



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

FLÁVIA SANTOS DE OLIVEIRA
MATRÍCULA: 09/0006143

**“ENTRE A MEDICINA E A RELIGIÃO:
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NO GRUPO
DEPENDENTES DE DEUS”**

Brasília/DF, 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE

FLÁVIA SANTOS DE OLIVEIRA

**“ENTRE A MEDICINA E A RELIGIÃO:
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NO GRUPO
DEPENDENTES DE DEUS”**

Monografia apresentada à Banca
Examinadora do curso de Saúde Coletiva
como exigência final para obtenção do
título de Bacharel em Saúde Coletiva

Orientador(a): Érica Quinaglia Silva

Brasília/DF, 2013

AGRADECIMENTOS

À Deus, o meu grande incentivador. Por ter me ajudado a chegar até aqui e ter me capacitado pra vencer mais um desafio. Agradeço pela força que me dá e pelo Teu favor manifestado em minha vida.

Aos meus pais, Fernando e Penha, pela dedicação que tivestes em toda minha trajetória. Agradeço a paciência, o suporte físico e emocional, o carinho tão único. Tudo que sou hoje eu devo a vocês. Escrevo esse agradecimento emocionada por lembrar o que representam para mim e o quanto os amo. Vocês são meus exemplos.

À minha irmã, Fernanda, minha amiga, companheira, meu sorriso mais sincero. Agradeço por essa união dar tão certo e por eu ter por você um amor que não se explica, mas se sente. “Irmãs por vontade de Deus e amigas por opção.” Obrigada também à minha vovó, Tercila, pelo seu carinho, coração enorme e o seu valioso amor.

Ao meu marido e amigo, Rafael, minha eterna metade. Por ser aquele colo que acolhe, aquele que sonha junto comigo e por ser o grande amor da minha vida. Agradeço pela compreensão nos momentos de ausência, por sempre me ajudar no que está ao seu alcance e pelas orações feitas por mim.

Às minhas amigas que Deus me permitiu conhecer na faculdade, Amanda, Évelin, Priscila e Samira, que são os meus “xodós” e fizeram com que a faculdade fosse mais legal do que se esperava que seria. Obrigada por tantos momentos que passamos e que iremos passar.

Às minhas amigas de uma longa e agradável jornada, Camila Leal, Cristiane, Emmily, Letícia, Raquel, Paula, Tereza e Thaís. Obrigada por tudo.

A minha orientadora, Érica Quinaglia, que sempre estava disposta a ajudar e a compartilhar seus conhecimentos, pela torcida, acolhimento e pelas preciosas orientações. Obrigada pela paciência, encorajamento e me tranquilizar quando por algum momento parecia que não ia dar certo. Agradeço por ter construído junto a mim esse trabalho.

Aos entrevistados deste trabalho por ceder seu tempo e por abrirem a porta de suas vidas pra que eu pudesse realizá-lo. A todos, o meu muito obrigada!

EPÍGRAFE

O que atenta prudentemente para o assunto achará o bem, e o que confia no SENHOR
será bem-aventurado.

O sábio de coração será chamado prudente, e a doçura dos lábios aumentará o ensino.
O entendimento para aqueles que o possuem, é uma fonte de vida, mas a instrução dos
tolos é a sua estultícia.

O coração do sábio instrui a sua boca, e aumenta o ensino dos seus lábios.
As palavras suaves são favos de mel, doces para a alma, e saúde para os ossos.

Provérbios 16:20-24

**“ENTRE A MEDICINA E A RELIGIÃO:
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NO GRUPO
DEPENDENTES DE DEUS”**

FLÁVIA SANTOS DE OLIVEIRA

BANCA EXAMINADORA

.....
Profª. Dra. Érica Quinaglia Silva (FCE/UnB)

Orientadora

.....
Profª. Dra. Sílvia Guimarães (FCE/UnB)

.....
Profª. Dra. Rosamaria Carneiro (FCE/UnB)

RESUMO

O uso de drogas é um tema atual em um contexto em que os avanços médicos e químicos colaboram para a produção de novas substâncias que aumentam a oferta no mercado consumidor. O presente trabalho propõe compreender os itinerários terapêuticos de dependentes químicos no Grupo Dependentes de Deus, inserido na igreja Comunidade Cristã Ministério da Fé. Como se dá a associação entre tratamentos medicamentosos e práticas terapêuticas religiosas? Em um país em que a religião protestante vem ganhando a cada dia o seu espaço, cabe entender quem são as pessoas que frequentam essas instituições, como decidem a que tratamento devem aderir, se e como transitam do Sistema Único de Saúde para o tratamento cristão protestante, qual é a percepção que têm de saúde, bem-estar e doença e como entendem a reabilitação e a cura nos tratamentos médicos e religiosos.

Palavras-chave: dependência química, reabilitação, cura, itinerários terapêuticos, tratamentos médicos e práticas terapêuticas religiosas protestantes.

ABSTRACT

The use of drugs is a current issue in a context in which medical and chemical advances collaborate to produce new substances that increase the supply to the consumer market. This study aims to understand the therapeutic routes of drug addicts in the *Group Dependents of God*, which is a part of the *Christian Community Church Ministry of Faith*. How is the association between drug medical treatments and religious therapeutic practices? In Brazil, where the Protestant religion has been gaining its own space each day, it must be understood who are the people that attend these institutions, how they decide which treatment they must adhere, if and how they go from the *Unified Health System* to the Christian Protestant treatment, what is their perception of health, wellness and disease and how they understand the rehabilitation and healing in medical and religious treatments.

Keywords: drug addiction, rehabilitation, healing, therapeutic itineraries, medical treatments and Protestants therapeutic practices.

SUMÁRIO

1. Introdução: Delimitando o Tema de Pesquisa	9
2. Objetivos Gerais e Específicos.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3. A Trajetória Terapêutico-Religiosa: Paralelo entre a Droga e a Religião na Literatura	17
4. Protestantismo	23
4.1 Panorama do Protestantismo no Brasil	26
4.2 Panorama do Protestantismo no Distrito Federal.....	28
5. Metodologia.....	32
6. Entrando em Campo	37
6.1 Quem São Eles?	39
6.2 Líderes: Breve História de Vida	40
6.3 Pacientes: Breve História de Vida	46
6.4 Rituais de Cura: Cultos, Orações, Evangelismos, Testemunhos	54
6.5 Concepções de Doença e Bem Estar.....	69
6.6 Itinerários Terapêuticos: Transição entre Tratamentos Médicos e Religiosos	75
6.7 Concepções de Saúde e Cura: Conceito de Queda	84
7. Considerações Finais	90
8. Referências	93
9. Anexos.....	100

1. Introdução: Delimitando o Tema

Atualmente as religiões ganharam uma proporção significativa diante da noção de lidar com os percalços da vida. A fé atrelada a elas contribui com o modo de agir e pensar e, sobretudo, com a perspectiva de futuro de cada indivíduo, principalmente quando se tem algum desafio a ser vencido.

Quando nos referimos a dependências químicas, a fé pode vir como forma de equilibrar, extinguir e amenizar o uso de tais substâncias. Na maioria dos casos, a devoção se mostra inversamente proporcional ao abuso e dependência de algum tipo de droga. Portanto, quanto mais importância a espiritualidade, a religião e a prática de ambas têm para um indivíduo, a probabilidade do uso de drogas se torna menor.

É sabido que as práticas religiosas estão em constante crescimento. Mesmo com os avanços tecnológicos oferecidos pelas práticas médicas convencionais, há pessoas que estão migrando desse sistema para uma busca por soluções para os seus questionamentos e dificuldades na religião e no divino. Essa surge para justificar fatos que não se podem controlar e perpassam os saberes científicos. Além disso, esse grupo de pessoas está procurando não somente por cura no corpo, mas cura em suas almas e em sua referência de pessoa, que muitas vezes é perdida juntamente com o uso de droga. Para Concone (1987, apud Cerqueira-Santos et. al., 2004, p.82): “quando a Medicina não mostra uma alternativa de cura que satisfaça o ser humano, ele tenta outro caminho”.

É importante salientar que a ciência e a religião são campos de estudo que podem ser complementares e que não são necessariamente antagônicos. Esta última pode oferecer auxílios para os usuários e suas famílias, que muitas vezes são oferecidos pelo Estado de forma precária e insuficiente para atender a demanda, apresentando-se o sistema de saúde como ineficaz. Segundo Faria e Seidl (2005, p.381), o desafio para os profissionais de saúde no século atual é o entendimento das bases psicológicas das crenças, experiências e comportamentos religiosos, com o propósito de ampliar tal conhecimento em prol do bem-estar do ser humano.

A religião protestante, que foi trazida pelos holandeses entre os anos de 1624 e 1625, teve, segundo o Censo do IBGE em 1970, cerca de 4,8 milhões de pessoas adeptas; em 2000, 26,1 milhões; em 2010, esse número subiu para 42,3 milhões. Segundo o IBGE, se esse crescimento se mantiver estável ao longo dos anos, no ano de 2020, metade da população será evangélica.

Esse fato se deve à contribuição que a religião dá para o indivíduo no que diz respeito ao aporte emocional e empoderamento desse. É importante salientar que as situações são interpretadas de acordo com as avaliações, significados, percepções e valores que cada pessoa traz consigo, ou seja, algo que pode ser visto como uma ameaça ou estresse para uma pessoa pode não ser para outra. Isso faz com que os processos de enfrentamento da doença do alcoolismo e da dependência das drogas se tornem também diferenciados de acordo com a fase de aceitação de que se está doente e estratégias de enfrentamento da própria doença.

Há indivíduos que recorrem a Deus para que seus problemas sejam solucionados ou para que Ele possa ajudá-los a os enfrentar. Essas estratégias comportamentais e cognitivas que servem para lidar com circunstâncias estressoras, vindas da religião ou da espiritualidade, são denominadas como enfrentamento religioso – ER (TIX e FRAZIER, 1998).

Entretanto, nem todas as pessoas recorrem ao enfrentamento religioso. A utilização é mais frequente para os indivíduos que têm suas crenças e valores como parte orientadora do mundo (PARGAMENT, 1997).

Paiva (2005) afirma que o conceito do “sagrado” unifica a religião e a espiritualidade, pois a religião se traduz por vias em busca do sagrado e a espiritualidade é a busca do sagrado. E alega ainda que a religião é mais ampla do que a espiritualidade. A intenção deste trabalho é analisar como os dependentes químicos que procuram reabilitação nas práticas terapêuticas religiosas protestantes, (re)criam um modo de agir e impõem desafios e propostas de organização por parte de um sistema médico convencional, que, segundo Cerqueira-Santos (2004, p.83), é um sistema de saúde precário, que tem levado grande parte da população à procura de formas alternativas para o restabelecimento do seu bem-estar.

Entretanto, a busca por formas alternativas e complementares de tratamento decorre menos da falta de recursos, falta de escolha, infraestrutura, informação ou acesso aos serviços da medicina convencional do que da busca por novos trânsitos e ressignificações do processo saúde-doença, já que esses fazem sentido para as pessoas.

Esse “conjunto” de faltas, definidoras inexatas das pessoas, não raro é alegado pelos profissionais bem-intencionados, adeptos dos ideais de universalização do serviço de saúde, mas pouco sensíveis às lógicas simbólicas que insistem em preponderar nos interstícios ou nas margens dos serviços. Muito embora em várias situações a precariedade dos serviços de saúde seja notável nos contextos em que vivem estes sujeitos, é notável perceber que os usos que são feitos dos serviços, quando possível, são usos estratégicos e táticos, conscientes e articulados, que denotam claramente a persistência de cosmologias específicas, mais ou menos abertas às trocas com os recursos humanos e materiais oficiais (FLEISCHER et al., 2009, p. 14)

De acordo com Lévi-Strauss (1981), os procedimentos terapêuticos populares possuem uma carga simbólica de determinados atos, que o autor denomina de eficácia simbólica. Seu impacto começa na significação e enfrentamento dado pelo indivíduo até a ressignificação pelo desfecho da situação estressora.

O desígnio desse é a compreensão desse grupo social que tem transitado de práticas médicas convencionais para práticas religiosas no segmento do protestantismo, e tem reforçado a busca pelo entendimento e análise dos itinerários terapêuticos inerentes a elas, levando em consideração que esses sofrem variações de acordo com as especificidades de cada indivíduo e contexto.

Nos estudos voltados ao tema da religião como sistema terapêutico, interessa saber como esses indivíduos percebem seu corpo e fazem uso dele em busca da reabilitação, e como a fé influencia neste processo. Além disso, interessa compreender o impacto que a religiosidade exerce sobre a saúde dos pacientes, a forma como modula as atividades diárias, e se é ou não associada a práticas médicas convencionais. Também, quais são os efeitos por vezes negativos que a religiosidade pode causar a essas pessoas. Segundo Luz (2007, p.34), o usuário compulsivo por drogas e o religioso alienado se apresentam anestesiados, presos e estagnados de si mesmos e do mundo.

Em um país em que a religião protestante vem ganhando a cada dia o seu espaço, cabe ao Sistema Único de Saúde a compreensão de quem são essas pessoas; quais são seus itinerários terapêuticos e como decidem a qual terapêutica devem aderir,

qual é a percepção de corpo, saúde, bem estar e doença; e como entendem a reabilitação e cura nos tratamentos medicinais e nos tratamentos religiosos. Este trabalho busca responder essas questões e, também, busca a compreensão dos protestantes no que diz respeito à eficácia dos tratamentos e busca, finalmente, analisar as alterações ocorridas em seu estado após intervenções religiosas ou após a aderência ao tratamento terapêutico religioso.

A pertinência do tema se dá pelo fato de que o uso de drogas se tornou um tema atual em um contexto em que os avanços médicos e químicos colaboram para a produção de novas substâncias, aumentando a oferta no mercado consumidor. Além disso, têm-se a falta de repressão eficaz, falta de programas preventivos e aumento de números de laboratórios que produzem as drogas sintéticas, favorecendo o acesso e conseqüentemente a repercussão do tema (LUZ, 2007, p.19).

Além disso, os meios midiáticos ainda podem influenciar e passar uma falsa imagem de poder, beleza e felicidade associados à dependência química, favorecendo o crescimento do uso de drogas (FIRETTI, 2003).

A repercussão se dá também pela inquietação gerada para o Estado, a sociedade e as famílias. O Estado, que é o principal responsável por garantir o bem comum a toda a sociedade, se vê em um grande desafio, já que a dependência química se desencadeia como uma ameaça à saúde pessoal e coletiva e está associada com o crescimento da violência, aumento do tráfico de drogas, assaltos, prostituição e superlotação das cadeias e hospitais. Além disso, tem as conseqüências pessoais, que são variadas, como prejuízos ao meio social, familiar e no ambiente de trabalho.

Tendo em vista que a definição de saúde atualmente engloba muito mais que ausência de doenças, abrangendo o bem-estar biopsicossocial dos sujeitos, se torna, por isso, um campo de estudos da ciências sociais na área de saúde coletiva, necessitando que as ações e serviços de saúde sejam reorganizados para atender às indigências de saúde dessa coletividade em sua totalidade. É sabido que alguns profissionais de saúde não têm experiências para lidar com esse público, que são, em alguns casos, tratados como pessoas marginalizadas da sociedade e são submetidos a técnicas excludentes que não consideram a individualidade e o contexto social, emocional e físico do sujeito e cuja situação se agrava diante de um sistema de saúde desacolhedor.

Desse modo, o tratamento religioso para a dependência química tem ganhado importância para a saúde pública, podendo ser associado a ações convencionais de saúde ou não. Sendo assim, o presente trabalho se propõe a compreender a importância que a fé tem para os que estão procurando a cura na reabilitação da dependência e para aqueles que têm o papel de líderes espirituais e auxiliares.

O trabalho tomará a direção da busca pelo entendimento da eficácia simbólica presente na rotina dos sujeitos de pesquisa que tomam a religião protestante e a fé em Deus como uma forma de fortalecimento para sua reabilitação. A compreensão dessa vivência é importante para o entendimento de quem são essas pessoas, seus itinerários terapêuticos, a transição feita do SUS para o tratamento cristão protestante, qual é o entendimento de cura e como essa religião influencia na reabilitação.

Sendo assim, buscando desenvolver uma explicação mais didática e paulatina dos conceitos para melhorar a compreensão do leitor e atingir os objetivos propostos, este trabalho seguirá a seguinte ordem:

Parte 1 – “Objetivos”, em que há a delimitação do objetivo geral e dos específicos que almejo alcançar com este trabalho.

Parte 2 - “A Trajetória Terapêutico-Religiosa: Paralelo entre a Droga e a Religião na Literatura”, em que se procura entender os diversos fatores que influenciam o primeiro contato com as drogas e o uso contínuo da substância, podendo causar a dependência química. Além disso, delimito a religião protestante agindo como um inibidor da utilização e como um bom efeito na recuperação dos dependentes, apontando para a importância da Igreja no tratamento e na prevenção da dependência.

Parte 3 – “Protestantismo no Brasil”, em que pondero sobre o surgimento da religião protestante e suas diferentes correntes. Ademais, discorro sobre a sua evolução no contexto atual brasileiro e brasileiro, em que há um aumento no número de adeptos que migram de outras religiões para esta.

Parte 4 – “Metodologia”, em que relato os instrumentos de pesquisa utilizados, a escolha pelo método qualitativo com observação participante, e, ainda, sobre a etnografia como instrumento escolhido para entender as percepções dos entrevistados e a minha própria percepção. Feito esse percurso, abranjo os cuidados que tive para garantir um trabalho que respeitasse o anonimato, confidencialidade e conforto dos participantes.

Parte 5 – “Entrando em Campo”, que se trata da pesquisa realizada propriamente em campo. Abrange os resultados, análises e interpretações quanto aos rituais de cura utilizados, conceito de doença e bem-estar, conceito de cura, itinerários terapêuticos, eficácia simbólica e outros saberes e práticas, em que são abordados diferentes religiões e suas significações.

Parte 6 - ”Considerações Finais”. Por fim, encaminhar-se-á neste ponto algumas das principais deduções e afirmativas decorrentes da pesquisa.

2. Objetivos Gerais e Específicos

2.1 Objetivo Geral:

Compreender os itinerários terapêuticos dos protestantes pertencentes ao grupo Dependentes de Deus, que transitam do SUS às práticas religiosas de cura.

2.2 Objetivos Específicos:

- Compreender e analisar a fé e a eficácia simbólica, como se dá a associação de tratamentos medicamentosos e tratamentos terapêuticos religiosos no grupo Dependentes de Deus, pertencente à religião protestante;
- Entender a percepção da religião protestante sobre a dependência de drogas ilícitas e lícitas e as pessoas que têm esta dependência;
- Entender o modo como a religiosidade é vivenciada no processo de recuperação de dependência química;
- Compreender a postura diante da aflição e quais são as alternativas, interpretações e mudanças no comportamento cabíveis diante dessa;
- Entender as percepções de corpo, saúde e doença para os indivíduos que frequentam o grupo Dependentes de Deus;
- Compreender como a fé e a religiosidade influenciam nos tratamentos e na própria reabilitação do uso de drogas;
- Entender as redefinições do conceito de cura; e

- Entender como a religiosidade modula as atividades diárias e se ela é ou não associada a práticas médicas convencionais no tratamento da dependência química.

3. A Trajetória Terapêutico-Religiosa: Paralelo entre a Droga e a Religião na Literatura

O uso de substâncias entorpecentes pelo homem é quase tão antigo quanto sua própria existência. Foi utilizada por milhares de anos com finalidades religiosas, culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente para a obtenção do próprio prazer. (QUEIROZ, 2008, p.30)

O consumo de álcool e drogas ilícitas vem ganhando grande repercussão, tanto na questão da prevenção ao uso quanto na questão do contato crescente entre alguns indivíduos. A conseqüente dependência química acarreta prejuízos em todos os âmbitos da sociedade e em todas as classes sociais.

A prevenção ao primeiro contato é a melhor alternativa de combater esse crescimento no consumo. Conhecer a população com a qual se pretende trabalhar é o primeiro passo para se aproximar de maneira eficaz e conseguir estabelecer um vínculo com esta comunidade a fim de combater a dependência química e promover a saúde.

O Brasil ainda encontra-se deficiente em matéria de conhecimento da população com a qual se pretende trabalhar, pois as campanhas até então realizadas têm negligenciado este aspecto, iniciando projetos de prevenção primária sem qualquer estudo prévio da população em questão. (NOTO; GALDUROZ, 1999, p.148)

A dependência abordada prevalentemente neste trabalho é a química, que é um transtorno crônico caracterizado por três elementos principais: compulsão para busca e obtenção da droga, perda do controle em limitar esse consumo e emergência de estados emocionais negativos (disforia, ansiedade, irritabilidade) quando o acesso a essa droga é impossibilitado (abstinência). (KESSLER, DIEMEN e PECHANSY, 2004, p.299)

De acordo com Dalgalarondo et al. (2004, p.82), o consumo das substâncias psicoativas tem finalidades variadas de acordo com aspectos individuais, sociais e culturais. Pode-se citar a ansiedade, a tentativa de fugir de problemas e dores, o alívio da ansiedade, a busca pelo prazer e até mesmo a necessidade de se sentir incluído socialmente como fatores que podem predispor o indivíduo a esta utilização.

Sanchez e Oliveira (2004, p.44) apontam que a religião vem para minimizar este fato, pois é considerada como um fator protetor para a não utilização de drogas e também previne o primeiro contato, principalmente entre jovens. Além de ser um fator de prevenção, contribui na recuperação e no tratamento daqueles que querem ter o uso de drogas abolidos de suas vidas.

Alguns estudos realizados nacionalmente e internacionalmente observaram e afirmaram que há relação entre não ter uma religião, ter insuficiência de crença religiosa, possuir ausência de filiação religiosa, não ter tido educação religiosa na infância e não frequentar uma igreja com uma maior acentuação do uso de drogas e álcool, e ainda que a presença desta é um inibidor ou modulador para tais práticas (DALGALARRONDO et al., 2004, p.88).

De acordo com Dalgalarrondo et al. (2004, p.88), deve-se levar em consideração que esta inibição se dá devido aos aspectos subjetivos que cada indivíduo traz para si em relação a valores, símbolos, comportamentos e práticas sociais que são adquiridos a partir da inserção em uma religião ou comprometimento com esta, incentivando a não aceitação de drogas e álcool por terem a percepção de que isso é algo imoral. Portanto, a relação é inversamente proporcional: quanto maior é o envolvimento pessoal com alguma religião cristã e importâncias que abarca, menor é a probabilidade de se inserir em um contexto de substâncias psicoativas.

Neste contexto, existe um grande número de pessoas que não recusaram o “convite” às drogas e ao álcool e que em razão da dependência química se veem em uma situação de desespero, perderam família, emprego, sua dignidade e até mesmo a sua moradia. Mas que passam a buscar auxílio, fortalecimento, alívio e solução para os seus problemas na fé, no contato com a religião, principalmente aquelas que tratam não somente do corpo, mas também da alma.

Deve-se considerar que não são todas as pessoas que tiveram o primeiro contato com drogas lícitas ou ilícitas que se tornarão futuros dependentes, já que as situações podem variar de indivíduo para indivíduo, de acordo com seus valores, contexto familiar, contexto cultural, objetivos e motivações (LOURENÇO, 2001, p.172).

Para Luz (2007, p.22), existem diversas formas de ajuda para aqueles que buscam se libertar da dependência química e também para seus familiares. Uma das

formas é a religiosidade, que traz confiança e uma base concreta para que aquele possa ter novamente o controle de sua própria vida.

Além da religiosidade como reabilitador das drogas, se tem os benefícios da religiosidade atrelados a um papel preventivo primário em doenças cardíacas e cânceres ou ainda à melhora da qualidade de vida de pacientes que já desenvolveram a doença ou, até, retardo da morte (POWELL et al, 2003).

Both e Martin (1998) destacam um bom efeito da religião na recuperação dos dependentes, apontando para a importância da Igreja na área do tratamento e da prevenção da dependência. Segundo estes autores, os estudos de “religiosidade e drogas” evidenciam o papel da religiosidade na prevenção primária do consumo e, também, o da espiritualidade no que respeita ao tratamento da dependência.

As comunidades terapêuticas cristãs que tratam de dependentes químicos, em sua maioria, dão ao indivíduo e a sua família o aporte biopsicossocial de que necessitam, favorecendo o empoderamento para que possam se reabilitar e ter sua vida reconstruída na sociedade, além de oferecer auxílios pautados no tratamento igualitário dos indivíduos, que podem melhorar a qualidade de vida e incentivar o abandono de hábitos considerados não saudáveis. Segundo Cerqueira-Santos (2004), há o acolhimento do sujeito como se fosse um irmão em Deus, em que existe a predominância de sentimentos de ajuda e compaixão, e em que, a exclusão se deteriora dando lugar ao amparo em um novo grupo.

Entende-se por comunidade terapêutica o serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial (Resolução 101 da ANVISA, 30 de maio de 2001).

Utiliza-se de conhecimentos, instrumentos e técnicas científicas, na área da saúde mental, social e física, para o atendimento ao usuário¹. O tratamento, portanto, se concentra no fortalecimento físico, psíquico e espiritual. Sendo assim, a grande maioria destas comunidades são vinculadas a religiões católicas, evangélicas e espíritas.

¹ Nem todo usuário é dependente. De usuário ocasional ou semi-ocasional a pessoa pode se tornar um dependente químico (toxicômano).

De acordo com a autora Costa (2009, p.5), o crescimento que se deu dessas comunidades ocorreu porque antigamente o dependente químico e/ou sua família tinham como única opção a internação em manicômios, levando o usuário/dependente a ser considerado como uma pessoa com transtornos psiquiátricos. Nessa mesma época, em 1960, surgiram também as clínicas particulares especificamente atuando nesta área, mas com custos elevados, mantendo excluídos do tratamento uma grande parcela oriunda das classes mais empobrecidas da sociedade.

Uma das religiões que pretendem somar na contribuição com a prevenção ou inibição do uso de drogas é a religião protestante, a qual estudaremos nesse trabalho.

As igrejas vêm ganhando seu espaço e se organizando como instituições e espaços públicos que prestam assistência ao Estado e à sociedade no campo da saúde. De acordo com Cerqueira-Santos (2004, p.83), as igrejas protestantes se apresentam como um mundo que acolhe e protege, oferecendo o que as pessoas procuram na religião: atendimento das necessidades, sentido para a vida e controle do presente e do futuro. Prometem curas e amparo emocional, assim como interferem na maneira como os fiéis encaram, elaboram e aceitam esse fato.

O autor Hansen (2004) defende que os tratamentos ofertados pelas igrejas evangélicas pautados na fé e sem associação a tratamentos médicos convencionais têm ganhado espaço e aumentado em número de igrejas e adeptos.

Segundo Brown (1973), a maioria dos estudos na temática de programas de tratamento que são realizados por igrejas é feita pela religião protestante, sendo esta a primeira a atuar posteriormente à Segunda Guerra Mundial, durante a qual foram realizados programas de recuperação em igrejas evangélicas de New York e Chicago.

De acordo com a autora Luz (2007, p.40), a fé religiosa pode servir como uma maneira de quebrar o ciclo vicioso ao qual o jovem usuário se vê preso. É possível associar essa afirmativa com outra de Faccio (2008, p.10), segunda a qual há uma alta frequência do consumo de drogas e álcool e ausência de políticas públicas que cuidem especificamente de usuários e dependentes químicos. Pautaremos o trabalho, acreditando que as casas de recuperação cristãs protestantes existentes atualmente têm uma das motivações de preencher as lacunas existentes dessa temática.

De acordo com Rabelo (2010, p.3), quando são comparados os tratamentos religiosos com os tratamentos biomédicos, têm-se nos primeiros o investimento no diálogo, que normalmente falta nas práticas biomédicas. Diante disso, é importante salientar que o presente trabalho contará com a busca pela compreensão e análise dos itinerários terapêuticos dos pacientes e dos líderes do Grupo Dependentes de Deus, que podem ou não ter migrado das práticas médicas convencionais para as práticas religiosas buscando a reabilitação de seu estado de saúde.

Itinerários terapêuticos para Gerhardt (2006, p.2449) é o sinônimo de busca de cuidados terapêuticos. A autora procura descrever e analisar as práticas individuais e sócio-culturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde. No caso em questão é relevante que se compreenda a forma com que os indivíduos enfrentam a doença e qual é o significado de saúde para eles, e, ainda, como a droga pode afetar sua saúde. É necessário que se analise os itinerários terapêuticos na especificidade e contexto de cada um.

Pretende-se, com isso, não gerar uma comparação entre as práticas médicas convencionais e práticas religiosas, mas entender como a fé na percepção dos protestantes influencia na busca por uma solução para o seu problema de saúde.

Ademais, o trabalho se apoiará também na afirmativa de Houtart (1994, apud Cerqueira-Santos, 2004, p.84):

As pessoas constroem uma realidade que é perpassada por suas crenças religiosas, ou seja, é realizado um trabalho intelectual sobre a realidade para interpretá-la, trabalho esse que é permeado pelas condições concretas e históricas dos atores sociais. Dessa forma, as igrejas também se apropriam de conceitos de doença, saúde, normal e patológico.

Além disso, este trabalho tratará de compreender a repercussão da fé utilizada em comunidades terapêuticas cristãs protestantes e a eficácia simbólica que esta tem para os indivíduos envolvidos. Eficácia simbólica, para Lévi-Strauss (1970), consiste na crença da magia, ou seja, a cura está na própria fé e no que se acredita. Um líder religioso, por exemplo, oferece uma explicação de acordo com suas próprias crenças. O

indivíduo pode assimilar e acreditar naquilo que lhe foi passado, gerando novas crenças e buscando um sentido e solução para o que está sendo vivenciado.

4. Protestantismo

O nome “protestante” provém dos protestos dos cristãos do século XVI contra as práticas da Igreja Católica. Organizado por Martinho Lutero, o protestantismo defendia a fé como o elemento fundamental para a salvação e condenava a venda de indulgências pela igreja e, também, o rebaixamento moral do clero da época. Lutero aboliu as imagens dos santos, suspendeu o celibato, proibiu o latim das celebrações e manteve o batismo e a eucaristia.

Para esse segmento a fonte de fé é a Bíblia, sendo chamada de a Palavra de Deus ou simplesmente a Palavra. Por esse motivo, a partir da Reforma Protestante, a Bíblia foi traduzida para diversas línguas e distribuída sem restrições para as pessoas.

Em alguns países, incluindo o Brasil, o termo “protestante” é substituído por “evangélico”, retirando a conotação da palavra e dando uma característica mais positiva e universal. Entretanto, segundo Soares (2013, p.17):

É possível perceber, no Brasil, na construção e usos da palavra “evangélico” um processo de crescente estigmatização e distinção de classe, entre os que se denominam e são denominados por “evangélicos”, os quais são identificados como de classe popular, e os que se denominam e são denominados “protestantes”, os quais são identificados como de classe alta.

Atualmente, costuma-se classificar as igrejas protestantes em tradicionais, pentecostais e neopentecostais. Apesar disso, atualmente as segmentações não são bem definidas. A partir das práticas de Lutero, algumas correntes surgiram, entre elas o protestantismo histórico que se originaram na Reforma Protestante ou bem próximo dela, que são igrejas clássicas surgidas com a reforma. Estas igrejas não aceitam o chamado “batismo no Espírito Santo” e nem o “falar em línguas”². O pentecostalismo surge nos Estados Unidos, e engloba as igrejas que acentuam a atuação do Espírito

² Episódio que foi narrado pela primeira vez na bíblia no livro de Atos, que foi uma manifestação iniciada pelos apóstolos no Dia de Pentecostes. Alguns cristãos católicos e evangélicos acreditam que quem ora não sabe o que está orando, porque não é ela mas, sim o espírito.

Santo, como a cura das enfermidades, o exorcismo e o dom de falar em línguas estranhas. Adotam, em geral, preceitos mais rígidos que os protestantes históricos quanto ao comportamento pessoal e social de seus membros.

O neopentecostalismo surge no Brasil na segunda metade dos anos de 1970. Apesar de ter utilizado as crenças e afirmações dos Estados Unidos, todas as igrejas foram fundadas por brasileiros. Evoluiu, se tornou aparente e se fortaleceu no decorrer das décadas seguintes. Tem como características a evidência que dão à guerra espiritual contra o Diabo e seus representantes na Terra, prega a Teologia da Prosperidade, difusora da crença de que o cristão deve ser próspero, saudável, feliz, vitorioso, recebendo, para isso, o favorecimento de Deus. Além disso, rejeita usos e costumes de santidade pentecostais e tradicionais símbolos de conversão.

De acordo com Mariano (2004, p.124), do ponto de vista comportamental as igrejas neopentecostais, são as mais liberais, já que extinguíram características tradicionais do pentecostalismo e romperam com as tipificações culturais pelas quais os membros eram reconhecidos e estigmatizados.

Estes usos e costumes dos pentecostais que são contestados pelos adeptos dos neopentecostalismo e que são nitidamente visíveis são as mulheres terem seus cabelos longos, não usarem brincos e nem maquiagem e andar sempre com blusas com mangas; para os homens é bom que estejam sempre com o cabelo cortado, com terno ou com camisas de manga longa. Acreditam que, assim, aliada a uma vida de oração e leitura da bíblia, estão em santidade com Deus. Entretanto, talvez por influência do mundo moderno e do crescimento da outra vertente neopentecostal, algumas igrejas atuais permitem que seus fiéis estejam utilizando vestimentas que eram consideradas inadequadas outrora.

Além disso, o pentecostalismo possui uma atitude mais conservadora em relação à participação das mulheres nos cultos como celebrante ou papéis com mais destaque, que só acontecem se forem aceitos anteriormente e mesmo assim tem uma participação mais tímida em relação aos homens, algo que não acontece nas igrejas neopentecostais.

Ainda segundo Mariano (2004, p.124), os cultos neopentecostais baseiam-se na oferta de serviços milagrosos e de cunho terapêutico, centrados em promessas de

concessão divina de prosperidade material, cura física e emocional e de resolução de problemas familiares, afetivos e amorosos.

Nesse trabalho, nos interessa aprofundar o entendimento sobre as práticas oferecidas pela corrente neopentecostal, já que o grupo “Dependentes de Deus” inserido na “Comunidade Cristã Ministério da Fé” partilha dessa corrente.

4.1 Panorama do Protestantismo no Brasil

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de evangélicos no Brasil aumentou 61,45% desde a década anterior. Em 2000, cerca de 26,2 milhões se disseram evangélicos, ou 15,4% da população. Em 2010, eles passaram a ser 42,3 milhões, ou 22,2% dos brasileiros.

Entretanto, mesmo com esse crescimento, o país tem sua maioria sendo católico. Dois em cada três brasileiros declararam serem adeptos dessa religião. Segundo o IBGE, o número de pessoas que se declaram católicas sofreu queda de 1,3%. A porcentagem do número de católicos atual é de cerca de 64,6%, demonstrando uma deterioração em relação ao ano de 2000, que era de 73,6% dos brasileiros.

Além disso, a região Nordeste ainda continua a concentrar o maior número de adeptos da religião católica, porém a taxa sofreu queda. Atualmente a porcentagem é de 72,2% e anteriormente era de 79,9%. Na região Sul, foi identificada a redução de 77,4% para 70,1% nos censos de 2000 e de 2010, respectivamente. Entretanto, a região que acumulou a maior queda no número de católicos foi a Norte com diminuição de 71,3% em 2000 para 60,6% em 2010.

O IBGE destacou que ao mesmo tempo em que os adeptos da religião católica diminuía na região Nordeste e Norte aumentavam os números de evangélicos. Destacou ainda que 15 milhões de pessoas se declararam sem religião no Censo de 2010, representando 8% dos brasileiros. Estes, juntamente com os católicos, formam um grupo em que há maiores porcentagens de homens em relação às mulheres.

“O que os dados do IBGE não revelam, mas pesquisas sociológicas e antropológicas têm evidenciado, é que tal crescimento vem ocorrendo concomitantemente com uma ampla transformação na conduta e no modo de ser dos evangélicos. Mudança que se estende à forma desses religiosos se relacionarem com a sociedade e a cultura envolvente, o que é tanto causa como consequência dessa expansão numérica.” (JUNGBLUT, 2007, p.144)

No Censo do IBGE, os evangélicos foram divididos em evangélicos de missão, evangélicos pentecostais e igrejas evangélicas não determinadas. Os evangélicos de

missões são os luteranos, presbiterianos, metodistas, batistas, congregacionais e adventistas. Os evangélicos pentecostais são das igrejas Assembleia de Deus, Igreja do Evangelho Quadrangular, Igreja Universal do Reino de Deus, Deus é Amor, O Brasil para Cristo, Casa da Bênção, Maranata, Nova Vida, entre outras. E as igrejas evangélicas não determinadas, em que o IBGE não citou quais seriam. Os evangélicos de missão são considerados pelo IBGE como os protestantes tradicionais, descrito anteriormente.

Em relação ao gênero, se compararmos os evangélicos de missões, pentecostal e evangélicos não determinados os homens e as mulheres estão em maiores proporções na pentecostal, e, ainda, destes, os de 30 a 39 anos concentram maiores proporções juntamente com os jovens que têm idade entre 15 a 19 anos.

Em se tratando de zona urbana ou rural, os evangélicos estão mais concentrados na zona urbana e mais uma vez os pentecostais aparecem encabeçados na lista como seguimento com maior destaque nessas localidades. No que diz respeito à cor ou raça, a totalidade de evangélicos se declararam predominante pardos, sendo que de missão, pentecostais e evangélicos não determinados são brancos, pardos, e brancos, respectivamente.

Na comparação de distribuição de renda, os católicos com 10 anos ou mais de idade que vivem com até um salário mínimo em seu domicílio somam 55,8%, os evangélicos pentecostais 63,7% e os sem religião 59,2%, são maioria nesta faixa. Entre as classes com rendimento acima de cinco salários mínimos, se inserem os que se declaram espíritas, totalizando 19,7%. Estes se incluem ainda como o grupo com maior proporção de pessoas com nível superior completo, 31,5%, além de terem as menores percentagens de indivíduos sem instrução, 1,8%, e com Ensino Fundamental incompleto, 15%.

Os católicos e os sem religião constituíram os grupos que tiveram os maiores percentuais de pessoas de 15 anos ou mais de idade não alfabetizadas, 10,6% e 9,4%, respectivamente.

4.2 Panorama do Protestantismo no Distrito Federal

Brasília se caracteriza por ser uma cidade em que se encontra uma grande diversidade de religiões.

De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³ realizado em 2010, a religião católica ainda tem predominância no que diz respeito à quantidade de adeptos em todas as cidades do Distrito Federal. Esse público está acumulado em 56,6% da população, entretanto, a religião protestante tem conquistado seu espaço na capital do Brasil. Esta religião representa um quarto dos moradores do DF e em algumas cidades corresponde a 35% dos habitantes. O IBGE mostrou ainda que, mesmo com o crescimento mais tímido, a religião espírita e pessoas sem religião aglomeram muitos adeptos.

O catolicismo representa a principal escolha de pessoas em dois dos bairros mais ricos da capital, o Lago Sul e Park Way, que têm a maior proporção da religião entre seus moradores, com 62,2%. Já em Brazlândia, os dados revelaram que nesta região administrativa se concentra o maior número de evangélicos sendo, 33,7% dos moradores.

As cidades Guará, Asa Norte e Sudoeste tem a maior predominância do espiritismo, onde têm pouco mais de 10% dos habitantes. Além dessa religião, a Asa Norte tem a maior proporção de ateus em todo o Distrito Federal, sendo que 14,8% de pessoas se declararam sem religião, significando um índice maior até mesmo do que os evangélicos dessa mesma região. Além dessa região administrativa, a Asa Sul acumula 12,4% e os Lagos Sul e Norte 10,8% de ateus. Os dados mostraram que as cidades e bairros com alta renda per capita concentram maiores indicadores de ateus, agnósticos e pessoas sem religião.

³ Esses dados foram retirados do Jornal Correio Braziliense de 14 de maio de 2013, com base no Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010.

Além disso, o censo demonstrou que 19.885 pessoas afirmaram não acreditar em Deus. 236.528 brasilienses se declaram sem religiões, ateus e agnósticos, representando 9,2% do total da população da capital e colocando o segmento em terceiro lugar no ranking da religiosidade na capital, atrás somente de católicos e evangélicos.

A igreja “Comunidade Cristã Ministério da Fé”, existente há 20 anos, conta atualmente com milhares de membros e é liderada pelo libanês Pr. Fadi Faraj e por sua esposa Lígia Faraj e tem como objetivos principais levar às pessoas experiências de libertação interior, fortalecer estruturas desgastadas, principalmente a família, e melhorar a qualidade de vida através das promessas de Deus.

Tem como público a classe média urbana. É uma igreja diferenciada em relação à idade de seus membros, sendo possível encontrar crianças, grande número de jovens, adultos e idosos em seus cultos. Estes ocorrem nas quartas e domingos, voltados para toda a família, e aos sábados o culto é direcionado para os jovens e diversifica nas músicas utilizadas e no teor das pregações para se adequar à linguagem utilizada pelos mesmos.

Atualmente a igreja existe somente no Brasil, entretanto, seu pastor frequentemente é convidado para ministrar em outras igrejas internacionais e também convida pastores nacionais e internacionais para que ministrem também no Ministério da Fé. A sua sede está localizada em Taguatinga Norte, região administrativa de Brasília-DF, mas possui extensões no Gama, Santo Antônio do Descoberto, Recanto das Emas e Plano Piloto.

Diferente das demais, não pede dízimos de maneira explícita para seus fiéis, as pessoas que quiserem semear podem se direcionar até o altar na frente da igreja e depositar suas ofertas a qualquer momento.

Como característica do neopentecostalismo, utiliza a mídia de maneira intensiva, possui programas que são transmitidos às terças, quintas e domingos pela emissora Rede Gênese e aos sábados pela manhã pela emissora de televisão Redetv e tem

projetos para adquirir uma emissora de rádio com intuito de expandir a Palavra de Deus para o maior número de pessoas possíveis, e, assim, conseguir aproximá-las Dele.⁴

Como foi dito anteriormente, o Grupo “Dependentes de Deus”⁵ está inserido na “Comunidade Cristã Ministério da Fé”. Existe há aproximadamente seis anos e não possui fins lucrativos. Atualmente o grupo só está localizado na sede da igreja em Taguatinga, não existindo em suas extensões.

É formado por líderes espirituais que têm o objetivo de ajudar pessoas que estão em situação de dependência química através da Palavra de Deus e fazer com que se tornem, a partir de então, dependentes de Deus, por isso o nome do grupo. Conta com treze líderes, entretanto, não há no grupo pessoas ou líderes que participaram da fundação, mas os propósitos e metas ainda perpetuam. Por isso, não há muitas informações do motivo do surgimento do grupo e nem dos desafios enfrentados desde que foi instituído.

Para alcançar os seus objetivos se reúnem semanalmente com pessoas em situação de rua e que prioritariamente sejam usuárias de drogas em albergues, centros de internação de menores infratores e por meio de visitas a famílias de dependentes químicos. Além disso, há reuniões na própria igreja, para as quais essas pessoas podem ser encaminhadas, como será abordado ao longo do trabalho.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010, o panorama das religiões nas cidades de Taguatinga, Asa Norte, Gama, Recanto das Emas, onde a igreja “Comunidade Cristã Ministério da Fé” tem extensões é o seguinte: Taguatinga tem 56,2% católicos, 26,5% evangélicos, 3,4% espíritas e 6,6% se declararam sem religião; Asa Norte, 52,6% católicos, 14,4% evangélicos, 10,3% espíritas e 8,5% sem religião; Gama possui 50,9% católicos, 31,7% evangélicos, 2,3% espíritas e 8,5% sem religião; e Recanto das Emas possui 50% católicos, 32,6% evangélicos, 0,6% espíritas e 9% sem religião. Sendo assim, Recanto das Emas se

⁴ Site da Igreja Ministério da Fé: <http://portalministeriodafe.com/principal/>

⁵ Página Virtual do Grupo Dependentes de Deus: <http://portalministeriodafe.com/principal/dependentes-de-deus-dependentes-quimicos>

apresenta como a região administrativa com mais evangélicos dentre as descritas e a Asa Norte a que menos concentra adeptos. Taguatinga lidera os que se declaram católicos, ao contrário do Recanto das Emas, que também acumula a menor quantidade de espíritas. Asa Norte concentra os espíritas em maior quantidade e também os que afirmam não terem religião. Taguatinga também apresenta a menor porcentagem de pessoas que se declaram sem religião.

5. Metodologia

O trabalho se deu na compreensão da relação da fé na religião protestante com a reabilitação de dependentes químicos, buscando a compreensão das percepções de corpo, saúde e doença para esses indivíduos e principalmente como a religiosidade influencia nos processos de tratamento e na própria reabilitação do uso de drogas.

A pesquisa foi realizada em um grupo denominado Dependentes de Deus inserido na Igreja Comunidade Cristã Ministério da Fé, já descrita no (**Tópico 4.2**), que oferece apoio espiritual para as pessoas que desejam se recuperar da dependência química.

Foi empregado o método qualitativo, que tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos. Ele não é capaz de responder às necessidades dos indivíduos em seu todo, mas propõe considerá-los em seus contextos, realidades e individualidades, e, ainda, busca o entendimento de acontecimentos do dia-a-dia e como os fatos ocorrem na realidade.

Segundo Bryman e Burgess (1992), a pesquisa qualitativa busca analisar e descrever a cultura e o comportamento de pessoas e seus grupos, a partir do ponto de vista das pessoas que estão sendo estudadas.

A metodologia qualitativa refere-se à pesquisa que produz dados descritivos, fornecidos de forma escrita ou falada pela população amostral e pelo comportamento observado dentro deste grupo pelo pesquisador. Permite, essencialmente, a investigação de comportamentos, sentimentos e opiniões. O foco principal é a vivência que ela tem do fenômeno estudado e as aquisições de conhecimentos diários frente ao “focoproblema”. (TAYLOR e BOGDAN, 1998)

Além disso, não consegui encontrar nenhum outro método que fosse mais adequado que o da pesquisa etnográfica, em que o pesquisador estabelece um contato direto e prolongado com a situação e as pessoas. Para isso, foi usada a técnica da observação participante, que concebeu uma noção real do ambiente, já que esta consiste na inserção do pesquisador no grupo pesquisado. Quando o pesquisador passa a

participar das rotinas do grupo, a técnica permite o entendimento da vida social, valores éticos e morais daqueles participantes.

A observação participante exige muito mais que apenas participar das atividades de uma cultura, mas sim uma capacidade de entender o que está sendo observado. (PATTON, 1990)

A pesquisa foi conduzida objetivando especificamente a compreensão da percepção da cura na reabilitação da dependência química e sua eficácia simbólica, compreendendo os seus itinerários terapêuticos, e, para isso, teve como público líderes religiosos do grupo “Dependentes de Deus” e pacientes da “Comunidade Terapêutica Vinde Vida”⁶.

Ademais, a pesquisa se deu através de entrevistas semiestruturadas, que contaram com perguntas referentes à escolha dos métodos religiosos; história de vida; envolvimento com a fé apresentada nessa religião e sua importância; percepção dos protestantes sobre o Sistema Único de Saúde; entendimento de cura, doença e bem-estar; e transição de práticas médicas convencionais para práticas religiosas. As perguntas que foram destinadas aos líderes religiosos diziam respeito a como a religião auxilia e modela os processos de cura; como as atividades religiosas são desenvolvidas diariamente; existência ou não da associação a tratamentos médicos convencionais; e existência ou não de experiências pessoais com as drogas.

É importante reiterar que as entrevistas foram semiestruturadas, o que deixa margem para que outras perguntas possam surgir ao longo das entrevistas. Estas foram utilizadas para uma boa compreensão do trabalho e da vivência de todas as individualidades.

No presente estudo fez-se necessário a observação de cultos religiosos realizados pelo Grupo Dependentes de Deus, evangelismos feitos em “cracolândias”⁷, participação nos encontros de intercessão do grupo e reuniões semanais. Além disso, foi pertinente

⁶ Essa comunidade terapêutica recebe pacientes encaminhados pelos líderes do grupo “Dependentes de Deus” para reabilitação das drogas.

⁷ “Cracolândia” é um local onde usuários de drogas se juntam para utilizá-las, torna-se um ponto de encontro para estas pessoas, normalmente ao ar livre nas cidades. A droga mais consumida é o “crack”, e por isso também, deu nome a estas localidades.

observar técnicas utilizadas no tratamento religioso da dependência de drogas para que fosse feita uma melhor interpretação dos resultados obtidos.

A escolha dos participantes da pesquisa se deu de acordo com critérios que considerei pertinentes. Para os líderes foram: influência sobre o grupo, anterior envolvimento com as drogas, tendo sido usuário ou não, e bom envolvimento com a religião protestante. Os pacientes foram escolhidos de acordo com o tempo em que estavam se reabilitando e pelas vivências, experiências e com os itinerários terapêuticos que envolvessem as duas formas de tratamento, a religiosa e a medicina convencional, garantindo, assim, o detalhamento de informações e o alcance dos objetivos almejados.

Vale ressaltar que em uma pesquisa qualitativa a quantidade de pesquisados é variável, sendo dependente dos objetivos e das informações que se pretende alcançar. Nesse tipo de pesquisa, a intenção não é que se tenha um grande tamanho da amostra, mas sim que satisfaça as necessidades estabelecidas e garanta a qualidade: “Este fato pode ser detectado quando os entrevistados chegam à redundância. Isto é, embora todas as fontes potenciais de variação tenham sido exploradas, nenhuma nova informação é descoberta”. (SANCHEZ, 2006, p.42)

Realizei a coleta de dados nos meses de março, abril e maio de 2013, com dias e horários acordados de acordo com a rotina do grupo. Houve a preocupação de manter o respeito, confiança, interação e o conforto para com os entrevistados. As conversas foram gravadas mediante o consentimento do entrevistado e posteriormente transcritas, analisadas e interpretadas, até quando obtive o conjunto de informações necessárias para uma boa análise de dados.

Para facilitar o entendimento, alguns termos recorrentes utilizados durante as entrevistas e que são considerados usuais pelos cristãos evangélicos foram condensados em forma de glossário. (**Anexo A**)

De acordo com a autora Sanchez (2006, p.40), na pesquisa qualitativa o registro das informações da vivência em campo é fundamental para a compreensão global do fenômeno e organização das informações obtidas.

Foram resguardados aos participantes as informações a respeito do tema e os objetivos da pesquisa. Entreguei de forma individual o termo de consentimento livre e

esclarecido, ficando assegurado aos participantes a confidencialidade dos seus dados e informações repassadas. (**Anexo E**)

Como foi dito anteriormente, utilizei um questionário semi-estruturado que possibilitou que houvesse uma padronização nas entrevistas, de modo a permitir o “cruzamento” de dados, facilitar a análise e a organização das entrevistas. Entretanto, de acordo com o curso da entrevista, foram feitas outras perguntas baseadas no discurso do entrevistado para um melhor aprofundamento do tema.

Segundo o autor Richardson (1999, p.70), as perguntas abertas são muito importantes quando se trata de investigar um tema do qual se tem poucas informações na literatura científica, permitindo, assim, que o entrevistado aporte seu conhecimento livremente.

As perguntas visaram avaliar a percepção do entrevistado sobre cada um dos temas e sua vivência em todos os aspectos abordados. Vale salientar que as conclusões foram feitas de acordo com essa “ótica” do entrevistado, além da observação participante durante a pesquisa.

Preocupe-me em garantir que os entrevistados se sentissem confortáveis e que falassem sobre o tema livremente de forma a evitar constrangimentos. Por isso, todas as entrevistas foram realizadas de forma individual, garantindo uma maior liberdade e para que não houvesse coibição, intimidação e vergonha. Já que se tratava de experiências pessoais e opiniões, procurei realizar as entrevistas em lugares indicados pelos entrevistados e que fossem de fácil acessibilidade para ambos. Sendo assim, duas entrevistas foram realizadas na casa de duas das entrevistadas, uma na própria igreja do entrevistado, e as outras duas na comunidade terapêutica, sempre seguindo os padrões de confidencialidade, sigilo e privacidade dos mesmos.

A necessidade da gravação da entrevista se deu para que nenhuma informação fosse perdida, para que os diálogos não fossem interrompidos, e, ainda, para que não sofressem nenhum viés por minha parte ao anotar algum ponto importante. Posteriormente a isso, todas as entrevistas foram transcritas, até mesmo as que estavam em caráter de informalidade. Foi preciso, ainda, evitar ambientes com muito ruído, para que não atrapalhassem as gravações e para que nenhuma informação fosse perdida.

Analisei os dados repetidas vezes, para uma melhor qualidade na interpretação e comparabilidade das informações. Além disso, durante as entrevistas tive atenção com os gestos, articulações, gírias, palavras utilizadas por esse grupo, ou seja, o conjunto de resultados não se restringiu somente nas palavras ditas, mas em um todo durante as entrevistas:

A essência de uma análise qualitativa é a imersão máxima do pesquisador em seus dados, tanto aqueles registrados no diário de campo quanto os obtidos via entrevistas. (SANCHEZ, 2006, p.54)

6. Entrando em Campo

Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós.
(Charles Chaplin)

Iniciei minha pesquisa de campo em março deste ano. Desde lá passei a ter uma percepção diferente das pessoas que são dependentes de drogas, pois pude conhecer suas histórias, vivências, motivos, e, assim, pude ter uma visão além do que eu tinha delas “que eram simplesmente dependentes químicas ou pessoas que ajudava, mas cujo resultado não era o desejado”. Pude conhecer memórias antes esquecidas, pelo passar do tempo ou por se acreditar que esta parte de suas vidas deveria realmente ser apagada.

Por se tratar de uma religião e igreja da qual partilho, tomei o máximo de cuidado para que não fosse influenciadora em minha pesquisa de campo e nas observações. Preocupe-me anteriormente ao início deste trabalho se seria uma experiência que daria certo, já que eu conhecia muitas coisas. O curioso é que me distanciei o máximo que podia e passei a ter uma outra visão das pessoas e da prática do grupo. Acredito que por também ser uma cristã evangélica não me prejudicou em nada, já que em todos os momentos procurei ser uma pesquisadora e não necessariamente uma adepta.

Apesar de ser uma cristã evangélica e de acreditar, como preconiza essa religião, que não se deve ter preconceitos com relação às pessoas, já que se tem embutido o mandamento de que se deve amar o “próximo”, tinha alguns preconceitos embutidos em minha mente. Essas pessoas pra mim passaram a não ser mais rotuladas por este título, que muitas vezes está vinculado a alguém que é marginalizada, um bandido e não merecedor de atenção e tampouco de afeto. Sendo que na maioria dos casos a força que se deseja encontrar para a reabilitação deveria vir justamente dessas pequenas e simbólicas formas de carinho.

Admito que apesar de gostar desse tema, não achava que seria tão gratificante e prazeroso assim como foi. Para realizá-lo, frequentei reuniões, evangelismos, visitas a casas de famílias, e a comunidade terapêutica em que os pacientes estão se reabilitando.

Se antes tinha uma noção através de relatos de pessoas passei a ter os meus próprios. Mesmo se eu fosse até a esses lugares somente como visitante talvez não pudesse ter uma abertura assim como tive, onde fui acolhida. Em momento algum percebi qualquer intimidação ou desconforto pela minha presença.

Diante disso, peço licença para narrar alguns poucos detalhes para inserir o leitor em meu universo de pesquisa. Em uma quinta-feira, dei início a minha primeira entrevista. A líder religiosa abriu a porta de sua casa e como se não bastasse preparou um almoço para que eu pudesse fazê-la companhia e desfrutasse de seus dotes culinários. Iniciamos a entrevista e tudo que ia me contando achava extraordinário. O seu modo de vida, o primeiro contato com as drogas, a percepção de que aquilo não era “normal”, a força que encontrou em Deus para a reabilitação das drogas, a iniciativa em ajudar pessoas que atualmente estão na mesma situação, tudo aquilo me pareceu fascinante.

Confesso que se fosse um trabalho a respeito de biografia todos os entrevistados dariam um ótimo trabalho, cada vivência, as histórias trágicas, a vontade de parar de consumir a droga, a vontade de ajudar essas vidas, as perdas que tiveram durante suas trajetórias, o que se ganhou a partir do momento que se buscou essa ajuda em Deus e o amor que era falado. Mas que amor era esse? Eu só fui percebendo que tal amor era esse quando por algum instante em uma entrevista me vi emocionada com a história ali contada, tentei disfarçar os olhos marejados de lágrimas com aquilo que era relatado, mas não sei se consegui. Tentei não me envolver com a situação e agir como uma pesquisadora de forma a ser neutra e não “me afetar” ou “afetar” em campo, mas foi verdadeiramente muito difícil. Assim como disse anteriormente, a minha percepção a respeito dessas pessoas foi me modificando a cada nova entrevista e convivência.

Apesar de não ter sido uma regra imposta, quando fui entrevistar os pacientes preferi ir vestida com roupas que de certa forma não marcassem meu corpo. Por isso, fui de saia longa, blusa com manga e sem qualquer tipo de maquiagem. Não por qualquer tipo de medo, mas por respeito aos entrevistados e seus colegas da comunidade terapêutica, já que era uma casa somente de homens e a chegada de uma mulher poderia causar uma série de reações que preferi evitar.

Uma situação que vale a pena relatar foi a dessas duas entrevistas que fiz na comunidade terapêutica. Iniciaram-se pela manhã e terminaram na parte da tarde. Foi um momento tão descontraído que fiquei muito triste em ter ali acabado minha pesquisa de campo e ter que naquele momento ir embora e deixar a convivência, as risadas, as lembranças, que fazem daquelas pessoas eternos lutadores, casos que saberão ao decorrer desse trabalho. O mais gratificante talvez foi poder ser “ouvido” daqueles que queriam conversar com alguém, receber uma visita, contar o que estava acontecendo e como estava sendo o seu tratamento. Acredito que, por isso, ambas foram as entrevistas que tiveram uma duração mais longa.

Um fato interessante foi o de um dos entrevistados pedir para que fossem feitas mais perguntas porque estava gostando muito de conversar. Além disso, em alguns momentos “me coloquei no lugar” daqueles entrevistados e de um mais especificamente, já que tínhamos a mesma idade e frequentávamos alguns lugares em comum, o que me fez aproximar das situações e poder relatar com maior afinco cada resposta que era dada e com as “entrelinhas” observadas. Apesar disso, mantive o equilíbrio entre o olhar que aproxima, mas que se distancia quando se deve.

Depois disso, decidi voltar para o meu universo, com a nítida sensação de que tinha tido o privilégio de conhecer essas pessoas que tanto acrescentaram nesse trabalho e, ainda mais, na minha trajetória como profissional e ser humano.

6.1 Quem são eles?

Em pesquisas científicas, é comum que se adote um procedimento ético a fim de não revelar as identidades dos participantes. Para conservar o anonimato dos entrevistados os seus nomes verdadeiros foram trocados por nomes fictícios.

Por se tratar de uma pesquisa realizada com pessoas cristãs utilizei nomes bíblicos para me referir aos entrevistados. Os nomes foram escolhidos de acordo com as falas dos entrevistados. Para outros perguntei: “se você fosse um personagem bíblico, qual gostaria de ser?”. Cheguei assim, aos nomes escolhidos.

6.2 Líderes: Breve História de Vida

Os líderes fazem parte do Grupo “Dependentes de Deus”, que é um ministério inserido na igreja “Comunidade Cristã Ministério da Fé”, localizada em Taguatinga Norte - Brasília- DF.

A primeira a ser entrevistada será aqui descrita como Sara. Ela tem 58 anos, divorciada, é mãe de três filhas e atualmente a sua condição é de aposentada, mas exercia a atividade de educadora.

Sara teve seu primeiro contato com as drogas aos 18 anos de idade. A primeira droga que utilizou foi a “cheirinho da loló”, que, segundo ela, é uma droga feita artesanalmente. Posteriormente a isso ela experimentou a maconha, e foi utilizando outras drogas por curiosidade. Segundo ela: “Então eu iniciei muito cedo e sei lá, quando você vê você está totalmente envolvida, está totalmente envolvida. E aquilo faz parte da sua vida como se fosse normal, como se fosse natural. Então eu passei anos achando que isso era normal, que isso era natural”. Com isso, temos a ideia de que o conceito de normalidade para ela era de certa forma ser doente para nosso padrão social. Anormal seria estar sóbria. Há uma inversão de significados, que posteriormente será revertida após sua conversão.

Sara utilizou drogas durante 28 anos de sua vida. Durante esse tempo teve dois maridos; o primeiro morreu vítima da overdose de cocaína e o segundo, que ela conheceu através do teatro, também tinha o vício das drogas. Um fato que considerei interessante foi o de seu segundo marido as deixar em mãos de traficantes por causa de um “cheque sem fundo” e ela até então não sabia o que estava acontecendo. Por causa disso, tiveram que mudar de Brasília para fugir dessa situação. Entretanto, a situação piorou, como ela narra a seguir:

Aí nós deixamos Brasília e fomos para o interior do Rio. Se saímos daqui pela droga, por causa da situação que a droga trouxe pras nossas vidas, lá era mais complicado porque nós abrimos lá uma padaria e se aqui tinha facilidade lá ela vinha no balcão aí o “buraco” foi maior ainda e aí os conflitos aumentaram, veio problemas de saúde, rombo financeiro, finanças a zero, enfim...

Para Sara o uso da maconha era um hábito difícil de ser abolido. Apesar de nessa época ter deixado de beber e fumar, não conseguia deixar de utilizar a maconha. Fato que ela narra: “Porque inicialmente nossas vidas lá foi só na maconha. Eu já tinha deixado de beber, já tinha deixado o cigarro, mas a maconha fazia parte das nossas vidas, de fumar assim 8 a 10 cigarros de maconha por dia.”.

De acordo com ela, não se tinha precaução para que suas filhas não vissem que seus pais estavam utilizando droga, enfatizando o hábito que se tinha dentro de sua casa em relação à utilização das drogas.

Não, eu não tomava precaução porque na fase em que as minhas crianças nasceram e cresceram eu já profissional trabalhando foi um período que basicamente ficou só a maconha na minha vida, a maconha o cigarro. Não, eu não tomava esse cuidado até porque parecia que era tudo tão natural. É como que fosse normal, assim como as pessoas dizem que beber socialmente é algo que está disponível pra qualquer um eu imaginava a mesma coisa em relação à maconha. Não tinha esse cuidado, era uma coisa normal dentro da minha casa.

Talvez por esse motivo sua filha mais velha se tornou também usuária de drogas anos mais tarde, mas percebeu que havia algo errado em um curto espaço de tempo. De acordo com Sara, o que a fez perceber foi Jesus. Segundo ela: “Ela começou usando, e usando tudo que encontrava... e amigos vendo isso, vendo que ela estava se distanciando, que ela estava andando com pessoas que eram usuárias já história longa conhecida... convidou e ela começou a ir e ela conheceu a mesma igreja onde estou hoje”.

Sara se converteu ao cristianismo protestante depois de ter sofrido mentalmente e fisicamente devido a Hanseníase que adquiriu e pelos agravos que a droga trouxe para sua vida. A situação foi agravada quando ela se separou de seu marido. De acordo com ela:

Foi depois de me separar dele. Eu vi que tinha que encontrar forças pra reconstruir alguma coisa, eu precisava sobreviver. Mas eu posso dizer que eu cheguei a não ter mesmo a quem recorrer, a não ter por onde olhar. É você olhar e ver um absurdo de conta de luz pra pagar. Isso foi na virada do milênio em 2000.

Posteriormente a isso, em meio a tantas dívidas, com filhas pequenas para cuidar e sem ter a quem recorrer, já que sua família não morava no mesmo Estado em que

estava morando, ela recorreu à igreja: “E foi em meio a isso tudo, é não ter mais por onde recorrer, eu fui procurar acho que a única forma que eu já tinha ouvido falar que podia dar resultado, eu fui procurar Jesus eu fui pra uma igreja”.

Atualmente Sara é muito envolvida com as ações de sua igreja e do grupo “Dependentes de Deus”. Questionada sobre como é o seu envolvimento com a fé no contexto da religião protestante e qual o significado que esta tem para sua vida, ela fecha seus olhos emocionada e diz:

“Ela é tudo pra mim, eu posso te dizer que é tudo porque quanta diferença quando eu olho pra trás e vejo, hoje eu posso dizer sem medo nenhum de olhar e ver de onde Deus me tirou e onde Ele tem me colocado. Numa vida completamente destruída, sem sonhos... Havia um desejo imenso de morte, eu pensava em me matar o tempo todo. E hoje não, hoje eu quero viver, eu sinto uma alegria, é verdade que muitas das coisas que foram embora eu não consegui recuperar, mas eu te garanto uma coisa, eu sou muito mais feliz do que na época que eu vivia em rodadas de festas sabe?”.

A segunda a ser entrevistada foi a Ester, que tem 30 anos, casada, é mãe de dois filhos e é vendedora. Ester não chegou a ser usuária da droga, apesar de ter experimentado cocaína e maconha. Entretanto, seu ex-marido era dependente dessas drogas. De acordo com ela, o sofrimento não é somente da pessoa que na maioria das vezes não tem forças para parar de utilizar, mas é também da família que com ela convive. Ela narra a seguir:

Então assim, foi uma dificuldade né? De ele estar nas drogas né? Ficar a noite toda, a madrugada nas ruas e isso daí traz uma tristeza muito grande né? É difícil e o vício é uma coisa assim que a pessoa quer parar, mas ela não consegue, ela não tem domínio próprio. Então, é muito difícil e assim... A gente, quando a gente gosta, a gente quer ajudar né? Só que muitas vezes não é da forma que a gente quer ajudar, por mais que a gente chegue até a falar.

A entrevistada me relatou que o seu ex-marido foi assassinado por uma “rincha” antiga ocasionada por vinganças. Ele teve uma morte trágica na sua frente e de um de seus filhos, que assistiu a tudo. Na época ela estava grávida de seu segundo filho.

Já conhecia o grupo “Dependentes de Deus”, pois alguns dos líderes espirituais trabalhavam no mesmo local que Ester, e, por isso, frequentava as reuniões como visitante. Quando seu marido faleceu, se viu ainda mais motivada a participar e ajudar outras pessoas que estavam na mesma situação.

Passou a gostar do grupo e do bem que trazia para a sua vida. Sua filha nasceu e, como ambos filhos eram pequenos, se sacrificava para ir à igreja levando carrinho e filho no braço. Não importava a distância e se estava chovendo ou não, como não tinha com quem deixá-los na maioria das vezes os levava pra todos os lugares em que o grupo ia.

Pouco tempo depois se tornou uma das líderes do grupo, e é um grande exemplo para todos diante das situações que enfrentou pelas quais não se deixou abalar. O trabalho de evangelismo que mais gosta de realizar é o do albergue, CAJE e sopa. Está no grupo há aproximadamente três anos.

O último líder que entrevistei foi o Davi. Seu nome foi escolhido porque, segundo ele, esse é um personagem bíblico que o inspira. Tem 29 anos, casado, pai de uma menina e é motoboy.

Davi não teve experiência pessoal como usuário de drogas ilícitas, mas consumia a bebida alcoólica. Entretanto, possui parentes e amigos próximos que são usuários. Relatou-me que não é somente a pessoa que é usuária das drogas que é envolvido com elas. No seu caso ele as vendia. Fatos que narra a seguir:

Eu estava vivendo uma vida aí né? Eu falo assim que eu não fui dependente de droga né? Isso de usuário, mas a droga, no geral, quando a pessoa vende, também ela se torna dependente da droga.

Teve o primeiro contato com a fé cristã através do grupo “Dependentes de Deus” quando ficava nas “esquinas” vendendo a droga. Apesar de não “prestar” muita atenção no que estava sendo dito, respeitava e acreditava que “nenhuma Palavra volta vazia”. Em um determinado tempo de sua vida foi preso inocentemente por causa da venda das drogas.

Aí o que acontece, ali o que eu fiz? Por mais que naquele momento eu era inocente devido a situação que não tinha sido eu que tinha vendido a droga pra ele. Mas também culpado porque eu estava vendendo droga também, você entendeu? Então eu era inocente pela situação que me levou àquela cadeia, àquela prisão. Mas também culpado porque eu estava vendendo droga também.

A prisão relatada se deu porque uma pessoa o havia “dedurado”. Durante a sua prisão, isso fez “nascer” nele o desejo por vingança. De acordo com ele:

Aí o que acontece, essa pessoa que tinha me “deletado” eu falei pra ela, eu falei pra ela não, eu jurei comigo mesmo “essa pessoa eu vou pegar e vou esfaquear”. Eu já tinha maquinado tudo que eu ia fazer. Eu não, o inimigo tinha colocado na minha mente o que eu deveria fazer, você entendeu? Pra poder executar aquela vingança sobre aquela pessoa.

Segundo Davi, foi naquele momento que Deus “entrou” verdadeiramente em sua vida. Passou a lembrar das Palavras que eram ditas por aquele grupo na época em que ficava nas ruas vendendo droga e o desejo por vingança foi dando lugar ao desejo de ter a sua liberdade novamente e regressar a sua família mais prevalente do que a vontade de fazer vingança. Ele relata: “Deus foi transformando isso, você entendeu? Aí eu comecei a escutar dentro do ambiente onde eu estava encarcerado, você entendeu? Sobre jejum, sobre oração... Aí eu liguei uma coisa na outra e as palavras que eram lançadas lá naquela rua onde eu estava”.

Davi começou a ouvir dentro da prisão sobre oração e jejum. Teve um dia que se ajoelhou e começou a falar com Deus. Nos dias seguintes foi vendo que estava sendo “transformado” em seu interior. Apesar disso, ainda queria sair dali e retornar para aquela mesma vida de antes, e colocava aquela pessoa que o “denunciou” “diante de Deus”. Ainda sentia raiva, mas era menos em relação a antes.

Foi absolvido do processo e ganhou a liberdade. A primeira pessoa que foi procurá-lo em sua casa foi o homem que o tinha “denunciado”. Narra sua conversa a seguir:

“Então eu vou te explicar só uma coisa. Minha filha, ela deu os primeiros passos e eu não vi, minha filha completou um ano de idade e eu não vi. Então não coloque valor sentimental você entendeu? Você tirou isso de mim”. Aí o que eu fiz com ele? Eu gastei muito com advogado. Até isso eu falei que eu ia cobrar, só que Deus já tinha transformado tudo... Aí foi quando Deus tinha transformado o meu interior, tinha transformado toda a raiva, todo o rancor grande que estava dentro do meu coração.

Após essa experiência, sua conversão ao protestantismo tem início. Atualmente Davi é muito ativo como um dos líderes do grupo. Frequentemente conta seus “testemunhos” para outras pessoas que estão passando pela mesma situação que passou ou que, de acordo com ele, estão se “desvirtuando” dos caminhos do Senhor por causa da dependência química. Um dos “trabalhados” que mais gosta de praticar dentro do

grupo é o que envolve jovens em situação de risco, como menores infratores inseridos em semiliberdades⁸ ou CAJE⁹.

⁸ “Semiliberdades”, são unidades domiciliares localizadas nas cidades satélites. Inserem o adolescente nesses domicílios com o objetivo de dar continuidade a medida

⁹ “CAJE” é o Centro de Atendimento Juvenil Especializado. É uma instituição de internação dedicada a menores infratores, que utiliza de medidas sócio-educativas para ressocializar o adolescente.

6.3 Pacientes: Breve História de Vida

Os pacientes são pessoas que estão se tratando em uma comunidade terapêutica denominada “Vinde Vida”. Eles chegaram até a comunidade através do grupo “Dependentes de Deus” e atualmente estão passando por tratamentos oferecidos exclusivamente por ela. Entretanto, o grupo Dependentes de Deus os “consolida” e oferece toda a ajuda de que possam precisar em relação a bens materiais (que são permitidos na casa) e espirituais. Além disso, constantemente mantém contato também com suas famílias.

A “Vinde Vida” é localizada na Ponte Alta no Gama, Brasília- DF, e é liderada pelo Pr. Cauhi. Atualmente reabilita 130 homens. As internações acontecem de forma gratuita, mas “sobrevive” de doações de pessoas que querem ajudar e da família dos pacientes, apesar de não ser obrigatório. Tem como objetivos: resgatar, curar, vestir, alimentar vidas perdidas, abandonadas, viciadas, independente da idade, a fim de restaurá-las, dando amor e dignidade diante de Deus e da sociedade.

O primeiro paciente entrevistado será denominado Tiago. Em uma de suas falas disse que se inspira no que diz o versículo de Tiago 3:2: “Porque todos tropeçamos em muitas coisas. Se alguém não tropeça em palavra, o tal é perfeito, e poderoso para também refrear todo o corpo “. Contou-me que algo com que se deve tomar cuidado é seu excesso de questionamentos e as palavras que diz muitas vezes sem pensar nas consequências. Por isso, esse nome se pareceu ideal para o entrevistado.

Tiago tem 21 anos, solteiro, era vendedor em loja de shopping e secretário de gabinete. Além disso, cursava o 1º semestre de administração. Aos 13 anos fumou o seu primeiro cigarro e não gostou. Aos 14 anos tomou vinho na quadra em que jogava handball, mas foi discriminado porque o menino que também treinava não gostava. Aos 15 anos, fumou maconha e consumiu bebida alcóolica pela primeira vez em uma festa. A partir desse momento começou a ter um envolvimento maior com o tabaco e com o álcool devido à influência de amigos. Fatos que narra a seguir:

“A partir daí, eu comecei a ter um envolvimento maior com o tabaco e com o álcool, devido à influência das pessoas com quem eu convivia, porque para eles era natural e eu queria participar do mesmo grupo que eles porque achava eles interessantes, populares e eu não tinha muita atenção. Então não era a culpa de quem não me dava atenção, não era porque eu não recebia atenção que eu usava, mas eu permaneci usando porque eles não se atentaram que estava usando e não frearam isso enquanto ainda me controlavam porque a partir dos 18 a gente acha que já manda em si. Então se vier tentar te controlar, você simplesmente não aceita.”.

No período dos seus 15 anos até os 20 anos utilizou as seguintes drogas: tinner, cola, esmalte, cocaína, lança perfume, lsd, ecstasy e fumou crack. Segundo ele, o motivo era a tentativa de se enquadrar em um grupo que chamava a sua atenção, enfatizando a necessidade do consumo da droga com a motivação de ser inserido em um grupo específico. Fato que já foi abordado nesse trabalho (**Tópico 3**).

Até os seus 17 anos acredita que sua família não tinha conhecimento de que era um usuário de droga. Decidiu contar para sua mãe com essa idade, e relata: “Ela ficou desesperada, coitada. Mas eu já tava habituado, já não me era estranho, era até legal, era admirado por uma certa ‘classe’. Como eu não tinha credibilidade por outra, pra mim tava bom aquele pessoal me reconhecer”.

A influência foi observada como algo muito marcante em sua vida. Quando estava cursando o 3º ano do ensino médio escutava as pessoas mais velhas com que convivia dizendo que sentiam vontade de voltar para essa época ou que já sabiam o que iriam cursar na faculdade. Tiago não sabia e não queria ter esse sentimento de “saudade” do ensino médio, e, por isso, decidiu reprovar por 3 anos essa mesma série.

Em um determinado dia, seu professor pediu para que todos os alunos fizessem uma redação, cujo tema era “como você vê a televisão”. Narra a seguir:

Eu não quis fazer a redação. Ele deu uma aula de 45 minutos para nós fazermos a redação. Eu fiquei lá atrás, sentado com a cabeça baixa e... Aí ele, ele era muito tranquilo, ele foi até mim e pediu com muita educação que eu pelo menos fizesse pra ele não ser prejudicado porque era uma redação que ia pra Secretaria de Educação e como eu tinha a presença lá eu deveria ter a redação enviada. Aí eu peguei e fiz a redação, critiquei a televisão, que é um meio de comunicação de grande expansão, que alcança muitas pessoas, que é usada para mostrar a bunda no carnaval. E falei que se não permane...se continuasse daquele jeito, a nossa nação seria uma nação pânico na tv. Aí ele gostou, elogiou, leu minha redação pras outras turmas de terceiro ano e virou pra mim e falou pra eu ser escritor.

Posteriormente a isso, foi começando a escrever alguns fragmentos e a se encontrar em sua vida, foi se descobrindo. Apesar disso, relata que nessa época a droga já estava arraigada nele e já não conseguia se imaginar escrevendo sem um cigarro ao lado e nem pensando sem fumar maconha.

Em um determinado dia do ano de 2012 chegou atordoado às 3 horas da manhã a sua casa em dezembro, após um dia de trabalho, abriu a porta de sua casa e estavam presentes sua mãe, seu pai e seu irmão. Sua mãe estava chorando com o rosto e olhos inchados, seu pai estava o questionando somente com um olhar e seu irmão, desesperado. Ficou surpreso com a reação dos três, já que imaginou que iriam brigar com ele, mas na verdade sua mãe pediu para que deitasse em seu colo. Contou-me:

E em vez deles brigarem comigo, minha mãe falou: “Tiago, meu filho, deita aqui no meu colo”. Meio desconfiado eu deitei e relaxei. Pra mim eu “tava” relaxado, tranquilo e ela olhou pra mim e falou: “Tiago, meu filho, por que sua cabeça “tá” tremendo tanto?”.

Eu tava... na verdade eu tava atordoado, né? Mas anestesiado ao mesmo tempo. Era como se meu cérebro estivesse anestesiado na marcha, na 1ª marcha, e meu corpo estivesse na 5ª, na Belém-Brasília. Igual um doido.

Nesse momento me relatou que perguntou a si mesmo o que estava fazendo com sua própria vida, já que havia terminado o ensino médio, estava cursando o ensino superior e não tinha perspectiva nenhuma de futuro. Além disso, gastou poupança, salário, pensou em vender as suas “coisas”, mas nesse momento Tiago se pôs a refletir novamente sobre o que estava fazendo de sua vida.

As situações foram se agravando na vida de Tiago e, segundo ele, o que o motivou a parar de consumir a droga foi a sua “postura perante si mesmo”:

Foi a minha situação, porque existe um momento em que você olha e fala bem assim: “não, beleza, eu ainda tô fumando maconha aqui na esquina, tá tudo bem. Minha situação social ainda tá mais ou menos, em casa também tá e eu comigo também tô tranquilo”. Só que quando chega ao ponto de você perder a vergonha na cara pra fumar um cigarro, guardar a cinza dele pra comprar uma pasta que derrete em cima dele e você ter que se esconder pra usar aquilo, até de você, porque se tiver um espelho você não tem coragem de fumar. E depois você se olhar no espelho, é mais difícil ainda. Eu não me aceitava.

Ademais, chegou a dormir na esquina de sua casa, pois não tinha coragem de entrar, já que estava cheirosa e limpa e ele estava “cheirando mal”, não se sentindo

merecedor de estar ali. Além disso, o carinho que sua mãe demonstrava o envergonhava, pois acreditava que não fazia por merecer tudo aquilo.

Nessa época, ainda no ano de 2012, fumava somente maconha. Apenas ele dos seus amigos trabalhava, e, por isso, sempre tinha dinheiro para comprar a droga, o refrigerante e o amendoim para comer depois. Em um certo dia seus amigos tiveram a ideia de lhe pedir dinheiro emprestado para comprar a droga e vender durante as festas que ocorriam. Assim, todos teriam dinheiro e não precisaria comprar mais nada sozinho. Inicialmente era somente a maconha, mas foi emergindo para outras. Expõe a seguir:

Aí eu não, tudo bem, beleza, começou assim. Aí compraram o anti-respingo, e venderam e eu não quis o dinheiro. Coloquei tudo dentro da bagaceira da festa, porque pra mim, pra mim, era vantajoso eu dar 50 reais pra eles, pra eles fazerem 300 e fazerem um festa de 300, em vez de uma de 50. Então pra mim era vantajoso, e aí foram... Fomos ficando mais velhos, as companhias foram aumentando, a vontade de ficar louco também e o dinheiro investido seguiu aquele aumento de tudo. Começou no lança perfume. Depois eles pediram dinheiro pra comprar maconha. Depois eles pediram dinheiro pra comprar cocaína. Eu só emprestei uma vez porque não deu muito lucro pra mim. E chegou um ponto em 2008 que o crack chegou em Brasília aí eles falaram: “Olha, tem um jeito de você pegar comprar o crack e virar cocaína do crack”. Aí eu falei: “Rapaz, eu não entendo nada disso, pode pegar o dinheiro. Eu vou lá com você comprar, vou ficar do lado, vou lá com você pra você fazer o negócio, vou ficar do lado, vou com você pra você vender, você me dá meu dinheiro e tá tudo bem”.

Em um desses momentos estava até então somente vendendo a droga crack na Praça do Relógio em Taguatinga, região administrativa do Distrito Federal, chegou um homem muito bem arrumado para comprar. Naquele instante pensou: “Esse cara tá doido, né bicho? Que, que esse cara quer comprando esse negócio?”. Disse-me que se passou 1 mês e o homem chegou um pouco desarrumado, embora ainda estivesse “sociável”. Em menos de 2 semanas, quando Tiago já tinha começado a consumir a droga também, aquele rapaz chegou completamente irreconhecível, trocando um celular. Nessa mesma época Tiago teria direito a uma semana de folga, já que quem trabalhava em loja de shopping em dezembro tem esse direito. Durante essa semana dormiu em parque, na esquina, em hotel, até que em um determinado momento o dinheiro acabou. Ele narra:

(...) acabou o dinheiro e eu pensei: “vou trocar meu anel”. Só que quando eu pensei “vou trocar meu anel”, a minha cabeça foi lá naquele cara que tava trocando o celular, aí eu pensei: “olha aonde eu

tô chegando”. Aí eu lembrei, deitei no colo da minha mãe, com a cabeça tremendo, doido, ela sabe muito bem que eu tô doido e ela tá se importando comigo.

Nessa época Tiago já tinha conhecimento da Palavra de Deus, mas não levava a sério. Começou a ficar com medo da situação em que se encontrava, e passou a pedir ajuda para Deus. Apesar disso, continuava consumindo drogas mesmo sabendo que era errado de acordo com Deus e os ensinamentos da Bíblia. Em um de seus dias de trabalho chegou em casa muito cansado e debilitado, me relatou que havia misturado a exaustão do trabalho e exagerado o uso de drogas, o que fez com que precisasse ser encaminhado a um hospital e ser tratado com soro em sua veia.

Nesse momento pediu para sua mãe que procurasse o grupo “Dependentes de Deus” para que pudessem dar alguma ajuda. Conta-me:

Foi aí que eu comecei a olhar e querer procurar uma clínica, porque sozinho dentro de casa, não dava. Eu ligava pra alguém e alguém deixava a droga lá na minha casa. Era fácil o acesso. Eu conhecia pessoas... Eu conhecia pessoas demais do lado errado, negro da vida, e aquilo me facilitava. Então pra mim eu tinha que me afastar. A saída que eu olhei e calculei e julguei ser melhor era me afastar e foi o que eu fiz, graças a Deus.

O segundo paciente a ser entrevistado será chamado de Jó. De acordo com ele, a história de Jó se assemelha muito com a de um dependente químico que tinha tudo, e quando se torna um dependente das drogas os perde. Conta-me que se este tiver paciência e sabedoria como Jó teve, triunfa no final. Por isso, será aqui descrito por esse nome. Tem 43 anos, pai de três filhos e é policial militar.

A primeira droga que consumiu foi a maconha com dezesseis anos. Expõe-me que sua família já tinha histórico de dependência química, com tráfico e homicídios, e que seus primos se reuniam para consumi-la, já que tinham muito acesso. Além disso, era vítima de preconceito em sua família porque era o único negro e acredita que a carência também foi um motivador para o primeiro contato e a permanência, pois a droga age como compensador, causa euforia e felicidade momentânea.

De acordo com Jó a sua profissão tem muita acessibilidade à droga, “é como ir a padaria e encontrar pão”. Quando iniciou sua carreira profissional, além da maconha, utilizava também a “merla”. As drogas que fizeram com que fosse encaminhado até a comunidade terapêutica foi o crack e o álcool. Relatou-me que passou a utilizar o crack

após ter apreendido algumas “pedras” e ter se envolvido amorosamente com uma moça que o influenciou. Fatos que narra:

E uma certa vez a gente fez uma apreensão de umas 50 pedra de crack, embaladinha no papel alumínio e eu guardei no meu armário aquelas pedras de crack, deixei guardada lá. (...) Eu comecei a conversar sobre droga e de repente rolou o papo de crack. Aí ela falou: “Ouxi, você tem, me dá, traz lá”. Pra que eu fui falar isso? Aí eu fui lá no quartel, abri meu armário, peguei aquele monte de pedra, joguei assim na mesa. Pronto, ali ela sentou, ela não saiu mais, ela travou ali e ficou usando. E eu comecei a usar e comecei a gostar.

Questionado se o estresse em que sua profissão é envolvida facilitou a dependência química, afirma que sim e abrange que trabalham com uma linha de estresse muito alta e têm contato constantemente com a droga. Já já foi instrutor do PROERD, que é um programa que ensina as crianças os malefícios do consumo, trata de preveni-lo. Como já conhecia os efeitos, contava às crianças por experiência própria, apesar de não relatar que utilizava:

E eu chegava nos meus alunos, eu falava bem assim pra eles, eu tinha conhecimento de causa, eu falava assim oh: “Não usem droga, porque vocês vão experimentar e vão gostar da droga, vão gostar da droga e vocês vão experimentar e não vão dar conta de sair depois. É difícil demais.”

Disse-me que perdeu o domínio sobre si mesmo e que tudo em sua vida mudou desde então, principalmente em sua profissão, já que se questionava como ia combater as drogas na “boca de fumo”¹⁰, sendo que as estava usando e as adquirindo nesses lugares:

Mudou tudo, né? Eu perdi a minha auto-estima, eu perdi a minha razão, eu perdi o meu valor de homem, de cidadão, de um profissional. Eu combatia a droga e ela estava me combatendo já, então veja o paradoxo que criou nessa situação, né? Eu combatia a droga e ela que me combateu. Então eu passei a buscar a droga nas bocas de fumo e eu ia na boca de fumo pra prender o cara. Eu passei a buscar, me escravizar, eu perdi celular, relógio, ahh o que a gente perde é tudo na verdade. Eu cheguei aqui sem nada, só com a roupa do corpo. Então muda muito, demais, muito, mas é muito, muito mesmo.

Em um determinado dia um amigo seu foi visitá-lo e disse uma frase que ficou marcada em sua memória: “Quando você está na vertical, você é notado e você é

¹⁰ “Boca de fumo” se refere ao local onde é feita a venda de substâncias ilícitas, tais como maconha, cocaína e crack.

solicitado. Quando você cai na horizontal, ou seja, quando você deita, você se acama, você tá, né? Você tá no lixo, ninguém se aproxima de você”. De acordo com Jó, após ter caído na “horizontal” em seu serviço, perdeu o valor como profissional:

(...) Eu perdi o valor, eu virei lixo, eu fui menos valorizado que o bandido. O bandido tinha mais valor pra eles, porque o bandido dá promoção, dá destaque no jornal, não é verdade? E eu não. Que destaque que eu ia dar? Muito pelo contrário. Eu tava era difamando minha entidade, a minha corporação. Então eu, assim... Eu, eu hoje, eu tô de atestado médico. E eu já tenho, já tenho a minha convicção de que eu não volto pra polícia mais, pra trabalhar, não.

Por isso acredita que após sair da comunidade terapêutica não retornará para seu trabalho, pois “não tem mais cabeça”. Por ter estado do “lado de lá”, o de quem é um dependente químico, não teria essa força. Além disso, acha que não seria respeitado pelos outros profissionais. Quando for coibir outro policial, imagina que irá acontecer da seguinte forma: “Quem é você? Quem é o senhor...”. Porque eu sou subtenente, sou suboficial. “Quem é o senhor pra me combater, subtenente, se o senhor era um drogado?”.

Jó teve a experiência de ser internado de forma compulsória. Em uma determinada vez estava consumindo a droga dentro de um quarto de motel, sua esposa avisou a seus amigos policiais, que foram procurá-lo. Ao abrir a porta para sair, se deparou com alguns policiais que quiseram encaminhá-lo a uma clínica em Goiânia e Jó não queria ir. Começou um impasse, que envolveu a polícia, quinze homens da polícia de choque, uma viatura do bombeiro e outra do SAMU que estava com uma maca e um “sossega leão”. Jó me conta aterrorizado e diz para que eu prestasse atenção até onde chegou, que somente para ele havia muita gente assim. Por fim, um tenente da polícia de choque começou a ler um mandado de diligência e “convenceu” Jó a ir para a clínica, onde ficou somente alguns dias e foi embora.

Em um determinado dia, havia conhecido algumas pessoas através da droga e as convidou para irem até a casa de sua ex-namorada, que estava viajando, para utilizá-la. Entretanto, passaram alguns dias e estes não quiserem se retirar da casa. Então, a alternativa que ele teve foi a de procurar seus irmãos para que pudessem o ajudar. Ficou na casa de sua irmã durante dez dias e nesse período solicitou ajuda para que procurassem um lugar que pudesse se reabilitar.

Mas eu falei bem assim... Olha só o tanto... quando você quer recuperar é mais fácil, entre aspas falando, mais fácil a recuperação. Porquê? Eu que procurei ajuda. Quando você procura ajuda é mais fácil. Agora na hora que as pessoas vêm te ajudar é mais difícil porque você não quer aceitar. Às vezes você até aceita porque te convencem ali. Realmente você sabe, sabe que é bom, mas você não tá preparado.”

Seu irmão, que já conhecia o grupo “Dependentes de Deus”, o encaminhou para reunião no sábado juntamente com sua mãe e seu pai. Nesse momento percebeu o tanto que sua família o amava, principalmente após o depoimento de seu irmão relatando que Jó era o seu segundo pai.

De acordo com Jó, não sabia o que era fé até então, mas sempre acreditou em Deus. Quando foi encaminhado até a comunidade terapêutica, já havia se convertido à religião evangélica e acredita que teve sorte de conhecer pessoas que queriam conhecer a fé. “Então a gente começou a montar um grupo, a gente começou a estudar, começou a praticar, comecei a me apresentar no púlpito”. Nesse momento disse-me que começou a conhecer a Deus e senti-lo em seu coração.

Atualmente deseja, ao sair da comunidade, ajudar outras pessoas que desejam se reabilitar, e que não retornará para clínica alguma com o intuito de ser um interno, um paciente novamente, mas aquele que ajuda outros a se reabilitarem. Narra: “Então, assim, eu me considero hoje um cristão, um cristão me considero. Eu vou trabalhar para Cristo e vou mesmo! De graça. Ele não me cobrou isso, mas eu vou trabalhar”.

6.4 Rituais de Cura: Cultos, Orações, Evangelismos, Testemunhos

“As pessoas são o caminho para chegarmos a Deus, estar em harmonia com os outros que nos cercam é o caminho para estar em harmonia com o transcendente.”
(Teixeira, 2005)

Vários antropólogos têm enfatizado o papel do ritual como sendo transformativo: manipulando símbolos em um contexto extracotidiano, carregado de emoção, o ritual induz seus participantes a perceberem de forma nova o universo circundante e sua posição particular nesse universo (GEERTZ, 1973; TURNER, 1967; TAMBIAH, 1979; KAPFERER, 1979).

O grupo “Dependentes de Deus” se reúne semanalmente às segundas e sábados com dependentes químicos e com suas famílias ou amigos oferecendo apoio espiritual para que possam se reabilitar. Os trabalhos, como costumam dizer, são realizados em crackolândias, pontos de drogas, presídios, semiliberdades, albergues e visitas às famílias.

O culto se inicia às seis horas e quinze minutos às segundas e sábados e normalmente não tem uma duração fixa. A duração dependerá da ministração da Palavra, que pode ser mais duradoura em alguns dias e rápidas em outras.

Às segundas e sábados o apoio espiritual é realizado em forma de culto em uma pequena sala da própria igreja. Conta com a seguinte ordem: Orações Individuais, em que cada um faz as suas orações sozinho, é uma forma de se “conectar” a Deus e se preparar para o culto que irá se realizar; Louvor e Adoração, em que colocam uma música com fundo moral, fortalecimento espiritual e motivacionais, parece que as pessoas estão vendo Deus personificado na frente delas e dizem palavras de adoração e amor a Ele; Breve Apresentação, em que, sentadas as pessoas que ali estão, se apresentam e têm liberdade para relatarem testemunhos, dizerem há quanto tempo estão ali, há quanto tempo estão “limpos” da droga, o que ocorreu em sua semana, nesse

momento podem dizer palavras de encorajamento umas para as outras; Ministração da Palavra, feita por um líder que faz parte do grupo ou por um convidado da própria igreja ou de outra; Agradecimento a Deus, em forma de círculo e em pé agradecem pela reunião, por suas vidas, sua semana; e Conversas e Orações de Libertação, em que as pessoas são liberadas e quem quiser pode permanecer para conversar com algum líder ou receber orações.

A encenação de metáforas em um contexto ritual, através do discurso, do canto e/ou da dança, constrói uma forte analogia entre o domínio encenado e o domínio da experiência cotidiana dos participantes, de modo que a ordem das coisas neste último passa a ser percebida como semelhante à ordem das coisas no primeiro. (RABELO, 1994, p.3)

As orações que acontecem ao final dos cultos são realizadas por alguns dos líderes espirituais do grupo. Este ora impondo suas mãos na testa daquela pessoa, como se fosse um ponto de contato com Deus. Todos que ali estão levantam suas mãos em direção ao doente e intercedem para que o ritual seja bem sucedido. Como será dito ao longo do trabalho, em alguns casos específicos, a causa da doença é atribuída a demônios, e por isso, ao imporem suas mãos, pedem para que aquele demônio “bata em retirada”. É comum que as pessoas caiam no chão, falem com vozes diferentes das que têm, gritem, entre outros. Algo semelhante acontece com os jarê, uma variante de candomblé de caboclo, encontrada na Chapada Diamantina, região setentrional da Bahia:

O tema da expulsão de agentes causadores da doença ganha expressão durante a *performance* que se segue: o curador introduz uma série de cânticos em que nomeia distintos poderes responsáveis pela doença (exus, sombras de morto), chamando-os a deixar o corpo do doente. Mudanças no comportamento do doente durante este processo atraem grandemente a atenção da audiência na medida em que confirmam a realidade construída pelo curador.

É importante salientar que para os jarê a cura se efetiva se o curador souber lidar com os caboclos e desta maneira utilizar seu poder ambíguo. O controle é feito pela ação do próprio curador. Então, para eles, os caboclos exercem o seu papel, entretanto, o curador recebe os créditos pela direção que soube dar ao ritual e ao êxito da cura. Nos rituais dos evangélicos neopentecostais e do grupo “Dependentes de Deus”, as pessoas que estão ali presentes influenciam de uma certa forma os rituais de cura, pois elas batalham em oração e intercessão juntamente com os líderes ou pastores para expulsar as entidades do mal que estão alojadas no corpo do indivíduo. Porém, aquele que está

orando exerce o papel de “instrumento de Deus”, ou seja, o poder é de Deus, do Espírito Santo e de Jesus e eles estão ali sendo um mediador daquela cura, uma ferramenta utilizada. Os créditos para a cura, portanto, não são somente daquele que ora.

Além da imposição de mãos na cabeça do indivíduo, é comum se observar que aquele que está orando pode ir colocando a mão e orando por algumas partes do corpo: ombros, braços, mãos, pés, barriga, podendo ser uma simbologia a idéia de que o Espírito Santo possa fazer daquele corpo uma morada. As orações são em tom de comando, como se o diabo estivesse os escutando e pudesse obedecer a ordem de se retirar daquele corpo. Essa imposição das mãos pode vir acompanhada com pontos de fé, que são objetos simbólicos utilizados nos cultos e nos rituais de cura fazendo referências a passagens bíblicas. No grupo “Dependentes de Deus” foi observado somente a utilização do óleo ungido, que pode ser um óleo de cozinha, azeite ou um óleo perfumado especificamente para esse fim. Primeiramente ele é consagrado, pastores ou líderes oram para que aquele possa exercer as ações do Espírito Santo. Não está vinculado somente para rituais de cura, pode ser utilizado como uma maneira de abençoar algum local ou pessoa. Quando utilizados nos rituais de cura possui a tarefa de curar e também de “fechar o corpo” do agir do “inimigo”. Além disso, o óleo age como uma espécie de purificador. É importante salientar que a posse e preparação do óleo não se restringem somente a pastores e líderes, sendo fácil encontrar protestantes que possuem a sua própria garrafinha contendo o óleo.

Nas práticas do jarê, o curador permanece no interior do círculo, junto ao doente, concentrando a ação sobre seu corpo. Envolve-o em cantos, admoestações e perfume, balançando uma lata de incenso em sua volta. Além disso, utiliza da mesma forma uma corda denominada de São Francisco, que movimenta para cima e para baixo, na frente e nas costas do doente, desenhando com ela a silhueta do corpo e tocando-a nos braços estendidos, mãos, pés e cabeça, semelhantemente ao que acontece com as práticas dos evangélicos. Tais gestos se repetem durante longo tempo, em meio a rezas e cantos, construindo uma imagem de restauração da integridade do corpo, ameaçada pela doença.

Mais uma semelhança entre os rituais de cura dos evangélicos e dos rituais de cura dos jarê dizem respeito à noção de “corpo aberto” e “corpo fechado”. Para os jarê

depois do ritual de cura devem ser evitados alimentos e práticas que têm o efeito de "abrir o corpo" e, portanto, de desfazer o trabalho do curador. Embora a maioria das restrições seja suspensa com o tempo, algumas devem ser seguidas para sempre. Assim, também acontece com os rituais de cura dos protestantes e mais precisamente no grupo "Dependentes de Deus". É traçada uma batalha entre o bem e o mal. É preciso que posteriormente a isso, o indivíduo venha a perceber que foi levado de um universo de caos e doença para um mundo ordenado. É ensinada ao doente a necessidade de reconduzir seu comportamento segundo as exigências morais de um novo mundo. É preciso que se tomem alguns cuidados para que o "inimigo" não possa entrar na vida daquelas pessoas novamente através de uma "brecha" que venham a dar, sendo que esse cuidado deve ser para a vida toda. Alguns cuidados estão presentes na Bíblia Sagrada, e por isso também é importante que o cristão esteja sempre buscando ler as escrituras para saber o que é certo e errado.

Em uma das reuniões de que participei no momento do louvor e adoração percebi que muitas pessoas choravam e as outras iam abraçá-las oferecendo apoio. A letra do louvor dizia assim: "Não importa quem você é, não importa o que você fez, Jesus conhece o seu interior também, quantas vezes você 'caiu' tentando acertar, mas a tristeza e o desespero te fizeram chorar, não importa pra onde você foi se na escuridão da noite ele apaga o seu passado e não desiste de você... Ele não desiste de você, ele se importa com você, ele compreende o seu caminhar, nunca vi um amor tão grande assim". Nesse período algumas se viravam umas para as outras como se fosse o próprio Deus que estivesse falando aquelas palavras de encorajamento e persistência.

As pessoas se sentaram depois do louvor e se apresentaram. Nesse dia havia muitos visitantes. Cheguei um pouco atrasada e quase não havia lugar para que pudesse me sentar. No momento da apresentação algumas pessoas choravam e não conseguiam pronunciar muitas palavras. Como foi dito anteriormente, é comum nesse período que os líderes relatem alguma palavra de conforto, fé e perseverança, além de relatarem há quanto tempo fazem parte do grupo.

Esse momento de "Breve Apresentações" se baseia no que está no livro de Tiago 5, versículo 16 na Bíblia Sagrada: "Portanto, confessem os seus pecados uns aos outros e orem uns pelos outros para serem curados. A oração de um justo é poderosa e eficaz".

Sendo assim, acreditam que ao confessarem uns aos outros terão um alívio diante do que estavam sentindo e serão fortalecidos, já que o seu problema ao ser compartilhado não será somente seu, mas de todo grupo que poderá oferecer ajuda.

Houve a parte da “pregação”. Nesse dia quem iria ministrar era uma convidada de outra igreja, que iniciou dando ênfase à alegria que tinha depois que se converteu à religião evangélica, abrangeu, ainda, sobre o seu vício anterior a sua conversão, que era o cigarro. Segundo a convidada, o cigarro é uma droga que mata silenciosamente, e por isso, sabia o que aquelas pessoas estavam sentindo. Além disso, relatou sua triste história de vida em meio à seca no sertão cearense e testemunhou que havia “pegado” pela primeira vez em uma arma com onze anos de idade, apesar de nunca ter ferido ninguém, e que se Deus havia feito algo pela sua vida poderia fazer a qualquer um. Isso deu ênfase à confiança que tinham em Deus e sobre o poder que acreditam que tenha.

Além das reuniões, o “trabalho” de evangelismo de que tive a oportunidade de participar foi o que é feito nas “cracolândias”. São realizados normalmente quinzenalmente aos sábados depois das reuniões, em que somente os líderes que fazem parte do ministério podem comparecer. São entregues sopas ou caldos para as pessoas que estão ali presentes e feitas orações por cada uma delas. As orações são feitas somente pelos líderes que participaram da intercessão. O restante do grupo fica intercedendo e entregando a sopa. A intercessão descrita é um nome dado à reunião de oração realizada às sextas feiras para os líderes, é obrigatório que todos participem. Nesta reunião têm orações individuais, orações coletivas com o objetivo de orar por todos os trabalhos que o grupo faz, por causas específicas, por cada um e para que o diabo não venha a atrapalhá-los em nada. É um momento de “batalha espiritual” contra algo que não tem dado certo ou um projeto futuro, e ainda, para que Deus esteja com eles em tudo que venham a realizar.

Nesses trabalhos, é comum que as mulheres utilizem saias longas ou roupas folgadas, blusas com mangas, não utilizem maquiagem, objetivando não chamar a atenção de algum homem que evangelizaram, e ainda, para impor respeito diante deles.

Pode-se definir intercessão como a oração com fé e perseverança, mediante a qual o cristão suplica a Deus em favor de outra pessoa ou pessoas que extremamente necessitam da intervenção divina. Quando alguém está intercedendo está em situação de

mediação por outra pessoa, causa ou lugar. Em síntese, significa se colocar na causa do outro, nesse caso se está em situação de mediar pelas causas de outras pessoas direcionando-as para Deus. Podem ser realizadas pessoalmente ou à distância daquele por quem está se mediando, acreditam que ambas surtem efeito.

No momento da intercessão nas “cracolândias” há a imposição de mãos sobre o indivíduo. É bom que quem estiver ao redor levante as mãos em direção à oração como um sinal de concordância, garantindo um ambiente agradável para que o Espírito Santo “esteja” ali. Em algumas ocasiões notei olhares como se houvesse discordância no fato de que algumas pessoas estavam conversando e não intercedendo, olhares que se assemelhavam a “brincas”. Os evangélicos creem que além do desejo da presença do Espírito Santo é importante a concentração para que haja vitória naquele lugar, já que é um ambiente de “batalha espiritual”. Essa vitória diz respeito à batalha entre o bem e o mal, o bem é Deus e sua vontade e o mal é o diabo. Acredita-se que a todo tempo o diabo tenta roubar o que estão fazendo com o objetivo de “resgatar” aquelas pessoas daquele lugar ou fazer com que conheçam o divino através da sua Palavra (Bíblia), que está sendo pregada.

Os evangelismos nem sempre são realizados nos mesmos locais, normalmente são feitos em pontos onde se concentram mais pessoas usuárias de drogas. Entende-se por evangelismo o ato de algumas pessoas ou somente uma pregar o evangelho cristão (aquele que se encontra na bíblia e que tem como base a salvação através de Jesus), para alguém com o intuito de produzir conversão ou mudanças de hábitos, crenças e valores que nem sempre são necessariamente cristãos. Podem ser realizados em qualquer lugar, ônibus, ruas, casas, metrô, e também, para qualquer pessoa.

Quando o grupo vai evangelizar em algum lugar e não encontra tantas pessoas quanto gostaria relaciona o fato com a vontade de Deus de que não estivessem ali. Durante as intercessões e anteriormente às saídas para as evangelizações, o grupo ora para que Deus os esteja direcionando para o lugar que Ele deseja e para as pessoas específicas que gostaria que houvesse ministração. É o que descreve Davi:

Bom, é feito um mapeamento de alguns pontos críticos né? Aí a gente olha e Deus dá uma direção pra onde a gente tem que ir. Porque muitas vezes a gente pensa: “ah não meu foco é aqui”, mas Deus está direcionando pra outro canto. Mesmo que você vá ali, você só vai lançar algumas palavras, perder tempo. Perder tempo, não, porque não

se perde tempo pro Senhor né? Mas às vezes você não vai ter o objetivo alcançado naquele lugar, porque Deus não quer te direcionar pra aquele lugar, quer te direcionar pra outro. Aí às vezes você vai num lar só pra ministrar por alguma pessoa e começa a falar do amor de Deus e o alvo é alcançado e você não sabe. Então, é mais direção de Deus também né? A gente está sempre orando, colocando isso em oração. (Davi)

Na prática observei que o grupo investe fortemente na recuperação do usuário de drogas através da fé e frequência à igreja, não necessariamente propõe uma internação. De acordo com a autora Sanchez (2006, p.81): “O usuário de drogas acaba tendo atividades quase que diárias vinculadas à igreja e pode substituir suas atividades anteriores, vinculadas à droga, por outras de aspecto comunitário ou de renovação pessoal”.

A necessidade de internação em comunidades terapêuticas acontece quando a pessoa é considerada e se sente muito “intoxicada” pela droga e vê que esse é um jeito mais “fácil” de se reabilitar já que dificilmente irá conseguir naquele momento parar de utilizar, mesmo assim, em alguns casos se exige que vá a pelo menos um culto realizado pelo grupo e, somente assim, seja encaminhada para a comunidade terapêutica. De acordo com o grupo eles fazem isso para saber qual é a verdadeira motivação da pessoa, se está realmente disposta, e, ainda, porque Deus pode ir “trabalhando” antes mesmo de ela precisar ser internada. Em relação a como são feitas as internações a entrevistada Ester aborda:

Muitas vezes a gente... algumas pessoas a gente convida pras reuniões que temos, que é a reunião pra essas pessoas mesmo né? Dependentes e tudo e ela conhece. Muitas delas já querem ir pra uma casa de recuperação né? E realmente vê que há uma necessidade maior de ser internada. Então a gente faz os encaminhamentos né? (Ester)

Os encaminhamentos para as reuniões e internações também são feitos através de indicações de pessoas da própria igreja ou por pessoas de outra igreja.

(...) Às vezes as pessoas da igreja mesmo direcionam né? E também no “boca a boca” porque as vezes “ah meu filho foi naquela igreja, o que acontece lá tem um grupo assim, assim forte” (...) E as pessoas vão direcionando, diariamente assim a gente está atendendo pessoas de outras igrejas. Pessoas de outra igreja ligam e falam “oh tem pessoas aqui que querem se internar, querem fazer isso, aquilo”. Aí a gente fala pra dar um direcionamento pra o Ministério da Fé nas reuniões que a gente vai conversar com ele. Entendeu? (Davi)

As orações utilizadas pelos evangélicos são em caráter de informalidade, e se assemelham a diálogos feitos entre filho e pai. Não somente nesse grupo, mas para todos os cristãos evangélicos é importante que haja constância na oração. De acordo com Sanchez (2006, p.63), é sugerido que os adeptos orem, pelo menos, ao acordar pela manhã, pedindo proteção para o dia, e antes de se deitar, à noite, agradecendo a proteção recebida. E ainda segundo Çoruh et al, (2005):

A oração tem um papel duplo, tanto de tranquilizar o usuário de drogas, através de um estado meditativo e de alteração da consciência como o de promover a fé, dividindo a responsabilidade do tratamento com Deus, amenizando o peso da luta solitária e permitindo Sua intervenção protetora frente aos “espíritos do mal” ou o diabo.

De acordo com Rabelo (2010, p.6):

Enquanto técnica corporal, orar requer o posicionamento correto do corpo. Envolve a prática habitual e repetida de um conjunto de gestos e posturas. “Você conhece um cristão pelos calos nos joelhos e nos cotovelos”, costuma-se dizer em referência à posição de oração na igreja – de costas para o púlpito as fiéis ajoelham-se no chão, apoiando os cotovelos no banco, seus braços dobrados, apontando para acima. Enquanto disposição ou tonalidade afetiva – descrita como profunda alegria de estar nas mãos de Deus - requer um esforço para afastar o pensamento das inquietações cotidianas ou preocupações do “mundo”.

Diferentemente dos rituais de cura dos jarê, os rituais dos evangélicos neopentecostais se iniciam assim que as pessoas chegam ao templo ou na sala. No início do culto se tem uma oração em que as pessoas oram individualmente, normalmente as pessoas se ajoelham e pedem para que Deus venha abençoá-las e colocam suas causas “diante” Dele pedindo principalmente para que ao saírem dali que saiam transformadas em alguma área de suas vidas, o mesmo acontece com as reuniões do grupo “Dependentes de Deus”. A quantidade que está no templo não é tão importante. Mesmo tendo poucas pessoas começam pontualmente. O importante é que tenha o pastor ou líder, que irá celebrar, e a presença do Espírito Santo para direcionar. De acordo com Rabelo (1994, p.7), a cura dos jarê se inicia somente após a posse dos caboclos do curador e dos filhos de santo: “É apenas depois de celebrada a descida de toda uma série de caboclos - que vêm de Aruanda para vadiar no terreiro, apossando-se temporariamente do curador e dos seus filhos de santo - que se iniciam as atividades de cura propriamente ditas”.

Como descrito anteriormente, é muito comum que os cultos tenham momentos dedicados aos depoimentos, que são conhecidos como “testemunhos”, em que as pessoas costumam dizer o que tem recebido em suas vidas desde que se converteram à religião ou quando se reabilitaram das drogas. Nesses momentos é comum que as pessoas relatem brevemente suas histórias de vida e como Deus tem as transformado, dando bênçãos materiais, amorosas, profissionais, entre outros.

É importante salientar que nem todos participantes do grupo “Dependentes de Deus” tiveram alguma experiência com as drogas, alguns entram no grupo para oferecer ajuda aos demais e futuramente se tornar um dos líderes. Sendo assim, algumas contam seus testemunhos baseadas em algo que consideravam uma dificuldade em suas vidas, como depressão, vida profissional, época que estavam no “mundo” e como Deus as tem ajudado a vencer barreiras e “operado milagres”. As pessoas não se sentem constrangidas em falar para as outras de suas experiências passadas. Pelo contrário, se sentem bem em poder ajudar alguém com seus testemunhos. Fato que a entrevistada Sara quando a questionei sobre uma das formas com que ajuda as pessoas que desejam se reabilitar das drogas narra:

Eu acho que eu uso isso, ao meu testemunho vivo né? De envolvimento, de estar nas cracolândias, de falar do amor de Deus pra essas pessoas... E aí é a hora que eu aproveito a oportunidade pra dizer pra elas que sozinho a gente não pode, mas que eu conheço um Deus que da mesma maneira que ele trouxe libertação pra minha vida ele pode libertar essas vidas, basta querer, basta a pessoa deixar. (Sara)

Olha, primeiro nós costumamos falar das nossas experiências pessoais pras pessoas que vão buscar ajuda pra que elas se sintam a vontade, se sintam incluídas. Esse é o primeiro passo, e depois é mostrando pra elas que somos pessoas alegres, felizes, resolvidas. (Sara)

Alguns líderes são motivados a ajudar pessoas por que têm esse “chamado ministerial”, outros porque tiveram alguma experiência pessoal com as drogas ou uma experiência secundária, ou seja, tem alguém muito próximo que já teve ou tem algum problema com a dependência de drogas. Chamado ministerial se assemelha a um dom, que são habilidades que as pessoas recebem e desenvolvem pela graça de Deus, podem ser de nascença ou recebido ao longo da vida. Podem ser dados de acordo com os propósitos de Deus para cada um. Sendo assim, dentro das igrejas as pessoas realizam e estão envolvidas com os trabalhos ou ministérios que estão de acordo com suas habilidades específicas, do que mais se tem prazer em realizar e do que creem que seja a

vontade de Deus para elas. Para alguns é a dança, teatro, canto, para outros está associado a ajudar pessoas que estão nas ruas ou dependentes químicas como é o caso do grupo “Dependentes de Deus”.

Eu não sei se foi a questão de eu já ter tido um ex-marido que né? Teve esse problema, então talvez surgiu esse amor assim, de ajudar eles a enxergar que “ali” fazia mal. (Ester)

Bom, a questão é um seguinte... Quando bate no telhado da gente né? Todo mundo abre o coração. Eu tenho hoje dois irmãos, tenho primos envolvidos, amigos de infância envolvidos com drogas. Eu vejo que é uma dependência assim que traz muito engano você entendeu? Além do engano, muita destruição na vida deles. E isso me motivou a estar ali no meio tentando ajudar de uma forma diferente do que as pessoas tentam ajudar. (Davi)

Além do amor que a entrevistada Ester diz ter, os outros líderes entrevistados também abrangeram sobre o amor que sentem por essas pessoas e sobre o amor de Deus:

Nós não forçamos ninguém, mas nós procuramos abordá-las perguntando se elas querem uma sopa, se elas querem uma oração eai começa uma conversa. É o modo como nós encontramos pra falar do amor de Deus e oferecer ajuda. Nas casas de recuperação com que nós temos parcerias, casas que têm recebido muitas das pessoas que temos tirado das ruas. (Sara)

E eu procurei um modo diferente de estar lidando com isso entendeu? E é isso que eu acho que vai fazer diferença, que é o amor, você entendeu? É tentar compreender as pessoas, porque às vezes as pessoas só querem julgar, mas compreender as pessoas... Qual motivo que ela está ali, qual motivo que ela se envolveu com drogas. Acho que ninguém quer chegar a esse ponto né? (Davi)

Observei ainda que há estreitamento de vínculos entre os líderes, os pacientes e suas famílias. Durante as observações participantes foi demonstrada muita atenção dos líderes para com os pacientes, alguns têm os números de telefones e podem ligar sempre que sentirem vontade. Além disso, a linguagem utilizada e a forma de tratamento isenta de julgamentos favoreciam um ambiente confortável aos pacientes e suas famílias ou amigos que participavam das reuniões. Um exemplo do que acontece é descrito por Davi:

A gente tem um trabalho que é justamente individual, com cada pessoa a gente tem um momento de estar sentando com essas pessoas e estar conversando, pra que ela venha a se expressar. Porque a partir do momento que você cria um trabalho individual, a pessoa tem mais liberdade de falar, porque no corporativo ela vai chegar e “não eu faço

isso por causa disso e daquilo”. Não, é um trabalho individual que às vezes no reservado ali você vai transmitir confiança pra aquela pessoa... (Davi)

Foram observadas algumas distinções entre mulheres e homens. Em geral, todos recebem as mesmas funções do grupo. As funções que ficam sob responsabilidade dos homens é a parte de ir buscar pessoas em albergues, casas de recuperação, e encaminhar as pessoas que irão se internar nas comunidades terapêuticas, já que nem todas as mulheres dirigem e normalmente as internações são realizadas no final da noite, madrugada ou início da manhã. Além disso, as consolidações/acompanhamento masculinos são realizados somente por homens, pois se acredita que essa divisão por gênero permita que o indivíduo se sinta mais à vontade. Durante as orações nos evangelismos ou reunião do grupo, as mulheres oram pelas mulheres, mas não tem uma explicação definida, é somente para organização do grupo. Enquanto as mulheres oram pelas outras os homens pelos outros homens.

Como já foi dito, não nos interessa nesse trabalho averiguar se há veracidade ou não na eficácia dos rituais de cura realizado pelos evangélicos, mais precisamente pelo grupo “Dependentes de Deus”, já que isso se trata de um questionamento incansável, sem fim e que parte de diferentes formas de significações que não nos cabe contradizer ou afirmar qualquer uma delas. De acordo com Lévi-Strauss (1975), não importa que a mitologia do xamã não tenha uma realidade objetiva, tanto o doente como a comunidade acreditam na eficácia do ritual.

Quando me refiro à eficácia simbólica tomo como pilar o artigo de Lévi-Strauss “A eficácia simbólica”, em que o autor faz uma descrição minuciosa de um ritual específico da tribo Cuna, habitantes do território da República do Panamá.

É feito um canto com o objetivo de ajudar em um parto difícil. Sua execução é excêntrica e rara, feita a pedido de uma parteira que não consegue realizar o parto com êxito. Muito semelhante aos rituais de cura do grupo “Dependentes de Deus”, os dois apresentam estados de dificuldade, o parto difícil e a reabilitação da dependência química. Ambos têm a função de reordenar o estado confuso.

O canto é feito por uma espécie de médico inato, um xamã, denominado na cultura Cuna de *nele*. O encantamento se inicia por uma descrição da perplexidade da parteira, da sua visita ao *nele*, a partida do xamã ao encontro da parturiente, sua

chegada, preparativos, invocações e confecção das imagens sagradas (*nuchu*), que representam espíritos protetores que o ajudam e que o xamã direciona e conduz à morada de Muu, força responsável pela formação do feto.

O encanto é a busca do *purba* perdido, a alma da futura mãe, que Muu, ultrapassando suas atribuições, se apossa indevidamente. O canto consiste na busca do *purba* perdido, visto aqui como o próprio símbolo da cura. Depois de inúmeros feitos e um combate, o *purba* é restituído e o parto se dá. O canto tem seu fim na pronúncia de recomendações tomadas para que Muu não se vá depois de seus visitantes. Por fim, as relações com Muu voltam a ser amistosas e a ordem é restabelecida.

Essa breve descrição geral tem a intenção de familiarizarmo-nos com a idéia proposta por Lévi-Strauss. Procurarei traçar os paralelos entre o conceito de eficácia simbólica presente no canto dos Cuna e no ritual de cura do grupo “Dependentes de Deus” e dos pacientes da “Comunidade Terapêutica Vinde Vida”.

Como já foi descrito ao longo desse trabalho, se acredita que o diabo assim como o *Muu*, se apossa do corpo indevidamente e por isso é a causa de alguns males. Acredita-se que existem vários tipos de demônios que agem de diferentes formas e em diversificadas áreas, se tem o da enfermidade, da sensualidade, vício e prostituição, vida financeira, entre outros, e a cada um se atribuiu um nome específico. Um deles é denominado “Zé Pilintra”, é responsável pelo vício, agindo principalmente na bebida alcoólica. Gosta de falar errado e usar gírias de malandro. A pessoa que “está” com esse demônio costuma ser violenta e viciada em álcool e cigarro. Outro se chama “Rege”, responsável pelas drogas alucinógenas, como maconha, haxixe, cocaína, LSD, e outras. Ataca e abre a mente causando alucinações no indivíduo. Para expulsá-los são exigidos alguns requisitos básicos com que aquele que irá fazer a oração deve se preocupar, como: constância na leitura da bíblia, oração e jejum, com a finalidade de estar “fortalecido” para obter êxito na libertação.

É frequente no meio cristão ouvir a expressão “Deus falou comigo”. Essa voz é reproduzida de várias maneiras: por profecias, visões, sonhos, revelações e no momento que se lê a bíblia. Sendo esse mais um dos fatos em que a eficácia simbólica da religião se demonstra em uma ordem não passível de ser questionada a fundo.

A respeito da fé como cura, e que poderia ser atribuída a qualquer outra coisa ou objeto, não necessariamente ao próprio Deus, houve divergências, como veremos a seguir:

Indaguei Sara se já havia ouvido falar sobre clínicas de reabilitação que dão a seus pacientes medicamentos placebos que agem no psicológico dos pacientes e, assim, podem trazer a reabilitação. E, ainda, que isso poderia ser relacionado à fé, em rituais que a pessoa acredita naquilo e a partir daí é “curada” através dos significados que passa a atribuir. Sara me respondeu: “Então, a abstinência é uma coisa real. Então, eu não acredito no caso do placebo como um resultado, eu não acredito. Porque é algo visceral que tá ali né? É uma química que foi jogada ali e durante um tempo o organismo vai gritar por falta de... pela ausência dela”.

Sobre isso Jó relata: “Tem pessoas que tem fé no comprimido, a pessoa toma um comprimido de farinha e ela melhora, é comprovado e tem um estudo, tem uma pesquisa feita, né? Tem a pesquisa da pílula da farinha que a pessoa toma e melhora, porque a pessoa tem fé naquilo”.

Em relação a objetos, algumas outras religiões utilizam objetos para se aproximar de Deus e livrar as pessoas do mal. Para os católicos, há velas, que têm seus significados. Um dos mais importantes é dizer que Jesus é a luz para a vida humana; se tem crucifixo, que é o símbolo cristão católico, pois nele está contida a figura de Jesus morto e crucificado, e é também o objeto que simboliza a vitória de Jesus sobre a morte, sobre o pecado e principalmente sobre o mal. Além disso, há estátuas representando Santos. Nos ritos e na vida dos cristãos evangélicos não existem esses itens, o crucifixo não tem a presença de Jesus, já que creem que, como foi ressuscitado ao terceiro dia, não está mais ali; não acreditam em santos, já que para eles o único mediador de Deus é Jesus e não se sabe quais são as verdadeiras características físicas dele para atribuir a um objeto. O objeto mais simbólico para essa religião é a Bíblia que, além disso, é um manual diário, como veremos ao longo deste trabalho. “Um símbolo originário funda a autocompreensão, a identidade de um grupo, tornando seus membros conscientes das coisas comuns.” (ZILLES, 2006 p. 263)

Ao decorrer das minhas entrevistas houve relatos a respeito da falta de explicação para o que acontece com o poder sobrenatural de Deus. A resposta plausível

que conseguiram me dar foi “é algo inexplicável, não tem como te explicar, é só vivendo”. Por mais que queiramos explicar algumas práticas não teremos a dimensão do que é exatamente, assim como não temos com a tribo Cuna.

Lévi-Strauss (1980) aponta que, no pensamento mítico, seria o fato deste buscar uma compreensão totalizante da realidade que leva sempre a uma ilusão pelo próprio limite do alcance que a percepção humana pode ter do real e do mítico. Quando nos referimos ao mito e associamos à crença dos cristãos evangélicos, podemos fazer uma analogia ao mito sendo a Bíblia Sagrada, pois os cristãos evangélicos acreditam na história que ali é contada e passam a desenvolver suas vidas dentro daqueles princípios e valores, acreditando que se ultrapassarem os limites ou realizarem algo que não está de acordo com aquele “mito” sofrerão as consequências em vida ou após sua morte¹¹.

Em relação à morte se tem várias distinções em relação às religiões. Para a igreja católica há existência de céu e inferno, mas inclui o purgatório, um local de sofrimento, onde as almas não aprovadas para o céu sofreriam uma “pena”, até que se purificassem. Ademais, acredita, também, no limbo, local destinado a receber bebês que não foram batizados. Os evangélicos creem somente no céu e inferno, entretanto, acreditam fielmente no arrebatamento, que é quando Jesus voltar. As pessoas que tiveram uma vida de santidade subirão novamente com ele e quem não subir terá uma vida de sofrimento na Terra, por isso, o evangélico deve andar conforme os ensinamentos da Bíblia e estar preparado a todo tempo, pois “não se sabe o dia e nem a hora”. Para os espíritas, o corpo físico é o que morre, mas o espírito é imortal. Quando há a morte o espírito se desliga e fica no mundo espiritual estudando e se preparando para uma nova encarnação.

Voltemos à crença dos evangélicos em Deus. Notei durante as entrevistas que as pessoas diziam que não tinham outra alternativa senão acreditar no poder de Deus e nas suas ações. Isso pode ser explicado porque atribuem a existência de várias coisas à criação divina, algo que pode estar atrelado também à cultura brasileira em que há

¹¹ Os evangélicos acreditam que após morrerem, iriam para o céu ou inferno dependendo das ações praticadas na Terra e pela misericórdia de Deus, que é a graça não merecida que Deus dá as pessoas.

predomínio das religiões cristãs e se ouve muito a respeito do Criacionismo¹². Todos os entrevistados antes de se tornarem evangélicos eram adeptos da religião católica, que também partilha dessa ótica de que “tudo” é obra Dele.

A ciência trabalha com fatos enquanto que a religião é fé, e fé é uma coisa que não se explica simplesmente você se vê movido, porque eu, eu vejo dessa forma né? Você se vê movido a crer porque você precisa crer. E começa a acontecer algo que eu não sei como te explicar. (Sara)

Eu acho que antes de mais nada é na “entrega” mesmo e deixar Deus agir. Porque aquilo que eu não posso resolver eu com certeza acredito que ele pode. Ele pode, basta eu deixar, basta eu querer. (Sara)

Segundo Rocha (1985), é a eficácia do mito e não a verdade que ele exprime que deve ser o critério para pensá-lo. Pensar o mito deve ser compreender sua efetividade na condução tanto do pensamento como do comportamento do indivíduo.

Em relação a isso, indaguei Tiago sobre a esperança que diz ter depositado em Deus para se reabilitar e se havia obtido algum resultado. Afirmou: “Sim. Bem verdade, imediato... Porque eu podia ‘ta’ na agonia eu... que fosse, que se eu falasse com ele e pedisse pra ele, ele me ajudava. É verdade”. Ainda não satisfeito, decidiu ser mais detalhista:

É verdade. Ele ajuda. É sério. As pessoas acham que é místico, que é mandinga. Não é. Ele ajuda, rapaz. Esse povo que não pede ajuda, que é bobo porque a gente é fraco demais, rapaz, a gente é tão bobinho, tão nadinha, que ele consegue fazer tudo, tudo. Eu pedi ajuda e ele me ajudou. Eu já escrevi demais sobre isso também, sobre as ajudas que ele me proporcionou, os auxílios que ele me deu. E mesmo assim às vezes eu ainda bato de frente com ele, sabia? Pra você ver o tanto que a gente é abusado. (Tiago)

Deve ser reiterado que o que aparece como particular e próprio de uma cultura é fruto da interpretação deste real. Sendo assim, toda representação, no universo simbólico em que esta é concebida, deve ser entendida como verdadeira, ou seja, como um conjunto de significação que implica numa realidade vivida por aquele grupo.

¹² Teoria que utiliza a Bíblia como fonte explicativa para descrever o surgimento do homem na Terra. Segundo a narrativa o homem foi concebido depois que Deus criou os céus e a Terra e posteriormente o fez através do barro e deu vida soprando em suas narinas o fôlego da vida.

6.5 Concepções de Doença e Bem Estar

Há discrepâncias em relação à dependência química ser uma doença ou algo comportamental escolhido pelo ser humano. A droga que já foi utilizada, e ainda é em algumas religiões como uma maneira de tratar doenças, atualmente é vista por alguns como o próprio causador da doença.

“O termo droga, teria sua origem na medicina persa e significava ‘demônio’, tinha o propósito de assustar a doença e com seu uso expulsá-la do corpo.” (SANTOS e BENTLIN, 2005, apud LUZ, 2007, p.31)

Para os evangélicos há diversas razões para a doença se manifestar no corpo, uma é descrita por Soares (2013, p.25): “Em alguns casos podem aparecer problemas e doenças como forma de retaliação do diabo pela vida correta do indivíduo e sua proximidade com Deus, passando a ser enfrentado não como um mal, mas como uma provação divina”.

Quando isso acontece, se acredita que é em decorrência do pecado praticado pela própria pessoa que permitiu com que o “inimigo” se apoderasse de seu corpo através de uma “brecha” ou “porta de entrada” permitida através desse pecado. Como já foi dito, os evangélicos nem sempre acreditam ser somente esse o motivo. A entrevistada Ester abrange a doença como uma forma de edificação para a pessoa, em que tempos depois irá contar como um “testemunho” para outras pessoas:

A doença, nem todas as doenças “é espiritual” né? Tanto que a Bíblia mesmo fala que há doenças que Deus permite até mesmo para a sua glória né? Então assim, nem todas são espirituais. Muitas são malignas, mas nem todas são. (Ester)

Ademais, se tem a doença como uma maneira que o diabo utiliza como forma de interromper as “obras” dos evangélicos em “levar” a Palavra de Deus, além da ausência de oração, fazendo com que haja enfraquecimento espiritual, e por isso, a doença. Embora acreditem que exista o “agir do inimigo”, acreditam também que a doença pode não ter uma causa espiritual, como também relatou Ester em seu depoimento anterior. A doença espiritual é a que o médico desconhece e não compreende, e a que ele não cura (LOYOLA, 1984, p. 165).

A dependência química pode ser também um efeito de uma maldição maligna, é o que diz Davi, que não acredita que se trate de uma doença necessariamente, mas de uma maldição hereditária:

Bom, as pessoas tratam muito como doença né? Mas, eu creio assim que não é uma doença. Eu creio que chega a ser uma maldição que essas pessoas no decorrer da vida delas... Às vezes uma maldição hereditária que passa de pai para filho, filho para neto, vai passando de geração em geração. Eu não vejo isso como uma doença específica, eu vejo que é uma maldição que deve ser quebrada. Porque a partir do momento que você quebra aquilo dali, é como se fosse uma manancial de águas ali que estão descendo e ali entra um esgoto. Se deixar, ela vai contaminar todo o manancial daquela corrente ali. Mas quando você vai lá e corta aí aquela água já vai ficar mais pura. (Davi)

Sara não chegou a afirmar que a dependência química era uma doença, mas em uma de suas falas relatou: “Não é só o usuário que fica doente, a família toda fica doente né? E nós não fomos feitos pra consumir drogas, viver dependendo de coisas, de substâncias”.

Ainda sobre esse assunto, Jó abrangeu que a dependência química não só é uma doença, como também é uma doença coletiva, já que envolve muitas pessoas. Ele foi abrangendo de tal maneira que me fez refletir: “nunca havia pensado a droga tão devastadora assim como é”. Citou-me um exemplo de uma propaganda antiga sobre essa temática: estava uma família reunida e começaram a olhar um álbum de fotos, as fotos foram passando, o homem dizia qual era determinado período e deu início a páginas em branco, depois disso, voltaram as fotos e o homem diz: “Aqui foi quando me recuperei das drogas”. De acordo com Jó, enquanto se “está” nas drogas não se tem nada, inclusive recordações. Sobre a droga como uma doença coletiva narra a seguir:

Você usa. Aí, sua mãe sofre, seu pai, seu irmão. Ai, você usa o banco porque gasta o dinheiro do banco, você vende sua casa, você desfaz de tudo. Você faz seu filho sofrer, você faz seu filho às vezes usar drogas, você perde seu filho e fala que não te quer mais, a sua mulher vai embora. Então assim, é a pior doença que existe. É uma doença que ela envolve todo mundo. (...) Minha mãe dormia quando estava na rua? Não! Meu filho, ele vai esquecer isso? Nunca! O traficante, essas pessoas todas que eu convivia, todas essas pessoas foram envolvidas, então, assim é uma doença que ela ganha uma dimensão quase infinita, de ser perder de vista porque envolve muita gente. Você tem uma esposa e ela te ama, ama loucamente, aquele amor mesmo louco. Aí o cara cai nas drogas como que ela vai ficar? Para ela chegar ao ponto de se separar, dela chegar ao ponto de entregar o marido dela numa clínica e ficar um ano sem ver o marido. Veja só que

sofrimento, quem é que sofre mais será, né?! Então, é isso aí a dependência química, é a pior doença que tem, ela é muito triste. (Jó)

Para a Organização Mundial de Saúde a dependência química é uma doença porque há alteração da estrutura e alteração no funcionamento “normal” da pessoa, sendo-lhe prejudicial. Além disso, atinge o ser humano nas suas três dimensões básicas (biológica, psíquica, social e espiritual).

De acordo com Soares (2013, p.40), a procura por religiões para dar significado a doenças de causa desconhecida é também uma tônica nas religiões africanas, elas representam a possibilidade de alívio a sofrimentos do corpo, alma e espírito. Representam um potencial de dominação de fenômenos sobrenaturais que não são discutidos e compreendidos a partir da racionalidade médica hegemônica.

A percepção de doença ainda foi abrangida como um limitador. Quando questionada sobre qual era a percepção de doença, a entrevistada Sara diz: “Ahh eu acho que tudo aquilo que me limita, que causa transtorno, que causa limitação ou que causa dor, ou que me tira do meio social, eu acho que eu posso dizer que é doença”.

Outro depoimento que traz a doença como um limitador é o de Jó, que, além disso, não acredita que as doenças que herdamos ou que nascemos com elas sejam consideradas propriamente uma doença:

É uma patologia, vamos colocar assim. A doença é o quê? É uma carência, uma limitação, existem doenças que você traz no ventre, um ataque no coração, por exemplo, o sopro, uma taquicardia. Então são as que você herda. Isso não se considera doença por que o corpo nasceu daquele jeito, então não é doença. (Jó)

Jó traz ainda que quem está doente deve se readaptar a uma nova rotina, caso que iremos dimensionar na parte do “conceito de cura” ao longo do trabalho. Além disso, abrangeu que se alguém está doente deve aprender a viver com a doença para que não haja maiores danos físicos e emocionais:

É uma forma de você se renascer, de renascer não, é de você se readaptar. A doença ela te obriga a se readaptar á uma nova convivência, a novas manias, a mudança de rotina. A doença é isso, por exemplo: você é um alcoólico, então você é um doente, e para você curar do alcoolismo você vai ter que procurar participar de um AA. Então, a doença é você tê-la e você conseguir viver com ela, fazendo de tudo para controlar e administrar. Então, a doença é aquilo que você tem dentro de você e que te importuna né?! Ela te incomoda,

ela te deixa sem dormir, ela te faz sentir muitas dores né?! Mas o que você tem que fazer com aquilo, com aquela doença? Você tem que criar uma forma de conviver com ela. Então você tem que mudar muitas coisas. (Jó)

De acordo com Júnior (2010, p.15), cada droga age na estrutura física e psíquica do usuário de uma maneira distinta. Segundo componentes psicoativos pelos quais é composta, direta ou indiretamente, acaba atingindo o sistema neuronal desse indivíduo, causando-lhe danos e trazendo consequências que dificilmente serão revertidas em sua totalidade. Quando estava fazendo as entrevistas e posteriormente as transcrevendo, percebi que algumas respostas que os pacientes me davam iam ficando sem nexo ou iam mudando a direção da conversa.

Um acontecimento que me pareceu interessante foi uma afirmação de um próprio entrevistado a respeito desses danos causados, que no caso foi a perda de memória recente. Quando o questionei sobre “o que era bem-estar”, Tiago afirmou: “É. É pra você ver, tem consequências usar droga, sabia? A gente vai mudando de assunto. Tem algumas coisas que a gente vai ter que colher, né?”.

Em relação ao outro tema, o bem-estar, se têm várias percepções e interpretações, se tem o físico, mental, social, e discutiremos ainda sobre o espiritual.

Atualmente, o bem-estar espiritual é uma dimensão da avaliação do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais, conforme proposto pela OMS (FLECK et al., 2003, apud LUZ, 2007). Em 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante a 101ª Sessão do Conselho Executivo, na 8ª Reunião, propôs uma mudança na definição de saúde, de “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” para “estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social”. A emenda de sua Constituição está submetida à avaliação para aprovação (Resolução EB101.R2).

Quando questionei sobre o que seria bem-estar Sara se aproximou do que é abrangido pela OMS: “Ah bem-estar é algo... como que eu posso descrever? É estar bem o tempo todo, em todos os sentidos, é no físico é na mente, é na minha alma. É não sentir falta de nada”.

Quando interroguei os entrevistados sobre o que era bem-estar a maioria abrangeu como uma situação atual em que estavam vivendo em relação ao passado,

citaram o bem-estar principalmente como uma mudança no caráter da pessoa. Como podemos perceber a seguir:

É uma transformação mesmo total no caráter da pessoa, que a pessoa outrora mentia e agora não mente mais. Ela tinha que inventar história para se sobressair na situação. E não, elas vão mudando o caráter dela. Por mais que aquela verdade doa na vida dela, ela começa a reconhecer que a verdade é aquilo na vida dela, que ela tem que ver a verdade e não aquela farsa na vida dela. A pessoa começa então a estar bem com ela mesmo, entendeu? Começa a estar bem com a sociedade porque ela está vivendo a verdade. Porque não vai ter acusação contra ela, por mais que ela errou, fez isso, fez aquilo, ela consegue reconhecer. (Davi)

Além disso, para alguns dos entrevistados, o bem-estar está sempre ligado ao que Deus fez pela sua vida depois que se converteram, sendo na sua consciência de não fazer mais algo que era moralmente condenado pela sociedade ou pelo próprio Deus.

Igual eu hoje, eu consigo reconhecer que eu errei bastante, mas eu não permaneci no erro. Então, hoje isso me traz um bem-estar. Outrora eu não podia estar em qualquer lugar, você entendeu? Não podia estar sentado, porque as pessoas já me olhavam de uma outra forma. E hoje não, eu já posso chegar e sentar. Se a pessoa falar assim: “oh você já foi isso, foi aquilo outro e agora você quer me falar?”. Aí eu falo: “você falou bem, eu fui, não sou”. Então o hoje eu me sinto bem entendeu? E eu vejo as pessoas que são transformadas também se sentindo bem, você entendeu? (...) A pessoa fala não como uma vantagem na vida dela, mas sim a vantagem é o que? Evidenciando o que Deus fez na vida dela, ela se sente bem em falar isso, você entendeu?” (Davi)

Para Tiago o bem-estar está associado com a possibilidade de poder ajudar outras pessoas e poder, entre outras coisas, se olhar no espelho sem culpa por ter cometido algum erro. É interessante se retomarmos a sua história e lembrarmos de que quando consumia a droga em alguns momentos tinha vergonha de si mesmo e evitava se olhar no espelho, talvez por isso o relato que narra a seguir:

Bem-estar. Sim, olha, não tem coisa melhor, quer dizer, eu não conheço uma coisa melhor do que você tomar um banho, se olhar no espelho, mesmo que barburdo se achar bonito, mesmo que errôneo se achar legal e merecedor de um dia a mais, eu acho que bem-estar é a pessoa tá feliz com ela em todos os sentidos, carne, alma, espírito, corpo, alma, espírito, carne, alma, espírito, corpo né, vamos colocar corpo, corpo, alma, espírito e você conseguir ajudar outras pessoas, porque aqui é uma transição enorme, uma rotatividade muito grande, chega gente todo dia e vai embora gente todo dia, então nessa minha trajetória que já vai pra 5 meses eu já consegui ajudar algumas pessoas (Tiago)

Para Jó o bem-estar é ter satisfação total consigo mesmo, é levantar cedo e orar, agradecer a Deus pelo dia maravilhoso, trabalhar, abraçar e dar um beijo no seu filho, dar um beijo no seu pai. Talvez essa resposta se deve ao fato de a droga ter prejudicado no seu trabalho, a convivência com seus filhos e familiares, o uso ter afetado as horas em que ia dormir e conseqüentemente o outro dia acordar tarde, entre outras coisas. Além disso, está associado a ter dinheiro a querer comprar algo e ter por não ter gastado anteriormente com drogas, é poder sentir o gosto da comida, dar um beijo na pessoa amada, não sentir ressaca, e, acima de tudo, ter um prazer além da droga. Jó narra:

Aí você gasta com cigarro e isqueiro, com bebida né?! Beleza, acabou o dinheiro todo e você vende o relógio também porque acabou o dinheiro. Aí no outro dia você está na ressaca, com dor de cabeça, sabe aquela dor de cabeça de arrebentar? Você não tem vinte centavos para comprar um comprimido. E o bem-estar que a gente tem é esse aqui: eu não sou usuário de droga e aí se eu estiver com uma dor de cabeça, eu compro um remédio. Se eu estiver com vontade de tomar uma Coca-Cola bem gostosa, eu vou lá e tomo. Se eu estiver com vontade de comer um sanduíche eu vou lá e compro. Então eu quando usava droga, não tinha esse prazer, não. O drogado, o prazer dele é só a droga. A comida que ele come não tem gosto, não tem gosto. Você sabia que não tem gosto? Você coloca na boca, engole a comida e já vai para a droga. O bem-estar é aquilo que te faz bem e sacia. Porque a carne tem que às vezes desfrutar de coisas boas né?! Um beijo na pessoa amada é gostoso demais, não é verdade?! É um eu te amo que é gostoso, isso é bem-estar. Bom dia meu amor como é que você está?! Isso é bem-estar. Ó estou passando aí para irmos para a igreja, isso é bem-estar. Então, bem-estar é isso aí, tudo aquilo que faz movimentar não sei quantos mil músculos do rosto, sorriso.

A religião pode vir ainda como uma necessidade, ou seja, como uma forma de auto-conservação e bem-estar psicológico. Já que o indivíduo se vê em um grupo em que é aceito já que partilham de algo em comum e se sente fortalecido, pois, se acredita que Deus estará olhando por eles o tempo inteiro, não ficando “sozinho” mais.

6.6 Itinerários Terapêuticos: Transição entre Tratamentos Médicos e Religiosos

“A ciência sem a religião
é manca e a religião sem a ciência é cega”.
(Albert Einstein)

De acordo com Soares (2013, p.38), a dificuldade de acesso ou não ao sistema de saúde leva os sujeitos a buscarem outras maneiras de suprir suas necessidades de saúde. A existência de outros sistemas e a simultaneidade de abordagens terapêuticas sempre estiveram presentes nas sociedades, pois as respostas biológicas não satisfazem por completo os indivíduos quanto à razão dos acontecimentos estressantes da vida.

Para Bourdieu (1987), está havendo uma redefinição da divisão corpo e alma e, conseqüentemente, da divisão relativa ao trabalho de cura da alma e do corpo. Falar do corpo pode ser também a maneira de falar da alma. E é por isso que a religião vem ganhando o seu espaço e trabalhando conjuntamente ou não com as práticas da medicina convencional com as suas próprias práticas de cura.

Diante disso, é que passaram a surgir vários tipos de tratamento para a dependência química, visando não somente a cura no corpo, mas principalmente na alma.

Da abstinência total à redução de danos, do internamento ao atendimento ambulatorial, dos grupos de ajuda ao tratamento medicamentoso, de programas governamentais a comunidades terapêuticas religiosas ou não, o usuário de substâncias psicoativas que necessita de tratamento tem uma variedade de alternativas. Entretanto, a escolha do mais adequado fica a mercê dos diferentes estágios da dependência química assim como das individualidades de cada indivíduo, que juntos definirão o ambiente mais adequado para a realização do tratamento.

De acordo com Ribeiro (2004, p.60), o tratamento pode ser realizado de diversas formas, em diversos ambientes terapêuticos, alguns mais conhecidos do que outros,

porém nenhum se destaca em relação à qualidade perante os demais, o que existe são pacientes mais ou menos indicados para cada serviço.

A Política Nacional de Saúde Mental, no que tange o tratamento à dependência química, organiza as diversas formas de tratamento em três níveis: Aberto, Semi Aberto e Fechado. O primeiro modelo trata do atendimento em instituições públicas ou privadas, tais como as Unidades Básicas de Saúde e que tenham um caráter terapêutico com as características desta modalidade, vemos também neste nível ações de caráter preventivo e de promoção da saúde junto à comunidade. O segundo modelo estabelece um vínculo intermediário entre o Aberto e Fechado, sendo realizado nos CAPS/ad e hospital dia, possuindo um serviço de maior complexidade, porém, com pacientes motivados ao tratamento. No terceiro modelo estão inclusos os hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, onde há atenção de maior complexidade, envolvendo pacientes normalmente pouco motivados ao tratamento. (COSTA, 2009, p.9-10)

Durante as entrevistas questioneei a respeito da opinião da associação de tratamentos médicos convencionais com os tratamentos religiosos. Houve divergências em relação à concordância desta associação. Como podemos observar, Sara concorda com a associação, desde que o seu consumo seja diminuído gradativamente e que este seja com moderação:

Eu estive no Sul, foi quando eu quis aprender um método que se chama “celebrando a recuperação” (...) Que pessoas não “era” ministrado pelos dirigentes da casa, mas por médicos que uma vez por semana iam, avaliavam a situação do interno, da interna, porque era uma casa feminina, e ela avaliava a situação, do nível de dependência, se tinha algum histórico né? Na saúde dela. Então, era ministrado medicação, mas depois essa medicação, ela ia sendo espaçada até ela não usar mais nada né? Eu acho que no início pode até ajudar no processo de abstinência, que é muito violento, e muitos desistem na fase de abstinência. Eu diria assim que a maioria das pessoas que desistem é na fase maior de abstinência. (...)Eu vi como um resultado positivo né? Mas não é também entupi-lo de vidros de psicotrópicos. Eu diria, por exemplo, é dar um remédio pra pessoa ficar mais tranquila, conseguir dormir. Isso no início, mas ir tirando, ir diminuindo a dose né? Eu, eu não concordo com ele ser dado durante todo tempo concomitantemente, aí não. (Sara)

Já Ester acredita somente no tratamento através das práticas religiosas ou através de Deus: “É, descordo. Porque se a pessoa já está com um vício, aí ainda entra com mais medicações, aí eu acho que é pior, que aí já é outro vício né? Então aí não é

assim... Eu vejo muito com os olhos espirituais, que é tudo questão mesmo né? (...).
(Ester)

Segundo Davi os tratamentos realizados devem respeitar cada individualidade, não sendo em todos os casos necessária a utilização de medicamentos e afins:

Não é todos os casos que... Porque se a pessoa está numa dependência de uma droga e você começar a dar um comprimido, ela vai começar a sair daquela dependência daquela droga “x”, e vai entrar na dependência da droga “y”. Então, ela vai estar na dependência do mesmo jeito. Então por isso que é o fluir de Deus na vida da pessoa. Em casos específicos que a gente fala assim: “não esse aqui tem que tomar, porque não tem como”, só pra controlar. É aquela coisa ímpar, você entendeu? Não tem relatos de falar assim: “nossa, acontece em várias vezes”. Não. Em casos específicos só. Precisa usar um medicamento só pra deixa a pessoa ali mais calma, entendeu? Pra tranquilizar ela, pra justamente ela não ter aquela explosão ali na situação que ela se encontra. (Davi)

Quando questionado a respeito da associação desses tratamentos e do uso de medicamentos na reabilitação Tiago afirma: “Ahhh não adianta, não, isso não adianta, não, isso não ajuda, não. (risos) É droga em cima de droga isso aí. Eles vão me tirar do crack e vão me botar num tarja preta.” (Tiago)

Sendo assim, não podemos afirmar que os evangélicos concordam ou não com a associação já que essa discussão esteve bastante dividida. Foi possível perceber que o uso de medicamentos pode ser considerado um outro vício que o indivíduo vai passar a ter e outros concordam desde que não seja uma atitude generalizada e com a quantidade moderada. Todos deixaram implícito que de todas as formas é em Deus que se deve confiar e buscar o tratamento baseado também na fé.

Os tratamentos religiosos atuam na transformação do significado, provendo novos quadros interpretativos para as pessoas em sofrimento. Mas, na medida em que define significado em um plano puramente ideal ou representacional (concepções, crenças, esquemas cognitivos), termina por produzir uma divisão de campos entre a religião e a biomedicina – a primeira lidando com significados e avaliações (a vivência subjetiva do doente) e a segunda com a doença mesma enquanto realidade objetiva. (RABELO, 2010, p.4)

Os evangélicos se apoiam na fé para dar significado às coisas que estão a sua volta e acreditam que é Deus que fornece a cura das enfermidades e restabelece seu

estado de saúde, sendo conhecido como o “médico dos médicos”. Para esse grupo é Ele quem direciona e capacita qualquer outro que atua nessa profissão. De acordo com Jó: “Até o médico, ele é abençoado por Deus para fazer a cura, para operar milagres. Então, a cura é um milagre, que só quem opera milagre é Deus”. É comum observar que quando há algum agravo na saúde de algum indivíduo primeiramente oram pedindo a Deus para que manifeste a Sua cura e modifique os resultados indesejados. Quando há esta modificação ou amenização do sofrimento/doença acreditam que é um milagre e o Seu agir. Esse mesmo fato ocorre quando se precisa fazer uma cirurgia, se ora pedindo para que sejam as mãos Dele atuando e direcionando tudo.

De modo geral, a tendência dos protestantes é seguir o itinerário que privilegia a medicina oficial. Todavia como a fé é para eles um elemento essencial da cura, a recorrência ao médico e à oração são indissociáveis a comunidade dos crentes, devendo exercer um papel fundamental na restauração da ordem alterada pela doença. (LOYOLA, 1984)

Quando questionados a respeito da percepção do Sistema Único de Saúde e as ações e serviços que são ofertados para o dependente químico, a maioria abrangeu o serviço oferecido pelos CAPS.

Assim que iniciou o tratamento na comunidade terapêutica, Tiago precisou ir ao CAPS solicitar um laudo médico para que pudesse apresentar ao INSS e não ser demitido de seu emprego. Contou-me que não foi uma experiência agradável. Expõe:

E eu cheguei lá no CAPS e eles não têm preparação nenhuma pra atender um dependente químico, eles não têm conhecimento, eles não tem simpatia, eles não têm amor. A minha mãe, que é minha mãe, que não tem conhecimento de nada disso, ela me tratou muito melhor do que eles pedindo pra eu deitar no colo dela, louco. E lá eu já cheguei sóbrio e eles me trataram como um “drogadinho”, que se não fosse ali não era em lugar mais nenhum que eu ia me recuperar, sendo que ali é um lugar de estrutura precária, que você olha a tinta da parede tá caindo, o pão que eles oferecem tá mofando, tomara que o governador ouça essa gravação, o café deles tá frio e tem um monte de gente espalhada pelo corredor, com o pessoal lá na sala, um com o pé pra cima, outro no notebook e outro criticando o seu modo de ver o trabalho deles. O CAPS não adianta em nada. (Tiago)

Jó precisou passar pelo mesmo procedimento de Tiago. Relatou-me que no CAPS foi acompanhado por um psicólogo que era “gente boa”, inteligente e conhecedor do comportamento humano, mas a estrutura era difícil: “Porque eles não conhecem o vício, eles acham que indo lá visitar uma vez por semana, de 15 em 15 dias vai

resolver”. E ainda, que não há diálogo a respeito do motivo que se está no vício e acredita que pela saúde não funciona, se deve ter alguém que conhece na prática o vício. Conta-me: “O CAPS ainda tá muito aquém do que deveria já ser, até porque também o próprio Poder Público, ele não liga pra saúde, agora tão ligando por causa de copa do mundo, o negócio todo, mas infelizmente virou um caos a saúde”.

De acordo com Sara:

Ah, eu acho que o Sistema Único de Saúde deixa muito a desejar, não só em termos de equipamento, em termos de técnica. Há uma demanda muito grande, são às vezes dias, meses de espera para uma resposta, uma consulta. Eu creio que ainda precisa melhorar muito, porque existe ainda muito pouco, muito pequeno... Eu sei de pouca coisa além dos CAPs né? Um atendimento que se não me engano ele é só de consulta de orientação. Ele pode até ajudar em alguns casos, mas ainda deixa muito a desejar. (Sara)

A respeito da percepção sobre o SUS, Jó relata que há profissionais competentes, entretanto faltam equipamentos, e contratação de mais pessoal. A respeito do tratamento para o dependente químico diz que: “Está remediando e não está prevenindo, ele está remediando. E a saúde tem que prevenir e não remediar, não é verdade?”.

Davi me contou que há um despreparo e falta de capacitação para os profissionais de saúde que atuam nessas áreas. Para ele essas pessoas não sabem lidar com essa situação e, às vezes, agem como se fossem aquelas pessoas do “posso ajudar?” Não somente dar a direção para os serviços. Além disso, a sua visão do Sistema Único de Saúde é que é apenas uma “fachada”.

(...) Não criticando, mas eu vejo isso, porque não há capacitação pra essas pessoas, entendeu? De lidar, poder entender... Porque muitas vezes a pessoa só chega ali e é direcionada e não tratada. “Ah o que que você tem? Não está faltando isso, está faltando aquilo”. Só o básico mesmo, sabe? Só as informações, mas o tratar mesmo... Eu vejo a “descapacitação” desses órgãos, entendeu? De estar acolhendo essas pessoas. Porque as vezes a pessoa está no CAPS, recebe um kit, vai pra rua, volta pra rua de novo... Aí acaba o kit, vai de novo... Eu vejo mais nessa situação um incentivo. Eu sei que eles querem prevenir doenças, mas às vezes chega até a atrapalhar o tratamento da pessoa porque ela está sendo incentivada a estar fazendo aquilo. (Davi)

Antes de ir procurar um tratamento na comunidade “Vinde Vida”, Jó teve que ir a um setor de assistência social da polícia militar que se chama CASO (Centro de

Assistência Social). Lá fizeram um documento que pudesse assinar pedindo a sua ciência de que não iam poder ajudá-lo, e não acompanhariam seu caso porque o seu tratamento era muito extenso e que deveria ser médico e não espiritual. Isso deixa claro que o paciente, em alguns casos, não pode escolher seu próprio itinerário terapêutico e que o tratamento espiritual ainda não tem credibilidade para alguns seguimentos e profissionais.

Podemos observar com isso que há insatisfação em relação às ações e serviços ofertados para essa coletividade, e também pelo tratamento e cuidado oferecido pelos profissionais de saúde. Talvez por isso, se tem essa mudança de itinerários terapêuticos, em que em alguns casos há o sucesso das terapias religiosas, que visam modificar a maneira com que esses pacientes se posicionam frente a suas aflições com práticas de comunicação, atenção, cuidado, tratamento na maioria das vezes igualitário e fortalecedor da autoconfiança.

Comparando os tratamentos religiosos com os tratamentos biomédicos, muitos estudiosos observam que os primeiros investem muito mais na comunicação, logrando produzir um acordo intersubjetivo que frequentemente falta às abordagens biomédicas (COMAROFF, 1980, 1985; TAUSSIG, 1980; KLEINMAN, 1981).

Uma das causas para a terapêutica religiosa estar ganhando seu espaço é que esta não trata somente dos sintomas da dependência, no caso a abstinência, trata das causas que podem ter gerado esse primeiro contato e das causas emocionais que podem ter dado prosseguimento ao consumo da droga. Em contrapartida se tem a medicina convencional, em que normalmente os médicos prescrevem algum medicamento e tratamento a fim de curar os sintomas da doença e não há preocupação com as individualidades de cada paciente, que nesse caso em questão seria necessário. De acordo com Illich (1975, p.17-24 e 43), esses médicos são fornecedores de cuidados, em especial da busca da cura sintomática das doenças, através da supressão de sintomas (via medicamentos), sem diagnosticá-las segundo seu contexto sócio-cultural e ambiental.

Se compararmos a cura da terapêutica religiosa com a cura da medicina paralela, que é uma técnica terapêutica adicional e age complementarmente com as da medicina oficial ou age como uma alternativa, percebemos que ambas utilizam de uma linguagem mais acessível aos membros das classes populares e fornecem explicações para as

transformações no corpo e para a doença. Além disso, os especialistas, líderes e pastores normalmente frequentam o mesmo meio social que os usuários ou pacientes podendo ser um facilitador para que as pessoas escolham esses itinerários terapêuticos para a reabilitação de sua saúde.

De acordo com Grisotti (2004, p.122), a noção de eficácia subjacente à procura de medicinas paralelas pode preencher outras funções que o tratamento puramente sintomático da doença. Essas funções servem para confirmar noções-chave sobre o mundo, e explicam porque certos procedimentos, considerados ineficazes de um ponto de vista biomédico, continuam a ser colocados em prática por certas sociedades e/ou culturas e ajudam a compreender também a relação médico-paciente, propiciando aos primeiros uma visão mais ampla sobre as concepções de saúde-doença de sua “clientela”.

Além disso, a busca por terapias alternativas e pela terapêutica religiosa constitui uma opção quando se tem os custos elevados de medicamentos ou consultas, deficiências no atendimento, e grandes filas de espera nos serviços oferecidos por instituições oficiais de saúde.

Entretanto é bom ressaltar que a busca pela terapêutica religiosa nem sempre é a primeira opção. Em alguns casos, quando os recursos “naturais” e recursos científicos não forem capazes de suprir algumas demandas, aí então entra a fé. Ou seja, a pessoa pode procurar outras maneiras anteriores que podem não ter surtido efeito e somente depois procurarem essa terapêutica. Normalmente, as pessoas a procuram com o seu emocional e físico já abalados por não terem sido supridas em suas necessidades.

Em alguns cultos da religião evangélica é possível observar que reconhecem essas pessoas como quem foram “desenganadas” pelos médicos, ou seja, são pessoas que perderam a esperança após um diagnóstico recebido ou após tê-la perdido depois de tanto “lutar”. A partir do momento que buscam essa mudança interior através das práticas da fé em Jesus, podem renovar as suas forças e sua visão sobre a doença/dependência, e, como já discutido anteriormente, adquirirem a sua cura através das significações que passaram a ter sobre ela. Em relação à dependência podem mudar seus hábitos e atitudes passando a ser uma pessoa “melhor” para seus filhos ou parentes,

colaborando para a conversão à religião, que pode ser uma aliada para que ela venha a querer se reabilitar.

Tiago e Sara não procuraram outro tratamento na medicina convencional. Como foi dito anteriormente, Tiago precisou ser tratado com soro quando associou estresse no trabalho e drogas. Entretanto, em momento algum relatou que havia utilizado droga ao médico, que o diagnosticou apenas como tendo acentuado estresse. Por isso, não podemos discutir sobre a escolha dessa terapêutica e o cuidado que recebeu dos profissionais, já que não foi com esse argumento que foi ao hospital e os profissionais não tinham o conhecimento real do ocorrido.

Durante o período que Jó ficou internado na clínica em Goiânia, relatado na parte “pacientes: breve história de vida”, diz que ficou à base de sedativos e medicamentos e que engordou muito, já que os medicamentos aumentavam seu apetite, além de prejudicar outras partes de seu corpo e da sua sensibilidade. Conta-me:

Eu engordei isso aqui ó, quando eu fiquei lá, eu tomava em média 30 comprimidos por dia, eu não dava conta de subir um, eu não dava conta de subir um meio-fio. Eu não dava conta. Eu tinha que parar, aí pegar o pé, e saber se eu... Eu não conseguia enxergar, eu não tinha lucidez. A minha visão tava embaçada. E eu, eu andava assim ó, o tempo todo. E não cuidaram de mim. (Jó)

Relatou-me que o tratamento era médico e não espiritual. Eram oferecidas palestras de manhã, à tarde e à noite. Se os pacientes quisessem permanecer sem praticar alguma atividade, podiam. De acordo com Jó, era dessa forma que permaneciam já que não conseguiam andar. Algo que chamou sua atenção foi quando chegou à clínica e viu que no momento da refeição as pessoas comiam na fila para repetir a alimentação rapidamente: “E a fome da gente é de leão. (...) Os ‘cara’ comendo na fila, igual uns louco, igual uns porco, pra pegar o ‘repeteco’, eu falei: ‘Gente do céu, onde é que eu tô meu Deus? Onde é que eu estou, rapaz?’”. Disse-me que depois de três dias estava da mesma forma, e que só pensava em comer.

Pedi para que Jó comparasse a terapêutica médica convencional e a terapêutica religiosa. Na sua visão se deve ter a associação porque o tratamento espiritual é muito importante, mas o da medicina convencional também deve acontecer:

Tem que ter um terapeuta, né? Tem que ter um psiquiatra, tem que ter um psicólogo. A gente precisa porque a nossa cabeça o médico

entende. O nosso corpo, às vezes, você, você tá na abstinência, aí você precisa de um calmante, não pode ser receitado sem, mas volta e meia você tá depressivo, não é verdade? Mas o tratamento espiritual, ele é mais forte, ele é mais forte porque a palavra ela conforta, a palavra ela motiva. (Jó)

Ainda de acordo com o paciente, o tratamento deve se estender também para as famílias no que diz respeito ao acompanhamento psicológico e espiritual porque serão eles que os receberão novamente e devem colaborar com suas novas rotinas e adaptações.

6.7 Concepções de Saúde e Cura: Conceito de Queda

Ora, a fé é o firme fundamento das coisas que se esperam, e a prova das coisas que se não vêem.
(Hebreus 11:1)

Para os evangélicos, a Bíblia é uma espécie de manual diário em que devem basear suas vidas. Não é aceitável que o cristão consuma qualquer tipo de droga, por esse motivo, muitas igrejas e/ou clínicas de reabilitação cristãs sugerem que haja o abandono imediato e não aceitam a diminuição gradual da quantidade ingerida. Entretanto, na prática, às vezes é um pouco diferente. Pude observar que alguns pacientes que recorrem às reuniões do grupo “Dependentes de Deus” utilizaram a droga em quantidades menores e precisaram que houvesse uma frequência maior na igreja e nas reuniões para que se “vissem” libertos das drogas.

A persistência é algo fundamental para alguém que deseja se reabilitar das drogas. Durante as reuniões houve pessoas que confessaram terem voltado para as drogas. Utilizam a expressão “caiu” ou “cair” para descrever que tiveram vontade de consumi-la e que se “entregaram”. Essa expressão é muito conhecida no “meio” evangélico. Para eles a pessoa que se reabilitou de algo é considerada como alguém que se está de “pé”. Quando tem uma recaída por algo que era visto como uma fraqueza, ela “cai”.

Quando alguém “cai” e confessa durante a reunião, as pessoas oferecem apoio e incentivam que mesmo assim deve continuar a ir à igreja e “lutar” por sua libertação. Não notei nesse momento qualquer tipo de julgamentos ou preconceitos. Os líderes pedem para que não venham a ter vergonha de voltar à igreja se “cair” novamente e que estão ali para ajudar. Entretanto, a todo momento frases como: “eu não posso te curar, mas Deus é quem pode” são ditas, enfatizando que eles podem amparar, mas quem dá a cura é Deus.

Para os entrevistados a cura está atribuída ao fato de não sentir mais vontade de consumir a droga, e isso se deve a libertação dada por Jesus.

Então, a cura que eu vejo hoje verdadeiramente é justamente a pessoa falar assim: “eu não tenho prazer mais nisso, eu não sinto mais vontade”. Então essa é a verdadeira cura que eu vejo nas pessoas. É uma coisa que não faz mais sentido na vida dela, que não tem mais direção. E essa é a verdadeira cura que eu vejo na vida da pessoa. (Davi)

A cura, eu vejo que o indivíduo... Estar curado é quando ele não precisa mais de, eu diria assim, de medicamentos... E isso a luz do mundo, mas a definição de cura pra mim, eu penso que ela é pra vida toda né? Porque eu hoje vejo que quem me curou não foram terapias, não foi medicamento, o que me curou foi o amor de Deus. Ele entrou e foi removendo tudo aquilo que me impedia de servi-lo, me impedia de percebê-lo, me impedia de estar plenamente bem sem depender de tudo aquilo que eu usava pra pelo menos pensar que estava bem, pra pensar que estava feliz. (Sara)

A cura, a neutralização da doença, na minha opinião, ela só vem através de quem deixa a doença existir, quem formou a doença, quem formou a cura, quem formou tudo, então pra mim a cura só vem através de Jesus mesmo, não tem outra pessoa não. (Tiago)

A cura não é descrita como algo permanente. Aquele que teve algum problema deve evitar frequentar os lugares que frequentava na época do consumo e sair com amigos com quem saía durante esse período. Chamam isso de “vigiar”, que associada à oração e à ajuda de Deus garantem um maior fortalecimento para que não haja vontade ou que se houver que não venha a ser consumada. A religião funciona, portanto, como um suporte, como pode ser explicitado:

Porque a própria Palavra diz que: “Quem está de pé cuide para que não caia”. Então no momento ela está ali, mas em todo momento assim como a Bíblia também diz que: “A gente tem fugir da aparência do mal”. Então em todo momento ela está correndo o risco de “cair”. Então ela tem que estar sempre longe. Onde ela sente que há um desejo, que ali ela fica meio naquela “não, não posso ir”. Tem que evitar, porque não é porque ela acha que “ah eu me libertei, já tem 10 anos” que não vai cair mais. Ela não pode pensar dessa forma, mas sempre estar fugindo da aparência do mal”. (Ester)

Eu penso que o processo de tratamento na vida do cristão, ele é pra vida toda, ele não é algo que ele tem um começo e “ele diz aqui, acabou”. Eu creio que é pra vida toda, nós costumamos dizer que um dia a gente dependeu de droga e hoje nós dependemos de Deus. E é segurando nele e é assegurando que ele está com a gente e que nós queremos permanecer Nele é que nós estamos seguros. De outra forma, a tentação pode vir né? A influência de outras pessoas, primeiro é procurando não voltar aos lugares, às pessoas. Eu posso

dizer assim que eu mudei a forma de relacionar, hoje eu não convivo com nenhuma daquelas pessoas do passado. E isso é muito importante né? Que as velhas amizades, as pessoas que ainda estão envolvidas com droga sejam deixadas. (Sara)

Pra mim eu vou permanecer enfrentando essa minha situação com as drogas pro resto da vida. Quando a pessoa acender um cigarro do meu lado, o que vai acontecer, quando eu respirar aquela fumaça, mesmo passivamente, a minha pele vai se arrepiar, igual já aconteceu quando eu fui pra casa nos meus 3 dias aqui. (Tiago)

Eu conhecia pessoas... Eu conhecia pessoas demais do lado errado, negro da vida e aquilo me facilitava. Então pra mim eu tinha que me afastar. A saída que eu olhei e calculei e julguei ser melhor era me afastar e foi o que eu fiz, graças a Deus. (Tiago)

Segundo Sanchez (2006, p.144), a cura é global, não apenas referente a drogas, mas, em especial, aos defeitos de caráter. Estes defeitos de caráter podem ou não serem adquiridos com o vício das drogas, alguns deles são: mentiras, roubos e furtos, hábitos vingativos, entre outros. Fato que Davi expõe:

Quando a pessoa começa a entender o caminho verdadeiro pra onde ela deve seguir, pra onde ela deve olhar, qual caminho que ela deve tomar, você entendeu? Então, ali é uma cura no interior daquela pessoa que outrora ela só via direção de bebida, droga, má amizade, ela só via isso. Então, essa cura quando ela entra, a cura verdadeira ela vai tirando isso daí tudinho entendeu? Esses males que levava a pessoa... (Davi)

De acordo com os entrevistados a cura está intimamente condicionada à frequência à igreja, pois é ali que irão se fortalecer espiritualmente e mentalmente para que não venham a praticar os hábitos anteriores e serem dependentes químicos novamente. Acreditam que caso se afastem da igreja estarão mais suscetíveis a isso.

Por isso, é que eu digo que firme nós só temos conseguido ver resultado aquelas pessoas que estão firmes na presença de Deus, porque são vulneráveis... Voltam aos locais, voltam à comunidade de origem e aí se vê tentada novamente. (Sara)

Ela é curada, mas só que a cura dela né? Ela tem que estar sempre ali do lado do Senhor né? Pra que Ele esteja sempre derramando o refrigerio naquela ferida ali, que já está curada, mas só que se a gente deixar ela pode vir novamente, você entendeu? Porque quando você se desvia dos caminhos do Senhor, ela pode vir e vir bem mais forte. Então o Senhor que derrama esse refrigerio, o bálsamo nessas feridas, entendeu? Porque aquilo vai estar toda hora ali tratando, porque a cura, ela não é uma cura imediata, entendeu? “Ah eu tô curado das drogas e não quero mais saber de Deus”. Não é assim, talvez você fique um tempo ali, você entendeu? Em “pé” na sua vida secular, mas se você passa por uma tribulação na tua vida e passar por uns

problemas, passar por problemas financeiros, você começa a... aquela ferida começa a ser ativada de novo, você entendeu?”. (Davi)

Em relação à cura, é o próprio “doente” que deve se auto avaliar se está curado ou não. Esta percepção não deve vir de outra pessoa, já que é um aspecto subjetivo. Ou seja, há uma relativização quando se trata desse tema, que pode se dar em um nível individual. De acordo com Canguilhem (1979), não existe uma normalidade, e, sim, distintas normalidades, já que são os doentes que julgam de pontos de vista muito variados se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo.

Ainda de acordo com Canguilhem (1979, p.84), o homem que imagina o seu futuro com base na sua experiência passada, “voltar ao seu normal” significa retomar uma atividade interrompida. Curar, então, seria “fazer voltar à norma uma função ou um organismo que dela se tinha afastado”. Quando se trata da temática droga, aquele que se considera curado deve retomar as suas atividades interrompidas anteriormente ao conhecimento da droga procurando se adequar a uma nova realidade e rotina.

Então, cura não implica saúde, necessariamente, mas pode significar um novo modo de vida instaurado pela doença. Poderíamos dizer que pode ser a instauração de uma nova norma que se adequou ao estado atual. (CERQUEIRA-SANTOS et. al, 2004, p.85).

Uma história que pode exemplificar esse fato é a de Tiago. Em uma determinada vez foi liberado pela comunidade terapêutica para ficar um pouco com sua família, no dia em que precisou voltar foi à parada de ônibus para retornar e este demorou muito fazendo com que voltasse para sua casa novamente para almoçar e avisar para todos o que havia acontecido, já que não tinha meios para isso. Entretanto, sua família já estava sabendo que não retornara para a comunidade e começaram a se desesperar imaginando que estivesse em algum lugar consumindo droga. Quando chegou a sua casa se deparou com olhares desconfiados. Sua mãe, que deveria estar trabalhando já, havia retornado por estar preocupada. Descreve:

Credibilidade em relação a sumiço, se eu ficar 1h desaparecido, se eu for assistir um filme no cinema sem avisar e desligar o celular, todo mundo vai achar que eu tô usando drogas porque a minha convicção de que eu fui curado... A minha convicção de que eu fui curado, ela é minha, e as pessoas, muitas delas não vão acreditar. Se algum dia eu chegar um pouco nervoso elas vão falar bem assim: “Oh, usou drogas”. Se eu algum dia eu chegar muito triste, elas vão falar: “Oh,

usou drogas”. Então eu vou ter que me abster um pouco da importância que a opinião pública tem sobre a minha vida e vou ter que viver a minha vida, porque credibilidade em si eu não vou ter, dos outros, de mim eu vou, mas dos outros não. (Tiago)

A dependência química altera o metabolismo e o funcionamento dos neurotransmissores, a ausência do consumo de drogas pode acarretar a síndrome da abstinência (já mencionado nesse trabalho no **Tópico 3**). De acordo com Luz (2007, p.31), a interrupção do consumo pode acarretar náuseas, vômitos, alucinações e até a morte.

Quando isso acontece com aquele que procura a reabilitação algumas atitudes são tomadas. Como já descrito anteriormente, há um vínculo muito estreito em relação aos líderes e pacientes. Quando algum paciente sente vontade de consumir a droga tem total liberdade para telefonar para algum líder para conversar, expor suas dificuldades ou pedir alguma oração, sendo isso um facilitador e fortalecedor nos momentos de crise.

Durante as reuniões é sugerido que quando houver algum momento de “fissura” o paciente recorra à Bíblia e às orações para que seja fortalecido contra aquilo, ratificando a fé utilizada nos processos de tratamento.

Questionado sobre os seus momentos de abstinência, Tiago afirma a importância da fé e narra uma forma interessante de passar por esse momento de “fissura”:

No início eu ia pro mato e gritava, caía e fazia flexão pra ver se baixava o estresse, tomava banho gelado. Só que como aqui é uma clínica cristã, nós temos acessos a cultos religiosos de manhã e à noite e as pessoas falavam muito de que Jesus ajudaria, de que se eu ajoelhasse, não só ajoelhasse, se eu falasse com ele, com o todo poderoso através de Jesus Cristo e se eu lesse a palavra dele pra saber como eu poderia falar com ele, porque eu também não ia chegar “E ae, muito doido, vem aqui e me ouve”, não é assim, tem uma reverência... Então eu fui procurar, no início foi muito difícil, muito difícil, muito difícil, muito difícil, muito difícil. Eu posso falar um milhão de vezes muito difícil que não vai dar pra entender o quanto, o tanto que foi difícil, foi muito difícil, eu olhava pros lados eu via mato, não tinha ninguém pra pedir pra eu deitar no colo, mesmo eu doido, no meu caso mesmo sóbrio. Então eu depusitei minha esperança nele, era a única coisa que eu podia fazer. (Tiago)

No entanto, não deixam de afirmar que não sentir vontade hoje não significa que não retornariam ao uso, mesmo sendo o mais coerente, porque o maligno vai tentá-los e,

então, poderia fazê-los sentir vontade de novo. Por isso, a proteção efetiva contra a recaída é ter Jesus habitando seus corpos. (SANCHEZ, 2006, p.143)

7. Considerações Finais

Como foi possível observar ao longo deste trabalho, os processos de recuperação da dependência química são inúmeros. Há limites nas terapêuticas médicas convencionais e, também, nas terapêuticas religiosas. Algumas vezes, estão difundidas em uma linha tênue com diferentes princípios, sendo que a redução de qualquer um desses sistemas leva a significativas perdas. De acordo com Soares (2013, p. 46), a religiosidade não deve, portanto, ser vista como um empecilho para que o sujeito utilize o sistema de saúde, e sim uma aliada neste processo até porque, hoje, por meio dos serviços e políticas públicas, as pessoas exercem seu direito à saúde.

A trajetória terapêutico-religiosa compartilha com as políticas de saúde o mesmo compromisso de “fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida” através de qualidade de vida que pode se iniciar a partir das novas significações que o sujeito passa a assimilar, procurando dar ao usuário de droga acolhimento, prevenção, tratamento e reconstrução de suas existências. É importante salientar que a religião para a reabilitação da dependência química tem a função de reordenar aquilo que estava desordenado pelos agravos que a droga trouxe para a vida social e mental em que todos os personagens que tiveram o vício da droga vivenciaram.

A definição de políticas e competências nessa área não pode se tornar um “cenário” de contenda, pois não é tarefa fácil definir os limites de ação das políticas públicas envolvidas (assistência social, saúde, segurança, dentre outras) e das comunidades terapêuticas. Ao contrário, trata-se de um trabalho conjunto em que, muitas vezes, as competências e atribuições podem até se embarçar, mas não podem deixar de primar pela qualidade do atendimento ao usuário.

O grupo “Dependentes de Deus” pode ser considerado um mediador na promoção da saúde, no trânsito entre os saberes e as práticas religiosas e médicas. Por outro lado, essa mediação pode permitir aos serviços públicos de saúde compreender as redes de significações dos pacientes para a melhoria e/ou implementação de políticas públicas. Em outras palavras, o grupo pode ser visto como uma porta, que permite o trânsito de entrada de pacientes no SUS e de saída do SUS, de um modelo biomédico, para o conhecimento de outras estratégias, de outros itinerários possíveis.

Sendo assim, de acordo com Soares (2013, p.46), líderes espirituais e pastores são formadores de opinião e membros da comunidade, são importantes para os hábitos e valores desses grupos, podendo auxiliar o sistema de saúde na compreensão dessa racionalidade. É necessária, portanto, a formação continuada e humanizada dos profissionais de saúde para compreender as demandas subjetivas dos indivíduos e estabelecer um diálogo respeitoso entre as práticas de forma a agregar em ambos os sistemas.

Este tema se apresentou pertinente às ciências sociais na área da saúde coletiva, pois foi preciso um esvaziamento dos valores pré-concebidos pela pesquisadora, valores construídos ao longo de sua vida e na sua própria formação cultural; neste sentido, o saber antropológico, antes de ser um conjunto de conceitos, deve ser entendido como um exercício de buscar uma compreensão das histórias de vida, suas significações e do novo.

Além disso, para o profissional de saúde e mais precisamente o de saúde coletiva, toda representação, no universo simbólico em que esta é concebida, deve ser compreendida e considerada, pois implica em um conjunto de significação numa realidade vivida por aquele grupo. Por isso, buscando efetivar o princípio da integralidade a que se vincula o SUS e entender o que pensam e como agem as pessoas que utilizam as terapêuticas religiosas e o que as diferenciam na inquietação do social e do coletivo, é importante entender o indivíduo em seu todo, não apenas em sua doença, tratada mediante práticas convencionais de saúde, como também nas possibilidades de uma formação de recursos humanos visando o contexto mais amplo dessas práticas.

Ademais, as percepções que esses indivíduos têm para si são as bases de significação de seus mundos, e como pudemos perceber ao longo do trabalho, do processo saúde, doença, bem estar e cura, que tem vinculação com a forma com que esse sujeito fará uso das ações e práticas da terapêutica médica convencional e da terapêutica religiosa e como se dará o equilíbrio entre as duas. Considerando ser algo importante para a adesão, continuidade do tratamento e utilização do SUS, pesquisas a serem realizadas são pertinentes para conhecer os usuários dos sistemas e possibilitar uma rede de atenção integral.

Diante disso, de acordo com Nunes (1994, p.19-20), a saúde coletiva, constituída nos limites do biológico e do social, ainda continua a ter pela frente o dever de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde.

Isso se torna um desafio na medida em que a existência de diversidades religiosas brasileiras se estabelece, e o entendimento das ciências da conduta, administração de serviços de saúde e bioestatística se tornam uma necessidade para as ações e práticas de saúde, estas que já não devem fazer mais parte do rol taxativo somente da prevenção de doenças e agravos, mas evoluir juntamente com os progressos que a saúde já teve para a promoção da saúde.

Desvincular os profissionais de seus preconceitos embutidos, em que o óbvio e o cansativo questionamento da veracidade das práticas religiosas ainda perpetua se apresenta como outra dificuldade. Entretanto, apesar de a grande quantidade e diversidade de religiões ser um desafio, deve-se considerar que a procura pelo bem estar não está somente atrelada ao físico, mas à mente e à alma, por isso há a necessidade da inserção dessas dimensões na assistência à saúde.

8. Referências

ARNALDO, R. R. M. “A Universalização do Reino de Deus”. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000107496&fd=y>. Acesso realizado em janeiro de 2013.

BORDERS, A., Barnwell, S; EARLEYWINE, M. (2007). Alcohol-agression expectancies and dispositional rumination moderate the effect of alcohol consumption on alcohol-related Aggression and hostility. *Aggressive Begavior*, 33 (4), 327-338.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRYMAN, A.; BURGESS, R.G. *Analyzing Qualitative Data*. London: Routledge, 1992. 232 p. Acesso em junho de 2013

CENSO IBGE 2000. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/religiao/protestantismo.htm> Acesso realizado em janeiro De 2013.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. Teresa Lisboa Nobre. **Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais**. Brasília, set. 2004, v.24, n.3. Psicologia: ciência e profissão. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000300011&script=sci_arttext Acesso realizado em janeiro de 2013..

CONCONE, M. H. V. B. *Umbanda, uma Religião Brasileira*. São Paulo: CER/USP, EDUSP, 1987.

COSTA, J. F. O vestígio e a aura Rio de Janeiro: Garamound, 2004.

COSTA, S. F.. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. *Serviço Social em Revista (Online)*. , v.12, p.14 , 2009.

BOURDIEU, P. Coisas Ditas. São Paulo: Brasiliense, 1987.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense–Universitária, 1979.

DALGALARRONDO, P.; SOLDERA M. A.; CORREA Filho, H. R.; SILVA, C. A. M. - Religião e uso de drogas por adolescentes. Revista Brasileira de Psiquiatria 26(2): 82-90, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n2/a04v26n2.pdf> Acesso realizado em dezembro de 2012.

FACCIO, G. Alcoolismo: um caso de saúde pública uma revisão bibliográfica sobre a dependência do álcool no Brasil. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15412/000678030.pdf?sequence=1> Acesso realizado em dezembro de 2012.

FIRETTI, C. L. (2003). **Prevenção para o uso de drogas na adolescência**. Monografia da faculdade de Terapia Ocupacional. Campinas: PUCCAMP.

FLECK, M. P. A.; BORGES, Z. M.; BOLOGNESI, G.; ROCHA, N. S. – Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Revista de Saúde Pública 37(4): 446-55, 2003.

FLEISCHER, S.; TORNQUIST, C. S.; e MEDEIROS, B. F. *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis: UDESC, 2009.

GERHARDT, T. 2006. “Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade.” **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, Nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100019&script=sci_arttext Acesso realizado em janeiro de 2013.

HANSEN, H. - Faith-based treatment for addiction in Puerto Rico. *JAMA* 291(23): 2882, 2004.

HOUTART, F. Sociologia de la Religión. Managua: Nicaragua, 1994. In: CERQUEIRA-SANTOS, E.; KOLLER, S. H.; PEREIRA, M. Teresa Lisboa Nobre. **Religião, saúde e cura: um estudo entre neopentecostais**. Brasília, set. 2004, v.24, n.3. Psicologia: ciência e profissão.

ILLICH, I. (1975). A expropriação da saúde. In: ILLICH, I. *Nêmesis da Medicina*. 4a edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

INOCÊNCIO, D. Entre a ciência e a crença: A postura médica frente à “Cura Religiosa”. Disponível em: http://www.revistaancora.com.br/revista_3/03.pdf Acesso realizado em janeiro de 2013.

JUNGBLUT, A. L. **A salvação pelo Rock: sobre a "cena underground" dos jovens evangélicos no Brasil**. *Relig. soc.* [online]. 2007, vol.27, n.2, pp. 144-162. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rs/v27n2/v27n2a07.pdf> Acesso realizado em junho de 2013

LANGDON, J. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

LEVI-STRAUSS, C. 1981. "A eficácia Simbólica" e "O feiticeiro e sua magia" In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Edições 70.

LEVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In.: LEVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970. cap.9, p.183-203. (Biblioteca Tempo Universitário, 7)

LÉVI-STRAUSS, C. "Introdução à Obra de Marcel Mauss". In: *Sociologia e Antropologia*. SP, EPU/EDUSP, 1974, p.1-36.

LOURENÇO, R. A. A família do dependente químico In: SERRAT, S. M. (Org.). *Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento*. Campinas, São Paulo: Editora Komedi, 2001.

LOYOLA, M. A. “Medicina Popular”. In GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1978, pp. 225-250.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. Rio de Janeiro: Difel, 1983.

LUZ, M. M. C. *A Religiosidade Vivenciada na Recuperação de Dependentes Químicos*. 2007. 103f. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Ciência e Profissão) Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo. Disponível em:

http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=332 Acesso realizado em novembro de 2012.

JÚNIOR, R. S. “Uma breve reflexão sobre a Antropologia da Religião”. Disponível em: http://www.revistaancora.com.br/revista_2/05.pdf Acesso realizado em janeiro de 2013.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. In: Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul. v.30, n. 2, mai/ago/2008, p.96-98.

MARIANO, R. *Expansão pentecostal no Brasil: o caso da Igreja Universal*. revista *Estudos Avançados*, vol.18 no.52, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142004000300010&script=sci_arttext Acesso realizado em maio de 2013

MINAYO, M. C., & Deslandes, F. (1998). Drogas e mudanças biopsico-sociais que possibilitam a violência: por um enfoque mais amplo das condutas individuais. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1), 35-42

MINAYO, M. C. S. 1988. “Saúde /doença: uma concepção popular de etiologia”. **Cadernos de Saúde Pública**, FIOCRUZ.Vol. N. 4, OUT/DEZ 1988.

MONTEIRO, Pedro Meira. A queda do Aventureiro: aventura, cordialidade e os novos tempos em Raízes do Brasil. Campinas: Unicamp, 1999.

MONTEIRO, P. “Religião, pluralismo e esfera pública no Brasil”. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000100004&lang=pt#back1. Acesso realizado em janeiro de 2013.

MONTEIRO, Pedro Meira; EUGÊNIO, João Kennedy (Orgs.). Sérgio Buarque de Holanda: perspectivas. Campinas: Unicamp; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

NOBREGA, M. P. S. S; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 39, n. 5, 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500018 Acesso realizado em dezembro de 2012.

NOTO, A. R.; GALDUROZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciências saúde coletiva* [online]. 1999, vol 4, n.1, pp 145-151. ISSN 1413-8123.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. Saúde e Sociedade, 3(2):5-21, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf> Acesso realizado em julho de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2000.

PAIVA, G. S. (1998). AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 14, 27-34.

PARGAMENT, K. I. (1997). The psychology of religious and coping: Theory, research, practice. New York, USA: The Guilford.

PROENÇA, W. L. Magia, Prosperidade e Messianismo: O “Sagrado Selvagem” nas Representações e Práticas de Leitura do Neopentecostalismo Brasileiro. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2003.

QUEIROZ, V. E. A questão das drogas ilícitas no Brasil. Monografia do curso de Ciências Sociais Econômicas. Universidade Federal de Santa Catarina: UFSC, 2008. Disponível em: <http://tcc.bu.ufsc.br/Economia292028> Acesso realizado em julho de 2013.

RABELO, M. A construção do sentido nos tratamentos religiosos. Disponível em: <http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/380/587>> Acesso realizado em janeiro de 2013.

RABELO, M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. RJ: Ed. FIOCRUZ, 1994.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Editora Atlas, 1999. 334 p

ROCHA, E. O que é mito. Ed. Brasiliense. Rio de Janeiro, 1985.

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G., NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Ciência & Saúde

Coletiva, 2004, 9(1): 43-55. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19822.pdf> Acesso em dezembro de 2012.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas Rev. psiquiatr. clín., 2007, vol.34, suppl.1, p.73-81. Disponível em:
<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html> Acesso em novembro de 2012.

SANCHEZ, Z. V. M. As Práticas Religiosas Atuando na Recuperação de Dependentes de Drogas: A Experiência de Grupos Católicos, Evangélicos e Espíritas. Tese de Doutorado. UNIFESP, 2006.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva, 2009, 14(2): 605-14.

SANTOS, L. C.; BENTLIN, R. E. Efeitos das substâncias psicoativas ilícitas na adolescência. Monografia da faculdade de Enfermagem. Campinas: PUCCAMP, 2005.

SOARES, P. C. Religião e cura: a biografia de um profeta. Monografia do curso de Saúde Coletiva. Brasília: Universidade de Brasília- UnB, 2013.

TAVARES, B. F., BERIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Rev. Saúde Pública, 2001, 35(2): 150 – 8.

TAVARES, G. P.; ALMEIDA, R. M. M. Violência, dependência química e transtornos mentais em presidiários. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000400012 Acesso em dezembro de 2012.

TAYLOR, S. J.; BODGAN, R. **Introduction to Qualitative Research Methods**, New York: John Wiley & Sons, Inc., 1998. 337 p. Acesso em junho de 2013

TEIXEIRA, F. O potencial libertador e da experiência religiosa. In:Amatuzzi, M. M. Psicologia e espiritualidade. São Paulo: Paulus, 2005.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde

Pública vol.42 no.5 São Paulo Oct., 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500018&script=sci_arttext

Acesso realizado em junho de 2013

TIX, A. P.; FRAZIER, P. A. (1998). The use of religious coping during stress full life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal for Consulting Clinical Psychology*, 66, 411-22.

VASCONCELOS, F. R. C.. “Psiquiatria e Religião no Atendimento aos Dependentes Químicos”. *Boletim de Psicoloteologia*. Disponível em:

http://www.cppc.org.br/textos/boletins/Psiquiatria_e_Dependentes_Quimicos.htm

Acesso em dezembro de 2012.

9. Anexos

- Anexo A:

GLOSSÁRIO

Aqui foram condensadas algumas palavras utilizadas com frequência durante o trabalho e que dizem respeito a termos recorrentes na vida de um cristão evangélico.

Agir de Deus

É a intervenção de Deus em uma situação que o homem não consegue solucionar pelos seus próprios esforços. É quando o cristão declara total dependência de Deus em alguma área de sua vida. O agir de Deus se manifesta quando uma situação parece impossível ou improvável de ser solucionada.

Batalha Espiritual:

Acredita-se que o mundo é dividido, se tem o do bem que é o de Deus e o do mal que é o do Diabo. Constantemente o cristão enfrenta batalhas para vencer o mal e alcança a vitória quando consegue vencer as armadilhas propostas pelo diabo. Em síntese é a batalha constante que o cristão enfrenta contra as influências negativas do mundo, contra suas próprias vontades pecaminosas e contra a influência do mal.

Canal de benção:

É uma pessoa capacitada por Deus através de habilidades específicas e dons espirituais para ajudar pessoas com dificuldades em diversas áreas de sua vida.

Chamado Ministerial:

Pessoa capacitada por Deus para cumprir uma missão específica e determinada. E geralmente o chamado está intimamente ligado a um dom dado por Deus para exercer essa missão.

Conversão:

Significa mudar de direção. Sem Deus todos os homens, sem exceção, estão transitando por um caminho que os levará diretamente à perdição e separação de Deus. A conversão é quando há uma mudança dessa direção terrível, que leva à morte, para a direção que é dada por Deus, que leva a vida. Essa mudança de direção é trabalhada por Deus no coração da pessoa. Os principais sinais dessa mudança de direção são o arrependimento e a busca de mudança de vida baseada, fundamentada, na vontade de Deus contida na Bíblia.

Desviado (a):

Desviada, também pode ser definido como apostasia. Apostasia significa cortar o relacionamento de salvação com Cristo, ou apartar-se da união vital com Ele e da verdadeira fé Nele. A pessoa “desviada” é aquela que já conheceu e viveu ensinamentos, valores, princípios e doutrinas de Cristo e acabou se apartando desses valores. A apostasia é possível somente para quem já conheceu os princípios e valores de Deus e experimentou da regeneração e renovação pelo Espírito Santo.

Dom:

São habilidades que as pessoas recebem e desenvolvem pela graça de Deus, através da busca pelo conhecimento da Palavra de Deus, pela vida em santidade e oração. Essas habilidades podem ser, por exemplo, curar, revelar, cantar, pregar, etc. O dom pode ser de nascença ou recebido ao longo da vida. Os dons podem ser dados porque a pessoa pediu ou simplesmente pelos propósitos de Deus.

Intercessão

Pode-se definir intercessão como a oração contrita e reverente, com fé e perseverança, mediante a qual o cristão suplica a Deus em favor de outra pessoa ou pessoas que extremamente necessitam da intervenção divina. Quando alguém está intercedendo ela

está em situação de mediação por outra pessoa, causa ou lugar. Em síntese significa se colocar na causa do outro. Nesse caso a pessoa está em situação de mediar pelas causas de outras pessoas direcionando-as para Deus.

Líder espiritual:

Pessoa íntegra, reta, ética e moral com sabedoria o suficiente da Bíblia para ensinar, instruir e auxiliar pessoas em sua espiritualidade. Pessoa que é exemplo de caráter em seu comportamento e atitudes. Pode ser descrito como alguém que se destaca por ter um vínculo com Deus alcançado por meio das orações persistentes, jejuns e dedicação à leitura da Bíblia.

Louvor:

Música Evangélica com fundo moral, e que pode ter uma caráter de auto ajuda para algum indivíduo. Além disso, é comum as pessoas cristãs evangélicas utilizarem da música para dizerem o quanto amam a Deus e o adoram. Esse ato é chamado de **Adoração**.

Luta:

É quando uma pessoa está passando por dificuldades, adversidades, aflições em alguma área de sua vida.

Mundo:

Para os cristãos evangélicos o mundo é dividido em duas partes, onde uma é comandada por Deus e a outra por Satanás. Esse termo tem um significado muito forte para os evangélicos, pois, este consiste nos prazeres malignos, imorais e pecaminosos que não devem fazer parte da vida de um cristão. Quando se referem a palavra “mundo” estão se referindo a esse sentido mal do mundo, ou seja, às práticas e pensamentos que não procedem de Deus. Os protestantes acreditam que devem se esforçar, ler muito a Bíblia, que é uma espécie de manual diário e se santificar para que esteja fortalecido contra o poder maligno que atua no mundo e que está contra a palavra de Deus (Bíblia). Além disso, devem fugir da aparência do mal, ou seja, fugir de tudo aquilo que pode influenciar a praticar o pecado ou induzir alguém a pecar. Hábitos culturais, como bebidas alcoólicas, algumas músicas, festas, pornografia, fofocas, adultério, e até

mesmo novelas, são julgadas serem do mundo. Ademais, consideram que em todo aquele que ama o mundo e o que ele tem a oferecer o amor de Deus não está presente, já que a crença é a de que “uma pessoa não pode servir a dois Deuses”.

Obras

Refere-se às atividades que o cristão tem para com Deus e o homem, as quais são ordenadas na Bíblia e provêm de uma fé sincera, de um coração puro, da graça de Deus e do desejo de agradar a Cristo. A obra é uma consequência de uma pessoa que assume uma posição de discípulo de Cristo. Pode se assemelhar aos trabalhos realizados com o objetivo de levar a palavra de Deus para algumas pessoas, evangelismo, entregas de sopas, entre outros.

Testemunho:

Compartilhar uma experiência que a pessoa teve com Deus. Compartilhar algo que a pessoa viveu com Deus. Edificar outras vidas através daquilo que ela viveu.

Unção

Pode ser descrito com um momento, ato ou efeito de ungir, untar. Untar com óleo ou com unguento. O melhor significado de ungir é fazer separação ou santificação de algo ou alguém. A unção é uma marca espiritual que pode trazer consequências no mundo físico, a partir das significações daquilo para o indivíduo. É uma metáfora bíblica que simboliza o derramamento do Espírito Santo sobre algo ou alguém.

Visão espiritual:

Visão espiritual envolve ver além do mundo natural para o mundo espiritual. É diante de uma situação a pessoa perceber que a dificuldade que está passando não é normal, que tem a influência má. A pessoa que tem visão espiritual identifica a influência maligna diante de uma situação que aparentemente parece ser normal.

- Anexo B:

**ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA PACIENTES QUE ESTÃO EM
PROCESSO DE REABILITAÇÃO AO USO DE DROGA.**

01. Nome
02. Idade
03. Quando começou a usar drogas?
04. Qual foi o motivo que o levou ao uso?
05. O uso afetou sua vida social? O que mudou?
06. Em que momento pensou em parar de usar drogas?
07. Como foi o processo de parar de usar drogas?
08. O que motivou a buscar ajuda?
09. Onde buscou ajuda?
10. Quais caminhos percorreu para se reabilitar-se?
11. Qual é o seu envolvimento com a fé no contexto da religião protestante e qual é a importância dessa para você?
12. Já fez algum tratamento com práticas médicas convencionais?
13. Qual é a sua percepção sobre o Sistema Único de Saúde dentro do contexto vivenciado?
14. Qual é o seu entendimento de cura?
15. Qual é o seu entendimento de doença?
16. Qual é o seu entendimento de bem-estar?

- Anexo C:

ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA OS LÍDERES ESPIRITUAIS.

01. Nome
02. Idade
03. Tem alguma experiência pessoal com as drogas?
04. O que fez você querer ajudar pessoas com problemas com drogas?
05. Como a religião auxilia e modela os processos de cura?
06. Como as atividades religiosas são desenvolvidas diariamente?
07. Quais são os trabalhos terapêuticos utilizados na reabilitação?
08. Há existência ou não da associação de tratamentos médicos convencionais com os tratamento religiosos?
09. Você concorda ou discorda da associação de tratamentos médicos convencionais com os tratamento religiosos? Por quê?
10. Qual é o seu envolvimento com a fé no contexto da religião protestante e qual é a importância dela para você?
11. Qual é a sua percepção sobre o Sistema Único de Saúde dentro do contexto vivenciado?
12. Qual é o seu entendimento de cura?
13. Qual é o seu entendimento de doença?
14. Qual é o seu entendimento de bem-estar?

- Anexo D:

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais das determinações da Resolução nº 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP que trata sobre normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos. Para isso, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília. Posteriormente ao parecer favorável de que estava em caráter de regularidade, foi realizada a coleta de dados. Aos participantes foram assegurados os direitos legais, a confidencialidade e a privacidade dos dados, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Não houve nenhum gasto financeiro pelos mesmos ou remuneração e benefício de qualquer espécie.

- Anexo E:



Universidade de Brasília - UnB

Faculdade de Ceilândia – FCE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do projeto de pesquisa: “Entre a Medicina e a religião: itinerários terapêuticos no Grupo Dependentes de Deus”

Orientador: Prof^ª Érica Quinaglia Silva

Estudante responsável: Flávia Santos de Oliveira

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: “Entre a Medicina e a religião: itinerários terapêuticos no Grupo Dependentes de Deus”, de responsabilidade de Érica Quinaglia Silva, professora do curso de saúde coletiva da Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é compreender como se dá a associação entre tratamentos medicamentosos e práticas terapêuticas religiosas no grupo Dependentes de Deus, pertencente a religião protestante. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, que serão gravadas mediante o consentimento do (a) entrevistado (a) e posteriormente transcritas para a análise da pesquisadora.

É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa proporcionar perspectivas e visões para a análise dos itinerários terapêuticos dos dependentes químicos, compreendendo a associação ou não das práticas religiosas protestantes com as práticas médicas.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes ao término da pesquisa e serão divulgados na Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou se desejar entrar em contato com a pesquisadora, utilize o e-mail: flavinha_oliveira23@hotmail.com ou ligue para (61) 9901 1341.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH: cep_ih@unb.br.

Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o senhor(a).

Agradecemos por seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa!

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ___ de _____ de _____

- Anexo F:

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE SOM DE VOZ
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, _____, autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Entre a medicina e a religião: itinerários terapêuticos no Grupo Dependentes de Deus”, sob responsabilidade da Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva, vinculada à Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília.

Meu som de voz pode ser utilizado apenas para análise dos dados por parte da pesquisadora.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, seja ele televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e à pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação ao som de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do meu som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da Pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de _____

- Anexo G:

ACEITE INSTITUCIONAL

O(A) Sr./Sra. _____ do(a) _____
está de acordo com a realização da pesquisa “Entre a medicina e a religião: itinerários terapêuticos no Grupo Dependentes de Deus”, de responsabilidade da Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva, professora da Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília, após revisão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH.

O estudo envolve a realização de entrevistas semiestruturadas com dependentes químicos e líderes espirituais que frequentam o Grupo Dependentes de Deus. A pesquisa terá a duração de dois meses , com previsão de início em março de 2013 e término em maio de 2013.

Eu, _____ declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Brasília, de _____ de 20 ____ .

Nome do(a) responsável pela instituição

Assinatura e carimbo do(a)
responsável pela Instituição

- Anexo H:

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS / UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA / CAMPUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Entre a medicina e a religião: itinerários terapêuticos no Centro de Recuperação Salomão e no Grupo Dependentes de Deus.

Pesquisador: Érica Quinaglia Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13424913.5.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas (IH)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 258.104

Data da Relatoria: 29/04/2013

Apresentação do Projeto:

O uso de drogas é um tema atual em um contexto em que os avanços médicos e químicos colaboram para a produção de novas substâncias que aumentam a oferta no mercado consumidor. O presente trabalho propõe compreender os itinerários terapêuticos de dependentes químicos no Centro de Recuperação Salomão e no Grupo Dependentes de Deus, ambos da religião protestante. Como se dá a associação entre tratamentos medicamentosos e práticas terapêuticas religiosas? Em um país em que a religião protestante vem ganhando a cada dia o seu espaço, cabe entender quem são as pessoas que frequentam essas instituições, como decidem a que tratamento devem aderir, se e como transitam do Sistema Único de Saúde para o tratamento cristão protestante, qual é a percepção que têm de saúde, bem-estar e doença e como entendem a reabilitação e a cura nos tratamentos médicos e religiosos.

Objetivo da Pesquisa:

O presente trabalho visa compreender os itinerários terapêuticos dos protestantes que transitam do SUS às práticas religiosas de cura, pacientes do Centro de Recuperação Salomão e do Grupo Dependentes de Deus. Nesse percurso, os líderes religiosos também serão investigados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios advirão da possibilidade de os sujeitos expressarem seus itinerários.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - ICC 2 ALA NORTE 2 MEZANINO 2 SALA B1 2 606 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto respondeu às solicitações e dúvidas do CEP/IH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram entregues.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas. O projeto foi aprovado pelo CEP/IH.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Todas as pendências foram atendidas. O projeto foi aprovado pelo CEP/IH.

BRASILIA, 28 de Abril de 2013

Assinador por:
Debora Diniz Rodrigues
(Coordenador)