivenciar o amor verdadeiro. Em consequência disso, experimentamos sentimentos que erroneamente julgamos ser amor, como, por exemplo, o prazer sexual, a sensação de posse ou poder sobre algo ou alguém, a satisfação de desejos superficiais e até mesmo egoísticos na relação com o próximo etc.

Na prática, os codependentes pensam que amar é fazer tudo e dar tudo ao dependente, evitar que ele sofra as consequências do seu uso de substâncias químicas e tentar cuidá-lo e vigiá-lo 24 horas por dia. E os dependentes, por sua vez, não buscam o amor, e sim a satisfação imediata dos seus desejos, os quais, se não atendidos, geram uma grande frustração, baixa autoestima, sentimento de rejeição e uma sensação de vazio que precisa ser aliviada, imediatamente, com uso de álcool, tabaco ou droga ilícita.

De acordo com Afornali e Mestres (2015), no contexto da dependência química, em geral, a possessividade em relação ao outro é confundida com amor, e a superproteção, exercida pelo codependente, é a manifestação que melhor caracteriza a relação de posse, pois impede o crescimento do dependente à medida que o incapacita e o transforma em um dependente emocional, mantendo-o, dessa forma, sempre, sob seus cuidados. Esse tipo de relação gera constantes atritos, pois alterna, entre ambos, os sentimentos de culpa, raiva, pena e medo.

Ao contrário, quando o codependente não dá o que o dependente quer e dá somente o que é necessário, mesmo desagradando-o e até sofrendo com isso, nesse momento é que o codependente está mais perto do que,

realmente, representa ser o amor – como, por exemplo, cortar qualquer ajuda financeira, por saber que ele está usando seu salário para beber e/ou usar outras drogas, mesmo sabendo que isso vai deixá-lo sem crédito.

> Compreendemos que as vistas de Deus sobre nós, seu plano, sua obra, seu objetivo, tudo tem princípio e origem no seu amor. Em todas as coisas Deus quer nosso bem, e para alcançá-lo segue caminhos, ora claros, ora misteriosos, mas constantemente apropriados as nossas necessidades. Se nos separa daqueles que amamos, é para fazer-nos achar mais vivas as alegrias do regresso. Se deixa que passemos por decepções, abandonos, doenças, reveses, é para obrigar-nos a despregar a vista da Terra e elevá-la para Ele, a procurar alegrias superiores àquelas que podemos provar nesse mundo. O Universo é justiça e amor (Denis, 2005, p. 395-396).

Referências

AFORNALI, Marco; MESTRES, Raphael. *Por trás da aparência singela de mãe:* uma nova visão sobre o papel de mãe e suas consequências mais extremas. 2. ed. Curitiba: edição do autor, 2015.

BÍBLIA SAGRADA. *O Novo Testamento.* Tradução de H. D. Dias. 55. ed. Brasília, DF: FEB, 2013.

CARDOSO, Edson Luís. Dependência química e internação. *In:* SANTOS, José Roberto Pereira (org.). *Bioética espírita*. São Paulo: AME-Brasil Editora, 2022.

CARDOSO, Edson Luís; FONTANA, Rosane T. *Educação, dependência química e espiritualidade*. Curitiba: CRV, 2017.

CASTRO, Waltencyr de; MOREIRA, Luciene Corrêa de M. Da loucura alcoólica à sanidade: a recuperação em alcoólicos anônimos. *Cadernos de Psicologia*, v. 3, n. 6, p. 294-319, 2021.

COSTA, Antonio C. Gomes. A pedagogia social e o adolescente autor de ato infracional. *In:* SILVA, Roberto; SOUZA NETO, José C.; MOURA, Rogério. *Pedagogia social.* 2. ed. São Paulo: Expressão & Arte Editora, 2011. v. 1.

DENIS, Léon. *O problema do ser, do destino e da dor.* 28. ed. Brasília, DF: FEB, 2005.

DIEHL, Alessandra; SILVA, Dalzira da; BOSSO, Aline Tagliatti. Codependência entre famílias de usuários de álcool e outras drogas: de fato uma doença? *Debates em Psiquiatria*, v. 7, n. 1, p. 34-42, 2017.

EMMANUEL (Espírito). *Vinha de luz*. Psicografado por Francisco Cândido Xavier. 13. ed. Brasília, DF: FEB, 1994. (Coleção Fonte Viva, 3).

KARDEC, Allan. *O Evangelho segundo o Espiritismo.* Tradução de Guillon Ribeiro. Brasília, DF: FEB, 2013.

_____. *O livro dos Espíritos.* Tradução de Matheus Rodrigues de Camargo. Capivari, SP: EME, 2001.

KARKOW, Mônica Junqueira; CAMINHA, Renato Maiato; BENETTI, Sílvia Pereira da Cruz. Mecanismos terapêuticos na dependência química. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 1, n. 2, 2005.

MARQUES, Ana Cecilia P. R.; RAMOS, Sérgio de P. Transtorno por uso de álcool. *In:* NARDI, Antonio Egidio; SILVA, Antônio G.; QUEVEDO, João (org.). *Tratado de psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 483-515.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. *Entrevista motivacional:* preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Tradução de Andrea Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artmed, 2001.

OSÓRIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria E. Pascual (org.). *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PAYÁ, Roberta. Terapia familiar e dependência química. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas.

2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ROBERTO, Gilson Luís. *Aquém e além do tempo:* uma visão psicológica e espírita das etapas da vida. Porto Alegre: FERGS, 2014.

SEREBRENIC, Flavia. Prevenção de recaída. *In:* ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais:* um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 155-171.





20.
Perfil do voluntário do grupo Apoio Fraterno

Denise de Oliveira Cardoso

"Conhecer a sua própria escuridão é o melhor método para lidar com a escuridão do outro"
(Carl Jung).

Com base em Zimerman (2000), descreveremos o tripé necessário para a formação de um grupoterapeuta ou de qualquer profissional da área humanística, ou seja, o embasamento científico que usaremos como respaldo à formação de um voluntário do grupo Apoio Fraterno:

- *Conhecimentos* – estes resultam do estudo teórico técnico sistematizado e continuado do livro de trabalho do voluntário ao Apoio Fraterno (facilitado por voluntários capacitados das AMEs), bem como das obras básicas da Doutrina Espírita (facilitado por voluntários capacitados das casas espíritas). Além dessas obras, o voluntário deve ser curioso e se aplicar na leitura de outros livros, revistas, artigos e sites, participar de palestras, cursos, congressos e especializações que se relacionam com dependência química, atendimento em grupo e Doutrina Espírita;
- *habilidades* – vêm com a prática, resultante das capacitações organizadas pelas AMEs e com as participações em reuniões de trabalho de grupos AF que estão estruturados e atendendo aos assistidos;
- *atitudes* – listadas em requisitos, ditos pelo autor, indispensáveis à formação e prática de um grupoterapeuta. Por serem requisitos claros e didáticos, vou utilizá-los na sequência, porém adaptando-os à formação e prática do voluntário do AF.

O voluntário deve gostar e acreditar no modelo do grupo Apoio Fraterno: como em qualquer emprego, se a pessoa não gosta do que faz, trabalhará com

enorme desgaste pessoal e com algum grau de prejuízo de função, e o grupo capta isso, bem como a verdade ou falsidade dos depoimentos e as atitudes do voluntário. Além disso, pode ocorrer quebra de sigilo, caso os participantes discutam problemas fora do grupo, o que, consequentemente, ressoará nos assistidos, que acabarão omitindo suas dificuldades, resultando na descrença na eficácia do trabalho. Contudo, cabe deixar claro que gostar do trabalho no AF não quer dizer que o voluntário não vai apresentar algum dia ansiedade, cansaço, descrença etc.

Capacidade de ter paciência: no AF isso não significa passividade, e sim saber tolerar certo silêncio "natural" do grupo, não tendo a pretensão que um assistido mude seu discurso ou suas atitudes com pouco tempo de frequência nas reuniões; não entender como pessoal e não revidar palavras ou atitudes hostis. Entende-se isso como parte do problema do outro, o qual deve ser tratado no grupo. Não desejar pelo assistido.

No AF *on-line*, como precisamos otimizar o tempo devido a questões de ligar e desligar o microfone, chamamos o assistido, não deixando o silêncio mais prolongado. Esse chamamento deve ser um estímulo, como, por exemplo, "gostaríamos de ouvi-lo"; "fale as suas impressões ou seu depoimento"; "como está?"

Quando instigar alguém a falar, tanto no presencial quanto no *on-line*, não pergunte se "quer falar", ou "gostaria de falar", isso coloca o voluntário em condições difíceis caso a resposta seja negativa. Em situações extremas, em que mesmo estimulado o assistido não queira falar, diga que só "fale o que o trouxe ao grupo" e "quem **é** seu dependente?" "Tem algum outro familiar hoje no grupo com você?" Quebre o gelo e as barreiras da dificuldade.

Além dessas considerações, é preciso entender que ter paciência exige do voluntário suportar a dor da espera, enquanto não surge uma luz no fim do túnel do adoecimento do assistido.

> 779 – O homem possui em si a força de progredir ou o progresso não é senão o produto de um ensinamento? O homem se desenvolve, ele mesmo, naturalmente. Mas nem todos progridem ao mesmo tempo e da mesma forma; é então que os mais avançados ajudam o progresso dos outros, pelo contato social (Kardec, 2002, cap.VIII, parte III).

Capacidade de ter empatia: é um atributo em que o voluntário coloca-se no papel de cada assistido e pode também sentir o momento do grupo como um todo; o que é muito diferente de simpatia. A empatia está conectada à capacidade de o voluntário perceber, em si mesmo, sentimentos de tristeza, felicidade, raiva, piedade etc. que foram originados pelo depoimento ou pela atitude de outra pessoa do grupo, sem confundir com os sentimentos próprios. Esse atributo proporciona ao voluntário saber aproveitar melhor um depoimento, questionando no tempo certo e de uma maneira que auxilie o assistido a entender melhor a situação que vive, seja fazendo algum questionamento ao assistido ou chamando o depoimento de outro integrante do grupo que observou estar em atitude empática (visto que aprendemos o que significa esse termo), ou, sutilmente, provocando o depoimento de alguém que vive ou viveu situação semelhante.

Capacidade de intuição: cientificamente é entendida como uma visão com o "terceiro olho", que capta uma comunicação de inconsciente para inconsciente. Espiritualmente, é a sintonia periespiritual que se estabelece entre dois indivíduos, ou entre o indivíduo e o grupo, ou ainda entre o indivíduo e alguém desencarnado que participa, igualmente, dos trabalhos do grupo. O voluntário deve estar atento a essa forma de comunicação e utilizá-la em favor do grupo, porém com o cuidado de não trabalhar mediunizado.

Capacidade de manter-se no seu papel de voluntário: é importante o voluntário não sair da técnica do grupo, espontaneamente ou devido à pressão do assistido. Exemplo disso é quando o voluntário é médico e passa a fazer interpretações ou a fornecer receitas, bem como o voluntário da área jurídica, que "por força do hábito" sente-se pressionado a dar orientações e soluções imediatas aos assistidos.

Senso de ética**,** *sigilo e respeito:* o voluntário deve respeitar o assistido de uma maneira muito ampla, que vai desde não desejar por este, entendendo que cada pessoa tem seu tempo para mudar e seu livre-arbítrio para fazer suas próprias escolhas; o voluntário deve evitar relacionamentos extragrupos (seja

de amizade ou de namoro) com o assistido, pois isso, além de prejudicar o trabalho, pode trazer muitos problemas, como constrangimentos e abandono do grupo; o voluntário deve ser o primeiro a respeitar o lema ético do grupo: "O que se ouve aqui, o que se diz aqui, o que se vê aqui, aqui permanece!"

Esse atributo também se faz de suma importância entre os voluntários, pois situações que aconteçam no grupo devem ser sempre resolvidas no grupo, sem conversas ou mensagens paralelas, inclusive nos meios virtuais.

Um novo modelo de identificação: como espíritas, sabemos que o modelo mais perfeito para seguirmos aqui na Terra é o de Jesus, mas no AF os assistidos vêm, inconscientemente, em busca da renovação de suas identificações familiares. Todos no grupo contribuem para a desidentificação (com alguns aspectos doentes, desarmônicos ou inaceitáveis das figuras parentais) e a dessignificação (de antigas experiências emocionais doentes vividas em família). No entanto, para que isso aconteça, no mínimo, o novo modelo deve manter uma coerência entre o que diz, o que faz e o que de fato é.

Capacidade de comunicação: cada voluntário vai encontrar seu próprio estilo de comunicação, pois o importante é ter o domínio da técnica do AF e o conhecimento contido nas obras básicas da Doutrina Espírita. A linguagem deve ser simples, com exemplos não elitizados e que, de preferência, atinjam, de forma ampla, vários aspectos de um tema abordado e que, igualmente, atinjam o maior número de pessoas do grupo. Na comunicação o voluntário deve lembrar que, embora na primeira parte falemos, sempre, da Doutrina Espírita, devemos respeitar a religião de cada assistido, sem impor nossas verdades a ninguém.

O voluntário precisa ainda entender que há várias modalidades de comunicação não verbal, como: gestos, postura corporal, aparente desligamento, silêncio, queixas físicas, provocações de sentimentos para "testar" o voluntário ou o grupo etc.

Em alguns momentos o assistido trará conteúdos distintos, como algum acontecimento do cotidiano, por exemplo, importantes para ele. Falar de outro assunto pode ser um sinal de resistência a expor seu problema com a doença da dependência química, porém não nos esqueçamos de que tanto dependente quanto codependentes têm vida, situações que vão além da dependência química.

Coerência: é altamente danoso para o psiquismo de uma criança que, diante de uma mesma "arte", em um dia ela seja castigada e em outro seja aplaudida. Quem trabalha com dependência química percebe no dia a dia muita incoerência a ser tratada, e os exemplos são inúmeros: codependente que quer recuperar seu dependente, mas facilita a manutenção de hábitos que levam à recaída, como dar dinheiro para ele ir à balada, manter bebida alcoólica dentro do lar, comprar droga para o dependente usar em casa, pelo medo de ele sair e ser morto na rua; e quanto ao dependente, o fato de querer parar de usar drogas sem abrir mão de uma mudança do círculo de relacionamentos e dos locais que frequentava, quando "na ativa", e a ideia que alimenta de que, no grupo, vai aprender a usar sua droga, de preferência de uma forma "controlada" .

O voluntário do AF pode ser visto, por algumas pessoas, como alguém rígido, desumano, antidoutrinário e nada caridoso; atitudes estas vistas, num primeiro momento, como incoerentes com a Doutrina Espírita, por isso é preciso entender e divulgar as normas técnicas do AF, como, por exemplo: posturas do tipo fechar a porta do local onde acontece a reunião pontualmente no horário de seu início, não permitir a entrada de pessoas atrasadas (nem na sala *on-line*), solicitar que um assistido vá embora e retorne na próxima semana (por ter sido notado seu estado de embriagues). Essas são ações, mesmo não parecendo justas ou caridosas aos olhos de quem vê com desconhecimento sobre o transtorno por abuso de substâncias psicoativas, são terapêuticas e educativas.

É interessante ressaltar aqui que essas atitudes, implicitamente, querem dizer ao dependente: "Eu amo você, mas não a sua atitude de chegar embriagado ou drogado nessa casa"; "Eu amo você, mas não a desordem e a falta de limites que as drogas trazem a nossa vida"; "Eu amo você, mas quero

viver uma vida diferente e feliz". Em contrapartida, o dependente em recuperação, diante dessa postura, sente o voluntário e o grupo como "um porto seguro", coerente, constante, que vai ajudá-lo a dizer os "nãos" necessários às drogas, às suas vontades equivocadas e aos caminhos que o conduziriam a possíveis recaídas. Em relação ao codependente, vai ajudá-lo a compreender que pode e deve dar limites, pois isso soará como aprendizado, "se eles fazem também posso fazer".

> 645 – Quando o homem está, de alguma forma, mergulhado na atmosfera do vício, o mal não se torna para ele um arrastamento quase irresistível? Arrastamento, sim; irresistível, não, porque no meio dessa atmosfera de vício, encontras, algumas vezes, grandes virtudes. Esses são Espíritos que tiveram força para resistir e que tiveram, ao mesmo tempo, a missão de exercer uma boa influência sobre seus semelhantes (Kardec, 2002, cap. I, parte III).

Continente: esse atributo relaciona-se diretamente à capacidade que a mãe deve possuir de poder acolher e conter as necessidades e angústias do seu filho. Ao mesmo tempo em que as compreende, desintoxica, dá um sentido, um significado, um nome, para só então devolver à criança na dose e no tempo certo de sua capacidade de compreensão. A capacidade de o voluntário ser um continente no AF é importante por três razões:

- permite que o voluntário contenha fortes emoções que podem surgir no grupo;
- possibilita que ele contenha suas próprias angústias, sentimentos de raiva, impotência, cansaço etc. despertados pelo próprio grupo, sem sentir-se culpado ou envergonhado;
- funcionar como ego auxiliar, que é o que a mãe deveria exercer para a criança que ainda não possui uma capacidade de perceber, pensar, conhecer, discriminar, ter juízo crítico, esperar etc.

No AF, o voluntário e o grupo como um todo são continentes e emprestam suas funções do ego, como, por exemplo, quando auxilia alguém a falar e dar nome a sua angústia e dor e com depoimentos pessoais fala de situações semelhantes vivenciadas e a forma como lidou com elas. Nesse depoimento, o voluntário mostra seus sentimentos e, principalmente, formas distintas de resolver suas dificuldades, que não pelo uso de drogas.

Capacidade em extrair o denominador comum da tensão do grupo: a partir de muitas comunicações, o voluntário precisa identificar o sentido básico do depoimento, o que surgiu de necessidade com o que foi dito, o que aparece nas entrelinhas, qual a dúvida que o assistido apresenta e onde perguntar, ou seja, o que precisa ser explorado para ajudá-lo na compreensão das suas atitudes.

Capacidade de integração e síntese: nos cinco minutos finais da segunda parte do trabalho, é útil que o voluntário faça uma síntese, não prolixa, nem doutrinária, dos depoimentos pessoais, com os seguintes objetivos:

- tentar deixar mais claro e ressaltar algo importante para o crescimento do grupo;
- dar resposta a uma situação urgente (risco de suicídio, risco de agressão etc.) que não foi abordada no grupo;
- ajudar alguém a entender que ao invés de querer que as coisas se resolvam sozinhas, ou que o grupo ou Deus resolvam seus problemas, ele (o assistido) pode e deve buscar respostas no grupo e na espiritualidade, mas para tomar suas próprias atitudes;
- é importante o voluntário entender que síntese não é resumo, e sim ressaltar os principais aspectos comuns a todos os depoimentos, que apareceram de forma dissociada e dispersa.

Saber pensar: esse pensar vem por intermédio de uma boa escuta, atenção aos relatos do assistido, suas emoções, suas ansiedades, para a partir daí fazer a devolutiva, estabelecendo confrontos e correlações com os comportamentos desse. "A dependência se configura em uma condição física, psicológica e social muitas vezes fruto da tentativa do indivíduo de lidar com seus conflitos" (Bordin; Laranjeira; Figlie, 2018, p. 319).

Traços caracterológicos: a Doutrina Espírita nos ensina que vivemos em um mundo de provas e expiações e que as pessoas que reencarnam neste mundo possuem, ainda, mais vícios morais do que virtudes. Essa afirmativa nos leva a concluir que, em relação à criação dos filhos, falhas ocorrem sempre, e essas deixam certo nível de ansiedade, fobias, angústias, mágoas, raivas, frustrações e tristezas a serem elaboradas por cada ser.

> 207 – Os pais transmitem, frequentemente, aos filhos uma semelhança física. Transmitem também uma semelhança moral? Não, uma vez que tem alma ou Espírito diferentes. O corpo procede do corpo, mas o Espírito não procede do Espírito. Entre os descendentes das raças não há senão consanguinidade (Kardec, 2002, cap. IV, parte II).

Ao voluntário cabe conhecer-se melhor, conforme ressalta Santo Agostinho, na questão n. 919 de *O livro dos Espíritos*, pois o conhecimento de si mesmo, ou seja, ter olhado e ter resolvido os conflitos que habitavam seu mundo interno, além de ser a chave do progresso individual, proporciona uma melhor condição de trabalho. A partir disso, o voluntário do AF ouvirá os depoimentos do grupo com empatia, mas sem sofrimento e com paciência e condições de ser continente, devido à história do próximo não se "misturar" com uma história não conscientizada e não elaborada dentro de si mesmo; além disso, o voluntário conseguirá fazer questionamentos e outras observações de forma adequada e profunda por já ter feito isso em prol de sua história existencial.

Normas e diretrizes para o voluntário do AF

1. Por basear-se nos princípios da Doutrina Espírita, o voluntário, para trabalhar no Apoio Fraterno, deve, obrigatoriamente, fazer parte de grupo de estudo em um centro espírita e ter feito a capacitação ao trabalho, oferecida pelo Núcleo de Dependência Química da AME-Brasil. Dependente ou codependente podem tornarem-se um voluntário, desde que, além dos requisitos anteriores, esteja há mais de 2 anos em recuperação e/ou em abstinência e/ou frequentando grupo de ajuda mútua.
2. Tendo em vista que esse grupo tem a finalidade de auxiliar na recuperação de dependentes e codependentes, todo voluntário deve instruir-se sobre dependência química, além de ter conhecimento dos 12 princípios contidos no livro de trabalho do Apoio Fraterno.
3. O voluntário deverá estar ciente de suas tarefas, bem como do que lhe cabe em relação à organização, para que seu trabalho seja executado com êxito.
4. É importante que o voluntário seja assíduo, disciplinado e compareça pontualmente no horário acordado e ajustado, perante o compromisso assumido com o AF, e faltar só em caso de urgência.
5. Sempre avisar ao coordenador-geral ou postar no WhatsApp de seu AF caso precise faltar à reunião.
6. Participar sempre da reunião final dos voluntários (grupo operativo).
7. Lembrar que estamos em constante aprendizado e devemos aceitar, com tranquilidade, críticas e sugestões, aprender com os erros e sermos flexíveis às mudanças. Ficar atento aos seus melindres.

8. Evitar envolvimentos pessoais com os assistidos, durante e após o encontro, bem como em outros locais (Internet, WhatsApp etc.).
9. No grupo operativo, caso seja necessário contribuir com um colega voluntário, é importante ser justo, não se omitindo de falar, porém toda consideração deve ser baseada na dinâmica do AF, ou seja, evitando aconselhar, opinar, criticar e julgar. Aquele que ouve precisa ter a humildade em aceitar e usar isso para seu melhoramento.
10. No AF *on-line*, ter boa postura e boa iluminação na tela, não comer, tomar café/chimarrão quando os assistidos estiverem na sala, somente água é permitido.
11. Ter bom acesso de Internet e dispositivo eletrônico adequado, pois estes são ferramentas de trabalho no AF *on-line*.
12. Respeitar os assistidos que tenham diferentes maneiras de pensar, não apenas em relação a crenças religiosas, lembrando sempre que não queremos modificar as pessoas a nosso modo, mas, sim, incentivá-los a refletir e agir por conta própria.
13. Vestir-se discretamente, hábito que deve ser seguido em qualquer atividade dentro da casa espírita.
14. No grupo presencial, quando estiver na função de coordenador do dia, o voluntário tem a responsabilidade de abrir as salas, arrumar os banners, trazer os crachás para a recepção e, quando for dia do Evangelho no lar, providenciar copos e jarra com água. Já no AF *on-line*, a função de postar os *links* no WhatsApp e abrir a sala virtual é do coordenador e vice-coordenador, que dividem essa tarefa, alternando a abertura e trocando a cada três meses entre eles (um na sala da espiritualidade e codependentes, o outro na sala dos dependentes e reunião técnica).
15. Quando estiver coordenando a reunião, esteja sempre atento ao conteúdo dos depoimentos. É preciso olhar as pessoas, gravar o nome de cada assistido, identificar quem é voluntário e quem é assistido. Não fazer nenhum tipo de anotação.
16. Respeitar a escala de trabalho, visto que o voluntário responsável pelas respectivas salas e tarefas e seu sombra têm a prioridade. Depois do agradecimento à fala do assistido é que outro colega pode manifestar-se. Coordenador e vice serão sempre os últimos a se manifestarem, fazendo isso somente em caso de extrema necessidade.
17. Valorizar qualquer fala do assistido, pois é preciso entender a importância do assunto na vida dele.
18. Cuidar sua postura fora do grupo, uma vez que você é modelo de comportamento. Tenha atenção para postagens e comentários em redes sociais, por exemplo.
19. Resolver problemas do grupo sempre no grupo, sem conversas ou mensagens paralelas entre voluntários. Caso ocorra insistência do colega, saiba dar o limite, seja firme e diga que traga seu questionamento na próxima reunião do grupo, não dando, assim, continuidade às conversas.
20. Quando houver a necessidade de fazer uma troca na escala de trabalho, encontre o colega que irá substituí-lo, avise seu colega-sombra e depois de resolvido comunique ao coordenador do AF.
21. Os voluntários não precisam ser profissionais da área da saúde para participarem das atividades do AF.
22. Todo voluntário, com o auxílio dos colegas mais antigos e a evolução do seu treinamento, deve encontrar-se apto a desempenhar todas as tarefas do AF, exceto a de coordenador do

grupo, pois nem todos têm perfil de liderança e deseja isso, o que deve ser respeitado. Portanto, não existe função de só acompanhar nem a função de escolher ou ficar só em uma atividade.

23. Não converse particularidades com o assistido nos minutos antes ou depois da reunião, principalmente no AF presencial. Caso "desabafe antes com você", provavelmente resistirá em falar na hora dos depoimentos. Diga sempre, com respeito e delicadeza, que traga sua situação no grupo.

Escolha do coordenador de cada grupo AF

O coordenador de um grupo AF deve ser escolhido entre e pelos próprios voluntários, sendo que todos podem votar e serem votados, a menos que alguém relate ao grupo que não se sente confortável nessa função de chefia. O mandato será de, no máximo, 2 anos. Também é escolhido um vice-coordenador, que além de auxiliar o coordenador em suas funções vai sendo preparado para ser o próximo coordenador do grupo. Sendo assim, a partir da segunda eleição sempre se elegerá o vice, que passa a coordenador depois de 2 anos.

Quando o voluntário passa a coordenador

Primeiramente, não se esqueça que até ontem você era só voluntário, não está recebendo benesses, e sim está agregando responsabilidades; não se coloque em posição de superioridade, mas, sim, de comando, de respeito e de fazer cumprir as regras e dinâmica do AF.

> Não procureis, pois, na terra, os primeiros lugares, nem vos colocar acima dos outros, se não quiserdes ser obrigado a descer. Buscai, ao contrário, o lugar mais humilde e mais modesto, porquanto Deus saberá dar-vos um lugar mais elevado no céu, se o merecerdes (Kardec, 1996, cap.VII, item 10).

Funções do coordenador

1. Criar e distribuir a cada voluntário um cronograma semestral das atividades do grupo, constando a data do trabalho, o tema a ser abordado em cada reunião e o voluntário responsável pela espiritualidade e sala dos codependentes, assim como o voluntário responsável pela sala dos dependentes – no AF presencial, é o mesmo que vai realizar o acolhimento.
2. Elaborar e/ou enviar, quando solicitado pelo assistido, o formulário para comprovação de frequência ao grupo, com carimbo e assinatura do coordenador.
3. Estimular os voluntários a participarem da educação continuada anual do AF.
4. Manter uma relação atualizada dos dados essenciais de cada voluntário (nome, telefone, endereço, e-mail, dia de aniversário).

5. Estar conectado ao AF que coordena os demais AFs, repassando ao seu grupo todas as divulgações e informações postadas no WhatsApp AF-Brasil e trazendo as dúvidas e questionamentos do seu grupo também para esse espaço. Quando houver eleição e o novo coordenador assumir, informar no grupo de WhatsApp do AF-Brasil para ser realizada a troca do contato.
6. Fazer a ligação entre o AF e a casa espírita a que pertencem e a AME mais próxima, sempre tendo a ciência da hierarquia do grupo Apoio Fraterno: AME-Brasil-Núcleo de Dependência Química da AME Brasil-AME de sua região. Fica esclarecido que a casa espírita ou hospital são parceiros que recebem o trabalho em suas dependências, porém não possuem autoridade nem responsabilidade técnica sobre as atividades do AF.
7. No AF on-line, criar e/ou manter os *links* de acesso às reuniões de trabalho, tanto nos grupos dos assistidos quanto dos voluntários, que são postados a cada semana.
8. Admitir novos assistidos no grupo de WhatsApp e enviar o acolhimento *on-line*.
9. Coordenador e vice-coordenador, a cada três meses, fazem revezamento na abertura das salas *on-line*.
10. O coordenador e vice-coordenador devem ser ativos nas intervenções necessárias, principalmente no AF *on-line*, desligando microfone que está causando interferência na reunião, chamando a atenção e/ou retirando da sala quem está em desacordo com as regras do grupo (uso de substâncias; pessoa que apareceu na câmera ou falou sem ter aparecido na tela desde o início da reunião etc.).
11. Os assistidos podem tomar café, água e chimarrão durante a reunião, desde que usem o bom senso, sem perturbar ou interferir no andamento da reunião; anotações não são permitidas (deve ser chamada a atenção, perguntar quando perceber movimentos sugestivos).
12. Ao coordenador e vice-coordenador cabe fazer cumprir, no seu grupo, a reprodução literal do modelo AF, de acordo com as diretrizes apresentada nesta obra, o qual não está aberto a mudanças ou qualquer alteração, que somente virá por meio de comunicado do Núcleo de Dependência Química da AME-Brasil.
13. Diante do não cumprimento da dinâmica ou infração de obrigações que cabem ao voluntario, o coordenador e vice-coordenador deverão administrar o ocorrido no momento da reunião técnica, lembrando que "tudo que acontece no grupo se resolve no grupo".
14. Divulgar o trabalho do grupo Apoio Fraterno por meio de fôlderes, *flyers*, nos serviços afins do seu município (CAPS, postos de saúde, hospitais, serviços de saúde mental, consultórios médicos e de psicologia etc.); e também nas redes sociais de seus respectivos AFs, cuidando sempre para se preservarem a ética e o anonimato dos assistidos. Publicações ligadas ao AF devem ser avaliadas e aprovadas pelo Núcleo de Dependência Química do Departamento de Saúde Mental da AME-Brasil, não devendo possuir conotações pessoais, políticas, ideológicas ou fins lucrativos.
15. Cabe ao coordenador ressaltar aos voluntários e assistidos que é proibida a divulgação de imagens no/ou do grupo nas redes sociais ou qualquer outro veículo de comunicação. Realizar fotos descumpre as regras éticas do anonimato.
16. Captar, com os demais colegas, novos voluntários para as capacitações.

Obs.: caso em algum momento entender que seu ciclo no voluntariado do grupo AF encerrou-se, saia com respeito e dignidade, avise no grupo, converse com o coordenador e vice; se estiver ocupando um lugar de chefia,

discuta com o coordenador-geral do AF e/ou seu coordenador ou vice, a fim de que isso aconteça da forma mais adequada possível, lembrando-se da responsabilidade com a tarefa e com os demais voluntários do grupo.

Referências

BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo; FIGLIE, Neliana Buzi (org.). *Aconselhamento em dependência química.* 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

KARDEC, Allan. *O livro dos Espíritos.* Brasília, DF: FEB, 2002.

_____. *O Evangelho segundo o Espiritismo.* 112. ed. Brasília, DF: FEB, 1996.

ZIMERMAN, David E. *Fundamentos básicos das grupoterapias.* 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.



21.

Como trabalha o grupo Apoio Fraterno – traçando um paralelo com os fatores terapêuticos de Yalom

Edson Luís Cardoso

"Quando o discípulo está preparado, o Pai envia o instrutor. O mesmo será relativamente ao trabalho.
Quando o servidor está pronto, o serviço aparece".
(Luiz, 1944, cap. 26).

Com uma relativa frequência, os voluntários do AF são questionados da seguinte maneira: como funciona o trabalho do AF na recuperação dos dependentes químicos e codependentes? E as pessoas se recuperam mesmo?

A resposta é dada com base na compreensão das ações do voluntário no processo de recuperação dos assistidos, a qual torna-se mais evidente quando analisada sob a ótica dos 11 fatores terapêuticos de Yalom (Yalom; Leszcz, 2006). A melhora de um indivíduo, em uma terapia grupal, vem da mudança terapêutica, que se caracteriza por ser um processo enormemente complexo, que ocorre por uma relação intrincada de experiências humanas (Yalom; Leszcz, 2006).

Instalação de esperança: o voluntário do grupo reproduz esse fator quando proporciona o aumento da crença e da confiança dos assistidos na eficácia do modelo de grupo. Essa tarefa começa antes mesmo do início do trabalho propriamente dito: no sorriso e no cumprimento fraterno do voluntário na recepção, continua no acolhimento sereno, claro e empático aos que chegam pela primeira vez e no decorrer de todo o trabalho quando o voluntário reforça expectativas positivas, corrige preconceitos negativos e apresenta uma proposta lúcida e poderosa das propriedades curativas do grupo.

Universalidade: muitos assistidos chegam ao Apoio Fraterno com o pensamento perturbador de serem singulares em sua desgraça, mas a cada encontro do grupo, especialmente nos primeiros, a invalidação desses sentimentos é uma poderosa fonte de alívio. O voluntário explora esse fator, por exemplo, no momento em que observa um membro do grupo numa postura empática em relação ao depoimento de alguém e o estimula a falar. Após ouvir outros membros revelarem preocupações semelhantes às suas, o assistido sente que não está mais sozinho em seu infortúnio. Colocado de forma simples, esse fenômeno comportamental encontra expressão no clichê "estamos todos no mesmo barco".

Compartilhamento de informações: está aqui incluída toda a primeira parte da reunião, em que é feito o estudo dos 12 princípios do Apoio Fraterno, o estudo sobre as substâncias químicas e o conhecimento sobre a Doutrina Espírita, facilitada pelo voluntário, mas debatida por todo o grupo. Nos cinco minutos finais, é realizada uma síntese da reunião, momento em que o voluntário, quando necessário, dá algumas orientações e sugestões aos membros do grupo.

Altruísmo: nos grupos de ajuda mútua, os membros ganham por darem, e não apenas por receberem ajuda como parte da sequência recíproca de dar e receber, mas também por se beneficiarem com algo que é intrínseco ao ato de dar. Muitos assistidos logo que chegam ao grupo de apoio estão desmoralizados e possuem um sentimento profundo de não ter nada para oferecer aos outros. O voluntário facilita esse fator de mudança quando transmite, em gestos e palavras, a real ideia de que, no Apoio Fraterno, todos damos e recebemos, todos ajudamos e somos beneficiados. "Todos vós podeis dar. Qualquer que seja a classe a que pertençais, de alguma coisa dispondes que podeis dividir. Seja o que for que Deus vos haja outorgado [...]" (Kardec, 2013, cap. XIII). Existem aqueles que, há muito, se consideram um fardo, e a experiência de descobrir que podem ser importantes para outras pessoas é renovadora e aumenta sua autoestima.

A recapitulação corretiva do grupo familiar primário: a grande maioria dos dependentes e codependentes que participam desse trabalho tem um histórico de uma experiência extremamente insatisfatória na família primária. O grupo de ajuda mútua se parece com a família em muitos aspectos: existem figuras de autoridade/parentais, figuras de irmãos/fraternas, revelações pessoais profundas, emoções fortes e uma intimidade profunda, bem como sentimentos hostis e competitivos. Isso, principalmente, no nosso modelo de grupo, em que temos pessoas de uma mesma família reunidas. Todavia, o importante não é apenas que conflitos familiares precoces sejam revividos, mas que o voluntário ajude os assistidos a revivê-los de maneira corretiva. Isso ocorre na medida em que tornamos os papéis mais flexíveis em uma família, por exemplo: quando não deixamos uma mãe fálica (centralizadora e que enfraquece a figura do pai) falar demasiadamente e, em contrapartida, quando estimulamos o pai "enfraquecido" a falar; da mesma forma, quando dependentes e codependentes dialogam, abertamente, sem agressões, com respeito e moderação. E ainda durante os depoimentos pessoais quando o assistido, ao falar, sente-se compreendido, não criticado, não censurado e sentindo que recebeu "retornos" e limites de uma forma clara, firme, mas sem perder a ternura.

Desenvolvimento de técnicas de socialização: o desenvolvimento de habilidades sociais básicas é um fator terapêutico que opera muito nos grupos de ajuda mútua. Frequentemente, membros antigos do grupo adquirem habilidades sofisticadas: sintonizam-se com o processo, aprendem como responder de forma útil aos outros, adquirem métodos de resolução de conflitos, são menos prováveis de julgar e mais capazes de experimentar e expressar empatia. Essas habilidades são desenvolvidas tanto na primeira parte do trabalho, quando estão juntos dependentes e codependentes, quanto na segunda parte, quando estão divididos em um grupo de dependentes e outro de codependentes. Por se tratar de um grupo homogêneo, as pessoas, facilmente, podem espelhar-se umas nas outras, a fim de aprenderem novas formas de enfrentarem uma crise ou de tomarem uma atitude. Uns aprendem a falar, outros aprendem a ouvir. E no final o que resulta é uma nova forma

de interagir com a família e com a sociedade, desenvolvendo assim as bases da inteligência emocional.

Comportamento imitativo: os membros do grupo aprendem observando os outros a lidarem com seus problemas. O comportamento imitativo geralmente desempenha um papel mais importante nos primeiros estágios de um grupo, à medida que os membros se identificam com os assistidos mais antigos ou com os voluntários. Mesmo que o comportamento imitativo seja, em si, efêmero, ele pode ajudar a descongelar o indivíduo o suficiente para que esse experimente com o novo comportamento algo que pode dar início a um espiral adaptativo. De fato, não é incomum que, ao longo da terapia, os pacientes "experimentem" partes e aspectos de outras pessoas e os rejeitem por não se encaixarem neles. Esse processo pode ter um impacto terapêutico sólido. Descobrir o que não somos é progredir rumo a descobrir o que somos.

Aprendizagem interpessoal: é o análogo, em terapia de grupo, aos fatores terapêuticos da terapia individual, como, por exemplo: o *insight*, a resolução da transferência e a experiência emocional corretiva. Em grupo de ajuda mútua, esse fator terapêutico não é diretamente explorado, pois necessita da figura de um grupoterapeuta que exponha o paciente, sob circunstâncias mais favoráveis, a situações emocionais que ele não conseguiu enfrentar no passado. O que, de qualquer forma, não se recomenda fazer em alcoolistas ou dependentes químicos em atividade, ou abstêmios recentes, devido à grande mobilização de ansiedade e o consequente risco do consumo de álcool e/ou sua droga de preferência. Ramos e Ramos (2019) indicam a psicoterapia de base psicodinâmica somente quando o alcoolista estiver com a abstinência consolidada e com sua vida reestruturada.

Coesão grupal: é o resultado de todas as forças que agem sobre todos os membros, de maneira que permaneçam no grupo, ou, de forma mais simples, a atração de um grupo por seus membros. Os membros de um grupo coeso sentem afeto, conforto e um sentido de pertencimento no grupo. Eles

valorizam o grupo e sentem que são valorizados, aceitos e amparados pelos outros membros. O fato de ser aceito pelos outros desafia a crença do assistido de que ele é basicamente repugnante, inaceitável e detestável. A necessidade de fazer parte é inata em todos nós.

Catarse: é a expressão aberta de afeto, de uma forma adequada, dentro do grupo. Quando ocorre nas primeiras vezes em que uma pessoa está participando do grupo, não tem muito significado, em termos de melhora real, pois trata-se mais de "um desabafo". No entanto, quando acontece depois de um certo tempo, representa que existe, por parte do assistido para com o grupo, um sentimento de valorização e de confiança, a tal ponto que lhe proporcionou expressar afetos reprimidos e sufocados. A expressão aberta de afeto é vital para o processo terapêutico de grupo, e sua ausência degeneraria este em um exercício acadêmico estéril, desconectado do resultado, necessário, mas não suficiente, e que a capacidade de refletir sobre a própria experiência emocional é um componente essencial do processo de mudança.

Fatores existenciais: são os fatores relacionados à existência e à confrontação com a condição humana, confrontação essa que nos informa dos fatos que devemos enfrentar na vida.

Em relação ao dependente químico, seria o fato de admitir sua impotência perante as drogas, admitir a natureza exata de suas falhas e, a partir daí, aceitar que precisa confiar em um Poder Superior, a si mesmo, como fator de mudança. E, finalmente, sentir-se livre, mas também responsável por construir seu próprio modelo de vida e de significado novo para ela, conforme a seguinte citação: "O Espírito é, assim, sempre, o árbitro da sua própria sorte; pode prolongar os seus sofrimentos pelo seu endurecimento no mal, abrandá-los ou abreviá-los por seus esforços para fazer o bem" (Kardec, 2007, cap.VII, parte I).

Em relação ao codependente, seria o fato de não negar a dependência química do seu familiar, bem como não negar sua própria codependência. Precisaria admitir suas falhas e limitações e aceitar que precisa aprender a

viver sua própria vida e que seu dependente, na verdade, não é seu e que esse pode escolher viver uma vida independente da sua e em recuperação ou não, principalmente quando atingiu a maioridade.

O AF nada mais é que um espaço de união social e de educação não formal, voltada à comunidade, onde dependentes químicos e seus familiares encontram-se para progredir, por intermédio de suas falas, e o voluntário é aquele que cria esse ambiente, seja real ou virtual, da mesma forma que o divulga e o representa no movimento espírita e na sociedade em geral.

> Nenhum homem dispõe inteiramente de suas faculdades. Por meio da união social, eles se completam mutuamente, para assegurar o seu bem-estar e progredir. É por isso que, tendo necessidade uns dos outros, são feitos para viver em sociedade e não isolados (Kardec, 2001, cap.VII, parte III).

Vinheta clínica

Assistido (A) – Essa semana ocorreu uma situação que me deixou com raiva da minha mãe. Meus pais viajaram, e eu fiquei sozinho em casa. Minha mãe me ligou, e só porque eu demorei algumas horas para responder, ligou várias vezes para minha namorada para tentar saber onde eu estava e o que estava acontecendo.

Voluntário (V) – Por que você ficou tão irritado com essa atitude?

A – Já faz tempo que estou limpo e parece que não confiam em mim ainda. Eu me sinto uma criança quando ela faz isso.

V – Mas há algumas semanas você disse que estava muito deprimido e com pensamento suicida, o que você acha que sua mãe pode ter pensado com sua demora em responder?

A – Talvez ela tenha se preocupado comigo.

V – Já que quer que confiem em você e não o infantilizem, o que você poderia fazer para melhorar essa situação?

A – Não sei. Acho que isso não tem jeito.

V – Será? Mas como é que sua mãe poderia saber sobre o seu estado, o que estava fazendo e se poderia confiar em você?

A – Acho que só se eu tentasse conversar com ela.

V – E o que você acha de tentar pelo menos?

A – Talvez pudesse dar certo.

V – OK, obrigado pelo seu depoimento. Tente e na próxima semana veremos o resultado.

A partir de agora serão apresentados exemplos de alguns ensinamentos desenvolvidos e transmitidos aos voluntários do AF, em cursos e capacitações, com o objetivo de bem aproveitarem os depoimentos prestados pelos assistidos.

Antes de perguntar:

- controlar a ansiedade;
- prestar atenção no que o outro está falando;
- querer compreender o outro;
- ficar atento às expressões, tanto verbais como não verbais (emocionais e corporais);
- prestar atenção nas "palavras-chaves" faladas por cada assistido, como, por exemplo: "aprendi", "difícil", "problema", "não sei", "dúvida", "preocupado";
- prestar atenção quando a pessoa corta e/ou desvia um assunto.

O que perguntar?

- aquilo que é pertinente ao que a pessoa está falando, tendo por base as "palavras-chaves";
- a partir do que uma pessoa fala e/ou expressa, pergunte aquilo que vai dar clareza ao depoimento do assistido;
- após o relato espontâneo inicial, pode ser perguntado algo que ficou pendente da reunião anterior, como, por exemplo: uma decisão ou atitude que ficou de ser tomada pelo assistido, algo que ficou de pensar, uma visita à clínica ou comunidade terapêutica, um telefonema que iria receber, um convite que deveria pensar em recusar etc.

O que não perguntar?

- não usar chavões, nem expressões repetitivas ("o que você aprendeu no grupo?" "Que mudanças você teve?" etc.). Dessa maneira, fica evidente que o voluntário não sabe o que deve perguntar;
- não perguntar algo que a pessoa acabou de falar, pois isso demonstra desatenção e diminui a confiança do assistido no grupo;

- não perguntar algo que o assistido falou em uma reunião passada, se isso não está relacionado com o que está sendo falado no momento;
- não perguntar algo apenas por curiosidade;
- não perguntar com o desejo ou expectativa de obter determinada resposta, pois não se pode desejar pelo outro nem tão pouco tentar ser o dono da razão;
- não perguntar tentando induzir o assistido a pensar como você pensa. Ao invés disso, deve-se questionar auxiliando o assistido a entender onde seus pensamentos e atos estão lhe conduzindo;
- não perguntar aconselhando e/ou tirando suas próprias conclusões. Se conselho fosse bom não se dava, vendia-se. É necessário perguntar, com respeito, auxiliando cada indivíduo a encontrar suas próprias respostas.

Como perguntar?

- com poucas palavras e sabendo o que deve ser perguntado, o que é possível quando o voluntário desenvolve uma escuta atenta, empática e reflexiva;
- não tente imitar outro voluntário, seja você mesmo, Dessa forma, vai soar mais tranquilo, mais verdadeiro e será mais fácil. Você terá mais chance de acertar. Aprender com o outro é uma coisa, querer ser o outro é outra coisa;
- seja educado com as palavras, mesmo quando o assistido está se contradizendo, não querendo enxergar algo, ou tentando manipular-se ou manipular alguém, pois o papel do voluntário não corresponde ao ato de julgar nem condenar as escolhas e posturas alheias, mas, sim, de ajudar o assistido a enxergar tais contradições e questioná-las, a fim de que entenda as consequências que essas trazem e pensarem melhores caminhos de mudanças;
- faça perguntas evitando opiniões próprias, por exemplo: "você não acha que o que fez foi errado?" Ao invés disso, o voluntário pode fazer os seguintes questionamentos: "o que você acha de sua atitude?" "Qual foi o resultado do seu ato?" "Trouxe algum transtorno a você ou ao seu familiar?"

  "Agora, passado o momento, você faria algo diferente?" "Embora você ache que fez o certo, sua família se preocupou e o aconselhou o

contrário"; "O que pode ter passado pela cabeça deles?" "Não parece que algo os preocupou?"

Quando perguntar?

- a primeira pessoa a perguntar é sempre o coordenador da noite. Depois que esse diz a palavra "obrigado", o sombra pode perguntar, e depois que esse diz "obrigado", outro voluntário pode perguntar;
- no tempo certo, evitando atropelar quem está falando, pois isso representa ansiedade, por exemplo, em querer controlar a fala do assistido ou medo de não lembrar algo que pensou em perguntar;
- é necessário ter bom senso, pois nem todos os depoimentos necessitam de questionamentos. Às vezes menos é mais, principalmente quando tem bastante assistidos para falar;
- às vezes, o excesso de perguntas é ansiedade por querer fazer "tudo perfeito". Lembre-se de que perfeito só Deus;
- caso, em algum momento, o voluntário não saiba o que perguntar, não pergunte, agradeça, pois, dessa forma, o sombra, ou outro voluntário do grupo, fica liberado para colaborar. Lembre-se de que o trabalho é de todos;
- use o bom senso em não perguntar, mesmo que tenha algo a questionar, quando muitas perguntas já foram feitas a um mesmo assistido. O tempo deve ser muito bem gerenciado, a fim de que o maior número de assistidos possa falar, o que facilita o "espelhamento" e, consequentemente, a ajuda mútua;
- deve-se evitar muitas perguntas para o assistido que está, pela primeira vez, participando do grupo. Esse, geralmente, chega muito desorganizado e ansioso e, em algumas situações, tenta monopolizar o tempo da reunião, ou pelo contrário, chega muito tímido e não querendo falar, sendo conveniente não forçar seu depoimento, e sim apenas desinibi-lo, perguntando o motivo de ter buscado o AF. Solicitar um breve relato de sua história e finalizar perguntando se teria alguma dúvida para ser lançada ao grupo, deixando maiores questionamentos para uma próxima reunião.

Considerações finais

A partir dessa vivência, analisada sob a ótica dos 11 fatores terapêuticos de Yalom, verifica-se que se torna mais evidente o processo de melhora do dependente químico e dos codependentes no AF, compreendido, suscintamente, por meio do desejo de mudança, da expressão livre do afeto, do espelhamento, da espiritualidade e da mudança propriamente dita. O responsável por fazer o trabalho acontecer é o voluntário, que acolhe aquele que chega ansioso, deprimido, desesperado, desorganizado, sem esperanças etc.; estabelece normas e limites, ensina os 12 princípios do grupo e os fundamentos básicos da Doutrina Espírita, exemplifica o Evangelho no lar, procura servir de exemplo dentro e fora do grupo, como um ser humano que embora tenha também seus problemas, busca enfrentá-los com mais paciência, ponderação, organização, fé robusta e sem uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas.

No entanto, para exercer esse papel, cada voluntário é capacitado em cursos e treinamentos teórico-práticos organizados pelo Departamento de Saúde Mental da AME-Brasil, a fim de que todos aprendam a ouvir, compreender, gerenciar suas próprias emoções e perguntar, de acordo com a técnica e dinâmica do AF, colaborando, a cada reunião semanal, para a evolução de todos aqueles que necessitam e buscam caminhos para libertarem seus lares das drogas lícitas e ilícitas e viverem uma vida mais feliz, uma vida em recuperação.

Referências

KARDEC, Allan. *O Evangelho segundo o Espiritismo.* Tradução de Guillon Ribeiro. Brasília, DF: FEB, 2013.

_____. *O céu e o inferno.* Tradução de Salvador Gentile. Araras, SP: IDE, 2007.

_____. *O livro dos Espíritos.* Tradução de Matheus Rodrigues de Camargo. Capivari, SP: EME, 2001.

LUIZ, André (Espírito). *Nosso Lar.* Psicografado por Francisco Cândido Xavier. Rio de Janeiro: FEB, 1944. (Coleção A Vida no Mundo Espiritual, 1).

RAMOS, Fernanda de Paula; RAMOS, Sérgio de Paula. Como nós tratamos pacientes com dependência química? *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA Ronaldo (org.). *Dependência química:* prevenção, tratamento e políticas públicas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 317-324.

YALOM, Irvin D.; LESZCZ, Molyn. *Psicoterapia de grupo:* teoria e prática. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.





22.
Apoio Fraterno: vínculos e parcerias

José Roberto Pereira Santos

"Eu dou a vocês um mandamento novo: amem-se uns aos outros. Assim como eu amei vocês, vocês devem se amar uns aos outros.
Se vocês tiverem amor uns para com os outros,
todos reconhecerão que vocês são meus discípulos"
(Jo 13,25-26).

Significado de vínculo

"Vínculo" (do latim *vincŭlum*) é uma união, relação ou ligação de uma pessoa ou coisa com outra. A noção de vínculo, sinônimo de "laço", costuma usar-se para fazer referência a uma espécie de cadeia invisível ou de ligação moral ou afetiva que existe na relação de proximidade entre as pessoas (Vínculo, 2023).

A vinculação, quando focada no auxílio ao próximo mais necessitado, tem por base uma atitude de solidariedade, empatia e compaixão. Esse é o escopo do grupo Apoio Fraterno (AF), que se une à AME-Brasil nesse trabalho de amor ao próximo, nesse caso àqueles que passam pelos desafios da drogadição. É colocar-se no lugar do outro que sofre e não tem o entendimento necessário ao enfrentamento de suas dores e angústias, enxergando-o como um ser em evolução e com as mesmas necessidades de amar, ser amado e conquistar a felicidade e plenitude possíveis.

Cada um de nós necessita se responsabilizar pela própria vida. Toda ajuda é muito valiosa desde que essa responsabilidade não seja suprimida, conforme recomendação contida na *Oração da serenidade*: "Concedei-nos, Senhor, a serenidade necessária para aceitar as coisas que não podemos modificar, coragem para modificar aquelas que podemos e sabedoria para distinguir uma das outras".

Com tal postura, o indivíduo simplesmente ajuda o outro a se ajudar. Ele age com responsabilidade diante do outro, mantendo a sua individualidade e respeitando a individualidade dele, ajudando o outro a desenvolver a responsabilidade por si mesmo. O que o motiva é a consciência de si mesmo, como ser essencial, dotado da capacidade de amar e servir, fato este que o plenifica.

Somente esse movimento de amor essencial pode gerar o verdadeiro vínculo, que é permanente, pois baseia-se na empatia, solidariedade e compaixão (IBPH, 2019).

Significado de parceria

"Parceria" é a união de duas ou mais pessoas, organizações, governos etc. para um certo fim de interesse comum. É a colaboração entre duas ou mais pessoas que se auxiliam mutuamente e buscam, juntas, alcançar um mesmo objetivo, seja ele qual for (Parceria, 2023). Ao trabalharem em conjunto, estabelecem objetivos coletivos ou individuais para serem alcançados por meio de uma colaboração mútua e recorrente. É importante lembrar que as vantagens e os benefícios devem englobar todas as partes envolvidas no acordo previamente especificado.

O primeiro grupo AF surgiu em maio de 2002 na cidade de Santo Ângelo-RS, tendo como objetivo fornecer ao movimento espírita um grupo de ajuda mútua à luz da Doutrina Espírita, para atendimento de dependentes químicos e familiares; um modelo com metodologia própria, a fim de ser reproduzido. A partir de 2013, o AF foi vinculado à AME-Brasil por intermédio do Departamento de Saúde Mental. Atualmente, o Departamento de Saúde Mental da AME-Brasil é composto pelos Núcleos de Prevenção e Posvenção do Suicídio; Núcleo de Dependência Química; Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Núcleo de Psicologia e Espiritismo. Cada um deles com sua coordenação específica, buscando trabalhar as diretrizes apresentadas, desenvolvendo atividades as quais têm como pilar a Doutrina Espírita.

O Núcleo de Dependência Química (NDQ) é o responsável pela coordenação e pelo funcionamento do AF, além de instituir as capacitações e

a formação de novos voluntários e promover cursos e seminários de atualizações aos trabalhadores do AF.

A AME-Brasil, atualmente, é formada por 69 AMEs. Os presidentes de AMEs, ao verem a necessidade de desenvolver um trabalho com a dependência química (DQ), devem aproveitar esse vínculo com o NDQ-AME-Brasil, que auxiliará na fundação de novos grupos AF. Devem buscar nas suas AMEs profissionais da área da saúde que desejem capacitar-se, para então auxiliarem nessa tarefa, bem como ajudar na manutenção dos grupos existentes. Com seus conhecimentos, esses profissionais, participantes ativos do movimento espírita, podem contribuir bastante na problemática da DQ, como formadores de grupos de AF e de novos voluntários para o trabalho, sendo eles próprios voluntários desses grupos de AF.

Cada grupo de AF tem um coordenador que é eleito bianualmente entre os voluntários aptos do grupo. Essa coordenação deve estar diretamente ligada à AME local.

A estruturação do NDQ da AME-Brasil permite que um novo grupo criado "visite" os grupos em funcionamento, quer seja de forma presencial ou *on-line*, para adicionar a vivência prática aos conhecimentos teóricos adquiridos, a fim de colocar, com segurança e propriedade, esse instrumento em favor das almas aflitas.

Dentro do novo organograma de funcionamento, foram criadas as coordenações regionais (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste) escolhidas pela coordenação do NDQ. Esses coordenadores (um por região) acompanham e dão suporte, quando necessário, ao funcionamento dos grupos de AF das respectivas regiões.

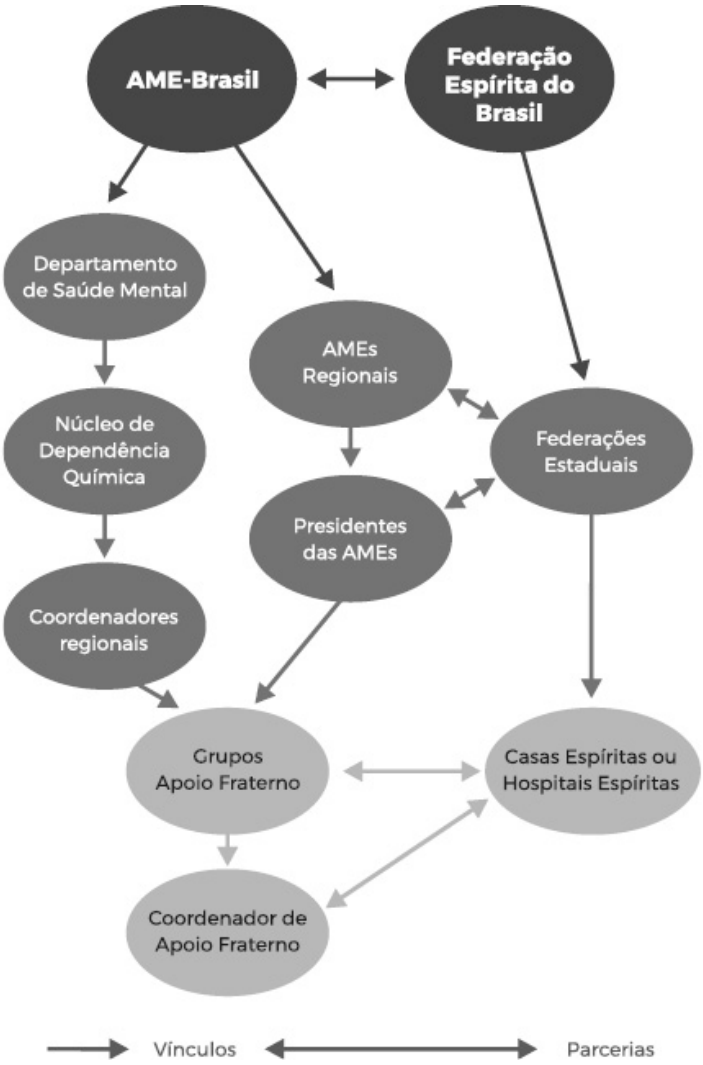


Figura 1 – Organograma geral
Fonte: o autor (2023).

Com a advento da pandemia da Covid-19, em 2020, o Apoio Fraterno passou a funcionar de forma *on-line*, com suas reuniões sendo realizadas em salas virtuais, mantendo a mesma estrutura e dinâmica das reuniões presenciais. As capacitações de novos voluntários passaram a ser realizadas também de maneira virtual, bem como as capacitações avançadas de atualização dos voluntários. Essa forma de se reunir propiciou que os coordenadores do AF pudessem participar das reuniões dos vários grupos de todo o Brasil, de forma que esses grupos fossem avaliados na sua condução dos trabalhos, e permitiu que orientações fossem repassadas para a melhoria da atuação dos grupos e fortalecimento da unidade dos grupos.

Por intermédio de sua AME, os grupos de AF mantêm parceria com as respectivas casas (centros) espíritas onde funcionam ou com a entidade hospitalar espírita (tem grupo AF que funciona dentro dessas instituições).

Ao tomar conhecimento do trabalho com a DQ desenvolvido pelo AF, a casa espírita (CE) procura orientação na AME de sua região na tentativa de desenvolver um trabalho nessa área, tão necessitada no Movimento Espírita. Nesse caso, estabelece-se uma parceria entre essas instituições, com a CE fornecendo o espaço e voluntários para o trabalho, e a AME sendo responsável pela capacitação do novo grupo. Formado o novo grupo AF, os trabalhos seguirão sob a orientação da AME a qual está vinculada (AF-AME local-AME-Brasil).

O coordenador do AF de cada grupo deve estar ligado à CE onde o trabalho ocorre. É importante que ele participe de reuniões da CE sempre que for convidado. Ele vai ser o elo entre o AF e a CE. Nessa parceria, o AF dará toda assistência educacional e profissional sobre a temática da DQ, abrangendo as áreas da Evangelização, juventude, grupo de pais e assistentes das reuniões e trabalhadores da CE, por meio de palestras, seminários e cursos sobre a DQ. A CE, por sua vez, oferecerá aos assistidos do AF todo o elenco de serviços que ela presta, como: atendimento fraterno, estudos doutrinários, palestras, reuniões de tratamento, passes, livraria, os quais os assistidos do AF são informados no momento de sua primeira reunião, quando são realizados o acolhimento e a apresentação do AF.

Para ser voluntário do AF, o postulante tem que ser espírita, frequentar um grupo de estudo espírita há mais de 2 anos e ter disponibilidade para se reunir por, no mínimo, 2 horas uma vez por semana, de forma presencial ou *on-line*, em horário fixo. Completando esses requisitos, ele deve passar por um curso de capacitação e, posteriormente, frequentar um grupo já formado para treinamento prático do funcionamento e da dinâmica do grupo. Caso o candidato a voluntário seja dependente ou codependente, deve também estar em recuperação e frequentando grupo de ajuda mútua há mais de 2 anos.

A capacitação inicial ao trabalho voluntário do AF é realizada, atualmente, de forma virtual. Os inscritos, de várias partes do país e até mesmo do exterior, que atendem aos requisitos citados, recebem os

ensinamentos do conteúdo do livro de trabalho do Apoio Fraterno, conduzidos por voluntários experientes do AF, que, convidados pela Coordenação do NDQ da AME-Brasil, expõem vários temas importantes que depois são discutidos com o grupo de inscritos. Essa capacitação está sendo realizada duas vezes por ano, e as aulas ocorrem aos sábados no período da tarde, em datas estabelecidas na inscrição.

As educações continuadas, ou encontros de atualizações, também são realizadas de forma *on-line* e reúnem os trabalhadores voluntários de todos os grupos de AF em funcionamento.

Nesses encontros são discutidos assuntos que têm origem nas dúvidas e nos questionamentos dos próprios voluntários. O objetivo desses encontros é tornar o trabalho do AF mais eficiente, dinâmico e uniforme em todos os grupos.

Redes de apoio ao dependente químico

"Rede" (*network*) pode ser considerada como uma estrutura sem fronteiras, um sistema formado por elos, um sistema de apoio, enfim, um conjunto de participantes autônomos que unem ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados (Marteleto, 2001).

> O uso abusivo e a dependência em substâncias químicas é um problema global. No Brasil, em 2021, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 400,3 mil atendimentos a pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas e álcool. O número mostra um aumento de 12,4% em relação a 2020, ano com 356 mil registros. Quanto à faixa etária, o maior número de atendimentos fica entre aqueles que têm entre 25 e 29 anos, que somaram 303,7 mil registros em 2021, seguidos da faixa de 10 a 24 anos (49,4 mil) e, posteriormente, daqueles com 60 ou mais (38,4 mil). Em todos os cenários, o número de atendimentos de pacientes do sexo masculino é maior que o feminino (Brasil, 2022).

A DQ é uma doença definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como incurável, progressiva e fatal, que acomete o ser humano nos aspectos físico, mental, emocional, social e espiritual. Tal complexidade se reflete no tratamento da DQ. Atualmente, a medicinal tradicional usa diversas ferramentas farmacológicas e psicológicas que são muito importantes para o

tratamento, mas não consegue, isoladamente, na maioria das vezes, resolver o problema nem o envolver de uma forma integral como a questão exige.

Os grupos de autoajuda para DQ, como o AF, não estão contemplados nas políticas públicas como uma rede formal de atenção ao DQ, visto que não foram criados pelo Estado, mas representam uma das formas de participação da sociedade civil na rede de atenção referida, sendo organizações que desenvolvem um ambiente que encoraja interações sociais por meio de atividades de grupo ou relações individuais com o propósito específico de reabilitar ou apoiar pessoas com os mesmos problemas de saúde. Tais grupos são uma fonte importante de apoio a pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de drogas (Lima; Braga, 2012).

O voluntário do AF deve ter o conhecimento da rede de apoio ao dependente químico para fazer as devidas orientações quando for necessário durante o trabalho no grupo. O assistido, seja dependente ou codependente, pode fazer perguntas sobre como encaminhar um dependente para atendimento em saúde, quer em situação de urgência ou mesmo para início de tratamento. Com exceção dos casos de urgência/emergência clínica em dependência (riscos iminentes de morte), que serão encaminhados para os serviços de urgência das instituições hospitalares, os dependentes químicos devem ser encaminhados para tratamento psiquiátrico e/ou psicológico em consultórios/clínicas privadas, ou para os serviços especializados e gratuitos do SUS.

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

A APS é a porta de entrada para o cuidado e desempenha papel fundamental na abordagem dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUS). Além da capilaridade, visto que a APS está presente em todos os municípios brasileiros, é o nível de atenção que conhece a população, o território e os

determinantes sociais que interferem nas mudanças comportamentais, dispondo, assim, de melhores condições para apoiar o cuidado na cessação do uso da substância. Diferentes níveis de complexidade compõem o cuidado e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), podendo ser necessário o encaminhamento para a atenção especializada.

Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF (Brasil, 2022).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) responde pelo tratamento de todos os doentes com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos nos municípios que não apresentem os serviços especializados (CAPS AD). o CAPS IJ é voltado para adolescentes. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) é especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas. Oferecem atendimento a todas as faixas etárias. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional e que atuam sob a ótica interdisciplinar, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Os CAPS AD são encontrados em cidades com mais de 200.000 habitantes, ou aquelas que estejam nas fronteiras, ou ainda as que façam rota de tráfico de drogas e possuem relevantes cenários epistemológicos, que precisem desse tipo de serviço para responder de forma eficaz à demanda da saúde mental. É composta por uma equipe mínima de 13 profissionais, entre nível médio e superior, e pode realizar 240 atendimentos por mês, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas.

Os governos estaduais também têm instituições e programas que trabalham com a problemática da dependência química, geralmente vinculados a secretarias estaduais específicas e que fornecem ações de prevenção, tratamento e reinserção social aos dependentes. Muitas desses programas oferecem internações em comunidades terapêuticas credenciadas,

para onde os dependentes químicos são encaminhados quando há indicação médica nesse sentido.

Para finalizar este capítulo, anexamos uma carta de apresentação do grupo de ajuda mútua Apoio Fraterno a ser utilizada por seus coordenadores quando da implantação desse trabalho em uma casa ou hospital espírita.



Figura 2 – Logotipos
Fonte: AME-Brasil.

Documento de apresentação do grupo de ajuda mútua Apoio Fraterno, que auxilia dependentes e codependentes no tratamento da dependência química

O Apoio Fraterno (AF) é um grupo de ajuda mútua que atende dependentes de drogas lícitas e ilícitas e codependentes, teve seu início no ano de 2002 e segue uma metodologia própria, construída ao longo de dois anos, através de pesquisas literárias, trocas de experiências, participações em palestras e de vivências práticas junto a outros grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas. Após esse período, começaram os atendimentos aos assistidos, no ano de 2004.

Essa tarefa vai ao encontro dos objetivos da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (CNUDS) – Rio+20 – de 2014, que reafirma compromissos com o desenvolvimento sustentável, por meio de uma série de objetivos coerentes e integrados com a agenda de desenvolvimento das Nações Unidas para além de 2015. Na redação final do documento dessa conferência, existem itens e subitens, relacionados, direta ou indiretamente, com os transtornos por uso de drogas lícitas e ilícitas.

Citamos aqui o objetivo n. 3, "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades": consta que até 2030 objetiva-se reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis,

via prevenção e tratamento; promover a saúde mental e o bem-estar; e reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.

Desde 2013, trata-se de atividade complementar proposta pela Associação Médico-Espírita do Brasil (AME-Brasil), para dar suporte de modo mais individualizado à dependência química nos sujeitos acometidos.

O grupo Apoio Fraterno funciona dentro de casas ou hospitais espíritas; ou de maneira *on-line*, sempre sob a responsabilidade técnica da AME-Brasil-Núcleo de Dependência Química da AME-Brasil-AME da região a que pertence, não existindo subordinação nem responsabilidade por parte do local de funcionamento, pois trata-se de uma parceria entre a AME e a instituição, contudo deve haver comunicação e respeito de ambas as partes.

O Núcleo de Dependência Química encontra-se à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida, na pessoa do seu coordenador Edson Luís Cardoso.

Atenciosamente,

Grupo de ajuda mútua Apoio Fraterno

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICO-ESPÍRITA DO BRASIL (AME-BRASIL). *Home*. 2023. Disponível em: https://amebrasil.org.br/. Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. *O que é Atenção Primária?* 2023. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee. Acesso em: 30 abr. 2023.

_____. *Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12,4% no SUS*. 2022. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/15936. Acesso em: 30 abr. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PLENITUDE HUMANA (IBPH). *3 maneiras de criar vínculos com as pessoas (a última é surpreendente).* 2019. Disponível em: https://plenitude.com.br/2019/09/30/criar-vinculos-com-as-pessoas/. Acesso em: 30 abr. 2023.

LIMA, Helder de Pádua; BRAGA,Violante Augusta Batista. Grupo de autoajuda como modalidade de tratamento para pessoas com dependência de álcool. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 21, n. 4, 2012.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. *Ciência da Informação*, v. 30, n. 1, p .71-81, 2001.

PARCERIA. *In:* AULETE digital. 2023. Disponível em: https://www.aulete.com.br/parceria. Acesso em: 30 abr. 2023.

VÍNCULO. *In:* CONCEITO de vínculo. 2023. Disponível em: https://conceito.de/vinculo. Acesso em: 30 abr. 2023.


Sobre os
autores

Organizadores

Edson Luís Cardoso

Médico psiquiatra, especialista em Dependência Química; mestre em Ensino Científico e Tecnológico. Membro fundador e presidente da AME-Santo Ângelo; chefe do Núcleo de Dependência Química do Departamento de Saúde Mental da AME-Brasil e membro fundador e trabalhador voluntário do Apoio Fraterno (grupo de ajuda mútua a dependentes químicos e codependentes). Autor dos livros: *Educação, dependência química e espiritualidade* e *Bem-aventuranças*.

Alejandro Victor Daniel Vera

Médico psiquiatra, especialista em Análise Existencial e Logoterapia. Vice-presidente do Grupo Assistencial Espírita Ismael (Osasco/SP). Membro fundador e presidente da AME-Osasco; coordenador do Departamento de Saúde Mental da AME-Brasil.

Colaboradores

Carlos Eduardo Accioly Durgante

Médico geriatra. Professor do curso de pós-graduação em Saúde e Espiritualidade da UCS. Diretor do Departamento Editorial da AME-Brasil; secretário da AMERGS; conselheiro da Sociedade Beneficente Espírita Bezerra de Menezes de Porto Alegre (SBEBM). Autor e organizador de diversos livros.

Cristina Fidalgo Affonso Pinheiro

Médica pós-graduada em Clínica Médica, em Medicina de Família e Comunidade, em Gestão de Medicina de Família e em Gestão em Saúde; mestra em Ciências Aplicadas em Saúde. Secretária da AME-Serra Azul.

Denise de Oliveira Cardoso

Enfermeira pós-graduada em Auditoria de Sistemas de Saúde; psicóloga pós-graduada em Terapia de Casal e Família, com capacitação e aperfeiçoamento em Dependência Química. Membro fundadora e trabalhadora voluntária do grupo de ajuda mútua a dependentes químicos e codependentes Apoio Fraterno Santo Ângelo. Coautora do livro *Apoio Fraterno – auxiliando almas a vencer a dependência química*. Membro da AME-Santo Ângelo.

Eduardo D'Angelo Mimessi

Médico psiquiatra, com pós-graduações em Terapia Intensiva e Medicina Chinesa, atuante em serviços público e privado nas áreas de psiquiatria e terapia intensiva. Diretor de Saúde Mental da AME-Vale do Paraíba.

Felipe Sá Ferreira

Médico ginecologia e obstetra. Mestre em Ciências. Fundador e presidente da AME-Maringá.

Gelson Luis Roberto

Psicólogo, mestre em Psicologia Clínica. Professor de pós-graduação dos cursos de especialização em Saúde e Espiritualidade e em Psicologia Clínica Junguiana. É um dos coordenadores do Núcleo de Espiritismo e Psicologia da AME-Brasil; coordena o Departamento de Saúde Mental da AMERGS e o Projeto Reforma Íntima na AMERGS. Organizou os livros *Refletindo a alma* e *Espelhos da alma, uma jornada terapêutica*; autor do livro *Aquém e além do tempo*.

Jairo Bello Mosqueiro

Médico psiquiatra, pós-graduado em Psiquiatria Forense. Vice-presidente da AME-Santo Ângelo.

José Roberto Pereira Santos

Médico especialista em Medicina Interna, Reumatologia e Medicina Intensiva; pós-graduado em Perícia Médica Previdenciária e em Cuidados Paliativos; médico intensivista com capacitação para doação de órgãos. Fundador e atual presidente da AMEEES; coordenador do Departamento de Bioética da AME Brasil; coordenador do Apoio Fraterno ao Dependente Químico da região Sudeste (AME-Brasil).

Leandro Barbosa Nunes

Médico psiquiatra; psicoterapeuta com ênfase em Atenção Psicossocial à População em Situação de Rua; especialista em Logoterapia e Análise Existencial Frankliana. Vice-presidente da AME-Osasco e coordenador do Núcleo de Saúde Mental e Espiritualidade (NUSAME) da AME-SP.

Luiz Augusto de Azevedo Pinheiro

Médico pós-graduado em Psiquiatria, em Psiquiatria da Infância e Adolescência, em Psicologia Junguiana e em Medicina de Família e Comunidade. Fez residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Presidente da AME-Serra Azul.

Marcus Renato Castro Ribeiro

Médico psiquiatra; especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Presidente da AME-SP. Coorganizador dos livros: *Uma nova medicina para um novo milênio: a humanização do ensino médico*; *Cartas ao Dr. Bezerra de Menezes*.

José Roberto Pereira Santos

Médico especialista em Medicina Interna, Reumatologia e Medicina Intensiva; pós-graduado em Perícia Médica Previdenciária e em Cuidados Paliativos; médico intensivista com capacitação para doação de órgãos. Fundador e atual presidente da AMEEES; coordenador do Departamento de Bioética da AME Brasil; coordenador do Apoio Fraterno ao Dependente Químico da região Sudeste (AME-Brasil).

Leandro Barbosa Nunes

Médico psiquiatra; psicoterapeuta com ênfase em Atenção Psicossocial à População em Situação de Rua; especialista em Logoterapia e Análise Existencial Frankliana. Vice-presidente da AME-Osasco e coordenador do Núcleo de Saúde Mental e Espiritualidade (NUSAME) da AME-SP.

Luiz Augusto de Azevedo Pinheiro

Médico pós-graduado em Psiquiatria, em Psiquiatria da Infância e Adolescência, em Psicologia Junguiana e em Medicina de Família e Comunidade. Fez residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Presidente da AME-Serra Azul.

Marcus Renato Castro Ribeiro

Médico psiquiatra; especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência. Presidente da AME-SP. Coorganizador dos livros: *Uma nova medicina para um novo milênio: a humanização do ensino médico*; *Cartas ao Dr. Bezerra de Menezes*.






AMEBrasil
editora
Departamento Editorial da AME-Brasil,
biênio 2021-2023
www.amebrasil.org.br