

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E RELIGIÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO TABAGISMO

Spirituality, religiosity, religion and public health policies in relation to smoking

Leonardo Henriques Portes¹, Maria Beatriz Lisboa Guimarães²

RESUMO

Diversas políticas públicas estão voltadas para o problema do tabagismo. Para tal, são frequentemente adotadas ações em saúde tradicionais baseadas em evidências científicas. Visto que os aspectos espirituais e religiosos também vêm sendo apontados como ferramentas na prevenção e tratamento dos agravos à saúde, este trabalho buscou identificar o envolvimento da espiritualidade, religiosidade e religião na prevenção e tratamento do tabagismo, relacionando-as com as políticas voltadas para o tabagismo, sobretudo aquelas estreitamente relacionadas com a Atenção Primária à Saúde (APS). Através de uma revisão de literatura, muitos artigos analisados apontaram benefícios da espiritualidade, religiosidade e religião para o problema do tabagismo, colaborando, assim, com as políticas públicas relacionadas a este tema. Por este olhar, melhores resultados nos indicadores de saúde relacionados ao tabagismo poderiam ser atribuídos ao envolvimento das políticas de saúde com o campo religioso e espiritual. Assim, surge a perspectiva da parceria entre as políticas e as instituições religiosas, que merece ser melhor investigada e pensada de maneira intersetorial.

PALAVRAS-CHAVE: Espiritualidade; Programa Nacional de Controle do Tabagismo; Religião; Tabagismo.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um problema de saúde pública e de hábitos de vida, concebido como uma doença epidêmica causada pela dependência da nicotina¹ pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) do Ministério da Saúde (MS). É classificado, separadamente, como uma enfermidade pela Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças

ABSTRACT

Several public policies are aimed at smoking. To this end, traditional health actions based on scientific evidence are often taken. Since the spiritual and religious aspects have also been identified as tools for the prevention and treatment of health problems, this study sought to identify the involvement of spirituality, religion and religiosity in the prevention and treatment of smoking, connecting them with smoking policies, especially those closely related to Primary Health Care. Through a literature review, many papers analyzed showed benefits of spirituality, religiosity and religion in combating smoking, collaborating with policies that have this goal. Under this view, better results in smoking-related health indicators could be attributed to the involvement of health policies with the religious and spiritual fields. There then arises the prospect of a partnership between the political and religious affiliations, which deserves to be thought of in an intersectoral manner, and further investigated.

KEYWORDS: National Program of Tobacco Control; Religion; Smoking; Spirituality.

(CID-10) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa.² Além da mortalidade, morbidade e incapacidade causadas pelo consumo e exposição à fumaça do tabaco, impactantes prejuízos sanitários, sociais, econômicos e ambientais também se manifestam em todo o mundo.³

Nos dias de hoje, em torno de 1,4 bilhão de pessoas são fumantes no mundo e estima-se que em 2030 esse número

¹ Leonardo Henriques Portes, Fisioterapeuta, mestre em Saúde Coletiva Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: leo.portes@yahoo.com.br

² Maria Beatriz Lisboa Guimarães, Professora visitante do Departamento de Ciência da Religião/ICH/ Universidade Federal de Juiz de Fora.

chegará a dois bilhões.⁴ Além disso, considerando o uso do tabaco como a maior causa de morte evitável no mundo, estima-se que mais de cinco milhões de pessoas morrem por ano. No Brasil, estes números representam cerca de 200 mil óbitos anuais.⁵ Se medidas urgentes não forem tomadas, em torno de um bilhão de pessoas poderão morrer devido ao fumo até o fim deste século.⁶

Diante do impacto negativo do tabagismo na saúde, documentos no Brasil e no mundo foram formulados buscando o combate ao tabaco, o que é remetido frequentemente de forma normativa como o controle do tabagismo. Destaque para a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, formulada na 56ª Assembleia Mundial da Saúde (2003) e que entrou em vigor internacional em 2005.⁷ O tratado, com uma série de medidas cujos objetivos eram diminuir a expansão do uso do tabaco e os seus danos à saúde, representou o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade.⁸

No Brasil, desde 1989, ações que visam o controle do tabagismo são desenvolvidas, sendo coordenadas e articuladas pelo Instituto Nacional do Câncer em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde entre outros setores sociais.⁹ As ações na Atenção Primária à Saúde (APS) tornam-se fundamentais neste contexto, uma vez que é nela que ocorre o primeiro contato do indivíduo com o sistema e tem a função de coordenação da atenção entre todos os níveis.¹⁰

Não há dúvidas sobre a adoção de meios legislativos e de ações em saúde tradicionais baseadas em evidências científicas como mecanismos de combate aos problemas de saúde da população, como ocorre no controle do tabagismo. Entretanto, alguns estudos têm apontado a relação positiva dos aspectos espirituais e religiosos com um bom estado de saúde, estabelecendo estes mecanismos como relevantes na prevenção e tratamento dos agravos à saúde.¹¹⁻¹⁴

Pessoas que participam regularmente de atividades religiosas e que têm como fontes de força e conforto a espiritualidade e a presença de um ser ou energia superior são mais saudáveis e apresentam maiores potenciais de cura. Muitos estudos relatam uma correlação positiva entre espiritualidade e menores taxas de mortalidade, câncer, doenças cardiovasculares, consumo de drogas e suicídio. A fé beneficiaria a saúde e a cura uma vez que ajuda as pessoas a evitarem hábitos não saudáveis como o alcoolismo e tabagismo.¹⁵ Em revisão de literatura que investigou o risco de câncer entre membros de comunidades cristãs, Hoff, Johannessen-Henry, Ross, Hvidt e Johansen¹⁶ concluíram que o fator mais importante nesta correlação é o estilo de vida saudável inerente às práticas religiosas nestas comunidades.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo identificar o envolvimento da espiritualidade, religiosidade e religião na prevenção e tratamento do tabagismo, relacionando os seus aspectos em comum com as diretrizes das políticas voltadas para o problema do tabagismo no Brasil, sobretudo aquelas estreitamente relacionadas com a APS.

MÉTODO

Utilizou-se, como metodologia, análise bibliográfica através de uma busca, nas bases de dados LILACS e PubMed, por publicações completas com acesso disponível que relacionassem os aspectos religiosos e espirituais com o tabagismo. Como palavras-chave utilizadas para a busca dos periódicos, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde da BIREME: Espiritualidade, Religião e Tabagismo. O termo Religiosidade não foi considerado para a busca, pois não consta no conjunto de descritores em saúde citado.

Para tornar possível a discussão proposta pelo objetivo deste trabalho, também foram selecionados documentos cujo conteúdo está relacionado ao controle do tabagismo enquanto política de saúde. Foram priorizadas as publicações brasileiras que apresentam a APS como nível de atenção essencial para o desenvolvimento das ações e diretrizes propostas. Tais documentos foram obtidos pelo site do INCA (<http://www.inca.gov.br/>) e da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Sendo consideradas para análise somente publicações completas com acesso disponível, foram encontrados 37 manuscritos publicados entre 1994 e 2010, além de uma dissertação de mestrado¹⁷, que se adequaram à condição de relacionar os aspectos religiosos e espirituais com o tabagismo. Também foram selecionados 22 documentos que abordam o tabagismo em seu caráter político, consistindo em políticas, portarias e publicações do MS.

Para favorecer a leitura do conteúdo dos resultados e a discussão, o texto foi organizado em subitens cujos títulos direcionam o assunto a ser discutido e as referências relacionadas.

Políticas de saúde e Tabagismo

O tabagismo é citado em diversos documentos brasileiros e da América Latina que não estão voltados especificamente ao tema. A preocupação com o tabagismo no sentido

de prevenir uma grande carga de doenças crônicas pode ser encontrada no documento **Doenças Crônicas Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**¹⁸ elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde, além do **Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável**¹⁹, a **Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**²⁰, o **Pacto pela Saúde**²¹ e a **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**²² publicados pelo Ministério da Saúde.

Outras publicações também abordam a preocupação com a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis, inclusive defendendo a ampliação da proibição do consumo de tabaco em locais públicos. O **Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011**²³, o **Mais Saúde: Direito de todos/2008-2011**²⁴, a **Política Nacional de Promoção da Saúde**²⁵ e a **Política Nacional de Atenção Oncológica**²⁶ tratam dessa questão.

Em 2002, a consolidação do Programa Nacional do Controle do Tabagismo (PNCT) possibilitou a formalização de ações específicas de combate ao tabagismo no país. No ano seguinte, a publicação de um novo documento denominado Programa Nacional do Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PNCTO-FR) garante ao fumante um tratamento com abordagem cognitivo-comportamental e o apoio medicamentoso de forma gratuita. Através de ações educativas, legislativas e econômicas, o programa envolve quatro grandes grupos estratégicos, sendo o primeiro voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo, como público alvo, crianças e adolescentes. O segundo envolve ações que objetivam a cessação do tabagismo entre os fumantes. No terceiro grupo estão inseridas medidas que visam proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados. Por fim, as medidas que regulamentam os produtos de tabaco e sua comercialização formam o último grupo.

Entretanto, o compromisso de ampliar o acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo para a rede de atenção primária e de média complexidade do SUS foi garantido somente com a Portaria nº 1035/GM de 31 de maio de 2004.²⁷ No dia 13 de agosto do mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 442 que apresentou como anexos o **Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS** e o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina**. O primeiro apresenta informações detalhadas sobre a capacitação de profissionais de saúde, credenciamento de unidades de

saúde, cadastramento de usuários, garantia de referência e contrarreferência e fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina. Já o protocolo clínico contém recomendações referendadas na publicação **Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante**²⁸ que, por sua vez, baseou-se em estudos de meta-análise da literatura mundial sobre cessação do tabagismo.²⁹

Entre os vários documentos publicados que citam ações relacionadas com o tabagismo, pode-se verificar que grande parte destina-se à APS. As ações tornam-se fundamentais neste nível de atenção, uma vez que tem a função de coordenação da atenção entre todos os níveis e é nele que ocorre o primeiro contato do indivíduo com o sistema.³⁰ Na APS, ocorrem ações de saúde no âmbito individual e coletivo, envolvendo desde a prevenção de agravos até a promoção, reabilitação e manutenção da saúde. Através de práticas sanitárias e participativas, apresenta um campo de atuação em territórios bem delimitados, lançando mão de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. “Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social”.³¹

O MS possui publicações específicas no campo da APS. Destaque para os Cadernos de Atenção Básica, considerados um fundamental instrumento valorizador das práticas de saúde, que disponibilizam informações gratuitas a todos os profissionais de saúde do país, a fim de subsidiar mecanismos para o sucesso da implementação do modelo assistencial da APS.³²

As publicações são divididas por temas variados e grande parte apresenta preocupação com o tabagismo, fornecendo informações relacionadas ao tema. No documento que versa sobre as doenças respiratórias crônicas, o controle do tabagismo tem destaque e é abordada a prevenção e a promoção em saúde. Através da leitura deste material, os profissionais da APS têm a oportunidade de se inteirar de alguns dados sobre o impacto do tabagismo na saúde da população e a evolução das políticas e ações voltadas para o controle do tabagismo. Ao ser enfatizada a visita domiciliar como etapa primordial da atenção integral, há destaque para a criação de vínculos assistenciais e sociais entre profissionais e usuários que permitem uma intervenção mais apropriada e efetiva. Assim, há a possibilidade da disseminação de informações de controle ambiental e de promoção da saúde, como o estímulo à cessação do tabagismo.³³

A intervenção junto ao fumante é bem descrita na publicação referente à prevenção das doenças renal crônica,

cardiovasculares, cerebrovasculares. As terapias comportamental e farmacológica são citadas como atividades preventivas. Neste contexto, o aconselhamento ao fumo é considerado uma ação de baixa intensidade enquanto a consideração da possibilidade de uso de medicamentos para o tratamento do fumante está classificada como uma ação de intensidade moderada. Referente às atribuições dos profissionais da equipe de saúde, é papel do agente comunitário de saúde (ACS) registrar, em sua ficha de acompanhamento, a presença de fatores de risco para as doenças cardiovasculares de cada membro da família, entre eles o tabagismo. O médico deve buscar, “obstinadamente”, os objetivos e metas do tratamento, sendo um deles a abstinência do fumo. Por fim, é atribuição do enfermeiro estabelecer estratégias, junto à equipe, que possam favorecer a adesão dos usuários de grupos específicos, como os tabagistas.³⁴ Este manual ainda serve como referência para o abandono do hábito de fumar na publicação voltada para a hipertensão arterial sistêmica, na qual também cita o hábito de fumar como um dado relevante da história clínica do paciente hipertenso.³⁵

O tabagismo também é considerado na publicação que aborda o diabetes melitus (DM). Como esta doença apresenta uma história natural marcada pelo surgimento de complicações micro e macrovasculares, que são responsáveis por expressiva morbimortalidade e, conseqüente, comprometimento funcional, o controle dos fatores de risco destes agravos deve fazer parte da rotina dos cuidados com estes pacientes. Medidas farmacológicas e não-farmacológicas podem possibilitar a redução de pelo menos metade ou quase todas as complicações do DM. A verificação do hábito de fumar e a orientação quanto à cessação em cada consulta consta no plano terapêutico do DM Tipo 2. Neste contexto, o ACS é de extrema importância, já que deve encorajar o paciente a manter uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente, e ajudá-lo a seguir as orientações de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular quando for o caso.³⁶

A abordagem do controle do tabagismo também pode ser observada nas publicações que são destinadas principalmente à mulher. No caderno que aborda os cânceres de colo do útero e de mama, é dada atenção ao tabagismo na promoção da saúde e na prevenção primária. A mulher deve ser incentivada a adotar hábitos saudáveis de vida com o objetivo de prevenir doenças crônicas não transmissíveis em geral. Assim, o desestímulo ao hábito de fumar em usuárias com câncer deve ser enfatizado tanto nas fumantes quanto nas não fumantes.³⁷ Na abordagem da saúde sexual e saúde reprodutiva, há preocupação com a administração

de anticoncepcionais pelas mulheres fumantes, uma vez que o uso do estrogênio é contraindicado em algumas situações, como o tabagismo, as doenças cardiovasculares e a amamentação. Além disso, na discussão sobre concepção é apontada a avaliação pré-concepcional que deve oferecer orientação sobre os riscos do tabagismo.³⁸

Os cuidados com o aleitamento materno em relação à mãe fumante são abordados no caderno referente à saúde da criança. Apesar de o hábito de fumar não contraindicar a amamentação, o profissional de saúde deve alertar a mãe sobre os possíveis efeitos prejudiciais do cigarro para o desenvolvimento da criança e para a diminuição da produção de leite. Assim, mesmo que a mulher não pare de fumar, ela deve ser estimulada a reduzir o número de cigarros e a não fumar nos ambientes onde esteja a criança.³⁹

O controle do tabagismo é muito citado no caderno de atenção básica Saúde na Escola. Além de citar o Programa Saúde na Escola, que prevê ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes da rede pública de Educação Básica, sendo uma delas o controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer⁴⁰, são discutidas mais detalhadamente ações de promoção da saúde escolar. Considerando a importância da avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola, a prevenção e a redução do consumo do tabaco são consideradas ações específicas importantes no sentido de promover educação em saúde, no que tange à avaliação clínica e psicossocial. Na avaliação nutricional e da saúde bucal, a prevenção e controle do tabagismo são preconizados, sobretudo no ambiente escolar. Para tais abordagens, é importante que os profissionais de saúde e professores tenham o cuidado de apresentar certa uniformidade de discurso com os alunos.⁴¹

A publicação **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**, ao se preocupar em apresentar subsídios para que os profissionais possam elaborar estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde idosa para permitir um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, cita as correlações favoráveis dos benefícios da prática corporal e atividade física com a redução do tabagismo. Nesse grupo de indivíduos, deve haver o desestímulo ao hábito de fumar para possibilitar melhora na qualidade de vida.⁴²

Por fim, o controle do tabagismo também é enfatizado na publicação que trata dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), criados pelo MS em 2008. Eles têm o objetivo de “apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família”. Sendo responsáveis por um determinado número de equipes da Estratégia Saúde da Família, os Nasf devem desenvolver

“habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família”, como ações de promoção, prevenção e reabilitação, além de ações intersetoriais, interdisciplinares e as destinadas à educação permanente e à humanização dos serviços.³⁰

O financiamento das ações de controle do tabagismo aparece como um componente estratégico da assistência farmacêutica nos Nasf. Além disso, sendo a promoção da saúde integral de adolescentes e jovens uma das funções do Nasf, na atenção integral à saúde da criança, há menção do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como fator de proteção e de prevenção a doenças resultantes das desarmonias do crescimento e de doenças adquiridas por hábitos não saudáveis, como o tabagismo. Ainda é estabelecida a atribuição de todos os profissionais do Nasf em “apoiar as equipes de Saúde da Família no acompanhamento de adolescentes” que apresentarem problemas com o tabaco.³⁰

A espiritualidade, religiosidade e religião como fatores de proteção às drogas

Apesar de adotados frequentemente como sinônimos no senso comum, os termos espiritualidade, religiosidade e religião apresentam significados distintos, sendo importante a sua diferenciação.⁴³ Em termos gerais, a espiritualidade supõe a concepção do homem que leva em conta a dimensão do espírito. Bergson⁴⁴ concebe o espírito como constituído de uma substância não-física - os sentimentos e os pensamentos - e que anima e dá vida aos seres, isto é, o elã vital. Para Leonardo Boff, a espiritualidade refere-se à experiência de contato com uma dimensão que transcende as realidades consideradas normais da vida humana.⁴³

Faustino Teixeira, em conferência proferida no V Seminário de Psicologia e Senso Religioso: Religião e Espiritualidade, ocorrido na PUC-Campinas de 14 a 16 de maio de 2004, sugere que a espiritualidade é uma forma peculiar de ver o mundo, de vê-lo em profundidade, fonte de inspiração do novo na medida em que explora a dimensão interior do ser. A espiritualidade é o elo que liga o sujeito a si, aos outros e à natureza, constituindo-se em um modo de ser de pessoas que sabem perceber essas ligações, para tanto, é necessário certo esvaziamento do sujeito com consequente desprendimento do ego.

Geraldo José de Paiva, também presente no Seminário citado acima, refere-se à espiritualidade como **“um amor bem pensado à vida”**, diante do mal estar em relação à materialidade do mundo, ou ainda como uma construção pessoal de abertura para a totalidade, uma atitude e uma maneira de ser. José Paulo Giovanetti, outro participante do Seminário, acrescenta que a espiritualidade é uma busca

pessoal pelo sentido, e que só podemos fazer isto com a dimensão do espírito, mas ressalta que a vivência do sentido se faz em nós, mas com o outro, pois o sentido só se vive em comunidade.⁴⁵

Já a religiosidade é atribuída à espiritualidade que assume a transcendência como divina, revelando a presença de um Outro (sagrado) na alma humana. Um tipo de religiosidade presente atualmente na nossa cultura refere-se a pessoas que são religiosas, ou seja, acreditam na existência de um ser divino transcendente, mas não aderem a nenhuma religião em particular. Por fim, a religião atribui-se a uma determinada forma de vivência religiosa organizada de forma institucional e doutrinária, que cria um sentimento de pertencimento entre os fiéis de uma determinada tradição.⁴³

Na literatura, tanto a espiritualidade quanto a religiosidade e a religião geralmente são apontadas como fatores protetores da saúde dos indivíduos em relação às drogas⁴⁶ e estes termos são frequentemente utilizados sem a preocupação em corresponderem aos seus significados particulares que os distinguem.

Uma revisão sistemática, que buscou investigar a associação da saúde de adolescentes com a espiritualidade e religiosidade, evidenciou que mais de três quartos dos estudos analisados apresentou evidências estatisticamente significativas de efeitos positivos nesta relação.⁴⁷ Neste sentido, Dalgarrondo, Soldera, Corrêa Filho e Silva⁴⁸ concluíram que a internalização de normas, valores e atitudes morais religiosas podem ser mais importantes do que a prática social religiosa em si, como ir com frequência a cultos e missas. Além disso, os indivíduos dotados de muita espiritualidade apresentam poucos comportamentos de risco e um maior controle interior.⁴⁹

Em entrevista realizada com 1240 adolescentes na Hungria, foi observada uma relação inversa entre a oração e o consumo de álcool e tabaco no sexo masculino. Em ambos os sexos, a religiosidade esteve relacionada com uma menor probabilidade do uso da maconha.⁵⁰ Também em pesquisa realizada com jovens, Sanchez, Oliveira e Nappo⁵¹ observaram que 96% dos não usuários de drogas tinham algum tipo de religião, sendo que este valor correspondeu a apenas 33% entre os usuários.

Este contexto pode ser entendido pelo controle social exercido sobre os indivíduos nos diversos grupos religiosos, resultando na prevenção ou redução do uso de drogas. O temor da eventual punição religiosa sofrida em decorrência do uso destas substâncias e o contínuo envolvimento dos participantes destes grupos em atividades educativas e motivacionais são algumas das formas que evidenciam a influência social sobre os fiéis.⁵²

Entretanto, apesar de Rostosky *et al.*⁵³ terem observado que, entre adultos jovens heterossexuais, a religiosidade é um fator de proteção contra o alcoolismo, uso de maconha e tabaco, o mesmo não se aplicou aos grupos sexuais minoritários, incluindo os homo e bissexuais. O afastamento destes grupos dos costumes religiosos tradicionais pode estar relacionado ao complexo processo de formação de identidade destes indivíduos. Esta constatação é relevante uma vez que muitas comunidades e instituições religiosas oferecem apoio social sem considerar as particularidades de cada conjunto de indivíduos, sendo que a abordagem envolvendo aspectos religiosos possivelmente não é a melhor escolha para a maioria dos indivíduos dos grupos sexuais minoritários.

Ainda considerando que a espiritualidade pode se relacionar de diferentes formas com os indivíduos, Sussman *et al.*⁵⁴ investigaram se a espiritualidade pode influenciar ou não no uso de diferentes tipos de drogas em mais de 500 jovens universitários dos Estados Unidos. Para isso, avaliaram a espiritualidade a partir de duas formas distintas, estando uma direcionada aos não usuários de drogas através da verificação de práticas espirituais e religiosas e no quanto de espiritualidade o indivíduo acredita ter. Já a outra forma de avaliação foi direcionada aos jovens usuários de drogas, sendo investigado se a pessoa considera o uso da droga como um comportamento adequado e se o relaciona a uma prática espiritual. Sendo considerado durante um ano o consumo de cigarro, álcool, maconha, estimulantes e alucinógenos, foi observada uma associação positiva entre a espiritualidade dos usuários com o consumo de drogas, sugerindo que este tipo de espiritualidade influencia na aceitação das drogas. Já a observada relação inversa da espiritualidade dos não usuários com o consumo de drogas indica que este tipo pode levar à crença de que as drogas devem ser evitadas. Assim, os autores concluíram que estes diferentes tipos de espiritualidade podem influenciar na relação de como os indivíduos percebem as drogas, envolvendo uma série de significados e contextos.

O tabagismo e sua relação com as dimensões religiosas e espirituais

Nos estudos que analisaram a relação das drogas com a espiritualidade, religiosidade e religião, o uso do tabaco foi frequentemente investigado de forma particular. O tabagismo é um hábito de vida muito difícil de ser abandonado e envolve pressões sociais e situações estressantes. Isto exige que as ações de prevenção e tratamento estimulem a confiança, autonomia e criatividade do indivíduo.⁵⁵ Neste

sentido, Van den Bree *et al.*⁵⁶, em estudo prospectivo com o objetivo de pesquisar o comportamento de adolescentes fumantes, observaram que, no sexo masculino, o maior envolvimento religioso reduz as chances do hábito contínuo de fumar e aumenta o sucesso nas tentativas de cessação do tabagismo.

A religião como fator de proteção ao tabagismo foi um fato constante em artigos publicados recentemente e a maior frequência e participação nas atividades religiosas estiveram inversamente relacionadas ao hábito de fumar.⁵⁷⁻⁶⁰ Ao determinar a prevalência do tabagismo e fatores associados entre estudantes de odontologia na Paraíba, Granville-Garcia *et al.*⁶¹ observaram que o percentual de tabagistas entre os praticantes religiosos, independente da crença, foi três vezes menor que o percentual dos estudantes tabagistas que relataram não ter qualquer prática religiosa. Este fato pode ser explicado pelos valores e normas compartilhados pelos grupos religiosos e a consequente condenação do uso de drogas em geral.⁶²

A possível associação negativa entre a participação em atividades religiosas e o tabagismo entre gestantes foi objeto de estudo de um inquérito de saúde norte-americano. Como era de se esperar, o número de mulheres fumantes com um ativo envolvimento religioso representou um pequeno percentual (em torno de 20%) da quantidade de gestantes tabagistas que não se identificaram como religiosas. Além disso, aquelas que participavam de atividades religiosas, no mínimo semanalmente, apresentaram três vezes mais chances de terem sucesso no abandono do hábito de fumar que aquelas que nunca participaram.⁶³

Assim como não é comum a investigação da relação entre tabagismo e religião entre gestantes, são poucos os estudos que analisam esta relação em grupos específicos de indivíduos. A filiação e o envolvimento religioso apresentaram uma relação inversa com o tabagismo entre pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo de um serviço público de psiquiatria da Suíça. A partir deste achado, foi considerada a importância dos terapeutas avaliarem as dimensões religiosas e espirituais durante o tratamento destes pacientes, assim como utilizarem este tipo de abordagem quando necessário.⁶⁴

Neste mesmo sentido, uma pesquisa realizada no sul dos Estados Unidos somente com indivíduos de baixa renda apontou o importante papel das atividades religiosas na prevenção e tratamento do tabagismo. Enquanto que em torno de 40% dos não fumantes frequentavam atividades religiosas mais de uma vez por semana, menos de 30% dos tabagistas participavam destas atividades. Entre os fumantes foi identificada uma menor probabilidade de

comparecimento às atividades religiosas dominicais, assim como o fato de possuírem menores redes de apoio social em suas comunidades religiosas. Entretanto, independente da presença ou não do hábito de fumar, os indivíduos de baixa renda investigados apresentaram uma forte religiosidade e confiança em um ser superior.⁶⁵

A filiação religiosa pode também se relacionar de formas diferentes com o tabagismo. Em uma das primeiras investigações no Brasil sobre a associação entre religiosidade e consumo do tabaco e álcool, Bezerra *et al.*⁶⁶ observaram que tanto a filiação quanto a prática religiosa foram fatores relacionados à menor exposição a essas condutas de risco à saúde. Além disso, independentemente da filiação religiosa, os praticantes apresentaram uma chance ainda menor de exposição ao consumo das drogas citadas. Em uma pesquisa realizada em alguns países da América Central, a prática religiosa também esteve inversamente associada com o início precoce do uso do tabaco e da maconha.⁶⁷

Estudos apontam que a tradição judaico-cristã posiciona-se contra o abuso de drogas, incluindo o tabagismo. Além disso, algumas filiações religiosas como a dos Batistas, dos Mórmons, dos Adventistas do Sétimo Dia e dos adeptos da Igreja União Cristã e da Fé Bahá'í se opõem à venda, distribuição e ao consumo do tabaco.⁶⁴ Entre os muçulmanos, apesar de a prevalência de tabagistas permanecer inaceitavelmente alta e a legislação contra fumo ser frequentemente mal aplicada, os riscos à saúde causados pela droga têm induzido muitas comunidades do leste e norte da África a combaterem o tabagismo.⁶⁸ Em geral, muitas denominações cristãs protestantes, uma vez que associam o hábito de fumar a um comportamento vergonhoso, como o alcoolismo e o vício em jogos de azar, desestimulam os seus fiéis a continuarem com este hábito.⁵⁷ Whooley, Boyd *et al.*⁶⁹, além de concluírem que a maior participação em atividades religiosas está associada com menores taxas de tabagismo entre adultos jovens, observaram uma grande variação na prevalência de tabagismo entre diferentes filiações religiosas. Os judeus e presbiterianos, independentemente da frequência de participação em atividades religiosas, revelaram-se como os menos propensos ao hábito de fumar em comparação com os indivíduos de outras denominações. Já os batistas e pentecostais que não participam de atividades locais ou que frequentam os espaços religiosos menos de uma vez por mês apresentaram a maior prevalência de fumantes em relação às demais filiações religiosas.

Neste sentido, apesar de não ter apresentado associação estatisticamente significativa entre religiosidade e tabagismo, um estudo realizado com 266 mulheres predomina-

temente batistas e pentecostais revelou que as pentecostais tiveram menores taxas de uso do tabaco e maiores valores de sucesso na cessação do tabagismo. Isto pode ser explicado pelos fortes princípios religiosos pentecostais que desencorajam a autoindulgência e a adoção de estilos de vida associados ao consumo de drogas.⁷⁰

De forma semelhante, em pesquisa realizada com 2287 estudantes de escolas públicas e particulares de Campinas/SP, foi observada a menor utilização de drogas, entre elas o tabaco, por grupos protestantes históricos e pentecostais em relação a grupos mais liberais, como os católicos e espíritas. Esta relação foi atribuída à condenação mais clara e explícita do uso de drogas por parte dos grupos mais conservadores.⁴⁸ É válido ressaltar que, apesar de a religião oficial no país ser a católica, muitos indivíduos autodenominam-se católicos mesmo não pertencendo a nenhum grupo religioso ou sendo simpatizantes de outros.⁷¹

A condenação de hábitos não saudáveis por grupos religiosos também foi observada no estudo de Shmueli⁷² que investigou a relação entre religiosidade e hábitos de saúde numa população de judeus israelenses. Entretanto, os autores alertaram que, apesar de as pessoas religiosas tenderem a ter mais motivação em abandonar hábitos não saudáveis, na busca de uma vida espiritual mais longa e intensa, em geral, elas atribuem causas incontroláveis às doenças, como o destino e a genética, o que pode levar a um estilo de vida menos preocupado com a saúde. Independentemente deste fato, o tabagismo representou a maior diferença de comportamento entre os indivíduos religiosos e os não adeptos à religião, sendo que dificilmente foram identificadas mulheres religiosas fumantes e a prevalência de pessoas que nunca fumaram foi muito maior entre os adeptos da comunidade religiosa.

Apesar de grande parte das filiações religiosas condenarem o tabagismo, o tabaco pode apresentar-se de maneira positiva, permitindo uma forma de experiência espiritual.⁵⁴ O tabaco continua ocupando um papel fundamental nas cerimônias e crenças de índios norte-americanos da comunidade Anishinabe-Ojibwe. O uso da droga de forma sagrada mantém a união e o “círculo” da cultura da comunidade, podendo ser quebrados caso o tabaco não seja usado de maneira estritamente sagrada. Uma vez que a força desta tradição não deve ser negligenciada pelos profissionais de saúde, a abordagem destes indivíduos deve envolver técnicas apropriadas que respeitem o uso sagrado do tabaco. O conhecimento acerca da história da tradição Anishinabe-Ojibwe é fundamental para uma abordagem apropriada, em que a ponderação entre o combate do uso abusivo do tabaco e o respeito aos costumes tradicionais

pode promover comportamentos saudáveis, reduzindo o uso excessivo do tabaco entre os índios norte-americanos.⁷³

Entretanto, com a evolução de medicamentos específicos para a cessação do tabagismo e a geração de evidências científicas quanto à efetividade do tratamento médico convencional, o combate ao tabagismo vem sendo centrado nos recursos da clínica médica, o que dificulta a possibilidade de utilização de outras abordagens no tratamento.⁷⁴ Isto acaba repercutindo na escassa literatura de estudos científicos que avaliam os tratamentos espirituais e religiosos para a dependência das drogas, apesar de aumentar a cada dia o número de comunidades religiosas que oferecem apoio aos seus adeptos dependentes químicos, como ocorre em muitas igrejas protestantes do Brasil.⁷¹

Assim, com o objetivo até então inédito de investigar se os tabagistas consideram os recursos espirituais como úteis na tentativa de abandono do cigarro, Gonzales *et al.*⁷⁴ entrevistaram 104 fumantes nos Estados Unidos. Apesar de 92 indivíduos acusarem não terem usado qualquer tipo de experiência espiritual no tratamento do tabagismo, 78% deles relataram acreditar que os recursos espirituais poderiam ser importantes para o abandono do hábito de fumar e 77% disseram que o encorajamento destas práticas pelos profissionais envolvidos no tratamento seria importante neste momento. De forma curiosa, os fumantes pesados, aqueles que fumam mais de 15 cigarros por dia, apresentaram-se mais propensos a lançarem mão da espiritualidade no tratamento do tabagismo, fato que poderia estar associado aos insucessos e dificuldades nas tentativas anteriores de abandono do cigarro.

Gothchalk¹⁷ discutiu os aspectos da espiritualidade no aconselhamento de apoio às pessoas que desejam parar de fumar. Segundo o autor, a espiritualidade teria um papel fundamental no controle do tabagismo uma vez que ela manifesta-se como um fator de proteção e de promoção de vidas mais saudáveis e plenas. Assim, a Teologia Prática, o Aconselhamento e o Cuidado Pastoral revelam-se como possibilidades de intervenção.

Nesta perspectiva, as crenças espirituais e religiosas foram fundamentais para o sucesso nas tentativas de cessação do tabagismo entre nativos havaianos ex-fumantes. O aconselhamento fornecido por diferentes locais (igreja, local de trabalho, unidades de saúde e pela própria família), assim como o desejo de viver por muito tempo com familiares e o medo da doença e da morte por parte do fumante mostraram-se como aliadas no combate ao hábito de fumar.⁷⁵

Neste mesmo sentido, uma proposta de tratamento com diferentes abordagens foi aplicada em mulheres tabagistas afro-americanas, residentes em abrigos públicos

nos Estados Unidos. Os componentes desta proposta consistiram em atividades de aconselhamento em grupo, terapia medicamentosa e atividades comunitárias de saúde, as quais visavam à eficácia do autocontrole da abstinência e o aumento de apoio social e do bem-estar espiritual. Também ocorreu a discussão de temas espirituais e a prática de orações em grupo, além do estímulo para orarem e lerem temas espirituais e religiosos em momentos livres. Apesar de não terem sido obtidos resultados estatisticamente significativos na cessação do tabagismo, a abordagem sociocultural favoreceu uma melhora do bem-estar espiritual e contribuiu favoravelmente no tratamento do tabagismo das mulheres em questão.⁷⁶

CONCLUSÃO

As pessoas apresentam cada vez mais necessidades espirituais mesmo estando numa época marcada por intensos avanços tecnológicos.⁷⁷ Assim, parece não haver dúvidas que a espiritualidade, a religiosidade e a religião podem se relacionar positivamente com a saúde, colaborando com as políticas que objetivam a promoção de ambientes mais saudáveis e que identificam o tabagismo como grande fator de risco para as doenças crônicas. Apesar de estes documentos não fazerem menção aos aspectos espirituais e religiosos de forma explícita, é fato que seus objetivos vão ao encontro das diferentes crenças e concepções que estimulam a adoção de comportamentos saudáveis. Por este olhar, melhores resultados nos indicadores de saúde relacionados ao tabagismo poderiam ser atribuídos ao envolvimento das políticas de saúde com o campo religioso e espiritual.

Apesar de existirem muitos artigos internacionais que abordam a relação das drogas com os aspectos religiosos e espirituais, é importante considerar que não são muitas as evidências científicas geradas por pesquisas no Brasil. Assim, é preciso ter o cuidado em não generalizar o efeito protetor da religiosidade em relação ao uso de drogas, sendo que há muitos outros fatores que se relacionam com esta questão e que ainda não foram bem investigados.⁶⁶

A preocupação em prevenir a iniciação do tabagismo em crianças e adolescentes e o apoio de ações que objetivam a cessação do tabagismo entre os fumantes são objetivos do PNCT que estão estreitamente relacionados aos resultados observados em diversos estudos que investigaram a relação da espiritualidade e dos aspectos religiosos com o uso do tabaco. A menor aceitação social dos fumantes e a redução da incidência e prevalência de tabagistas são consequências em comum acarretadas tanto pela política de controle do

tabagismo quanto por diferentes doutrinas religiosas. Nesse contexto, a APS oferece um imenso e complexo cenário de práticas, e as ações voltadas para o controle do tabagismo estão bem definidas para diferentes grupos específicos de indivíduos e ciclos de vida. A sua capacidade de operacionalização intersetorial apresenta-se como uma importante ferramenta para que ações específicas de tratamento e prevenção do tabagismo possam se articular com aspectos espirituais e religiosos provenientes da comunidade.

Desta forma, na medida em que este estudo evidenciou a importância dada pelos indivíduos às crenças no campo religioso e espiritual, esta questão passa a ser de fundamental importância na prevenção e tratamento do tabagismo. A capacitação dos profissionais de saúde acerca destas questões na abordagem do paciente e a utilização de novos instrumentos de intervenção, como o trabalho envolvendo a família, a comunidade religiosa e a oração, surgem como possíveis alternativas que permitiriam resultados mais efetivos, que são objetivos comuns entre as políticas e as filiações religiosas que desestimulam o tabagismo. Surge assim a perspectiva dessa parceria propiciar novas articulações e ferramentas que merecem ser melhor investigadas e que necessitam serem pensadas de maneira intersetorial.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco: modelo lógico e avaliação. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
2. Organização Mundial da Saúde. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 2007. [Citado em: 2010 dez. 22] Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
3. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Decreto nº 5.658. Divisão de Atos Internacionais. 2006. [Citado em: 2010 nov. 18] Disponível em: http://www2.mre.gov.br/dai/m_5658_2006.htm.
4. Organização Mundial da Saúde. Atlas do tabaco: parte três: o comércio do tabaco. 2002. [Citado em: 2010 out. 24] Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas16.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Manual de Orientações Dia Mundial Sem Tabaco 2008. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 32p.
6. Organização Mundial da Saúde. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. 2009. [Cited 2011 Jan 02] Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/index.html>.
7. Temporão JG. Saúde Pública e controle do tabagismo no Brasil. Cad Saúde Pública. 2005 jun; 21(3):670-1.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Por que aprovar a Convenção-Quadro para o controle do tabaco? Rio de Janeiro: INCA; 2004.
9. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr Clín. 2005 out; 32(5):283-300.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [Citado em: 2010 jul. 08] Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf.
11. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. J Palliat Med. 2006; 9(2):464-79.
12. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig H G. Religiousness and mental health: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Sep; 28(3):242-50.
13. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationship between religious involvement and health. Psychological Inquiry. 2002, 13(3):190-200.
14. Peres Mario F. P., Arantes Ana Claudia de Lima Quintana, Lessa Patrícia Silva, Caous Cristofer André. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Rev Psiquiatr Clín. [Cited 2011 May 07]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010160832007000700011&script=sci_abstract&tlng=pt.
15. Udermann BE. The Effect of Spirituality on Health and Healing: a Critical review for athletic trainers. J Athl Train. 2000; 35(2):194-7.
16. Hoff A, Johannessen-Henry CT, Ross L, Hvidt NC, Johansen C. Religion and reduced cancer risk - What is

the explanation? A review. *European Journal of Cancer*. 2008; 44:2573- 9.

17. Gothchalk CHM. Espiritualidade no Aconselhamento de Apoio as Pessoas que Desejam Parar de Fumar [dissertação]. São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, Programa de Pós-Graduação em Teologia; 2010. 111f.

18. OPAS/OMS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. 2ª ed. Brasília: MS; 2004.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto PORTARIA Nº 399/GM. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 22 fev. 2006. 23p.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 48 p.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. O Plano Nacional de Saúde: PNS 2008/2009-2011. Brasília, DF; 02 dez. 2009.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Mais Saúde: Direito de todos/2008-2011. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 100p.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60p.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Política Nacional de Atenção Oncológica. Portaria nº2439/GM. Diário Oficial da União, Brasília, DF;08 dez. 2005.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1035/GM. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 31 maio. 2004.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e tratamento do fumante: consenso. (2001). [Citado em: 2010 nov. 20]. Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo/parar/consenso.htm.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 442. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 13 ago. 2004.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.160 p.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Citado em: 2011 abr. 29] Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 160 p.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 56 p.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 58 p.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 64 p.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 132p.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 300 p.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da crian-

- ça: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 112 p.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 96 p.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192 p.
43. Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
44. Bergson H. Introdução à metafísica. In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural; 1974.
45. Guimarães MB. A intuição na clínica: construção de elos entre razão e emoção In: Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p.325-57.
46. Edlund MJ, Harris KM, Koenig HG, *et al.* Religiosity and decreased risk of substance use disorders: is the effect mediated by social support or mental health status? *Soc Psychiat Epidemiol.* 2010; 45(8):827-36.
47. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health.* 2006; 38(4):433-42.
48. Dalgalarondo P, Soldera MA, Corrêa Filho H R, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004 Jun; 26(2): 82-90.
49. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive Behaviors.* 2005 Aug; 30(7):1335-41.
50. Piko BF, Fitzpatrick KM. Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors.* 2004; 29:1095-107.
51. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(1):43-55.
52. Gorsuch RL. Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues.* 1995; 51(2):65-83.
53. Rostosky SS, Danner F, Riggle ED. Is Religiosity a Protective Factor Against Substance Use in Young Adulthood? Only If You're Straight! *J Adolesc Health.* 2007; 40(5):440-7.
54. Sussman S *et al.* Non drug use- and drug use-specific spirituality as one-year predictors of drug use among high-risk youth. *Subst Use Misuse.* 2006; 41(13): 1801-16.
55. González Consuegra RV. Creencias en fumadores pertenecientes a un programa de salud cardiovascular. *Index Enferm* 2004 Nov; 13(46):18-22.
56. Van Den Bree MBM, Whitmer MD, Pickworth WB. Predictors of smoking development in a population based sample of adolescents: a prospective study. *J Adolesc Health.* 2004; 35(3):172-81.
57. Gillum R.F. Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Prev Med.* 2005; 41:607-13.
58. Zuzulich Pavez MS, Valdés BC, Gibbons NP, *et al.* Factores asociados a consumo de tabaco durante el último año en estudiantes de educación superior. *Invest Educ Enferm.* 2010; 28(2): 233-9.
59. Hofstetter CR, Ayers JW, Irvin VL, *et al.* Does Church Participation Facilitate Tobacco Control? A Report on Korean Immigrant. *J Immigrant Minority Health.* 2010; 12(2):187-97.
60. Oliveira HF, Martins LC, Reato LFN, Akerman M. Fatores de risco para uso do tabaco em adolescentes de duas escolas do município de Santo André, São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 2010; 28(2):200-7.
61. Granville-Garcia AF, Branco ACL, Sarmiento DJS, *et al.* Tabagismo e fatores associados entre acadêmicos de odontologia. *RFO.* 2009; 14(2):92-8.
62. Silva LVER, Malbergier A, Stempliuik VA, Andrade AG. Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Rev Saúde Pública.* 2006 abr; 40(2):280-8.

63. Gillum RF, Sullins DP. Cigarette Smoking During Pregnancy: Independent Associations with Religious Participation. *Southern Medical Journal*. 2008; 101 (7):1-7.
64. Borrás L, Mohr S, Brandt P.-Y, *et al*. Influence of Spirituality and Religiousness On Smoking Among Patients With Schizophrenia or Schizo-Affective Disorder in Switzerland. *International Journal of Social Psychiatry*. 2008; 54(6):539-49.
65. Lee D, Bell DC, Moon C. Religiosity, Tobacco Use, And Poverty. *American Journal of Health Studies*. 2005; 20(1):15-21.
66. Bezerra J, Barros MVG, Tenório MCM, *et al*. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*. . 2009; 26(5):440-6.
67. Chen C, Dormitzer CM, Bejaro J, Anthony JC. Religiosity and the earliest stages of adolescent drug involvement in seven countries of Latin America. *American Journal of Epidemiology*. 2004; 159(12):1180-8.
68. Ghouri N, Atcha M, Sheikh A. Influence of Islam on smoking among Muslims. *Br Med J*. 2006; 332:291-4.
69. Whooley MA, Boyd AL, Gardin JM, Williams DR. Religious Involvement and Cigarette Smoking in Young Adults. *Archives of Internal Medicine*. 2002; 162(1):1604-10.
70. Ahmed F, Brown DR, Cry LE, Saadatmand F. Religious predictors of cigarette smoking: Findings for African American women of childbearing age. *Behavioral Medicine*. 1994; 20(1):34-43.
71. Sanchez ZVM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas psicotrópicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2007; 34:73-81.
72. Shmueli A. Health and religiosity among Israeli Jews. *European J of Public Health*. 2007; 17(1):104-11.
73. Struthers R, Hodge F. Sacred tobacco use in Ojibwe communities. *Journal of Holistic Nursing*. 2004; 22(3):209-25.
74. Gonzales D, Redtomahawk D, Pizacani B, *et al*. Support for spirituality in smoking cessation: results of pilot survey. *Nicotine Tob Res*. 2007; 9(2):299-303.
75. Kaholokula J. Culturally informed smoking cessation strategies for Native Hawaiians in rural communities. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008; 10(4): 671-81.
76. Andrews J, Felton G, Ellen-Wewers M, Waller J, Tingen M. The effect of a multi-component smoking cessation intervention in African American women residing in public housing. *Research in Nursing & Health*. 2007; 30: 45-60.
77. Marco CA, Schears RM. Death, dying and last wishes. *Emerg Clin North Am*. 2006; 24(4):969-87.

Submissão: maio de 2011

Aprovação: agosto de 2011
