

DA INTERNAÇÃO PARA A INTERNALIZAÇÃO: VIDA DIACONAL PARA A MANUTENÇÃO DA SOBRIEDADE

Rolf Roberto Krüger¹

RESUMO:

A internação de dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas Cristãs tem sido um braço do agir diaconal no processo de auxílio à obtenção e manutenção da sobriedade. Constata-se que os elementos aprendidos no programa terapêutico precisam ser internalizados, tornando-se desta forma convicção pessoal a ser vivida no dia a dia da internação e, fundamentalmente, na continuidade pós-internamento. Aceitar ajuda é o primeiro passo neste aprendizado. Porém, para a continuidade da manutenção da abstinência, será preciso internalizar um dos elementos essenciais: O princípio da disposição para o servir. É uma mudança radical de foco. Ou seja, de uma vida centrada em si mesma para o olhar da realidade do outro. Descobre-se, desta forma, a alegria de proporcionar alegria. Assim, a diaconia, mais do que constitutiva de uma nova ética pessoal, passa a ser – em sua essência – um elemento terapêutico.

Palavras-chave: Internação; Internalização; Dependência de Substâncias Psicoativas; Comunidade Terapêutica; Diaconia.

ABSTRACT:

The admission of substance-dependent individuals in Christian Therapeutic Communities has been an arm of the diaconal act in the process of helping to achieve and maintain sobriety. It appears that the elements learned in the therapeutic program must be internalized, becoming personal conviction to be experienced on the day of admission and, crucially, in continuity after hospitalization. Accepting help is the first step in learning. However, in order to the continuity of the maintenance of abstinence, one must internalize the essential elements: The principle of willingness to serve. It is a radical change of focus. That is, from a self-centered life to a look into the reality of the other. It turns out this way, the joy of providing joy. Thus, diaconia, more than constituting a new personal ethics, becomes - in its essence - a therapeutic element.

Keywords: Admission; Internalization; Psycho-active Substances Dependence; Therapeutic Community; Diaconia.

A dependência de substâncias psicoativas tem se agravado, especialmente com o advento do crack. As Comunidades Terapêuticas tem sido uma das opções de atendimento à demanda. Visto que muitas delas têm vínculos, formais ou informais, com comunidades de fé cristã, faz-se necessário verificar o próprio das mesmas.

¹ Doutorando em Teologia, pela Escola Superior de Teologia (EST), São Leopoldo, RS. O presente trabalho foi realizado com o apoio do CAPES – Brasil. rolf.kruger@flt.edu.br

O presente estudo fará esta leitura na perspectiva da diaconia. Primeiramente olhando as Comunidades Terapêuticas enquanto braço diaconal das comunidades de fé cristã. Num segundo momento apontando para as fases que o indivíduo dependente de substância psicoativa deve viver para a sua recuperação. Chega-se assim ao aspecto terapêutico da diaconia: ser diácono.

Comunidade Terapêutica: Ação diaconal

Quando uma comunidade de fé cristã age no sentido de auxiliar dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares, fazem-no através de vários meios: Aconselhamento individual, grupo de apoio e/ou Comunidade Terapêutica. Essas formas de auxílio se complementam. Um dependente químico que busca aconselhamento ou venha a participar de um grupo de apoio pode necessitar de uma internação temporária. Um que está no processo final da internação precisará de aconselhamento e grupo de apoio para a continuidade da sua caminhada em abstinência. Assim, a relação entre aconselhamento, grupo de apoio e Comunidade Terapêutica é de mão dupla: uma envia e acompanha a outra.

Todas são agir diaconal da comunidade de fé. Tem como princípio a convivência, o 'estar com' e 'colocar-se com', apregoado por Jesus.

Este estudo está focado na Comunidade Terapêutica. A internação de dependentes de substâncias psicoativas tem sido um braço do agir diaconal no processo de auxílio à obtenção e manutenção da sobriedade.

Comunidade Terapêutica: Instituição de Tratamento

Comunidade Terapêutica, nomenclatura pela qual são conhecidas as instituições que atendem no processo de recuperação da dependência de substâncias psicoativas, pelo sistema de internação, é um método de atendimento psicossocial, em regime de residência. A resolução 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em seu artigo 1º, parágrafo único, preconiza:

O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de

substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.²

É significativo o fato da ANVISA regulamentar o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, visto que, somente em 2001 surgiu a primeira resolução³, tirando as mesmas da “clandestinidade”.

A resolução⁴ prevê o necessário para que o residente⁵ seja atendido com dignidade no que se refere à moradia (infra-estrutura), ao serviço prestado, ao relacionamento da equipe de atendimento e ao processo assistencial.

Muitas Comunidades Terapêuticas tem vínculos com comunidades de fé cristãs. Algumas foram fundadas e são mantidas pelas mesmas. Outras são administradas por pessoas oriundas e vinculadas ao cristianismo.

Comunidade Terapêutica: Comensalidade da igreja

Comensalidade é o convívio em torno da mesa. É o ‘comer com’. A vida em uma Comunidade Terapêutica – lugar de residência – é marcada pela comunhão de mesa nas refeições diárias. Assim, essa analogia ilustra o próprio das Comunidades Terapêuticas enquanto extensão da comunidade de fé, reunida em torno da mesa eucarística.

Comensalidade deriva do latim “*mensa*” que significa conviver à mesa [...] deixou de ser considerada como uma consequência de fenômenos biológicos ou ecológicos para tornar-se um dos fatores estruturantes da organização social. A alimentação revela a estrutura da vida cotidiana, do

2 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 29**, 30 de junho de 2011. Art. 1º.

3 No item 2 - Conceituação, da Resolução da AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, consta: “Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivo e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas”. Uma nova resolução foi publicada em 30 de junho de 2011 (Resolução – RDC nº 29) abdicando da nomenclatura Comunidade Terapêutica, apenas “instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”.

4 ANVISA. RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

5 Optamos por “residente” para nos referirmos ao indivíduo que está internado em uma Comunidade Terapêutica, visto que estas atuam em regime de residência e, ao mesmo tempo o termo lembra o convívio familiar.

CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo.

Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.689-702

seu núcleo mais íntimo e mais compartilhado. A sociabilidade manifesta-se sempre na comida compartilhada.⁶

A partir de Jürgen Becker, Gaede Neto trata do assunto da comensalidade de Jesus no contexto da ceia salvífica de Deus, e conclui:

A comensalidade de Jesus com as pessoas pobres das vilas da Galiléia, como vivência da mensagem do irrompimento do Reino de Deus, caracteriza-se pela partilha do pão (para socorrer a necessidade das pessoas famintas) e pela comunhão e comunitariedade (*para atender à necessidade da aceitação, da inclusão*). Num só tempo, a comensalidade aponta para a importância das dimensões prática e comunitária da diaconia em Jesus. Acresce-se que as duas dimensões juntas significam, ao mesmo tempo, denúncia da realidade vigente de miséria e exclusão e anúncio de uma forma alternativa de vida comunitária, construída sobre o princípio da partilha.⁷

Conforme Marcos 2.15-17, Jesus ceava com os ‘publicanos e pecadores’. Demonstrava, através deste gesto, o seu amor incondicional ao ser humano. *Publicanos* eram os cobradores de impostos. Entre eles estão os *architelônai* que eram os arrendatários do sistema e arrecadadores chefes que faziam contratos arriscados, buscando tirar o investimento feito e o lucro almejado e encontramos os *telônai* que eram as pessoas comuns, contratadas para o serviço de cobrança nas coletorias, muitas vezes por não terem trabalho mais digno. Estes eram marcados por grande instabilidade devido à flutuação no mercado de trabalho e pela rejeição social. Por isso eram facilmente corrompidos, fazendo da trapaça a ordem do dia⁸. A reputação negativa que tinham vinha, basicamente, da carga opressiva que os tributos representava para o povo e comerciantes e da desonestidade na profissão.

Somava-se a isso a desclassificação religiosa: suas posses injustas, a sonegação de impostos e o desleixo com o dízimo tornavam suas receitas impuras e os estigmatizavam também como infiéis em relação à Torá. Essa situação coloca os publicanos no nível dos pecadores.⁹

A designação de *pecadores* engloba os publicanos, porém nem todos os pecadores eram publicanos. Reflete mais um grupo de pessoas com desqualificação religiosa.

6 MOREIRA, Sueli Aparecida. Alimentação e comensalidade: Aspectos históricos e antropológicos, 2012.

7 GAEDE NETO, Rodolfo. **A diaconia de Jesus**: contribuições para a fundamentação teológica da diaconia na América Latina. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo: Paulus, 2001, p. 123. [grifo nosso].

8 “O coletor de impostos constava, por tudo isso, na lista das profissões desprezadas, juntamente com cuidadores de porcos, curtidores de couro, vendedores de alho, banqueiros, carreteiros, servidores de mesa, servente, etc., todos trabalhos mal remunerados, executados por pessoas pobres”. GAEDE NETO, 2001, p. 127.

9 GAEDE NETO, 2001, p. 128.

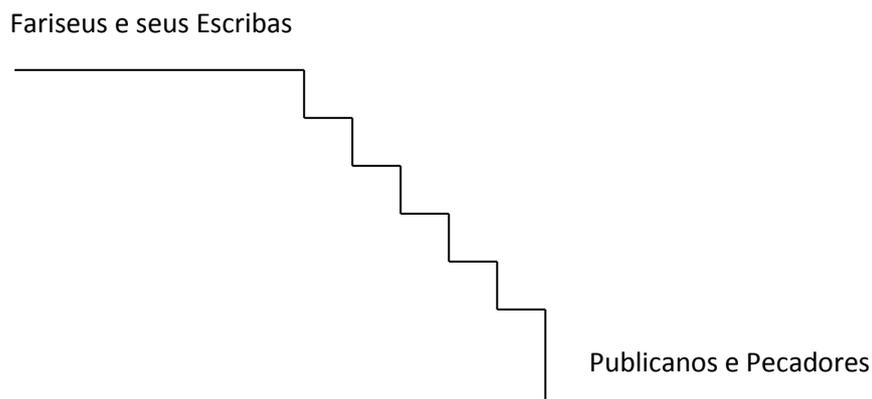
CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo.

Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.689-702

Os *fariseus* eram piedosos ativos da época de Jesus, que assumiram fortemente a distinção entre justos e pecadores. Os *escribas* dos fariseus interpretavam e atualizavam a lei divina para o povo judeu. O interesse deles, em seguir os preceitos da lei de Deus à risca, faziam com que se distanciassem de todos aqueles que não queriam ou não podiam observar com o mesmo rigor a legislação religiosa existente.

Manter de um lado a ‘congregação dos justos’ e, de outro, a ‘roda dos escarnecedores’ (expressa no Salmo 1) era a pretensão dos escribas dos fariseus. “A fusão desses dois mundos só pode resultar em confusão: Jesus confunde a ‘boa ordem’ moral e religiosa de sua época”¹⁰. Jesus justifica sua atitude com o dito do verso 17 de Marcos 2: “Os sãos não precisam de médico...”.

A figura de uma escada se torna ilustrativa para a diferenciação entre justos e pecadores:



O primeiro degrau é feito propositalmente mais alto para destacar que as circunstâncias (geralmente de pobreza, das profissões menos dignas da época) dificultavam ‘subir a escada’ dando o primeiro passo. Essa escada também fica evidente na oração feita pelo fariseu, na parábola que Jesus conta em Lucas 18. 9-14.

A comensalidade para o povo judeu era comunhão de vida. Jesus estava exercitando comunhão de vida com pessoas de profissões inferiores, muitas vezes desonestos e ligados a trapaças. Na comensalidade de Jesus, além de coletores de impostos, participavam pessoas cuja imagem, na avaliação dos entendidos da lei

¹⁰ GAEDE NETO, 2001, p. 131.

CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo.

Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.689-702

divina, estavam manchadas pelo pecado, merecendo a (des)classificação como pecadoras¹¹.

Jesus não nega a condição pecadora de seus comensais. Vê o quanto elas precisam de ajuda. O problema é o afastamento consciente dos fariseus, que agem de modo contrário ao médico. O 'remédio' para o mal do afastamento só pode ser a proximidade.

Agindo como 'médico', Jesus age identificado com Deus.(...) Deus que cura, a exemplo do que diz o Salmo 103.3: (...). **A comensalidade é, por isso, uma ação terapêutica de Jesus**, em que se revela, em toda a sua profundidade, a face acolhedora de Deus, que é decididamente *inclusiva*. Por isso, ao agir em nome de Deus, 'o tipo de vida que se cria ao redor de Jesus não admite excluídos (...) O perdão de Jesus é o poder de derrubar aquilo que exclui pessoas [itálico do autor, negrito nosso].¹²

Os dependentes químicos e seus familiares são um dos grupos marginalizados da atualidade. A igreja corre o risco de se posicionar conforme os escribas dos fariseus. Ou, conforme o seu chamado, ir ao encontro da realidade, oferecendo ajuda concreta. A Comunidade Terapêutica, neste quesito, é um dos braços da igreja.

Dependência Química: Da internação para a internalização

A internação não é um fim em si mesmo. O objetivo é auxiliar o indivíduo no seu processo de aquisição de um estilo de vida na sobriedade. Para isso, todo o programa terapêutico deverá contribuir, apregoando que os valores ensinados possam ser internalizados.

Fases da recuperação

Fischer, citando De Leon, apresenta dez fases pelas quais o dependente químico passará no processo de tratamento. Inicia pelas fases que compõe o pré-tratamento: A *negação* implica em negar o uso, abuso ou a dependência da substância psicoativa, bem como as conseqüências. A *ambivalência* apresenta algum reconhecimento diante de situações críticas (ressaca), retrocedendo quando

11 GAEDE NETO, 2001, p. 129.

12 GAEDE NETO, 2001, p. 133.

CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo.

Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.689-702

a situação é contornada. A *motivação extrínseca* reconhece que há problemas, porém responsabiliza fatores externos pela existência dos mesmos. A *motivação intrínseca* admite a responsabilidade pessoal, motivado por questões negativas (sentimentos ruins) e positivas (sonho de uma vida melhor). A *prontidão para mudança* é pró-ativa, porém o indivíduo imagina como deve ser a sua recuperação. Finalmente, a *prontidão para o tratamento* vê neste a única opção¹³.

É ideal que o dependente químico chegue à sexta fase – prontidão para o tratamento – para que esteja de fato motivado e convicto para viver o programa terapêutico. Porém, a grande maioria busca alguma inserção no tratamento já na motivação extrínseca. Pressionado pelas circunstâncias e por pessoas o tratamento é aceito, porém como meio de aliviar as tensões. Daí a necessidade de trabalhar a motivação. Nas palavras de De Leon “embora pressões extrínsecas levem o indivíduo ao tratamento, é a motivação intrínseca que mantém a participação continuada no processo”¹⁴. Problemas jurídicos, fiscais, de saúde, familiares, sociais, domésticos, entre outros, podem levar alguém a buscar uma internação. Porém essas percepções são mutáveis. Motivação, prontidão e adequação podem mudar diariamente¹⁵. Assim sendo, a equipe terapêutica poderá atuar no sentido de promover a mudança motivacional.

As etapas do tratamento são a *desintoxicação* que é marcada pela síndrome de abstinência. Precisa ter acompanhamento médico. A *abstinência* é uma fase de aprendizado de manutenção da abstinência. Reconhecer avisos externos (pressão social, oferta da substância) e internos (fissura, emoções) é fundamental para reorganizar um plano de vida livre da substância psicoativa. O programa de ‘prevenção da recaída’ de Marlatt e Gordon¹⁶ é um auxílio significativo neste processo. A *continuidade* aponta para o gerenciamento da vida, com modelo de conduta preventivo. A *mudança de identidade e integridade* é a internalização da sobriedade¹⁷. Esta última é a internalização do estilo de vida ensinado e vivido na CT.

13 FISCHER, Alexander. **Dependência em Substâncias Psicoativas**: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação. Florianópolis: UFSC, 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia), p. 96-106.

14 DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003, p. 363.

15 De LEON, 2003, p. 262-263.

16 MARLATT, Allan G. GORDON, Judith R. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artmed, 2003, 2003.

17 FISCHER, 2004, p. 96-106.

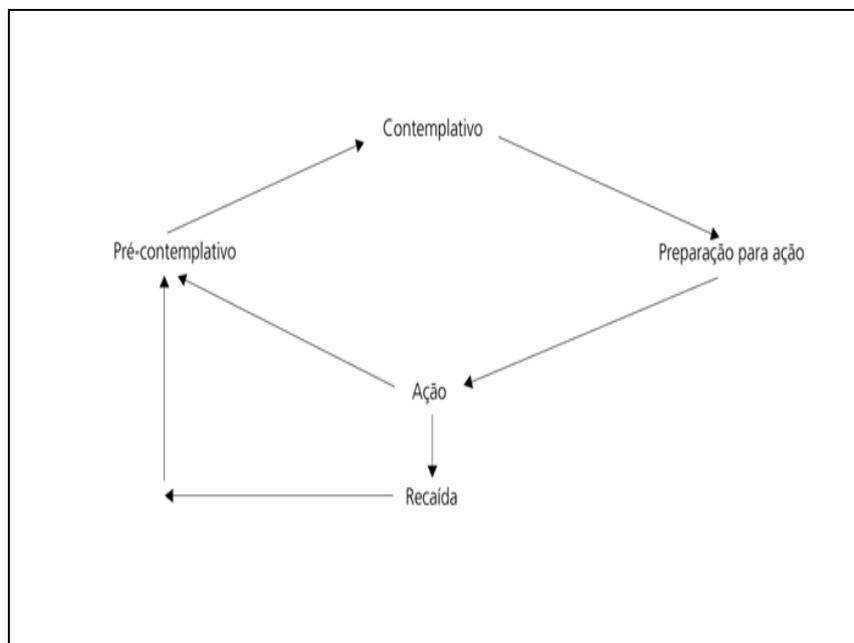
CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo.

Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.689-702

Internalização é um conceito psicodinâmico conhecido que indica uma aprendizagem que envolve 'absorver' o comportamento e os ensinamentos de outros. Na CT, a internalização é evidente quando um novo aprendizado torna-se parte 'natural' do repertório do indivíduo.¹⁸

Internalização é viver a sobriedade. Aliás, aqui cabe diferenciar abstinência de sobriedade. Abstinência é o “abster-se” da substância e sobriedade é viver bem, ou seja, gostar de viver em abstinência. Mais do que estar, é preciso ser abstinente.

Prochaska & Di Clemente¹⁹ apresentam seis fases pelas quais um DSPA passa no seu processo terapêutico: 1º) *Pré-Contemplação*: A pessoa não tem consciência de que precisa mudar ou que tem um problema; 2º) *Contemplação*: A consciência começa a despertar sobre a existência de um problema ou da necessidade de alguma mudança na vida. 3º) *Preparação para a ação* (Determinação): Convencidos que a mudança é necessária. Verbalmente apresentam mudança, mas ainda não estão prontos para agir. 4º) *Ação*: Além das ideias, a pessoa está agindo. Entra voluntariamente em um programa de tratamento. 5º) *Manutenção*: Domínio das habilidades aprendidas no estágio Ação. Está abstinente e continua aprimorando seu plano de tratamento, para assim permanecer. 6º) *Recaída* – uma possibilidade durante todas as fases. Ilustram com o gráfico:



Fonte: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm

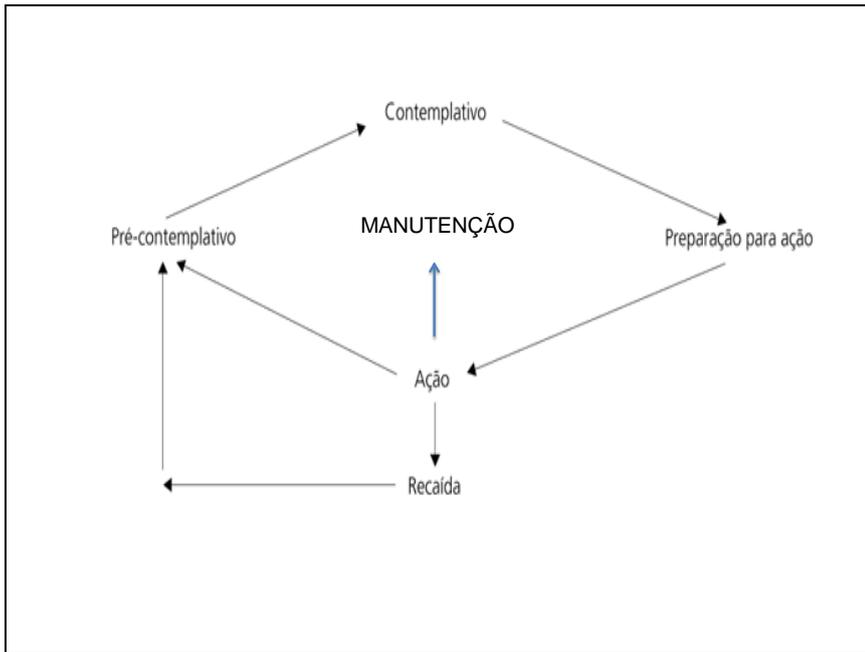
18 De LEON, 2003, p. 381.

19 PROCHASKA & DI CLEMENTE, apud LARANJEIRA, Ronaldo; GIGLIOTTI Analice. **Tratamento da dependência da nicotina**, 2011.

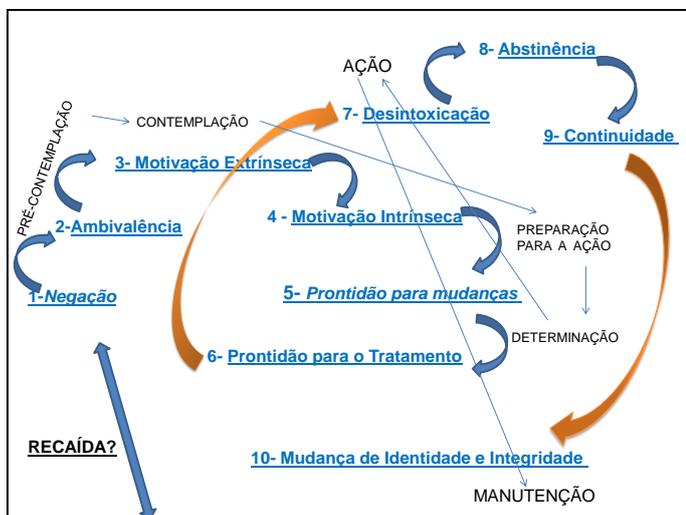
CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo.

Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.689-702

Faltou incluir a manutenção neste gráfico. Ficando assim:



Comparando as fases apresentadas por De Leon e as fases de apreogadas por Prochaska & De Clemente, teremos: A fase da 'negação' equivale à fase da *pré-contemplação*. A 'ambivalência', 'motivação extrínseca', 'motivação intrínseca' equivalem à *contemplação*. 'Prontidão para mudança', 'prontidão para o tratamento' são a *preparação para a ação*. 'Desintoxicação' e 'abstinência' equivalem à *ação*. 'Continuidade e mudança de identidade/integridade' (internalização) confere com a *manutenção*. De Leon não coloca a recaída em suas fases. Elas estão subentendidas, principalmente no pré-tratamento, pois podem levar a uma conscientização maior da problemática. Para visualizar a relação entre as fases de De Leon e de Prochaska & De Clemente, propomos o gráfico:



Constatando a realidade destas fases, percebe-se que a internação se faz necessária porque, ao decidir pela abstinência, o dependente de substâncias psicoativas encontrará pelo menos três condições que vão contra a sua decisão de ‘parar’ com o uso da substância psicoativa: a) Corpo intoxicado que gera uma pressão interna, marcada por momentos de forte fissura; b) Oferta da substância, geradora de uma pressão externa; c) Fragilidade emocional, visto que durante o período de uso e abuso da substância psicoativa o indivíduo não amadurece emocionalmente – tendo dificuldade de manter uma decisão. Por isso, ao permanecer no seu espaço geográfico convencional, terá muita dificuldade de manter a sua decisão de se abster. Assim, a proposta de um lugar onde possa desintoxicar, manter a abstinência e aprender a viver em sobriedade (viver bem) é significativa e pode fazer toda a diferença entre conseguir, ou não, realizar a sua decisão.

Se para permanecer no tratamento é fundamental a motivação, muito mais será a necessidade desta para o processo de internalização. Sem o querer do indivíduo, não haverá recuperação.

O indivíduo precisa assumir a responsabilidade pela sua recuperação. A mudança envolverá uma auto-ajuda mútua que leve à auto-estima. “Assim, os residentes não estão simplesmente tratando sua dependência, ou modificando seus comportamentos e atitudes; eles estão trabalhando para *mudar a si mesmos*”²⁰.

São correntes as expressões “auto-ajuda” e “ajuda mútua”²¹. De Leon aproxima as duas através da expressão “auto-ajuda mútua”. Significa que a recuperação será responsabilidade dos sujeitos envolvidos²². Com “auto-ajuda”, aponta-se para o papel do indivíduo no seu processo terapêutico de internalizar

²⁰ De LEON, 2003, p. 365. (grifo do autor).

²¹ Mesmo que a literatura não as diferenciam substancialmente “[...] a ajuda mútua sempre pressupõe um grupo, ou seja, um conjunto de pessoas que se ajudam entre si. A auto-ajuda é sempre uma ação que, em última instância, é individual. Assim, quando a auto-ajuda acontece dentro de um grupo de fato acontece também mútua-ajuda. Um grupo de ajuda mútua somente pode funcionar se cada um dos membros se auto-responsabiliza e, conjuntamente, coopera com os demais (ajudando e recebendo ajuda) para resolver seus problemas e necessidades”. CRUZ AZUL. **Introdução aos grupos de apoio**, 2012.

²² Assim também Sanchez, em sua conclusão de nº 10, afirma que “O sucesso está diretamente relacionado à busca ativa pelo tratamento, ou seja, foi por decisão dos entrevistados que se iniciou o tratamento e todos estavam desejosos de mudar de vida”. SANCHEZ, Zila Van Der Meer. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas**: A Experiência de Grupos Católicos, Evangélicos e Espíritas. 2006. 389f. Tese (doutorado em Ciências). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, p.346-347.

CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES EST, 1., 2012, São Leopoldo.

Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012. | p.689-702

novos valores que levem às ações transformadoras de sua existência. Com “mútua”, propõe-se a não esquecer que esse processo é auxiliado por uma rede social.

É responsabilidade da Comunidade Terapêutica promover uma avaliação e reforço do progresso do indivíduo²³. É possível, por exemplo, identificar em que nível de internalização do tratamento se encontra o indivíduo. Se o mesmo está apenas correspondendo para levar vantagens (aquiescência), se é para ser aceito nos relacionamentos (conformidade), se é por pressão comunitária (querer ser bem visto) ou se é por comprometimento consigo mesmo (internalização)²⁴.

Para a mudança de identidade, De Leon sugere três estágios: Dissipação (das imagens negativas e sociais não-autênticas); reestruturação (autoconceito positivo evidenciados nas novas realizações no programa terapêutico); e desenvolvimento continuado da identidade (processo para o pós-internamento)²⁵.

A mudança será percebida em cinco níveis: a) Autoatenção é o aprendizado de hábitos e atitudes pessoais fisicamente saudáveis; b) Autocontrole é o aprendizado para conter e modificar comportamentos impulsivos; c) Autoadministração é o aprendizado que leva a reconhecer e modificar padrões de comportamento e atitudes repetitivos; d) Autocompreensão é a nova conceitualização de sua história de vida, histórico familiar e eventos condicionadores anteriores; e) Autoconceito é o aprendizado que leva a reformular a visão de si mesmo²⁶.

Fica evidente que estes cinco níveis são conquistas pessoais ‘auto’ adquiridas. Significa que para se atingir estes níveis, é preciso um empenho pessoal de aprendizado. Assim, o processo terapêutico é processo também de aprendizado.

O processo da internalização apresenta algumas características desafiadoras: a) Dissonância cognitiva e conflito comportamental. Ocorre na distância entre o saber cognitivo e a correspondência comportamental; b) Generalização de elementos comportamentais aprendidos na Comunidade Terapêutica e aplicados para realidades semelhantes fora dela; c) Aprender a aprender, é o desenvolvimento da capacidade de analisar diferentes situações, aplicando os valores adquiridos; d) Experiências confirmatórias, quando o indivíduo

²³ De LEON, 2003, p. 368.

²⁴ De LEON, 2003, p. 385.

²⁵ De LEON, 2003, p. 370.

²⁶ De LEON, 2003, p. 366-367.

aplica o aprendizado e confirma as conseqüências positivas da nova atitude adquirida²⁷.

Diaconia: Princípio terapêutico

O que é ensinado e vivenciado no contexto da Comunidade Terapêutica deverá ser internalizado, tornando-se convicções pessoais.

Dos vários elementos ensinados e aprendidos durante a vivência do programa terapêutico, um deles é a disposição para o servir. É uma mudança radical de foco. As substâncias psicoativas intensificam a tendência egocêntrica do ser humano. Olhar a realidade do outro, a sua existência e seus sofrimentos, é proporcionado através da convivência diária dentro de uma Comunidade Terapêutica, bem como pela aquisição de um estilo de vida em sobriedade.

O desafio e a possibilidade de ajudar o outro faz parte do novo comportamento apreendido no processo terapêutico. Descobre-se, desta forma, a alegria de proporcionar alegria. Assim, a diaconia, mais do que constitutiva de uma nova ética pessoal, passa a ser – em sua essência – um elemento terapêutico.

Só quem aceita, de mãos vazias (passivamente), ser resgatado qual escravo e escrava, qual presa impotente nas mãos do poder do pecado de querer ser igual a Deus (de querer ter poder sobre as outras pessoas), essa pessoa está verdadeiramente liberta para se colocar a serviço do resgate de outras pessoas escravizadas.²⁸

Percebe-se um aspecto terapêutico fundamental para o acolhimento de egressos da internação: A diaconia não só no aspecto da comunidade que serve, mas como aspecto terapêutico do indivíduo que assume esta postura de vida. Significa que ao praticar a diaconia a comunidade de fé ensina a ser diácono. Ao ser diácono o indivíduo trilhará por um caminho que reforçará e dará sentido a sua abstinência. Enquanto o olhar estiver voltado para o bem do outro, não estará voltado para as situações que causam vulnerabilidade, causadoras de recaída.

Retomando a figura da escada, somente quem sabe estar na base da escada, vivendo pela graça de Deus, é que pode resgatar a outros em condições semelhantes. Quem resgata não tem tempo para subir a escada, permanecendo na

²⁷ De LEON, 2003, p. 383-384.

²⁸ GAEDE NETO, 2001, p. 84.

humildade que se coloca igual (não mais e nem menos) e por isso pode aceitar ajuda e, ao mesmo tempo, ajudar. Enquanto ajuda é ajudado.

A experiência tem mostrado que a grande maioria dos dependentes químicos que se mantêm abstinente são os que se envolvem concretamente nas atividades terapêuticas, seja em grupos de apoio, seja em instituições de tratamento, seja na igreja.

Encontramos na diaconia não só uma dimensão para o ser Igreja – acolhedora – mas também um princípio terapêutico para o indivíduo que serve: o sentir-se útil.

No processo de ‘servir’ proporciona-se: a) A construção de novos relacionamentos, b) A ocupação saudável do tempo e do pensamento que ficará voltado aos afazeres, c) A oração passa a ser estimulada e d) O olhar volta-se para o próximo. Assim tem-se um efeito bumerangue: O servir ao próximo é retornado com a bênção de viver sobriamente.

O último dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos aponta para este princípio: “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades”²⁹.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 101**, de 30 de maio de 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm> Acesso 30 jul. 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 29**, 30 de junho de 2011. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=resolucao>> Acesso 30 jul. 2012.

CRUZ AZUL. **Introdução aos grupos de apoio**. Disponível em: <http://www.cruzazul.org.br/grupos/manual/manual_conceito.htm>. Acesso 02 dez. 2012.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.

²⁹ NILSEN, Mary Y. **Um Tempo para a Paz: meditações diárias para a recuperação espiritual**. São Leopoldo: Sinodal, 2004, p.7.

FISCHER, Alexander. **Dependência em Substâncias Psicoativas**: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação. Florianópolis: UFSC, 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia).

GAEDE NETO, Rodolfo. **A diaconia de Jesus**: contribuições para a fundamentação teológica da diaconia na América Latina. São Leopoldo: Sinodal, São Paulo: Paulus, 2001.

MARLATT, Allan G. GORDON, Judith R. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 524p.

MOREIRA, Sueli Aparecida. **Alimentação e comensalidade**: Aspectos históricos e antropológicos. Disponível em:
http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400009. Acesso: 26 ago 2012.

NILSEN, Mary Y. **Um Tempo para a Paz**: meditações diárias para a recuperação espiritual. São Leopoldo: Sinodal, 2004.

PROCHASKA & DI CLEMENTE, apud LARANJEIRA, Ronaldo; GIGLIOTTI Analice. **Tratamento da dependência da nicotina**. Disponível em:
http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm. Acesso em 13/12/2011.

SANCHEZ, Zila Van Der Meer. *As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: A Experiência de Grupos Católicos, Evangélicos e Espíritas*. 2006. 389f. Tese (doutorado em Ciências). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, 2006.