ACOLHER A VIDA COMO ELA VEM

MANUAL DA

PASTORAL LATINO-AMERICANA

DE ACOMPANHAMENTO E PREVENÇÃO DE DEPENDÊNCIAS



CELAM
CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

P.L.A.P.A

Com as devidas licenças eclesiásticas. Reservados todos os direitos. Esta publicação não pode ser reproduzida no todo nem em parte por qualquer meio sem a autorização prévia por escrito do CELAM

© Conselho Episcopal Latino-Americano e Caribenho CELAM
Avenida Boyacá N.º 169D-75
Código postal 111166
PBX: 601 484 5804
celam@celam.org
www.celam.org
Bogotá, D. C., 2026.

Primeira edição: junho de 2026.

Bogotá, Colômbia.

Coordenação geral: Pe. Carlos Olivero.

Projeto gráfico e diagramação: [«Equipe PLAPA»].

Ilustrações: Ilustrações: Geradas mediante DALL-E (OpenAI) e editadas pela equipe da PLAPA. A imagem do Retábulo de Isenheim (Figura 3.1) é de domínio público.

Contato: [info@plapa.org]

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons "Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional".



Sumário

I O ponto de partida 17

1 Porta de entrada 19
- 1.1 Apresentação . . . 19
- 1.2 Como utilizar este manual? . . . 20
- 1.3 Prólogo . . . 22

2 A metodologia utilizada 25
- 2.1 Os desafios . . . 25
- 2.2 As opções e o método . . . 26

3 Uma imagem para a pastoral 31
- 3.1 O Retábulo de Isenheim . . . 32
- 3.2 A mãe e o discípulo amado . . . 34
- 3.3 Maria Madalena . . . 36
- 3.4 João Batista e o Cordeiro de Deus . . . 37
- 3.5 São Sebastião . . . 38
- 3.6 Santo Antão Abade . . . 39
- 3.7 O sepultamento de Jesus . . . 40

II Ver 43

4 A crise já não pode ser dissimulada 47
- 4.1 Nossos bairros . . . 47
- 4.2 Nossas paróquias . . . 48
- 4.3 Nossas escolas . . . 49
- 4.4 A situação particular das mulheres . . . 50
- 4.5 As famílias e os mais pequenos . . . 51
- 4.6 As novas tecnologias . . . 52
- 4.7 A saúde . . . 53
- 4.8 Saúde mental . . . 55
- 4.9 O drama do trabalho . . . 56
- 4.10 Nossos irmãos na rua . . . 57

4.11 A população travesti-trans . . . 58
4.12 As prisões . . . 59
4.13 O narcotráfico e a globalização do crime organizado . . . 60
4.14 Os Estados e as políticas públicas . . . 62

5 O Magistério Eclesial 65
5.1 Itinerário da consciência eclesial e novos paradigmas pastorais . . . 66
5.2 O Diagnóstico Existencial: A Droga como Patologia do Espírito . . . 68
5.3 O Juízo Moral e a Crítica à Liberalização . . . 69
5.4 A Resposta Pastoral
A Educação e a Terapia da Esperança . . . 70
5.5 O Diagnóstico Global: O Narcotráfico como Guerra e Estrutura de pecado . . . 71
5.6 A Crise Antropológica: A «Cultura do Descarte» e o Vazio Existencial 71
5.7 A Ética do Cuidado: Paradigma integral
diante da cultura do descarte . . . 72
5.8 As diferenças . . . 74
5.9 Coincidências . . . 75
5.9.1 O Narcotráfico como «Cultura da Morte» . . . 75
5.9.2 A rejeição à liberalização e a prudência diante das drogas substitutivas . . . 76
5.9.3 A pessoa dependente como vítima de uma «Nova Escravidão» 76
5.9.4 A resposta: Prevenção e «Terapia do Amor» . . . 77
5.9.5 A Família como pilar de salvação . . . 77
5.10 Leão XIV: A pastoral das dependências
como luta libertadora . . . 77

III Julgar 83

6 O ser social 89
6.1 A Comunidade e o Território. Proximidade e Novas Realidades . . . 90
6.1.1 Artigo 1: Sobre a distinção entre proximidade física e presença significativa . . . 90
6.1.2 Artigo 2: Sobre o vínculo (chamar pelo nome) diante da desumanização do sistema . . . 92
6.1.3 Artigo 3: Sobre a necessidade de evitar a romantização do bairro . . . 95
6.1.4 Artigo 4: Sobre o território digital como novo desafio . . . 98
6.2 A Família. Estruturas, Família Comunitária e Influências . . . 101

6.2.1 Artigo 1: Sobre a natureza e vocação da família como oportunidade . . . 101
6.2.2 Artigo 2: Sobre a família como escola de fraternidade e antídoto contra o individualismo . . . 103
6.2.3 Artigo 3: Sobre a mística da hospitalidade como ponte para o comunitário . . . 105
6.2.4 Artigo 4. Sobre o termo família comunitária . . . 107
6.2.5 Artigo 5: Sobre o condicionamento das influências macro nas capacidades de criação . . . 110
6.2.6 Artigo 6: Sobre o impacto da discriminação e da exclusão social no risco de consumo juvenil . . . 112
6.2.7 Artigo 7: Sobre os princípios para uma intervenção preventiva baseada na família . . . 114
6.2.8 Artigo 8: Sobre o paradigma da criação comunitária . . . 116
6.3 O trabalho e o dinheiro . . . 120
6.3.1 Artigo 1: O trabalho como participação na criação . . . 120
6.3.2 Artigo 2: As 3T (Terra, Teto e Trabalho) . . . 122
6.3.3 Artigo 3: A Misericórdia Estruturada . . . 124
6.3.4 Artigo 4: Gradualidade do trabalho na recuperação . . . 126
6.3.5 Artigo 5: O dinheiro como sinal de realismo e maturidade . 128
6.4 Superação da Fragmentação e Integralidade do Acompanhamento . 131
6.4.1 Artigo 1: Sobre a fragmentação epistemológica e administrativa . . . 131
6.4.2 Artigo 2: Sobre a ação do acompanhamento inespecífico diante da fragmentação . . . 134
6.4.3 Artigo 3: A horizontalidade e centralidade da pessoa no trabalho em rede . . . 136
6.5 Metodologia da Ternura e Papéis Comunitários . . . 139
6.5.1 Artigo 1: A aplicação dos três linguagens na metodologia da ternura . . . 139
6.5.2 Artigo 2: A amizade com o tempo como eixo da recuperação 142
6.5.3 Artigo 3: O paradigma de «chegar antes» e a potência dos espaços promocionais . . . 144
6.5.4 Artigo 4: A memória comunitária como ferramenta de sanação e empoderamento . . . 147
6.5.5 Artigo 5: Os papéis das tecelãs do cuidado e o acompanhamento par como pilares da comunidade . . . 149
6.6 Inclusão Social, Diferenças Sexuais e Direitos Humanos . . . 151
6.6.1 Artigo 1: A exclusão social e a pobreza estrutural como ferida da sociedade . . . 151

6.6.2 Artigo 2: A feminização da pobreza como realidade de exclusão múltipla . . . 154
6.6.3 Artigo 3: As abordagens diferenciadas e o acompanhamento específico para mulheres . . . 156
6.6.4 Artigo 4: As abordagens diferenciadas e o acompanhamento específico para homens . . . 158
6.6.5 Artigo 5: A economia popular e solidária como motores de identidade e dignidade . . . 160
6.6.6 Artigo 6: A abordagem da mobilidade humana e da interculturalidade . . . 162
6.7 O Acompanhante e a Incidência Política . . . 165
6.7.1 Artigo 1: O exercício da caridade política como missão eclesial 165
6.7.2 Artigo 2: A importância fundamental do autocuidado para o agente pastoral . . . 167
6.7.3 Artigo 3: O mandato de primeirear e callejear nas periferias do consumo . . . 169

7 O Espírito Humano 173
7.1 Natureza, definição e fundamentos . . . 174
7.1.1 Artigo 1: A espiritualidade como constitutivo essencial e força motora da identidade . . . 174
7.1.2 Artigo 2: A dimensão espiritual como busca do sentido e propósito vital . . . 176
7.1.3 Artigo 3: O fundamento da dignidade ontológica inalienável na imagem de Deus . . . 178
7.1.4 Artigo 4: Espiritualidade e religião . . . 180
7.1.5 Artigo 5: A distinção entre a vida psíquica e a abertura ao divino . . . 182
7.2 A condição espiritual . . . 184
7.2.1 Artigo 1: A condição espiritual e o desenvolvimento da potência através dos vínculos . . . 184
7.2.2 Artigo 2: O impacto da orfandade e da falta de amor de lar no desenvolvimento espiritual . . . 186
7.2.3 Artigo 3: O lugar do coração na estrutura do espírito humano 188
7.2.4 Artigo 4: O papel da liberdade na relação com Deus . . . 190
7.3 A dependência como um fenômeno espiritual . . . 192
7.3.1 Artigo 1: A natureza do consumo problemático como fratura da transcendência . . . 192
7.3.2 Artigo 2: A dependência como busca espiritual fracassada e tentativa anestésica de reparação . . . 194

7.3.3 Artigo 3: A desconexão com a realidade interior e com Deus no transtorno por uso de substâncias . . . 196
7.3.4 Artigo 4: A instalação da dependência no vazio de sentido e na desproteção social . . . 197
7.3.5 Artigo 5: O consumismo como «evangelho do bem-estar» e motor da desconexão espiritual . . . 199
7.4 O processo de reconexão . . . 201
7.4.1 Artigo 1: A espontaneidade da reconexão espiritual no encontro com Deus e os irmãos . . . 201
7.4.2 Artigo 2: Os obstáculos à reconexão espiritual e sua remoção mediante o discernimento . . . 203
7.4.3 Artigo 3: O despertar espiritual como faísca de vida nova e digna . . . 204
7.4.4 Artigo 4: A recuperação da autonomia e a gestão responsável do projeto vital . . . 206
7.5 O caminho cristão . . . 208
7.5.1 Artigo 1: O anúncio da fé em relação com a abordagem técnico-profissional . . . 208
7.5.2 Artigo 2: A importância do primeiro anúncio no despertar espiritual do irmão . . . 209
7.5.3 Artigo 3: O encontro pessoal com Cristo como caminho de ressurreição . . . 211
7.5.4 Artigo 4: O valor do testemunho e da escuta ativa na geração de confiança . . . 213
7.5.5 Artigo 5: A Lectio Divina como caminho de confrontação e cura espiritual . . . 214
7.5.6 Artigo 6: A necessidade de uma espiritualidade encarnada e relacional verificada no serviço . . . 217
7.6 Os sacramentos . . . 219
7.6.1 Artigo 1: Os sacramentos como remédio para os feridos e não como prêmio para os perfeitos . . . 219
7.6.2 Artigo 2: A Eucaristia como alimento para os fracos na luta cotidiana . . . 220
7.6.3 Artigo 3: A Confissão como caminho de libertação da culpa e restauração filial . . . 222
7.6.4 Artigo 4: O valor da Adoração Eucarística como refúgio de silêncio e estabilidade . . . 224
7.6.5 Artigo 5: A Unção dos enfermos em situações-limite de saúde e desproteção . . . 225
7.7 A sabedoria espiritual . . . 227

7.7.1 Artigo 1: Os indícios de autenticidade na recuperação espiritual 227
7.7.2 Artigo 2: A sabedoria espiritual e o assombro pela simplicidade da vida cotidiana . . . 229
7.7.3 Artigo 3: A serenidade interior e o descentramento do eu como frutos da fé . . . 230
7.7.4 Artigo 4: O perdão e a gratidão como motores de cura profunda . . . 231
7.7.5 Artigo 5: O discernimento espiritual diante das falsas soluções que o mercado oferece . . . 233
7.8 A espiritualidade na mulher . . . 235
7.8.1 Artigo 1: A especificidade das necessidades e potências espirituais na mulher . . . 235
7.8.2 Artigo 2: O impacto da dupla condenação na interioridade e autoestima da mulher mãe . . . 236
7.8.3 Artigo 3: A restauração da imagem de Deus após o trauma mediante a pedagogia da ternura . . . 238
7.8.4 Artigo 4: A resiliência feminina como força teologal e motor de transformação familiar . . . 240
7.9 A âncora da comunidade . . . 242
7.9.1 Artigo 1: A impossibilidade de uma vivência espiritual isolada do tecido comunitário . . . 242
7.9.2 Artigo 2: A mística do «vejam como se amam» como motor do despertar espiritual . . . 243
7.9.3 Artigo 3: A Igreja como «hospital de campanha» e a primazia do cuidado das feridas . . . 245
7.9.4 Artigo 4: O valor espiritual das «callejeadas» na busca dos excluídos . . . 247
7.9.5 Artigo 5: A construção da «caridade política» e a incidência em estruturas de justiça . . . 248

8 A psique 251
8.1 Fundamentos do Funcionamento Mental e da Abordagem Psicológica 252
8.1.1 Artigo 1: Sobre o estatuto psicológico do TUS e o fundamento da pessoa . . . 252
8.1.2 Artigo 2: Sobre o determinismo neurobiológico e a significação dos estímulos . . . 254
8.1.3 Artigo 3: Sobre a transição terminológica e o combate ao estigma . . . 256
8.1.4 Artigo 4: Sobre o modelo biopsicossocial-espiritual e os reducionismos . . . 258

8.1.5 Artigo 5: Sobre a antropologia trinitária/paulina e a psicologia das emoções . . . 261
8.1.6 Artigo 6: Sobre a natureza da relação entre o sujeito e as substâncias . . . 263
8.1.7 Artigo 7: Sobre a importância dos contextos culturais no consumo . . . 265
8.1.8 Artigo 8: Sobre os elementos a considerar para avaliar um consumo de SPA . . . 267
8.2 Trauma, Estruturas de Personalidade e Patologia Dual . . . 270
8.2.1 Artigo 1: Sobre a natureza manifesta do problema das dependências . . . 270
8.2.2 Artigo 2: Sobre a distinção clínica das estruturas de personalidade e a patologia dual . . . 273
8.2.3 Artigo 3: Sobre a implementação do Tratamento Informado no Trauma . . . 277
8.3 O Processo de Mudança e a Dinâmica Motivacional . . . 279
8.3.1 Artigo 1: Sobre as etapas do processo de mudança e suas necessidades . . . 279
8.3.2 Artigo 2: Sobre a etapa de finalização ou terminação . . . 282
8.3.3 Artigo 3: Sobre a motivação para a mudança . . . 284
8.3.4 Artigo 4: Sobre a natureza da recaída e seu valor pedagógico 286
8.3.5 Artigo 5: Sobre as armadilhas da entrevista motivacional no acompanhamento . . . 288
8.4 Aportes das Escolas da Psicologia . . . 291
8.4.1 Artigo 1. Sobre a psicologia comportamental . . . 291
8.4.2 Artigo 2: Sobre as ferramentas da TCC no tratamento das dependências . . . 293
8.4.3 Artigo 3: Sobre o aporte da Psicoterapia Gestalt e a responsabilidade . . . 295
8.4.4 Artigo 4: Sobre o aporte da Logoterapia na reconstrução do sentido e da transcendência . . . 297
8.4.5 Artigo 5: Sobre a causalidade circular do enfoque sistêmico na família . . . 299
8.4.6 Artigo 6: Sobre o aporte da psicanálise à compreensão do TUS . . . 302
8.4.7 Artigo 7: Sobre as terapias de terceira geração . . . 303
8.5 Capital de Recuperação, Família e Comunidade . . . 308
8.5.1 Artigo 1: Sobre o Capital de Recuperação e seus tipos . . . 308
8.5.2 Artigo 2: Os oito domínios do capital de recuperação . . . 310

8.5.3 Artigo 3: Sobre o papel das famílias de acolhida e dos vínculos comunitários . . . 312
8.5.4 Artigo 4: Sobre a gestão da tensão entre o saber profissional e o saber territorial . . . 314
8.6 Singularidade, diferenças sexuais e Novos Desafios Digitais . . . 317
8.6.1 Artigo 1: Sobre a vulnerabilidade e barreiras da mulher no processo de mudança . . . 317
8.6.2 Artigo 2: Sobre a adaptação da abordagem segundo o ciclo vital . . . 319
8.6.3 Artigo 3: Sobre a abordagem das dependências digitais . . . 321
8.7 Habilidades de Acompanhamento e Autocuidado . . . 324
8.7.1 Artigo 1: Sobre a natureza da escuta ativa e o trabalho interior do acompanhante . . . 325
8.7.2 Artigo 2: Sobre a autoeficácia, a afirmação e a persuasão social . . . 327
8.7.3 Artigo 3: Sobre a introspecção e o diário de emoções . . . 329
8.7.4 Artigo 4: Sobre a necessidade vital do autocuidado para os agentes pastorais . . . 331

9 As substâncias e o organismo 335
9.1 Definição e Classificação das Substâncias . . . 336
9.1.1 Artigo 1: Definição das substâncias psicoativas (SPA) . . . 336
9.1.2 Artigo 2: Classificação segundo o efeito específico no sistema nervoso central . . . 339
9.1.3 Artigo 3: Riscos das novas substâncias psicoativas (NSP) e opioides sintéticos . . . 343
9.1.4 Artigo 4: O cannabis e a baixa percepção de risco . . . 346
9.1.5 Artigo 5: Inclusão de substâncias legais (álcool, tabaco e cafeína) na categoria de SPA . . . 349
9.2 A farmacocinética: o caminho da substância no organismo . . . 352
9.2.1 Artigo 1. Vias de administração e velocidade de ação . . . 352
9.2.2 Artigo 2: Ação ativa do organismo para gerir uma substância psicoativa: a farmacocinética . . . 355
9.2.3 Artigo 3: A lipossolubilidade como fator crítico no armazenamento de drogas . . . 359
9.2.4 Artigo 4: A lipossolubilidade das substâncias e o fenômeno da *viagem seca*: entre a persistência biológica e o condicionamento psíquico . . . 362
9.3 A farmacodinâmica. O impacto da substância no organismo . . . 365
9.3.1 Artigo 1: O sistema de recompensa e a ilusão do desejo: além da *molécula do prazer* . . . 365

9.3.2 Artigo 2: Interação direta da molécula com a maquinaria biológica . . . 367
9.3.3 Artigo 3: Sobre a definição da dependência: entre o modelo neurobiológico e a integridade do sujeito . . . 369
9.3.4 Artigo 4: Trajetórias de recuperação: a recaída como parte do processo . . . 373
9.3.5 Artigo 5: Alteração estrutural da neurotransmissão no espaço intersináptico . . . 375
9.3.6 Artigo 6: O paradoxo da vontade cativa: o querer compulsivo sem agrado hedônico . . . 377
9.3.7 Artigo 7: Comprometimento de funções vitais no tronco encefálico, amígdala e córtex pré-frontal . . . 379
9.4 Diferenças segundo a etapa no ciclo vital, sexo e contexto . . . 382
9.4.1 Artigo 1: Vulnerabilidade biológica aumentada em adolescentes e jovens . . . 382
9.4.2 Artigo 2: Influência da neuroplasticidade na rapidez da aprendizagem adictiva . . . 384
9.4.3 Artigo 3: A resposta fisiológica diferenciada e o efeito segundo o sexo biológico . . . 387
9.4.4 Artigo 4: Riscos biológicos na gravidez . . . 389
9.4.5 Artigo 5: Consequências do consumo de álcool em neonatos (SAN e TEAF) . . . 391
9.4.6 Artigo 6: Maior vulnerabilidade biológica na pobreza e no estresse crônico . . . 393
9.5 Comorbidade e Saúde Integral . . . 396
9.5.1 Artigo 1: A patologia dual . . . 396
9.5.2 Artigo 2: O impacto no sistema imunológico . . . 398
9.5.3 Artigo 3: Impacto do consumo de substâncias psicoativas na saúde geral . . . 400
9.5.4 Artigo 4: Dependências comportamentais (Jogo, tecnologia e pornografia) . . . 402

10 Caminhos de Integração 405
10.1 Fundamentos antropológicos . . . 407
10.2 Base biológica . . . 408
10.3 Dinâmicas psicológicas . . . 409
10.4 Vínculos e comunidade . . . 410
10.5 Estruturas sociais . . . 412
10.6 Populações específicas . . . 413
10.7 Respostas pastorais e espirituais . . . 414
10.8 A ética do cuidado como critério transversal . . . 415

10.8.1 Artigo 1: Abstencionismo ou Redução de danos? 415
10.8.2 Artigo 2: Sobre o acompanhamento a quem não reconhece seu problema 418
10.9 Respostas práticas 421
10.10 Dimensões do processo 422

IV Agir 425

11 Propostas pastorais por âmbito 431
11.1 Âmbito paroquial 431
11.1.1 Espaços de escuta e acompanhamento espiritual: 433
11.1.2 Grupos, oficinas e atividades que dão vida: 433
11.1.3 Trabalho com famílias: 433
11.1.4 A liturgia: 434
11.1.5 Os retiros espirituais: 434
11.1.6 O trabalho de rua: 435
11.1.7 Os Centros do Bairro 435
11.1.8 Como começar 437
11.1.9 O abraço às infâncias 438
11.1.10 A proposta preventiva dos «3 C» 439
11.1.11 Os grupos de Autoajuda 441
11.1.12 A catequese 443
11.1.13 O clube paroquial: uma comunidade que gera pertencimento 445
11.1.14 Cuidar dos que cuidam 447
11.1.15 O acompanhamento do luto: permanecer quando a morte chega 449
11.2 Âmbito educativo 451
11.2.1 A prevenção escolar 452
11.2.2 As universidades 457
11.3 O âmbito laboral 462
11.4 A Pastoral Diocesana 463
11.4.1 Missão 463
11.4.2 Visão 464
11.4.3 Objetivos 465
11.4.4 Atividades 466
11.5 O âmbito da carceragem 466
11.6 Comunidades Terapêuticas 467
11.6.1 As dimensões do processo residencial 468
11.6.2 A dignidade e a vida cotidiana como processo terapêutico . 471

11.6.3 Critérios de discernimento para uma comunidade terapêutica fiel ao Evangelho . . . 471
11.6.4 Sustentabilidade e abertura ao território . . . 472
11.6.5 A articulação com o modelo ambulatorial . . . 473
11.7 O Modelo de Tratamento Ambulatorial: Flexibilidade e centralidade vincular . . . 473
11.7.1 Por que o modelo ambulatorial é prioritário . . . 474
11.7.2 A quem se dirige . . . 474
11.7.3 Os componentes do dispositivo ambulatorial . . . 475
11.7.4 A paróquia e o centro de bairro como sede natural . . . 476
11.7.5 A relação entre o modelo ambulatorial e o residencial . . . 476
11.7.6 Os desafios do modelo ambulatorial . . . 477
11.8 A Pastoral Nacional . . . 478
11.8.1 O porquê de uma Pastoral Nacional . . . 478
11.8.2 A mística que nos anima . . . 478
11.8.3 A transversalidade do trabalho da Pastoral Nacional . . . 479
11.8.4 A voz profética e a incidência nas políticas públicas . . . 479
11.8.5 A Organização . . . 480
11.8.6 Marco Metodológico (Reconhecer, Interpretar, Escolher) . . . 480
11.8.7 Ações concretas que a pastoral pode desenvolver . . . 481
11.8.8 Síntese operativa . . . 482
11.9 A Pastoral Latino-Americana de Acompanhamento e Prevenção das Dependências PLAPA . . . 482

12 Experiências concretas 487
12.1 Catequese Preventiva . . . 488
12.2 A Pastoral da Sobriedade . . . 488
12.2.1 Identidade: O Grupo de Autoajuda (GAA) . . . 488
12.2.2 O Programa «Vida Nova»: Os 12 Passos . . . 489
12.2.3 Dinâmica do Encontro Pastoral . . . 489
12.2.4 Frentes de Ação . . . 490
12.2.5 O Agente de Sobriedade . . . 490
12.3 Os Lares de Cristo (Centros de Bairro) . . . 490
12.3.1 A Cooperativa: O pão nosso de cada dia . . . 492
12.3.2 A Cooperativa de Acompanhantes AUPA . . . 495
12.3.3 Proposta dos 3 T: Terra, Teto e Trabalho (Bairro Comunitário) 496
12.3.4 Casa Masantonio: Saúde Comunitária em Extrema Vulnerabilidade . . . 498
12.3.5 Espaço SumaySimi: Abordagem Comunitária de Padecimentos Mentais Graves . . . 500
12.3.6 As Casas Liberdade . . . 502

12.3.7 Empreendimentos Comunitários . . . 503
12.4 Microcréditos e Finanças Solidárias . . . 504
12.4.1 Linhas Estratégicas de Financiamento . . . 505
12.4.2 Guia Metodológica para o Acompanhamento Integral . . . 505
12.5 Centro de Reintegração Social «Fortaleza» . . . 506
12.5.1 Síntese do Modelo . . . 507
12.6 A abordagem no âmbito do encarceramento . . . 507
12.7 A Fazenda da Esperança . . . 507
12.7.1 Grupos Esperança Viva . . . 509
12.7.2 Embaixadores da Esperança . . . 510
12.8 Os Lares Claret . . . 510
12.9 Lares de Mulheres . . . 512
12.9.1 Identidade Filosófica e Enfoque de Intervenção . . . 512
12.9.2 Estratégias de Alcance Comunitário («Outreach») e Medicina de Rua . . . 513
12.9.3 Redução de Danos e Resposta à Crise de Opioides . . . 513
12.9.4 Síntese do Modelo . . . 514
12.10 Lares Crea . . . 514
12.10.1 O Método Pedagógico-Terapêutico: Ver, Julgar e Agir . . . 515
12.10.2 Monitoramento, Redes de Sustento e Agência . . . 516
12.11 Munasim Kullakita . . . 516
12.11.1 Etapas e Momentos Estratégicos da Intervenção . . . 517
12.11.2 Resultados Esperados do Modelo . . . 518
12.11.3 Articulação Institucional e Políticas Públicas . . . 518
12.12 Samaritanos da Rua . . . 519
12.12.1 A Importância do Enfoque de Redução de Riscos e Danos (RRD) . . . 519
12.12.2 Processo de Acompanhamento e Resocialização (Não Linear) 520
12.12.3 Dispositivos, Estratégias de Inclusão e Projeção . . . 520
12.13 Casa Comunitária São José . . . 521
12.13.1 O Olhar: Identidade e Espírito do Projeto . . . 521
12.13.2 Metodologia de Acompanhamento . . . 522
12.13.3 Áreas de Ação, Dispositivos e Eixos de Trabalho . . . 522
12.13.4 O Trabalho em Rede e a Comunidade . . . 523
12.14 Ninguém a menos pela droga . . . 524

V Conclusão **527**

13 Um manual aberto 529
13.1 A rede por trás do manual . . . 529

13.2 A metodologia como legado: Sinodalidade na prática 530
13.3 A proposta de um manual *Rolling Release* 530
13.4 Critérios de aplicação e inculturação territorial 531
13.5 Os mecanismos de colaboração 532
13.6 A equipe curadora 532
13.7 As versões do manual 533
13.8 Dimensão profética e incidência política 534
13.9 O ministrar e a certificação dos cursos 534
13.10 Um horizonte de esperança: A luz no caminho 535

Fontes do Magistério e documentos eclesiais citados 537

PARTE I

O ponto de partida

Como nasce este manual

CAPÍTULO 1

Porta de entrada

1.1 | Apresentação

Este Manual de Pastoral das Dependências nasce do clamor dos nossos povos e do compromisso de uma Igreja que, na América Latina e no Caribe, decidiu não olhar para o outro lado diante do sofrimento provocado pelo consumo de substâncias psicoativas. É fruto de um caminho eclesial partilhado, marcado pela escuta da realidade e pelo discernimento comunitário, em diálogo permanente com as experiências pastorais que acompanham a vida ferida de pessoas, famílias e comunidades.

O fenômeno do consumo de substâncias psicoativas constitui hoje uma das expressões mais dolorosas da exclusão social. Tal como o expressou o Documento de Aparecida, trata-se de uma realidade que se expande como uma "mancha de óleo", afetando de modo particular os setores mais pobres e vulneráveis. Não estamos diante de um problema meramente individual nem exclusivamente sanitário, mas frente a uma ferida social e cultural que interpela de maneira direta a missão evangelizadora da Igreja.

Neste contexto, a Igreja latino-americana foi desenvolvendo diversas respostas pastorais orientadas a prevenir, acompanhar e reconstruir vidas a partir de um olhar integral. Este Manual recolhe esse caminho eclesial, valorizando especialmente as experiências que nascem nas comunidades e que, muitas vezes com escassos recursos, sustentam processos de cuidado, acompanhamento e esperança. Não é um texto elaborado a partir de uma escrivaninha, mas uma ferramenta que brota do contato com a realidade e de uma reflexão pastoral

que nasce do povo e com o povo, em continuidade com a tradição teológica latino-americana promovida pelo CELAM.

Este Manual se inscreve explicitamente no caminho da Pastoral Latino-Americana das Dependências PLAPA, impulsionada pelo CELAM como um espaço de discernimento e unidade pastoral diante desta realidade complexa. Em sintonia com o documento fundante da PLAPA, e com a Carta à Igreja da América Latina e do Caribe, assume-se um olhar integral, comunitário e territorial, que coloca no centro a dignidade da pessoa e promove o trabalho em rede com outros atores sociais.

O processo de elaboração deste Manual desenvolveu-se em chave sinodal, a partir da contribuição de agentes pastorais, equipes territoriais, consagradas e consagrados, sacerdotes, bispos e profissionais comprometidos. O resultado não pretende oferecer respostas fechadas nem modelos únicos, mas partilhar critérios e orientações pastorais que ajudem a acompanhar processos de vida em contextos diversos.

Este Manual está destinado a comunidades paroquiais, escolas católicas, dioceses, movimentos e organizações eclesiais que desejam envolver-se —ou continuar aprofundando— na prevenção e no acompanhamento de pessoas em situação de consumo. Quer ser um apoio para a formação de agentes e para a revisão de práticas pastorais, evitando tanto o moralismo quanto a ingenuidade, e colocando sempre no centro a dignidade da pessoa humana.

Convém esclarecer que este Manual, embora tente colocar em diálogo as contribuições da ciência e da fé, não é um protocolo clínico nem um instrumento técnico especializado. Tampouco pretende substituir os aportes das ciências da saúde nem a responsabilidade irrenunciável dos Estados no desenho e na implementação de políticas públicas. Sua contribuição específica é pastoral: oferecer um horizonte evangelizador e animar práticas concretas de cuidado e acompanhamento comunitário.

1.2 | Como utilizar este manual?

O presente manual foi concebido não apenas como um documento teórico, mas como uma ferramenta viva e dinâmica para o acompanhamento no âmbito das dependências e da vulnerabilidade social por parte da Igreja. Por sua natureza, este material oferece duas modalidades de leitura complementares, adaptando-se aos tempos e às necessidades de cada comunidade ou agente pastoral.

- Em primeiro lugar, o manual pode ser lido de maneira linear, do princípio ao fim, como um livro-texto. Esta modalidade permite uma compreensão profunda e sistemática da proposta, percorrendo o caminho lógico que vai desde a análise da realidade até a implementação de respostas concretas. É o caminho ideal para quem se inicia nesta pastoral ou deseja fundamentar sua prática a partir de uma base teórica sólida.

- Em segundo lugar, o manual foi desenhado para ser consultado em função das necessidades e das perguntas emergentes. Entendemos que o trabalho no território é urgente e que, com frequência, o agente pastoral se encontra diante de desafios específicos que exigem respostas imediatas. Por isso, o material funciona como um recurso de consulta rápida, no qual se podem buscar seções específicas de acordo com a problemática que se esteja enfrentando no momento. A versão virtual do manual oferece boas oportunidades neste sentido.

A flexibilidade que propomos se reflete diretamente na estrutura metodológica que utilizamos para a elaboração, e ficou registrada nas três grandes partes do manual:

1. **Receber a Realidade (Ver):** Aqui se sistematiza o olhar dos diferentes agentes pastorais da nossa região. Não é uma descrição abstrata, mas o reflexo do que os nossos irmãos e irmãs estão vendo hoje nos bairros, nas paróquias e nos centros de acompanhamento. É o ponto de partida necessário para situar a nossa ação.

2. **O Discernimento (Julgar):** Esta seção é o coração teórico do manual e está construída integralmente em função das perguntas que surgem no coração e na prática de um agente pastoral. Em vez de oferecer verdades fechadas, propomos um caminho de reflexão que ajuda a iluminar a realidade a partir da nossa fé e do nosso compromisso social, respondendo aos questionamentos que a prática cotidiana nos coloca.

3. **A Resposta (Agir):** Aqui apresentamos propostas concretas de intervenção. São linhas de ação testadas e sugestões práticas para transformar a realidade observada na Parte 1 (Ver), à luz do discernimento realizado na Parte 2 (Julgar).

Finalmente, conscientes de que a problemática das dependências exige uma abordagem integral, incorporamos na versão virtual um sistema de hiperlinks que relacionam os conteúdos entre si. Esta rede de conexões permite que o

leitor não veja os temas como compartimentos estanques, mas como dimensões interconectadas de uma mesma realidade. Ao clicar nestes links, será possível navegar entre conceitos, ferramentas e testemunhos, favorecendo uma visão de conjunto que é indispensável para uma resposta pastoral que aspire à integralidade.

Por último, este manual aspira a ser um material *rolling release*, isto é, em atualização contínua, de modo que, a partir da PLAPA, implementaremos os mecanismos para a participação ativa, que, como se compreenderá, se refletirá sempre atualizada antes na versão digital. Para tanto, criaremos uma equipe encarregada de avaliar e incorporar as correções da comunidade.

Esperamos que este manual seja um companheiro de caminho que fortaleça a esperança e a eficácia da nossa missão no território.

1.3 | Prólogo

> *O problema da droga é como uma mancha de óleo que invade tudo. Não reconhece fronteiras, nem geográficas nem humanas. Ataca por igual países ricos e pobres, crianças, jovens, adultos e idosos, homens e mulheres. A Igreja não pode permanecer indiferente diante deste flagelo que está destruindo a humanidade, especialmente as novas gerações. Seu trabalho se dirige especialmente em três direções: prevenção, acompanhamento e apoio às políticas governamentais para reprimir esta pandemia.*
>
> ***Documento de Aparecida** N° 422*

Com estas palavras, já em 2007, os nossos pastores assinalavam a necessidade de que a Igreja se envolva no problema da droga. *A Igreja não pode permanecer indiferente*, diziam. Quase 20 anos depois constatamos com dor que o problema se aprofundou, e que na Igreja nos custa muito envolver-nos.

Parece que meter-se no problema da droga é entrar no terreno dos especialistas; que se trata de um tema muito complexo e que nós não temos nada a contribuir. Parece que é um assunto reservado a algumas pessoas chamadas de um modo particular ou que descobriram essa vocação específica, mas que, em geral, as nossas comunidades não têm nada a fazer.

Nós não pensamos assim, e essa é a razão pela qual embarcamos na difícil tarefa de escrever este manual. Queremos dizer que as nossas comunidades, paróquias, escolas e pastorais têm muitíssimo a contribuir, e que há coisas que, se nós não

fizermos, ninguém mais fará. Que a dor e a morte que trazem as substâncias psicoativas são uma ocasião privilegiada para encontrar o crucificado, e que nesse lugar se descobre a ressurreição. Inclusive queremos nos aventurar a dizer que na abertura que tenhamos às chagas da sociedade, joga-se a nossa salvação, porque nessas feridas habita o próprio Jesus Cristo.

Dizia o Papa Francisco:

> *Às vezes, sentimos a tentação de ser cristãos mantendo uma prudente distância das chagas do Senhor. Mas Jesus quer que toquemos a miséria humana, que toquemos a carne sofredora dos outros. Espera que renunciemos a buscar aqueles abrigos pessoais ou comunitários que nos permitem manter-nos distantes do nó da tormenta humana, para que aceitemos verdadeiramente entrar em contato com a existência concreta dos outros e conheçamos a força da ternura. Quando o fazemos, a vida sempre se nos complica maravilhosamente e vivemos a intensa experiência de sermos povo, a experiência de pertencer a um povo.*
>
> ***Evangelii Gaudium** N° 270*

O problema da droga e da dependência dos nossos irmãos, sem dúvida, é uma dessas chagas do Senhor que assinalava o Papa Francisco. Às vezes pode nos dar medo, ou insegurança. Tem tantos elementos a considerar, que parece difícil entrar e fazer as coisas bem. Contudo, a Igreja nos chama a comprometer-nos.

Por isso é importante dizer: A Igreja não se envolve neste tema com a lógica da eficácia. A relação dos cristãos com os enfermos não é igual à relação do médico. O médico se relaciona para tratar e curar, ou, na sua ausência, tornar mais suportável a dor. A Igreja, ainda que queira ajudar as pessoas a superar aqueles males que as afligem, em seu modo de acompanhar, orar e estar ao lado amorosamente, descobre que a lógica da eficácia emudece junto à cruz, para dar lugar a um modo de estar mais profundo. É o que vimos na cena da crucifixão: *um dos malfeitores dependurados o insultava: Não és tu o Cristo? Pois salva-te a ti e a nós!* (Lc 23, 39). O pobre havia escutado tanto sobre as curas milagrosas e os sinais que Jesus havia realizado, que chegou inclusive, a partir da sua raiva, a exigi-lo. Teria querido que aquele encontro com Jesus crucificado se traduzisse rapidamente em termos de eficácia. Contudo, não era esse o caminho que estava convidado a percorrer. O outro ladrão o entendeu, e em sua abertura conseguiu encontrar o consolo: *Em verdade te digo: hoje estarás comigo no Paraíso.* (Lc 23, 43).

Nós sempre queremos que as pessoas se recuperem, que as famílias se curem,

que as nossas comunidades sejam espaços seguros e as nossas escolas livres de problemas. Mas nem sempre conseguimos alcançar essas metas. O importante é descobrir a luz no caminho, que é a que alimenta a nossa esperança, e que nos embarquemos nestas tarefas. É importante trabalhar pela própria recuperação, voltar a buscar o extraviado, receber novamente, trabalhar pelas famílias, pelas nossas comunidades, pelas nossas escolas, pela sociedade. Se não descobrirmos a luz no caminho, então cedo ou tarde a frustração nos vencerá, ou alimentaremos a nossa esperança com a luz dos que chegaram, e pensaremos que quem não conseguiu é porque não colocou toda a sua vontade e os meios.

Às vezes, uma pessoa sente o chamado particular de ser voluntário ou capelão de um hospital. Algumas congregações inclusive dedicaram sua vida ao cuidado dos enfermos e criaram hospitais. Mas não, o comum dos cristãos simplesmente sente que as palavras de Jesus ressoam na cama de um hospital: *estava enfermo e vieste ver-me* (Mt 25, 36). Da mesma maneira, os cristãos nos envolvemos no problema da droga simplesmente para acompanhar. Alguma comunidade se sentirá chamada a criar espaços de recuperação que têm, como o médico na vida do enfermo, o afã de curar ou de tratar. Mas na maior parte das vezes, a Igreja se envolve neste tema simplesmente para acompanhar, para escutar, para orar. Como Maria ao pé da cruz: permanecendo ao lado com ternura.

Nas páginas que se seguem, tentaremos ir ajudando a olhar o problema em todas as suas dimensões, e a compreender de que maneira a Igreja pode se comprometer. O método que seguimos é o da Igreja latino-americana: ver (receber), julgar (discernir) e agir (propostas).

Pe. Carlos Olivero
Coordenador da PLAPA
Bogotá, junho de 2026

CAPÍTULO 2

A metodologia utilizada

2.1 | Os desafios

O desafio de elaborar um manual para a pastoral das dependências da Igreja é grande e complexo. Ao compreender que devíamos fazê-lo, encontramo-nos com várias tensões que era importante resolver:

1. **A integração da participação sinodal e do conhecimento específico:**

   O primeiro desafio que descobrimos foi conseguir que o manual seja um espaço de encontro entre a participação comunitária e o saber especializado. A pastoral não pode ignorar a evidência científica sob o risco de tornar-se ineficaz. Por sua vez, vemos que quando a ciência e as suas técnicas ignoram a comunidade tornam-se frias, alheias e desencarnadas. O desafio, então, é encontrar as pontes entre o conhecimento específico e a experiência das nossas comunidades eclesiais que trabalham diariamente com estes temas e buscam respostas.

2. **A particularidade dos olhares e o posicionamento integral:**

   O fenômeno das dependências é complexo e, portanto, existem múltiplas perspectivas a partir das quais olhar. Da mesma maneira, as respostas são muito variadas e acentuam distintos elementos da problemática. O desafio de colocar em diálogo as diferentes experiências e os seus diferentes olhares em um manual é grande. Neste manual assumimos o desafio de sustentar um olhar o mais integral possível. O posicionamento não pode

ser fragmentário; entendemos que a pessoa é uma unidade indivisível. Por essa razão, o manual tem o desafio de evitar cair em qualquer reducionismo.

3. **O diálogo entre a teoria e as práticas:**

   Ao escrever um manual aparece o desafio de não ser excessivamente teóricos ou meramente instrumentais. Nosso desafio é a práxis: uma reflexão crítica sobre a ação. Cada conceito aqui vertido deve encontrar seu correlato no barro da realidade cotidiana, e cada prática sugerida deve estar iluminada por um fundamento sólido que lhe dê sentido e direção.

4. **A articulação de saberes e a interdisciplinaridade:**

   As dependências não se resolvem a partir de uma só disciplina. O desafio aqui é a articulação: conseguir que o saber teológico se abrace com as ciências sociais e a medicina. Não buscamos uma soma de capítulos isolados, mas um tecido onde os diferentes saberes dialoguem entre si, reconhecendo que a verdade sobre o sofrimento humano se encontra na interseção de todas estas vozes.

5. **Rumo a uma epistemologia ascendente e integradora:**

   Talvez o desafio mais profundo seja a mudança de paradigma na construção do conhecimento. Neste momento tentamos afastar-nos de uma epistemologia descendente, que impõe teorias de cima e termina fragmentando a realidade do sujeito. Em seu lugar, este manual aposta em uma epistemologia ascendente. Isto significa que o saber nasce da escuta, do contato direto com o território e da experiência de quem caminha junto ao que sofre, e a partir daí se pergunta pela teoria para encontrar respostas. É um olhar que integra as peças da vida partida para recompor a dignidade, em vez de analisar o indivíduo como um objeto de estudo dividido em categorias.

2.2 | As opções e o método

Para responder a estes desafios, fomos fazendo opções ao longo de todo o percurso de elaboração. As principais foram:

1. Tentar que o manual seja fruto de um grande esforço sinodal. Por essa razão convocamos para participar a maior quantidade possível de agentes pastorais. Cerca de 300 agentes pastorais de toda a região colaboraram com o seu olhar, conhecimentos, experiências e contribuições.

2. Utilizar a metodologia da Igreja Latino-Americana: ver – julgar – agir.

3. Convocamos todos estes agentes pastorais para duas grandes reuniões virtuais, das quais participaram mais de 250 pessoas em cada uma. Nessas reuniões nos dividimos em grupos e analisamos diferentes elementos da problemática. Essas reuniões de grupos pequenos foram gravadas e transcritas. Dessa maneira recuperamos tudo o que havia sido dito em cada um desses grupos. As transcrições de cada grupo foram sistematizadas com ferramentas de inteligência artificial, que permitiram processar o volume de contribuições sem perder a riqueza de cada voz territorial. A partir dessa sistematização, a equipe coordenadora redigiu a seção do Ver. Compreendemos que, nesta metodologia, estávamos salvaguardando o espírito sinodal.

4. Utilizar como base o Currículo de dependências para líderes de fé, elaborado pela CICAD/OEA. Enviamos o Currículo a todos os participantes a fim de que pudessem avaliá-lo, e voltamos a convocar duas grandes reuniões virtuais, nas quais os participantes se dividiram em grupos e assinalaram o que, para eles, faltava no Currículo da CICAD, aquilo com que não estavam de acordo e os elementos que, segundo o seu parecer, deveriam aparecer de outra maneira. Gravamos e transcrevemos essas reuniões, sistematizamos as contribuições com ferramentas de inteligência artificial e redigimos a seção do Julgar. Desta maneira tentamos fazer dialogar o saber acadêmico que prima no manual da CICAD com o conhecimento e a experiência dos nossos agentes pastorais.

CICAD é a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da OEA Organização dos Estados Americanos.

5. Para a redação do Julgar consideramos oportuno utilizar a estrutura do método escolástico, que organiza o discernimento em função de uma pergunta, apresenta as objeções, aporta um critério e responde às dificuldades. É necessário precisar como este formato se articula com a epistemologia ascendente que vertebra o manual, já que à primeira vista poderiam parecer incompatíveis: o método escolástico é uma ferramenta expositiva de tradição dedutiva, enquanto a epistemologia ascendente propõe construir o saber a partir do território rumo à teoria. A compatibilidade reside em uma distinção-chave: o ascendente opera na gênese das perguntas — que nascem integralmente do Ver e da escuta sinodal —, enquanto o escolástico opera na organização das respostas — oferecendo uma estrutura clara que permite ao agente pastoral encontrar com rapidez o discernimento de que necessita. Dito de outro modo: as perguntas sobem do barro do território; as respostas se ordenam com o rigor de uma tradição intelectual que a Igreja provou durante séculos. O método

escolástico não impõe as perguntas de cima; recebe-as de baixo e as organiza para que o discernimento seja acessível.

6. Convocou-se a quem quisesse contribuir para uma primeira correção, e apresentaram-se 35 pessoas, que realizaram mais de 150 correções. Algumas dessas correções eram de fundo, outras conceituais, outras de estilo. Incorporaram-se as correções.

7. Desenvolveu-se uma capacitação de referentes regionais sobre o conteúdo do manual e a animação pastoral, e foram convidados a colaborar na redação das Propostas. Desta maneira redigimos a parte do Agir.

8. Convocaram-se os referentes designados pelas Conferências Episcopais e propôs-se-lhes revisar, corrigir e contribuir com o manual.

9. Todo o processo foi guiado pela equipe coordenadora da PLAPA.

Sobre as fontes e as referências. Este manual é um documento pastoral e não um tratado acadêmico. Por essa razão, as referências explícitas se limitam às fontes do Magistério da Igreja, aos documentos eclesiais e às Sagradas Escrituras, que constituem o marco de autoridade próprio deste texto. Os conteúdos provenientes das ciências da saúde, da neurobiologia, da psicologia e das ciências sociais que se integram ao longo do manual refletem o consenso atual das disciplinas envolvidas, tal como foi recolhido e verificado pela equipe coordenadora a partir do Currículo de dependências para líderes de fé elaborado pela CICAD/OEA, da experiência profissional dos participantes e do diálogo com especialistas. A opção de não incluir um aparato de citações acadêmicas responde à natureza e ao destinatário do documento: um manual concebido para agentes pastorais, comunidades paroquiais e equipes territoriais, e não para a publicação em revistas científicas. O leitor que deseje aprofundar-se nos fundamentos científicos aqui recolhidos pode consultar o Currículo da CICAD, que serviu como base técnica de referência para a elaboração da seção do Julgar.

Sobre o uso de ferramentas de inteligência artificial. É oportuno precisar o alcance e os limites do uso de inteligência artificial na elaboração deste manual. As ferramentas de IA foram utilizadas em dois momentos do processo: primeiro, para a sistematização das transcrições das reuniões sinodais, organizando e sintetizando o volume de contribuições geradas pelos cerca de 300 participantes; segundo, como ferramenta de assistência na redação, na revisão conceitual e na correção dos textos ao longo do processo de elaboração. Em todos os casos, a direção do conteúdo, a avaliação da pertinência teológica e pastoral, as posições doutrinais, os critérios de discernimento e a aprovação final de cada artigo foram responsabilidade exclusiva da equipe humana que coordenou

o processo, em diálogo com os participantes e os referentes das Conferências Episcopais. A ferramenta assistiu a escrita; a equipe a dirigiu. Da mesma forma, realizou-se uma revisão do texto final para verificar que o documento não contivesse formulações ou registros de linguagem atribuíveis à ferramenta que não tivessem sido devidamente integrados pelos redatores. Esta transparência responde a uma convicção: a inteligência artificial pode ser uma ferramenta legítima ao serviço da elaboração pastoral, mas a palavra que surge desse processo é sempre um ato humano e eclesial, não um produto algorítmico.

CAPÍTULO 3

Uma imagem para a pastoral

Ao longo da história, os cristãos fomos representando o mistério pascal de muitas formas. Cada escola artística soube transmitir às suas obras a marca, a sensibilidade e as perguntas da sua época. A pintura, a escultura, o teatro, a música... todas as artes falaram de um mistério que é inesgotável, cada uma enfatizando a sua própria busca.

Mas alguma vez você viu um crucificado dependente? Em alguma oportunidade imaginou a possibilidade de que sobre o patíbulo pendesse um Cristo com os lábios rachados pela pasta base, ou os braços picados pelas agulhas da heroína?

Provavelmente não. E se existisse uma obra assim, seguramente seria motivo de escândalo. É que, nas nossas representações mentais, a inocência do Crucificado e a carga moral da vida da pessoa em situação de dependência parecem contraditórias. Contudo, não somente precisamos submergir no mistério do nosso Salvador, mas também no do ser humano.

Ensina o Catecismo da Igreja Católica que, para que um pecado seja mortal, requerem-se três condições: *É pecado mortal aquele que tem por objeto uma matéria grave e que, além disso, é cometido com pleno conhecimento e deliberado consentimento.*

CEC N° 1857

Estamos seguros de que essas três condições se cumprem em todas as pessoas dependentes? Não há condicionamentos da liberdade que surgem das feridas da vida, da falta de oportunidades, da vida miserável, do aprendido durante a infância, da genética, dos contextos ou da própria doença? Há pleno conhecimento crescendo em uma sociedade que só valoriza o consumo, ou em uma família com duas ou três gerações de dependentes, ou iniciando o consumo de

substâncias aos 7, 8 ou 9 anos?

Não o sabemos. O que sim temos certeza é que a dependência implica um padecimento enorme, e que o nosso Senhor *carregou os nossos sofrimentos... foi trespassado pelas nossas rebeliões* (Is 53, 4-5), assumindo desta maneira as consequências do nosso pecado. Temos certeza de que *aquele que não conheceu pecado, Deus o fez pecado por nós* (2 Cor 5, 21).

Então, provavelmente sim poderia haver um Cristo crucificado com as marcas da dependência, não tanto por ser Ele mesmo a causa, mas pelo fato de ter assumido a nossa condição.

Algo semelhante podemos encontrar no Retábulo de Isenheim, uma obra extraordinária, que, como veremos, é todo um símbolo para a nossa pastoral das dependências.

3.1 | O Retábulo de Isenheim



Figura 3.1: O Retábulo de Isenheim, de Matthias Grünewald

No século XVI, em um pequeno povoado chamado Isenheim, perto do que hoje seria a fronteira entre a França e a Alemanha, erguia-se o Mosteiro de Santo Antão. Não se tratava somente de um lugar de oração. A Ordem Antoniana

estava dedicada ao cuidado dos enfermos, especialmente dos enfermos de ergotismo, conhecido popularmente como o *fogo de Santo Antão*.

O ergotismo era uma doença tremenda causada pela intoxicação crônica com os alcaloides tóxicos de um fungo parasita do centeio chamado Claviceps purpurea. Ao ingerir pão elaborado com o cereal contaminado, os homens e as mulheres adoeciam. Tratava-se de um padecimento terrível, cuja afecção se dava principalmente em duas formas:

- **A forma gangrenosa:** que gerava uma vasoconstrição severa, que levava a uma dor muito intensa, à necrose (morte dos tecidos) e à perda de membros.
- **A forma convulsiva:** gerava espasmos, alucinações, convulsões e transtornos mentais.

A infecção havia se popularizado com o nome de *fogo de Santo Antão* porque, por causa da extrema vasoconstrição da forma gangrenosa, a doença provocava um ardor intenso como se a pessoa estivesse se queimando viva. Essa mesma forma ia desenvolvendo úlceras na pele, até terminar com a morte dos tecidos, e inclusive dos membros.

A ordem dos Antonianos, que, por meio da oração e dos cuidados delicados, se dedicava ao atendimento destes enfermos, havia aberto o seu mosteiro para recebê-los.

O artista Matthias Grünewald foi convocado pelo abade para fazer o retábulo da Igreja do Mosteiro, transformado em hospital de infectocontagiosos. Por essa razão, querendo expressar aos enfermos que o Senhor compartilhava o seu padecimento, pintou no centro do retábulo um Cristo crucificado com as marcas do ergotismo: a pele ulcerada, as mãos expressando um padecimento extremo, sofrendo o espasmo como consequência dos sintomas neuromusculares, exagerando a tensão dos tendões.

No centro do quadro podemos ver uma cruz que carrega tanto peso que as extremidades da madeira horizontal mal conseguem suportá-lo, torcendo-se quase até se quebrar. Um Cristo com ergotismo, para falar aos enfermos de ergotismo. Um crucificado deformado pela cruz da doença, que em seu próprio ser horrível consegue transmitir o limite da compaixão e o amor desmedido de Deus.

Esta imagem de Cristo crucificado, que revela a compaixão de Deus pelos infectados pelo fogo de Santo Antão, é também um símbolo para o nosso tempo. Na imagem, nós vemos um Cristo sofredor que compartilha o padecimento de

tantos homens e mulheres com problemas de dependência. Pregado e impotente, está ali, expressando o seu amor.

Hoje, são muitíssimos os homens e as mulheres que, deformados, caminham como zumbis pelas ruas das nossas cidades. O mundo os julga, os estigmatiza e lhes dá as costas. Muitas vezes, inclusive nas nossas comunidades o fazemos, privando-os da boa notícia do Evangelho. Mais do que nunca, devemos voltar a encontrar o modo e a linguagem para dizer que o nosso Senhor não os julga nem se afasta, mas, pelo contrário, anonadando-se, aproxima-se e compartilha a sua condição. Grünewald e os antonianos o encontraram. A caridade dos monges permitiu que o artista interpretasse o mistério em uma imagem tão luminosa que, 5 séculos depois, continua nos comovendo.

O retábulo não termina aí; tudo nele nos fala da trama de uma redenção obrada pela misericórdia de Deus. É composto por 4 cenas bem definidas. Cada uma delas oferece diferentes personagens. A cena central apresenta o crucificado; à sua esquerda encontram-se juntos sua mãe e o discípulo amado, e, de joelhos e chorando, Maria Madalena. À direita da cruz podemos ver São João Batista e o cordeiro de Deus. Na cena esquerda descobrimos São Sebastião, santo padroeiro advogado contra a peste. Na cena direita reconhecemos Santo Antão Abade, fundador do monaquismo eremítico e padroeiro da ordem dos Antonianos. Na cena inferior podemos ver a mãe, o discípulo amado e a Madalena no sepultamento de Jesus.

A unidade de todos os elementos e personagens do retábulo não está na pintura, mas no sentido geral da obra. O que têm a ver São Sebastião, Santo Antão Abade, o crucificado, os urinóis, João Batista e a mulher de Cléofas? Nem sequer são contemporâneos. Como veremos, então, todos estes personagens e elementos se relacionam na mensagem do artista aos enfermos: *Deus compartilha e redime a tua dor, aqui também se trava uma luta espiritual.*

3.2 | A mãe e o discípulo amado

No Retábulo de Isenheim, as figuras da Virgem Maria e do discípulo amado encarnam uma das respostas mais profundas diante do mistério da dor, oferecendo um espelho para o sofrimento de tantas mães que desfalecem pela dependência dos seus filhos e para aqueles agentes pastorais que decidem acompanhá-las.

A representação de Maria na tábua central da Crucifixão é de uma palidez extrema, quase tão branca quanto a túnica e o manto que a envolvem desde a cabeça até o chão. Com os olhos fechados e as mãos fortemente entrelaçadas em um gesto de oração, Maria desaba para trás, aparecendo diante do espectador

como alguém que está mais morta do que viva. Esta mãe dilacerada simboliza hoje aquelas mães que assistem à destruição dos seus filhos pelo consumo de substâncias, sentindo que a vida daqueles a quem deram à luz escapa-lhes como a areia entre os dedos sem que nada possam fazer para deter o processo.

No contexto do hospital de Isenheim, Maria servia como modelo para os enfermos terminais, demonstrando que mesmo no colapso emocional é possível manter uma atitude de entrega mística e aceitação. Ela representa a mãe que já não tem palavras, que só pode chorar e rezar diante do filho quebrado, sendo imagem de uma Igreja que aprende a chorar por seus filhos diante de um mundo que muitas vezes se fecha diante deles. Diz Francisco: *Quase sem nos darmos conta, tornamo-nos incapazes de nos compadecermos diante dos clamores dos outros, já não choramos diante do drama dos outros nem nos interessa cuidar deles, como se tudo fosse uma responsabilidade alheia que não nos diz respeito*. Sua figura é o testemunho da dor pura que não foge da cruz, permanecendo presente mesmo quando a vida do filho parece ter se convertido em uma sombra.

Evangelii Gaudium N° 54

Sustentando fisicamente a mãe em seu desmaio encontra-se o discípulo amado. Seu rosto está marcado pela dor e pelo pesar, chorando com a boca aberta, mas inclina todo o seu corpo de maneira solícita e cuidadosa em direção a Maria. Enquanto a cor de Maria é fria e pálida, a de João é de um vermelho intenso, criando um contraste que sublinha o seu papel de apoio vital. Ele personifica a comunidade ou a rede de apoio que não abandona a mãe na sua hora mais escura.

A identidade profunda de São João ao pé da cruz é a de saber permanecer. Na realidade das dependências, onde o entorno costuma buscar soluções rápidas ou eficazes, João ensina que amar significa ficar ao lado da mãe e do filho quando não é possível resolver o problema de imediato. Sua presença, junto com a de Maria, é para o Jesus crucificado o único lugar sadio para onde pode olhar, buscar descanso e consolo em meio ao tormento.

Ambos os personagens, unidos pela dor e pela ternura, propõem um modelo de acompanhamento que ignora o juízo social sobre a dependência. No olhar final deste quadro, a mãe e o amigo não tentam *tirar o filho da cruz* mediante a força, mas o acompanham. Através da contemplação amorosa, reconhecem a dignidade sagrada da vida ferida até o último momento.

3.3 | Maria Madalena

No Retábulo, a figura de Maria Madalena oferece uma representação da dor em seu estado mais agudo e desesperado, servindo hoje como um espelho para a realidade de muitas mulheres — tantas Madalenas — que atravessam situações de violência, exploração sexual, abuso e marginalidade, relacionadas com o consumo de substâncias.

Diferentemente da Virgem Maria, cuja resposta é a aceitação mística, a Madalena de Grünewald retorce-se em um desespero e um choque incontroláveis. Ele a representa ajoelhada, com a cabeça inclinada para trás enquanto chora e as mãos entrelaçadas com tal força que os seus dedos parecem rígidos e crispados.

Estes gestos expressam a intenção profunda de agarrar-se a algo. Na leitura atual, ela simboliza as mulheres que veem como o seu único refúgio e ancoragem — representado no quadro por Jesus — está se afastando delas. Para Madalena, Jesus foi a única pessoa que a amou bem e que não quis usá-la, um contraste doloroso com a realidade de muitas mulheres hoje que só receberam da sociedade violência, desprezos e abusos.

Visualmente, Madalena destaca-se pelo seu vestido longo em um tom vermelho quente, que cria um vínculo cromático com São João e sobressai sobre o fundo escuro do Gólgota. Diferentemente da Virgem, que aparece envolta em branco e quase sem vida, Madalena mostra-se com sua longa cabeleira loira sob um véu semitransparente, aparentando estar muito mais arrumada. Este detalhe estético não é superficial; na interpretação contemporânea, representa as mulheres que a sociedade frequentemente coloca em um lugar de objeto e depois julga severamente. São mulheres que, apesar de suas feridas, mantêm uma dignidade sagrada que a sociedade muitas vezes não chega a ver, mas que permanecem no coração de Jesus. Na pastoral das dependências, ela encarna as mulheres condenadas por não poderem dar aos seus próprios filhos o carinho ou cuidado que elas mesmas nunca receberam do seu entorno.

Aos pés de Madalena encontra-se seu atributo tradicional: o frasco de perfume. No contexto original do hospital de Isenheim, este recipiente não somente lembrava o gesto de amor da mulher que ungiu Jesus, mas guardava uma relação direta com a farmácia do mosteiro. O pote pintado por Grünewald assemelha-se aos frascos médicos utilizados pelos farmacêuticos da época para conter elixires e unguentos curativos.

Para os enfermos de ergotismo (fogo de Santo Antão) e para os quebrados de hoje, Madalena representa o ato de ungir e cuidar do corpo ferido. Ela é o símbolo da esperança de restauração; assim como trouxe bálsamos para ungir o

corpo de Cristo, sua figura convida a comunidade a não desviar o olhar da dor e a oferecer consolo mediante a presença e o serviço, reconhecendo que mesmo no despojamento total da cruz, o amor é o único alívio possível.

3.4 | João Batista e o Cordeiro de Deus

No Retábulo, as figuras de João Batista e do Cordeiro de Deus cumprem uma função distinta da dos que estão sofrendo do lado esquerdo: enquanto Maria e Madalena representam o impacto emocional da dor, o Batista e o Cordeiro aportam o sentido teológico e a chave da salvação.

João Batista é a testemunha que outorga sentido ao caos. Aparece à direita da cruz de forma anacrônica, pois já havia morrido no momento da Crucifixão. Sua presença é puramente simbólica: é a testemunha que permanece fora do tempo natural para convidar a uma compreensão mais profunda dos acontecimentos.

Sua característica mais distintiva é o dedo indicador, representado de forma desmesuradamente longa ou preternatural, apontando fixamente para o Crucificado. No nosso contexto, o Batista representa o papel teológico desta pastoral, que pretende lembrar a Igreja de que, nas pessoas mais quebradas, vive o mesmo Cristo Crucificado, que assume as nossas doenças para nos salvar.

Às vezes encarnado em um terapeuta, um guia espiritual, um acompanhante par ou um familiar, não busca ser o protagonista, mas se limita a assinalar a dignidade sagrada do filho que sofre, e nos lembra que mesmo nesse corpo quebrado e cheio de chagas habita a possibilidade da redenção.

Convém que Ele cresça, reza a inscrição latina ao seu lado. *Illum oportet crescere, me autem minui* (É preciso que Ele cresça e que eu diminua), resume o despojamento do ego necessário tanto na fé quanto no acompanhamento. Para as famílias das pessoas com dependência, lembra também a renúncia ao controle pessoal, para deixar que sejam o processo de sanação e a graça de Deus que tomem o centro da cena.

Aos pés do Batista encontra-se um cordeiro branco que sustenta uma pequena cruz e cujo sangue brota diretamente do peito para um cálice dourado. O Cordeiro de Deus, imolado, que para a nossa pastoral conecta o nosso trabalho no acompanhamento com o mistério da Eucaristia.

O sangue que cai no cálice representa o consolo sacramental e a sanação que brota do próprio coração da dor. Na pastoral das dependências, isso sugere que o sofrimento, quando se põe em contato com a comunidade e a fé, deixa de ser um fogo que só destrói para converter-se em um lugar de encontro e

transformação.

O cordeiro não é uma figura passiva; representa o Senhor que se identifica com o último da fila, com aquele que está em farrapos por suas dependências. Assim como o Cristo de Isenheim mostra as marcas da doença em sua pele, o cordeiro mostra sua ferida aberta, simbolizando uma solidariedade divina com os marginalizados. Para a pessoa em situação de dependência, o cordeiro é a imagem de que Deus não a olha de longe, mas compartilha internamente o seu padecimento.

João Batista sustenta o livro aberto das Escrituras, que dialogam com a realidade crua da cruz. É o olhar contemplativo e orante, que, apoiado na Palavra de Deus, nos permite discernir os cenários de cruz que vivemos e acompanhamos. É *a Palavra, que nos devolve a palavra* que perdemos na dependência.

3.5 | São Sebastião

No Retábulo de Isenheim, a figura de São Sebastião representa o testemunho e o martírio silencioso daqueles que decidem entregar sua vida ao cuidado dos «cristos quebrados» de hoje.

São Sebastião é o protetor diante das novas «pestes». Tradicionalmente, o santo era o padroeiro dos enfermos e era invocado para proteção contra a peste. Na nossa leitura atual, as flechas que atravessam o seu corpo simbolizam as pestes modernas, como a dependência, o narcotráfico, o crime organizado... que ferem profundamente o tecido social e familiar. Assim como Sebastião permanece de pé apesar das feridas, esta figura representa a resiliência daqueles que enfrentam estas realidades dolorosas.

São Sebastião encarna os mártires de hoje dentro da comunidade: leigos, religiosos e familiares que colocam toda a sua existência ao serviço dos crucificados pela dependência. Representa essa entrega silenciosa e frequentemente ignorada pela sociedade, onde a vida se joga por inteiro para abraçar e acompanhar aquele que sofre nas ruas ou nos centros de acolhida.

O santo aparece sobre um pedestal, com as mãos erguidas em oração e o olhar dirigido para a Crucifixão central. Isto ensina que a identidade do acompanhante não é a de um simples gestor, mas a de uma testemunha. Sua posição lembra que o verdadeiro lugar do testemunho cristão se encontra precisamente ali onde está a cruz, permanecendo fiel ao lado do filho quebrado.

Existe uma crença tradicional de que Grünewald se autorretratou na figura de

São Sebastião. Na pastoral das dependências, isso adquire um sentido profundo: o artista (ou, no nosso caso, o cuidador) não olha a dor de fora, mas se coloca a si mesmo no quadro. A pastoral das dependências não se organiza em função de distâncias terapêuticas que permitem objetividade. Dizia Francisco: *a comunidade evangelizadora envolve-se com obras e gestos na vida cotidiana dos outros, encurta distâncias, abaixa-se até a humilhação se for necessário, e assume a vida humana, tocando a carne sofredora de Cristo no povo. Os evangelizadores têm assim «cheiro de ovelhas» e estas escutam a sua voz.*

Evangelii Gaudium N° 24

Atrás de Sebastião, uma janela mostra anjos que sustentam uma coroa dourada sobre a sua cabeça. Este detalhe oferece esperança às mães e acompanhantes: embora o caminho do acompanhamento de uma pessoa em situação de dependência seja um martírio cheio de flechas de incompreensão e cansaço, esse esforço tem uma dignidade sagrada aos olhos de Deus e é uma fonte de luz em meio à escuridão do Gólgota.

3.6 | Santo Antão Abade

Há outra figura que no Retábulo adquire uma dimensão fundamental. E é a de Santo Antão Abade, ao representar não somente a luta individual contra o mal, mas também o poder da Igreja orante que sustenta os processos de sanação dos jovens em recuperação.

Na tábua lateral, Santo Antão aparece em paz, enquanto um demônio tenta quebrar o cristal atrás dele. Personifica-se a Igreja orante. Esta imagem representa os homens e mulheres que, a partir do silêncio e da oração, proporcionam a raiz e o sustento espiritual necessários para aqueles que lutam por cortar as correntes que os prendem e aqueles que trabalham na trincheira das dependências. Assim como a paz do santo não se altera pelo ataque externo, esta intercessão constante ajuda os jovens a manterem-se firmes diante das vozes da desesperança que tentam sabotar os seus caminhos de liberdade.

Este é o painel das Tentações, e mostra o santo assaltado por monstros que simbolizam tanto os vícios quanto as alucinações da doença. Na pastoral das dependências, estes demônios representam os maus espíritos que buscam perturbar a mente de quem leva um processo de recuperação a fim de levá-lo de volta a uma cena de autodestruição. A Igreja orante atua aqui como uma força que ajuda a expulsar a mundanidade e a tentação de voltar às cebolas do Egito (cfr. Nm 11, 15) ou de *afastar-se do nó da tormenta humana*.

cfr. Evangelii Gaudium N° 270

Aos pés do santo, o papel com a inscrição *"Onde estavas, bom Jesus...?* reflete o clamor da pessoa em situação de dependência que se sente abandonada no

momento mais cru da sua abstinência ou recaída. A resposta que Antão recebe — que Deus sempre esteve ali para ver a sua luta — é a mensagem que a Igreja orante transmite aos jovens: seu processo é uma luta valente onde a sua dignidade espiritual permanece intacta apesar do maltrato físico ou mental da droga.

Santo Antão porta seu báculo em forma de Tau (T), sinal de poder curativo para os antonianos. Na analogia do acompanhamento, este báculo representa a comunidade e a Igreja orante que servem de suporte físico e espiritual para evitar que o filho quebrado termine de desabar, transformando um símbolo de fraqueza em uma ferramenta de salvação e apoio cotidiano.

3.7 | O sepultamento de Jesus

A cena do Sepultamento de Jesus aparece na parte inferior do Retábulo, e constitui o ponto de maior realismo e crueza, oferecendo uma poderosa analogia da Igreja que acompanha os filhos quebrados pela dependência, mesmo nos momentos que parecem de derrota total ou morte.

A cena exibe o corpo de Jesus em farrapos, com uma palidez esverdeada e cadavérica, coberto de chagas e feridas ulceradas que indicam os sintomas do ergotismo.

A Igreja que permanece após o fracasso da eficácia. Enquanto a sociedade frequentemente abandona aqueles que não conseguem recuperar-se, esta cena do Retábulo mostra São João, a Virgem e Madalena sustentando e chorando sobre o corpo inanimado de Jesus, representando desta maneira a Igreja que caminha com as pessoas quebradas para além da lógica da eficácia. Não é a Igreja que só está presente quando há sucesso ou cura, mas aquela que sabe permanecer no silêncio do sepulcro, abraçando a vida quebrada mesmo quando parece que não há solução imediata.

Assim como os discípulos preparam o corpo de Jesus com cuidado e reverência, a comunidade de fé também reconhece a dignidade sagrada daquelas pessoas que faleceram na rua ou por overdose. É a Igreja que, longe de julgar, continua rezando e honrando a memória de seus filhos, confiando em que nenhuma vida se perde definitivamente para Deus.

Para as pessoas que atravessam o luto de ver partir seus entes queridos, esta imagem valida seus sentimentos e vem ao seu encontro no momento da máxima dor. No entanto, ao colocar essa dor no altar, o retábulo ensina que a descida ao inferno da dependência é um terreno já habitado por Cristo, convertendo-se no passo prévio necessário para a esperança da Ressurreição que se mostra ao

abrir as portas.

Na pastoral atual, esta cena se vincula com os santuários da misericórdia, onde os rostos daqueles que não sobreviveram à droga permanecem presentes nas orações da comunidade. A predela (parte inferior do Retábulo) é o lembrete de que a Igreja é uma mãe que não solta a mão de seus filhos, nem mesmo quando o mundo já lhes deu sepultura, pois sua fé se assenta em um Deus que também foi sepultado e que promete a restauração de toda carne machucada.

PARTE II

Ver

Receber a realidade

Receber a realidade

Esta seção é um convite a realizar um diagnóstico honesto da realidade que atravessam os nossos irmãos em toda a região. Não pretendemos aqui adiantar soluções nem marcos teóricos, mas cumprir a tarefa de observar de frente o que acontece nos nossos bairros, tal como surge da escuta dos agentes que caminham no território.

Observar não é simplesmente coletar dados estatísticos ou relatórios técnicos. É, antes de tudo, um ato de recepção; é receber no coração e deixar-se comover pelo rosto sofredor daqueles que habitam as periferias. Através deste exercício, reconhecemos uma trama social complexa onde o consumo problemático de substâncias aparece como o sintoma visível de feridas e fraturas vinculares muito mais profundas.

Fratelli Tutti N° 18-21

O que os testemunhos e vivências dos agentes revelam é um tecido social desfiado pela cultura do descarte e pela orfandade funcional. Nestas páginas descreve-se uma realidade crua onde o narcotráfico tenta organizar a vida cotidiana, onde as instituições de proximidade atravessam crises de sentido e onde setores específicos da população ficam presos em ciclos de exclusão extrema. O objetivo deste apartado é, portanto, oferecer um olhar sinodal que nos permita entender a magnitude do desafio antes de tentar qualquer resposta.

Uma precisão metodológica é necessária antes de nos aprofundarmos neste diagnóstico. As páginas que seguem integram dois tipos de informação que o leitor deve distinguir. Por um lado, as percepções, testemunhos e estimativas que os agentes pastorais compartilharam durante o processo sinodal, os quais refletem o que veem e vivem aqueles que caminham no território diariamente. Por outro lado, certos dados epidemiológicos ou estatísticos provenientes de

fontes institucionais que se incorporam para contextualizar essas percepções. Quando um número provém de uma fonte verificável, é indicado. Os dados quantitativos que aparecem nestas páginas provêm, em sua maioria, da perceção convergente dos agentes pastorais que participaram do processo sinodal. Quando se incorporam referências a estimativas de organismos internacionais ou à literatura das ciências da saúde, elas são identificadas como tais. Esta honestidade metodológica não enfraquece o diagnóstico; fortalece-o, porque o olhar sinodal tem uma autoridade própria que não precisa disfarçar-se de dado técnico para ser escutado.

CAPÍTULO 4

A crise já não pode ser dissimulada



Figura 4.1: Os rostos da crise

4.1 | Nossos bairros

Os nossos territórios estão marcados hoje por um tecido social desfiado, onde a perda de raízes e um individualismo extremo erodem a noção de povo. Nestas comunidades, a problemática das substâncias não é um fato isolado, mas uma trama que afeta todos os elementos vitais da convivência. Observa-se que o narcotráfico se constituiu como organizador da vida cotidiana diante da retração ou da ausência das instituições estatais, ocupando um lugar de poder que lhe permite regular desde a segurança até a economia doméstica das famílias.

Esta narcocultura funciona como uma estrutura que impõe fronteiras invisíveis no bairro, onde o simples movimento de um setor a outro pode representar um risco para a vida. Nos bairros mais postergados, o crime organizado oferece o único caminho de ascensão social visível, transformando a ética do trabalho pela lógica do dinheiro fácil. A realidade é crua: os bunkers se converteram nos novos centros de referência comercial do bairro, e a venda de substâncias se atomizou de tal modo que os próprios usuários se veem empurrados à comercialização para sustentar o seu consumo.

Christus Vivit N° 71-74

O aspecto mais crítico deste diagnóstico é a captação planejada da infância. Crianças e adolescentes são utilizados como elos da cadeia delitiva sob a figura de aviõezinhos ou microtraficantes. As crônicas territoriais coincidem em reportar casos de início do consumo em bairros populares desde os 8 ou 9 anos de idade, uma realidade que contrasta com as estatísticas nacionais — que geralmente situam a média de início entre os 13 e 15 anos — e que evidencia a particular desproteção das infâncias nos setores de maior exclusão. A isto se soma uma marcada feminização da pobreza, onde as mulheres enfrentam sozinhas a criação em entornos de violência, ficando frequentemente presas entre a necessidade de subsistência e a desproteção absoluta.

Detecta-se, também, uma fragmentação da resposta institucional. O Estado costuma chegar de forma tardia ou mediante processos burocráticos que resultam alheios à história e aos vínculos das pessoas. O bairro se converteu em um cenário de disputa pela subjetividade, onde a mensagem do consumo imediato compete com a possibilidade de uma vida digna. Atualmente, a realidade das esquinas e dos becos mostra que o enfoque meramente assistencial resulta insuficiente diante da ruptura profunda dos laços sociais e da desolação de comunidades inteiras que veem o território como um lugar de descarte.

4.2 | Nossas paróquias

Ao observar a realidade das nossas comunidades eclesiais, detecta-se uma tensão persistente entre o mandato do Evangelho e a prática operativa diante do consumo. Muitas paróquias funcionam sob uma lógica predominantemente administrativa ou de sacristia, replegadas na manutenção de uma ordem interna e guardando uma distância prudente da dor que habita nos seus territórios. Esta atitude ignora frequentemente que a problemática das dependências já penetrou na vida dos próprios fiéis, tratando-a como uma realidade alheia que não requer uma resposta pastoral específica.

Existe uma tendência recorrente a dialetizar a realidade, classificando as pessoas

entre os de dentro e os de fora, ou entre integrados e excluídos. Este olhar costuma rotular o usuário de substâncias sob categorias morais de pecado ou delinquência, o que obscurece a sua dignidade ontológica. Observa-se que a rigidez nos horários e nos procedimentos institucionais costuma antepor-se ao caos existencial que introduz quem chega em situação de crise. Esta dinâmica gera um ambiente que é percebido como expulsivo por aqueles que estão quebrados, os quais encontram na estrutura paroquial mais uma alfândega de controle do que uma casa de acolhida.

O diagnóstico revela, ainda, que a resposta eclesial costuma ser tardia. Reconhece-se que a chegada de um jovem à prisão ou a um instituto de menores é, em muitos casos, o resultado de uma comunidade que não conseguiu oferecer uma rede de contenção prévia. Esta demora se aprofunda por uma falta de compreensão do problema nos agentes pastorais, que frequentemente consideram que a Igreja não possui ferramentas para este campo e delegam a responsabilidade exclusivamente em especialistas, assistentes sociais ou no Estado. Este desvinculamento não somente mutila a dimensão social da mensagem cristã, mas deixa na orfandade as famílias que acorrem aos templos buscando um consolo e um acompanhamento que não encontram na burocracia estatal.

4.3 | Nossas escolas

O âmbito educativo na região atravessa uma crise de sentido que se manifesta em uma profunda desconexão entre a instituição e a realidade vital dos jovens. Nos territórios mais vulneráveis, os agentes reportam que nos contextos de maior vulnerabilidade até 50 por cento dos adolescentes abandonam o ensino médio devido a que o sistema não consegue responder às suas necessidades nem oferecer um horizonte atrativo. A escola, que deveria funcionar como um agente de socialização primário, é percebida frequentemente como um espaço alheio onde os conteúdos acadêmicos não conseguem entrar em diálogo com as urgências do bairro.

Detecta-se com alarme que o consumo de substâncias permeou os muros escolares em idades cada vez mais precoces, com relatos de casos de consumo problemático inclusive nos primeiros anos do ensino fundamental. Diante desta realidade, a resposta institucional costuma oscilar entre a indiferença e uma sobreintervenção fragmentada. Neste último cenário, diversos atores como centros de saúde, juizados e organismos sociais atuam sobre uma mesma criança sem coordenação alguma, o que deriva em um desmembramento de sua situação pessoal. Esta dinâmica não somente resulta ineficaz, mas vulnera

a intimidade dos estudantes ao fazer circular informação sensível por todo o entorno comunitário sem critérios de cuidado integral.

O diagnóstico revela também uma notória falta de preparação nos corpos docentes e diretivos para acompanhar a complexidade das dependências. Diante da carência de ferramentas de detecção e abordagem, recorre-se frequentemente a rótulos estigmatizantes que terminam por expulsar o jovem do sistema educativo, reforçando a sua exclusão. Além disso, observa-se uma incoerência institucional em certas comunidades onde, ao mesmo tempo em que se tenta prevenir o consumo, naturaliza-se a presença e venda de álcool em eventos escolares para arrecadar fundos, enviando mensagens contraditórias aos menores.

Finalmente, a sala de aula é impactada por um entorno macro desorganizado onde a pobreza, a desnutrição e a ausência de referentes adultos transformam o espaço escolar em um simples lugar de passagem. A educação foi reduzida em muitos casos à mera transmissão de dados, perdendo sua capacidade de escuta e de formação de cidadãos com propósito. No estado atual das coisas, a escola mostra-se debilitada em sua função de contenção, perdendo a batalha pela subjetividade dos jovens diante da oferta imediata e evasiva das substâncias.

4.4 | A situação particular das mulheres

A experiência das mulheres atravessadas pelo consumo na região revela uma trama de vulnerabilidade específica que difere profundamente da masculina. Observa-se uma dupla condenação, social e moral: a mulher é julgada não somente pelo uso de substâncias, mas pelo descumprimento do papel cultural de mãe e cuidadora do lar. Este estigma gera uma internalização da rejeição, onde a pessoa chega a perceber a sua situação como uma vergonha pessoal, o que alimenta ciclos de culpa e autodesprezo que costumam paralisar a busca de acompanhamento.

No âmbito vincular, detecta-se um marcado contraste em relação aos homens. Enquanto eles costumam contar com uma rede de contenção feminina — mães, esposas ou irmãs — durante seus processos, as mulheres enfrentam frequentemente o abandono de seus parceiros e famílias ao tornar-se visível o consumo. A esta solidão estrutural soma-se o temor constante à intervenção estatal; muitas mães ocultam sua problemática ante o medo de que os organismos de proteção lhes retirem a custódia dos seus filhos, percebendo o sistema mais como uma instância punitiva do que restauradora.

Desde a dimensão biológica, identifica-se o fenômeno denominado efeito telescópio, pelo qual as mulheres transitam desde o primeiro uso até a dependência

severa e o dano físico em um tempo muito mais acelerado que os homens. Fatores fisiológicos, como a maior proporção de tecido adiposo onde permanecem impregnadas as substâncias psicoativas, dificultam e prolongam os processos de desintoxicação, incrementando o risco de cirrose, patologias duais e uma deterioração orgânica precoce.

O diagnóstico territorial assinala que o consumo feminino funciona, em grande medida, como uma tentativa autoterapêutica diante de traumas complexos. Histórias de violência de gênero, abusos na infância, negligência e orfandade configuram uma fratura interna que a substância busca anestesiar. Em contextos de feminização da pobreza, a falta de acesso à terra, ao teto e ao trabalho digno empurra muitas mulheres a estratégias de sobrevivência de alto risco, como o narcomiúdo ou a prostituição, para sustentar a economia familiar, o que as expõe a novos círculos de violência e consumo.

Finalmente, advertem-se sérias deficiências no sistema de saúde pública. Existe uma carência crítica de centros de atenção específicos para mulheres e persiste um forte estigma em centros hospitalares gerais, onde se registram situações de maltrato, humilhação ou segregação em relação a mulheres grávidas ou com HIV. A resposta institucional costuma ignorar a necessidade de uma abordagem integral que considere a maternidade e a reparação dos vínculos primários como eixos centrais do processo diagnóstico.

4.5 | As famílias e os mais pequenos

Ao observar a realidade dos mais pequenos nos territórios, identifica-se uma das feridas mais profundas da região: o descenso drástico da idade de início do consumo, onde os agentes pastorais reportam casos em setores populares desde os 8 ou 9 anos. Este fenômeno se manifesta como o resultado de uma orfandade funcional, onde crianças e adolescentes crescem em entornos nos quais os adultos referentes deixaram de ser figuras protetoras para tornarem-se ausentes ou invisíveis. Detecta-se que as famílias, que deveriam constituir um porto seguro, encontram-se frequentemente fragmentadas ou atravessadas pela mesma problemática do consumo, pela pobreza estrutural e pelo hacinamento. Esta desolação empurra os menores à rua não somente em busca da substância, mas como um modo de escapar de dores intoleráveis ou de encontrar o afeto e o pertencimento que não encontram em seus lares.

As comunidades infantis nestes contextos estão marcadas pelo trauma complexo. O maltrato intrafamiliar, a negligência e o abuso sexual configuram um cenário que condiciona o desenvolvimento desde a tenra infância. Neste marco, o

narcotráfico opera como um sistema de captação planejada, recrutando crianças de entre 12 e 16 anos para utilizá-las como aviõezinhos ou microtraficantes. Esta estrutura delitiva se apresenta como o único caminho de ascensão social visível diante da retração das instituições estatais, aproveitando-se da vulnerabilidade biológica de um cérebro em desenvolvimento cujo córtex pré-frontal imaturo carece dos freios necessários para avaliar o risco ou resistir à pressão do grupo.

Em muitos casos, aqueles que deveriam ser figuras protetoras não assumem plenamente o papel de pai ou mãe. Apresentam dificuldades para estabelecer limites e para adaptar-se às exigências que implicam a vida familiar e a chegada dos filhos, sem terem desenvolvido as habilidades necessárias para exercer uma criação adequada. Geralmente, estes adultos tampouco estiveram preparados para formar uma família: provêm de experiências semelhantes e não conseguem romper o círculo que termina se repetindo em sua própria vivência como pais.

O diagnóstico revela assim uma repetição geracional destas histórias, onde muitos dos adultos que hoje atravessam o consumo são as crianças feridas do passado que nunca contaram com uma rede de contenção efetiva. A esta situação soma-se o impacto da desnutrição e da má nutrição que, combinadas com o uso de substâncias altamente tóxicas como o crack ou a pasta base, geram níveis de deterioração cognitiva e deficiência que comprometem o futuro de milhares de menores em situação de exclusão. A feminização da pobreza também joga um papel central: as mães enfrentam em solidão a criação e o estigma social, o que deriva em um medo constante de serem sancionadas pelo sistema de proteção estatal.

Finalmente, reconhece-se a emergência de novas formas de isolamento dentro do lar através do entorno digital. Estudos internacionais e a observação territorial coincidem em que as crianças podem passar mais de oito horas diárias diante de telas, expondo-se a uma sobrecarga de informação e, de maneira crescente, à ludopatia por apostas online. Este entorno gera uma desconexão progressiva das emoções e dos vínculos familiares primários. A liberação constante de dopamina provocada pelos dispositivos eletrônicos altera os circuitos cerebrais de prazer de forma análoga à das substâncias químicas, aprofundando a ansiedade e o isolamento no seio do próprio lar.

4.6 | As novas tecnologias

Ao observar a realidade das nossas comunidades, reconhece-se a emergência de um novo cenário de risco: o território digital. Este espaço, embora careça de geografia física, é onde hoje se joga grande parte da existência, da identidade e

dos vínculos dos jovens. Não se trata somente de ferramentas de comunicação, mas de um entorno que molda a subjetividade através de mecanismos de impulsividade e compulsividade que alteram os centros de prazer de forma análoga às substâncias químicas.

Detecta-se uma alarmante colonização do tempo e da atenção, onde os adolescentes passam várias horas diárias diante das telas, com estimativas internacionais que superam as oito horas em alguns contextos. Este consumo gera um estado de alerta constante devido ao fluxo incessante de notificações — que podem alcançar as centenas diárias —, o que alimenta o fenômeno conhecido como FOMO (medo de ficar de fora). Esta sobrecarga de informação deriva em uma ansiedade persistente pela aprovação dos pares e uma fragmentação da atenção que dificulta o desenvolvimento de processos reflexivos profundos.

Observa-se com especial preocupação a mutação do entretenimento em direção à ludopatia por apostas online, particularmente em menores de idade. Este caminho costuma iniciar-se de forma insidiosa através de videogames aparentemente gratuitos que introduzem lógicas de mercado e competência, evoluindo depois para as apostas pela internet. Esta forma de dependência conductual funciona como uma via de escape para anestesiar mal-estares emocionais ou incertezas da vida diária, gerando uma dor secundária marcada pela culpa e pelo isolamento absoluto dentro do próprio quarto.

O impacto destas tecnologias se manifesta também na saúde física e no tecido familiar. Reportam-se problemas de coluna e perturbações graves do sono vinculadas a posturas e horários inadequados que alteram o ritmo vital. No lar, a dependência do dispositivo gera uma desconexão das emoções e dos vínculos primários, substituindo o diálogo por um entretenimento constante que invisibiliza os problemas ante os pais até que a deterioração seja severa. O diagnóstico ressalta que este sistema está desenhado para vencer o autocontrole dos jovens, cujo córtex pré-frontal — o freio biológico dos impulsos — se encontra ainda em pleno processo de desenvolvimento.

4.7 | A saúde

Ao observar a saúde física das pessoas atravessadas pelo consumo, reconhece-se uma realidade de fragilidade extrema e abandono sistêmico. O diagnóstico territorial revela uma situação de orfandade assistencial, onde o sistema de saúde formal costuma encontrar um teto ou limite diante da marginalidade. Detecta-se que as instituições sanitárias pressupõem que o paciente possui condições basais de vida, como teto, comida ou estabilidade habitacional, cuja

ausência anula a eficácia de qualquer tratamento médico e expulsa os sujeitos do circuito de cuidado.

As barreiras de acesso se manifestam através de uma burocracia que resulta expulsiva para os mais pobres. O sistema exige com frequência documentos de identidade, cumprimento de horários rígidos e deslocamentos custosos que as pessoas em situação de rua ou de bairros periféricos não podem sustentar. Em zonas rurais ou de montanha, esta situação se agrava pelo distanciamento geográfico e pela falta de planejamento, o que interrompe a continuidade de processos vitais. Observa-se que o sistema está fragmentado e saturado, oferecendo respostas administrativas que priorizam o procedimento sobre a urgência do sofredor.

Um elemento crítico do diagnóstico é o estigma e o trato discriminatório dentro dos centros médicos. Os testemunhos dos agentes coincidem em que o pessoal sanitário frequentemente maltrata, segrega ou ignora as pessoas em situação de consumo ou pessoas com HIV. Foram registradas situações onde mães grávidas em situação de consumo são segregadas nas salas de espera dos hospitais gerais, um gesto de rejeição que as afasta da possibilidade de pedir ajuda. Este estigma funciona como uma barreira invisível que aprofunda a desproteção e desalenta a aproximação das populações mais vulneráveis à saúde pública.

A deterioração física derivada do consumo crônico, especialmente de substâncias altamente tóxicas como o crack ou a pasta base, gera danos neurológicos e cognitivos severos, comprometendo gravemente o sistema imunológico. Esta vulnerabilidade biológica facilita a propagação de doenças marcadoras da pobreza, como a tuberculose, o HIV/AIDS e as hepatites. O diagnóstico costuma ser tardio devido à falta de uma rede de cuidados preventivos, o que deriva em que muitas pessoas cheguem aos hospitais em etapas terminais. O resultado é um índice alarmante de mortes que se descrevem como vergonhosas e absolutamente preveníveis.

Finalmente, identifica-se uma problemática específica na saúde neonatal e na infância. Adverte-se um incremento de bebês que nascem com síndrome de abstinência neonatal, epilepsias ou deficiências vinculadas ao consumo materno durante a gestação. Nas mulheres, o já mencionado efeito telescópio acelera o dano orgânico, resultando em patologias graves em tempos muito mais breves que nos homens. Esta realidade evidencia que a crise de saúde nos territórios não é somente um problema de falta de medicamentos, mas de uma estrutura institucional que não consegue reconhecer a dignidade de quem habita as periferias.

4.8 | Saúde mental

Ao observar a realidade dos nossos territórios, reconhece-se que a saúde mental é um componente crítico e frequentemente invisibilizado no drama das dependências. O diagnóstico revela que, segundo estimativas consistentes na literatura clínica internacional, aproximadamente 50 por cento das pessoas que padecem de um transtorno por uso de substâncias apresentam também um transtorno mental coocorrente, o que configura a complexidade da patologia dual. Detecta-se que o consumo não é o problema em si mesmo, mas o sintoma de uma fratura interna ou uma tentativa autoterapêutica de anestesiar uma vida que se tornou intolerável devido a feridas profundas.

A problemática se fundamenta em uma desregulação do sistema nervoso central diante de estímulos que o sujeito não consegue significar adequadamente. O consumo aparece então como uma ferramenta de fuga ou desconexão diante de um mundo percebido como ameaçador, especialmente quando existem redes de memória desadaptativas que armazenam traumas, abusos ou abandono na infância. Identifica-se uma prevalência significativa de diversas organizações da personalidade nos bairros, destacando-se as estruturas limítrofes ou borderline, assim como quadros psicóticos marcados por uma grande fragilidade e perda do juízo de realidade.

Observa-se com preocupação que o sistema de saúde formal costuma encontrar um teto diante desta marginalidade. As instituições oferecem frequentemente respostas fragmentadas que ignoram a necessidade de abordar a integridade da pessoa, tratando a dependência e o transtorno mental como compartimentos estanques que não se comunicam entre si. Esta falta de olhar integral deriva em que os quadros psiquiátricos de base e os traumas prévios fiquem desatendidos, o que costuma conduzir a recaídas recorrentes que o próprio sistema penaliza ou interpreta erroneamente como falta de vontade.

Finalmente, o diagnóstico ressalta o peso do estigma e da vergonha. O paciente costuma internalizar a rejeição social, transformando-a em um sentimento de indignidade que sabota as suas próprias tentativas de bem-estar. A realidade dos nossos irmãos revela que a dependência é a manifestação visível de uma orfandade emocional profunda, onde o vazio existencial e a falta de pontos de referência claros deixam o indivíduo sem ferramentas psíquicas para enfrentar a dor da sua própria história.

4.9 | O drama do trabalho

Ao receber a realidade dos nossos territórios, reconhecemos que o trabalho não é somente um meio de subsistência, mas o eixo vertebrador que outorga dignidade e sentido à vida cotidiana. No entanto, hoje nos dói constatar que este eixo se encontra frequentemente fraturado, convertendo-se em um cenário de profundo sofrimento para os nossos povos. O drama do trabalho se manifesta tanto na angústia do desemprego quanto na desumanização das condições laborais, realidades que devem ser abordadas como feridas profundas na saúde integral da pessoa.

A falta de emprego não deve ser olhada só a partir das estatísticas econômicas; é uma verdadeira urgência que desestrutura o coração e a mente. A ausência de uma tarefa que ordene o dia gera blocos de *tempo vazio* que aumentam a vulnerabilidade ante o consumo, onde a droga aparece como uma falsa anestesia para mitigar a dor do desamparo. Esta situação empurra o irmão a uma *deriva social* que costuma culminar na ruptura dos laços familiares e, nos casos mais extremos, na situação de rua. Para esta pastoral, o desemprego é um fator preditor de recaída que requer uma resposta de misericórdia e justiça imediata.

O mundo do trabalho nem sempre é um espaço de realização; frequentemente apresenta condições que adoecem e predispõem ao consumo. Observamos com dor como as tarefas em climas extremos ou ritmos extenuantes induzem ao uso de substâncias para *aguentar* a fadiga. A precariedade laboral atua como uma pandemia tóxica que penetra na subjetividade dos trabalhadores, produzindo ansiedade e uma profunda solidão. Em muitos setores, vive-se uma *privatização do esgotamento*, onde o mal-estar sistêmico é carregado como um fracasso pessoal, ocultando as estruturas de pecado que desumanizam o labor diário.

No outro extremo do desemprego, deparamo-nos com o fenômeno do *workaholism* ou dependência do trabalho. É uma patologia que a sociedade costuma elogiar sob a máscara do sucesso e da eficiência, mas que esconde uma necessidade incontrolável de preencher vazios existenciais. A pessoa dependente do trabalho baseia seu valor unicamente na produtividade, descuidando de sua saúde e de seus vínculos sagrados. É vital que o agente pastoral esteja atento aos processos de recuperação, já que frequentemente a compulsão pela substância é substituída por esta laborodependência compulsiva. Esta *situação encoberta* não é senão outra forma de dependência que conduz inevitavelmente ao esgotamento espiritual e à perda do sentido da vida em comunidade.

4.10 | Nossos irmãos na rua

Ao observar a realidade daqueles que habitam as ruas da nossa região, reconhece-se uma das expressões mais cruas da cultura do descarte. Esta situação não se limita a uma carência de recursos econômicos, mas responde a uma trajetória de vulnerabilidade múltipla marcada por rupturas profundas nos vínculos familiares, abandonos precoces e lutos que não foram gerenciados. Detecta-se que muitos irmãos percebem a rua, de maneira paradoxal, como um espaço de falsa liberdade; diante da ausência de normas e redes de apoio, esta autonomia aparente os mantém afastados dos organismos governamentais e perpetua ciclos de marginalização extrema.

Neste contexto, o uso de substâncias psicoativas funciona como uma tentativa autoterapêutica para anestesiar uma realidade que se tornou intolerável. A substância é utilizada como uma ferramenta para processar o impacto do frio, da fome e da solidão, assim como a desregulação emocional provocada por feridas de infância, abusos e maus-tratos. O consumo atua, portanto, como um mecanismo de fuga e desconexão diante de um entorno que o indivíduo percebe como hostil e ameaçador.

O diagnóstico revela que o sistema de saúde formal costuma encontrar um teto ou limite diante da marginalidade da rua. As instituições sanitárias e sociais pressupõem frequentemente que o paciente tem resolvidas as suas necessidades básicas, exigindo para o acesso a tratamentos condições de estabilidade habitacional, alimentação e documentação que a pessoa não possui. Esta rigidez burocrática resulta expulsiva e deriva em uma alta taxa de mortes absolutamente preveníveis por doenças infecciosas como a tuberculose, o HIV e a hepatite C, já que o sistema não consegue flexibilizar seus protocolos para assegurar a adesão aos tratamentos em condições de intempérie.

Observa-se, ademais, que, diante da orfandade funcional dos seus lares de origem, as pessoas em situação de rua tecem laços de apoio mútuo no próprio território da rua, conformando uma rede vincular que opera como uma família alternativa. Estes vínculos são tão significativos que frequentemente se convertem em um fator de saudade que dificulta os processos de recuperação se não se oferece uma comunidade de pertencimento semelhante. Finalmente, o diagnóstico destaca que o estigma social os torna invisíveis aos olhos da cidadania, privando-os não só do acesso a direitos básicos como a moradia, mas do reconhecimento fundamental de serem chamados por seu próprio nome.

4.11 | A população travesti-trans

Ao observar a realidade da população travesti-trans na região, identifica-se que a identidade, a exclusão e o consumo fazem parte de uma mesma trama de vulnerabilidade múltipla. As trajetórias destas pessoas costumam estar marcadas por uma expulsão precoce dos espaços que deveriam ter-lhes brindado cuidado, tais como a família, a escola, o âmbito laboral e o sistema de saúde. Esta exclusão sustentada deixa marcas profundas na interioridade, onde o consumo de substâncias aparece como um recurso para tentar aliviar a dor, a solidão e a falta de pertencimento gerada pela rejeição sistêmica do entorno social.

Para grande parte desta população, o sistema funcionou sob um binômio restritivo que limita suas possibilidades de subsistência quase exclusivamente ao trabalho sexual ou a ramos informais como o cabeleireiro, sem oferecer alternativas reais de formação ou emprego. Neste cenário, a prostituição se vincula estreitamente com o consumo, já que a substância se converte em uma ferramenta de sobrevivência necessária para suportar as condições da rua, o frio, a fome, o medo e a violência. Detecta-se, ademais, que a vulnerabilidade é frequentemente explorada por terceiros que fomentam o uso de drogas para facilitar situações de abuso ou para assegurar o controle sobre as pessoas.

O diagnóstico revela também um conflito particular vinculado aos processos de transição de identidade. Observa-se que a brecha entre a imagem mental desejada e a realidade física pode gerar dores simbólicas e uma ansiedade profunda que detonam o uso de substâncias como uma via de escape. Da mesma forma, esta população enfrenta uma fragmentação extrema no acesso à saúde, onde persiste um estigma que as faz sentirem-se alheias ou apontadas mesmo em âmbitos institucionais e comunitários. O consumo atua, em última instância, como uma sutura fracassada para anestesiar feridas de maus-tratos e injustiça acumuladas ao longo da vida.

Desde a dimensão espiritual, percebe-se uma situação de orfandade institucional. Diante da rejeição ou da invisibilidade nas estruturas religiosas tradicionais, muitas pessoas buscaram refúgio em crenças alternativas para encontrar a proteção que a sociedade lhes nega. Por trás da couraça de dureza que construíram para sobreviver à hostilidade do entorno, detecta-se uma essência fragilizada e cansada que evidencia a falta de uma rede de apoio que reconheça a sua dignidade fundamental. O estado atual das coisas mostra que o sistema limita drasticamente a sua esperança de vida e a sua capacidade de projetar um futuro fora das margens da exclusão.

Uma precisão pastoral é necessária. Este manual aborda a realidade da população travesti-trans desde a perspectiva específica de sua competência: o acompanhamento e a prevenção das dependências em contextos de exclusão. A inclusão desta população no diagnóstico não pressupõe nem implica uma tomada de posição doutrinal sobre as teorias contemporâneas da identidade de gênero, cujo discernimento corresponde a outros âmbitos do magistério eclesial. O que sim pressupõe é uma opção inequívoca pela dignidade e pela vida de toda pessoa humana, independentemente da sua condição, da sua identidade ou da sua história. O Papa Francisco foi claro a este respeito: a pastoral não pode ficar subordinada a um debate teórico quando há pessoas que morrem na rua sem que ninguém lhes pergunte o nome. A tarefa deste manual é precisamente essa: perguntar-lhes o nome, reconhecer sua dignidade ontológica como filhos de Deus e oferecer o acompanhamento que nenhuma outra instituição lhes está brindando. Que a Igreja acompanhe estas pessoas não requer ter esgotado todas as questões doutrinais que a sua realidade coloca; requer ter entendido que ninguém pode ficar fora do cuidado pastoral enquanto viver no sofrimento. Como ensina o Retábulo de Isenheim, os antonianos não pediam diagnóstico antes de abrir a porta do mosteiro.

4.12 | As prisões

Ao observar a realidade do mundo penitenciário na região, identifica-se uma extensão direta da vulnerabilidade que já habita nos bairros populares. As prisões estão povoadas majoritariamente por pessoas em situação de pobreza, o que revela um sistema onde o consumo problemático e o delito cometido para sustentá-lo aprisionam os setores mais excluídos em um ciclo de reincidência. Detecta-se que o encarceramento, longe de funcionar como um espaço de ressocialização, costuma aprofundar a problemática das dependências.

A dinâmica interna dos presídios se caracteriza pela existência de um mercado de substâncias onde a droga funciona como moeda de troca e ferramenta de poder. Observa-se que o consumo dentro do encarceramento é caótico e está frequentemente ligado a situações de violência. Existem estruturas internas que escravizam os internos através da dívida; reportam-se casos onde, diante da recusa de um interno em consumir ou vender, exerce-se violência física contra ele para obrigar sua família a enviar dinheiro do exterior. Esta realidade converte o presídio em um cenário de maior risco e desproteção que a própria rua.

No âmbito das prisões de menores, o diagnóstico é ainda mais crítico. Registra-se que a grande maioria dos adolescentes privados da sua liberdade estão por

causas vinculadas diretamente ao uso de substâncias. O impacto do consumo no presídio gera danos irreversíveis no desenvolvimento neurológico, considerando que o cérebro humano completa a sua maturação por volta dos 25 anos. Da mesma forma, detecta-se uma barreira no acesso à saúde mental: muitos internos que padecem de patologias psiquiátricas rejeitam a medicação necessária por temor de que o sistema judicial utilize esse diagnóstico para prolongar suas penas ou lhes negar saídas transitórias sob o rótulo de doentes mentais.

O diagnóstico inclui também a situação do pessoal penitenciário, que frequentemente trabalha em condições de precariedade semelhantes às dos internos. Observa-se que muitos agentes estão atravessados pela mesma problemática do consumo, uma realidade que permanece silenciada pelo estigma institucional. Esta situação impede que o pessoal atue como um referente de cuidado e os situa, em ocasiões, como parte da engrenagem do mercado interno de substâncias.

Finalmente, identifica-se o fenômeno denominado o abismo da liberdade. A etapa mais complexa do processo não se registra durante o encarceramento, mas no momento do egresso. Existe um vazio absoluto no acompanhamento pós-penitenciário, onde o Estado costuma dar por terminada a sua intervenção ao assinar o auto de liberdade. O egresso sai do portão do presídio sem recursos econômicos, sem emprego e, frequentemente, sem uma rede familiar que o receba. Este desamparo estrutural empurra o indivíduo a regressar ao mesmo entorno de consumo e sobrevivência delitiva que o levou inicialmente à prisão, evidenciando a falta de casas de meio-caminho ou redes de contenção que sustentem a transição para a vida em comunidade.

4.13 | O narcotráfico e a globalização do crime organizado

Ao observar a realidade da nossa região, reconhece-se que o narcotráfico não é um fenômeno delitivo isolado nem puramente local, mas uma rede global com uma sofisticada engenharia econômica e uma logística de distribuição capilarizada em todo o continente. Este sistema opera como uma estrutura transnacional onde as substâncias produzidas em países como Colômbia ou Peru transitam por rotas controladas no Paraguai e utilizam nós estratégicos, como os portos fluviais da hidrovia, para sua saída em direção aos mercados internacionais. Estima-se que o mercado global de drogas ilícitas representa cerca de 1 por cento do Produto Interno Bruto mundial segundo as Nações Unidas, cifra que se amplia significativamente ao considerar o entrelaçamento

completo do crime organizado — que inclui a lavagem de ativos, o tráfico de pessoas, o tráfico de armas e a corrupção institucional —, conseguindo infiltrar-se na economia legal através da cumplicidade de instituições bancárias, empreendimentos hoteleiros, redes de supermercados e escritórios jurídicos que facilitam o branqueamento de capital ilícito.

Nos bairros mais postergados, onde o Estado se retraiu ou sua presença é puramente formal, o narcotráfico ocupou esse vazio constituindo-se como o novo organizador da vida cotidiana. Seu poder não se limita à comercialização de substâncias, mas funciona como um ente regulador que empresta dinheiro aos vizinhos diante da falta de crédito formal, provê transporte privado para urgências médicas noturnas e gera uma fonte de emprego informal e precário para centenas de pessoas em um único território. Esta presença territorial impõe leis próprias e fronteiras invisíveis que delimitam a livre circulação dos vizinhos; observa-se que sair de um setor controlado por uma facção para acorrer a uma instituição de saúde em outro setor pode representar um risco de morte. O narco dita as normas de convivência, deslocando a autoridade legítima por uma ditadura moderna que sequestra a paz das comunidades.

Nesta disputa pelo território e pela subjetividade dos nossos povos, a *narco-cultura* se ergue como o reverso tenebroso de uma verdadeira *ética do cuidado*. Enquanto a primeira impõe um relato de morte e ostentação, baseando a ascensão social na violência e no dinheiro fácil, a ética do cuidado — encarnada na nossa pastoral — propõe uma *pedagogia da ternura* que protege a vida sagrada e reconstrói os vínculos rotos diante da lógica do descarte.

A narcocultura oferece aos jovens um pertencimento falso e uma identidade baseada no poder das armas; diante disto, o cuidado comunitário constrói *mesas partilhadas* onde a orfandade se cura com a presença significativa e o vínculo. Enquanto o narco traça fronteiras invisíveis que dividem e matam, o cuidado tece redes de proximidade (fazer-se presente na vida do outro, compartilhar a sua realidade, escutá-lo e acompanhá-lo de dentro da sua situação concreta) que integram o irmão, devolvendo-lhe a sua dignidade ontológica de filho de Deus.

Este sistema se sustenta sobre formas extremas de crueldade e escravidão moderna. O diagnóstico territorial revela uma captação planejada da infância, onde crianças e adolescentes de entre 12 e 16 anos são recrutados como elos de vigilância ou microtraficantes sob a promessa de uma ascensão social que é, na realidade, um sistema de descarte. Em zonas rurais, detecta-se o uso de crianças para tarefas de processamento de cultivos com o consentimento de famílias submersas na pobreza extrema. Da mesma forma, adverte-se uma vulneração profunda da mulher: em contextos de desproteção absoluta, meninas

e adolescentes são utilizadas por redes de tráfico ou vendidas a narcotraficantes como estratégia de sobrevivência econômica. A consolidação destas estruturas disparou o fenômeno do sicariato, onde a vida humana perde o seu valor intrínseco e se converte em moeda de troca.

Identifica-se que o avanço do crime organizado representa um risco direto para a estabilidade das instituições. A denominada narcopolítica gerou estruturas paralelas onde juízes, policiais e promotores são capturados pelo poder financeiro do tráfico, garantindo a impunidade e deixando desprotegida a cidadania. Esta corrupção sistêmica se apoia em uma narcocultura que impõe um relato de morte e ostentação, transformando os valores tradicionais da comunidade por uma ética da violência e do consumo imediato. O medo gerado por esta violência estrutural provoca a retração das instituições civis, deixando o espaço público à mercê dos mercadores da morte.

Finalmente, o diagnóstico ressalta que o narcotráfico lucra com a fratura interna dos sujeitos e a desolação dos territórios. Observa-se que a dependência é o combustível que alimenta este negócio perverso, o qual aproveita a falta de horizontes, educação e trabalho digno para converter os jovens em bucha de canhão. O cenário atual mostra um mal organizado que utiliza a marginalidade para expandir-se, criando um entrelaçamento de pecado social que erode a democracia e anula a possibilidade de um projeto de vida digno para as maiorias excluídas.

4.14 | Os Estados e as políticas públicas

Ao observar a relação entre as estruturas estatais e a realidade dos territórios, o diagnóstico revela uma marcada apatia e indiferença governamental. Enquanto o crime organizado se consolida mediante uma engenharia econômica global, as respostas do Estado costumam ser insuficientes, tardias ou inexistentes. Detecta-se que, diante desta retração institucional, a tarefa de acompanhamento fica delegada, de fato, à sociedade civil e às comunidades de fé, evidenciando que a burocracia estatal não consegue habitar os espaços de maior vulnerabilidade.

Um elemento crítico identificado pelos agentes é a implementação de políticas de caráter sanitizante. Estas ações centram-se em tentar limpar o espaço público sob um enfoque punitivo e criminalizante, considerando as pessoas em situação de consumo ou de rua como estorvos urbanos que devem ser removidos ou escondidos. Esta lógica prioriza uma segurança cidadã mal entendida sobre a dignidade dos sujeitos, esgotando os recursos públicos na guerra contra o narcotráfico enquanto se desatende por completo a atenção às vítimas e a

redução da demanda.

Observa-se, também, uma profunda fragmentação administrativa. O Estado opera mediante caixas burocráticas estanques — saúde, justiça, moradia, desenvolvimento social — que não se comunicam entre si. Esta falta de coordenação gera um sistema expulsivo: para aceder a um tratamento médico, exigem-se requisitos que o sujeito não pode cumprir, como possuir um documento de identidade ou uma estabilidade habitacional que o próprio Estado não garante. Desse modo, o sistema formal encontra um teto ou limite diante da marginalidade, já que pressupõe condições basais de vida que os setores mais postergados não possuem.

O diagnóstico adverte sobre uma situação de orfandade institucional. As estatísticas indicam uma desproporção no gasto público, onde os orçamentos para prevenção são mínimos em comparação com outras áreas. Existe a constatação de que o Estado é capaz de outorgar subsídios ou benefícios administrativos, mas carece da flexibilidade necessária para gerar comunidade. A burocracia não pode construir os vínculos de confiança, pertencimento e afeto que o diagnóstico territorial assinala como os únicos elementos capazes de restaurar o laço social.

Finalmente, reconhece-se o impacto da narcopolítica no debilitamento do Estado de direito. A corrupção de setores do poder judicial, policial e político permite que o narcotráfico atue como um organizador social diante da retirada das instituições legítimas. Neste cenário, as políticas públicas perdem sua função de ferramentas de justiça e se transformam em instrumentos que aprofundam a exclusão e o descarte daqueles que se encontram em situação de maior fragilidade.

CAPÍTULO 5

O Magistério Eclesial

Neste apartado propomo-nos recuperar e sistematizar os planteamentos fundamentais da Igreja sobre o fenômeno das dependências, centrando-nos no pensamento de são João Paulo II e do Papa Francisco. Ambos os pontífices abordaram esta problemática com uma profundidade excepcional, aportando elementos essenciais para compreender a realidade que hoje enfrentamos nos nossos territórios.

O magistério de João Paulo II, plasmado em uma sistematização de mais de oitenta intervenções, assentou as bases antropológicas ao definir a dependência como uma patologia do espírito e uma manifestação do que denominou a cultura da morte. Por sua vez, o Papa Francisco fez menção ao tema em 186 aparições públicas, incluindo documentos, homilias e discursos. Seu magistério atualizou este olhar ao inserir o drama das dependências dentro da cultura do descarte e ao denunciar o narcotráfico como uma estrutura de pecado que gera novas formas de escravidão.

Diferentemente deles, o magistério de Bento XVI não abordou o tema da droga de forma sistemática, e antes orientou suas reflexões principalmente para as raízes da secularização e a crise ética global. Por esta razão, o desenvolvimento da doutrina social e pastoral sobre o problema das substâncias descansa primordialmente sobre os eixos traçados por João Paulo II e Francisco, cujos ensinamentos nos permitem aprofundar no diagnóstico desta crise que atravessa os nossos povos.

5.1 | Itinerário da consciência eclesial e novos paradigmas pastorais

A resposta da Igreja diante do fenômeno das dependências e do consumo de substâncias não foi um processo estático, mas o resultado de uma tomada de consciência progressiva em diálogo com os sinais dos tempos. Este amadurecimento histórico permitiu transitar desde um olhar meramente condenatório ou assistencialista rumo a um enfoque de atenção amorosa e acompanhamento integral. A seguir, descrevem-se os quatro pilares que configuram este itinerário e os novos paradigmas que sustentam a ação pastoral atual.

1. Evolução histórica do Magistério e da ação pastoral O caminho percorrido pela Igreja nas últimas cinco décadas pode ser estruturado em cinco marcos fundamentais que assinalam a evolução do seu olhar:

- **A década de 70 e a Evangelização das periferias:** Sob o impulso da exortação *Evangelii Nuntiandi* de Paulo VI, a Igreja reconheceu que sua razão de ser mais profunda é levar a Boa Nova a todos os ambientes. Isto implicou a necessidade de que a evangelização chegasse às «periferias humanas», identificando pela primeira vez a urgência de sair ao encontro daquelas populações marcadas pelo consumo problemático de substâncias.
- **A década de 80 e o papel preventivo da família:** Durante este período, consolidou-se o reconhecimento da família como o núcleo preventivo por excelência. Documentos como *Familiaris Consortio* (1981) e as orientações do Conselho para a Família em 1987 enfatizaram que um ambiente familiar estável é a barreira mais eficaz contra o avanço das dependências.
- **A década de 90 e o enfoque moral-social:** O Catecismo da Igreja Católica (1992) marcou um marco ao definir o uso não terapêutico de substâncias como uma «falta grave» e ao qualificar os produtores e distribuidores como «traficantes de morte». Este período fortaleceu a teologia moral aplicada ao fenômeno, impulsionando as dioceses a criar processos pastorais que não «deixassem largados» aqueles que sofriam este flagelo.
- **A década de 2000 e a integralidade da pessoa:** Com a publicação do manual *Igreja, droga e toxicomania* (2001) e a V Conferência do Episcopado Latino-Americano em Aparecida (2007), adotou-se um enfoque mais estruturado. Aparecida, em particular, introduziu a categoria dos «rostos sofredores» de Cristo nas pessoas com dependências, chamando as

comunidades a serem espaços curadores e includentes diante das «novas pobrezas».

- **De 2010 ao presente: A Revolução da Misericórdia:** O pontificado de Francisco propôs uma cultura do encontro baseada no modelo do *hospital de campanha*. Esta visão exige uma Igreja «em saída» que brinde uma «atenção amorosa» aos feridos pelo caminho da vida, reconhecendo em cada pessoa com dependência um filho de Deus com direito inalienável a uma nova vida.

Amoris Laetitia N°291

2. Da «Reinserção» à «Reintegração Social» Este manual propõe uma mudança terminológica e conceitual profunda: preferir o termo **reintegração social** sobre o de reintegração. A premissa fundamental é que a pessoa com consumo problemático **nunca se desconecta totalmente do entrelaçamento social**, mesmo quando se encontra à margem da vida institucional.

A sociedade atual, com frequência, culpabiliza o indivíduo por seu consumo e lhe nega oportunidades reais, o que gera uma ansiedade que retroalimenta a dependência. Portanto, a tarefa pastoral não consiste em «colocar de novo» alguém em um sistema que o expulsou, mas em reintegrar sua dignidade e seus direitos em uma comunidade que deve reconhecê-lo como próprio. A reintegração implica sanar os vínculos com a família, o trabalho e o bairro, reconhecendo que os fatores associados como a pobreza, a violência e a desigualdade requerem respostas complexas e não somente vontade individual.

3. O fator de risco universal: A sociedade ansiosa Um diagnóstico essencial para a pastoral moderna é reconhecer que vivemos em uma **sociedade extremamente ansiosa**. Esta ansiedade atua como um fator de risco transversal que nos torna vulneráveis a todos: o objeto da dependência (seja químico ou conductual) varia segundo a classe social, a extração geográfica e as oportunidades que cada pessoa pôde aproveitar ou não.

Este olhar permite desmitificar a dependência como um problema exclusivo de setores marginais ou de «outros» distintos de nós. Ao compreender que a sociedade mesma empurra em direção a estilos de vida de alto risco, a prevenção comunitária se converte em uma tarefa coletiva que busca modificar hábitos sociais e reduzir o estresse existencial que leva a buscar evasões em substâncias ou comportamentos alienantes.

4. O desafio de eliminar o estigma eclesial e social Para que a doutrina da Igreja seja efetiva, deve traduzir-se em **gestos concretos de misericór-**

dia que superem o «nominalismo» dos documentos. Um dos obstáculos mais persistentes para a reintegração é o estigma. As pessoas com dependências carregam preconceitos sociais, laborais e inclusive dentro das próprias comunidades eclesiais, que frequentemente as olham com receio ou indiferença.

O manual assume como prioridade a luta contra estes estigmas, lembrando que a Igreja não é uma alfândega, mas uma casa aberta onde cada rosto revela a dignidade dada por Deus. A prevenção comunitária não pode limitar-se a dar informação técnica; deve educar em valores e na capacidade de dizer «não» ao que desumaniza, mas sempre a partir de uma acolhida que não julga e que oferece consolo, esperança e fraternidade.

Em conclusão, a abordagem das dependências hoje exige uma ação sinodal e latino-americana que integre a prevenção, o tratamento e a justiça, rejeitando soluções simplistas como a legalização sem controle e apostando na **restauração plena do ser humano** em todas as suas dimensões.

5.2 | O Diagnóstico Existencial: A Droga como Patologia do Espírito

O manual estabelece que a toxicomania não deve ser entendida simplesmente como um problema de saúde pública ou um fenômeno delitivo, mas fundamentalmente como um sintoma de um **mal-estar profundo** que marca a cultura contemporânea. Para as fontes, a pergunta central não é técnica, mas antropológica: **«Por que as pessoas se drogam?»**.

Evangelium Vitae N° 12, 28

- **A Raiz do Problema:** O manual cita João Paulo II para definir a dependência como uma **«patologia do espírito»**. Esta surge de um **«vazio existencial»** provocado pela falta de valores, pela ausência de pontos de referência claros e pela convicção de que a vida não tem sentido. O recurso a «paraísos artificiais» é, na realidade, uma fuga de uma realidade que o indivíduo percebe como insuportável, ruidosa e alienada.
- **A «Cultura da Morte»:** O fenômeno se situa dentro de um marco mais amplo que o Papa denomina a **«cultura da morte»**, onde a violência e o tráfico de drogas ameaçam os alicerces mesmos da sociedade. Descreve-se o narcotráfico como um **«comércio infame»** gerido por **«mercadores de morte»** que lucram com a destruição da personalidade dos seus irmãos, escravizando-os de forma mais temível que os antigos traficantes de escravos.

- **A Dimensão Psicológica:** O manual explica que o toxicômano é, em essência, um **«enfermo de falta de amor»**. A busca de prazer através de substâncias químicas é uma tentativa fracassada de preencher uma carência afetiva e espiritual, transformando uma expectativa de bem-estar em um círculo de sofrimento e aflição.

É importante assinalar que, quando João Paulo II define a dependência como uma *patologia do espírito*, não está negando a dimensão biológica nem psicológica do transtorno, mas identificando sua raiz mais profunda. Seu diagnóstico opera em um registro teológico-pastoral que busca responder à pergunta do porquê último — o vazio de sentido, a orfandade, a falta de amor — sem pretender substituir a resposta que as ciências da saúde dão ao como — os mecanismos neurobiológicos, as redes de memória desadaptativas, a desregulação do sistema nervoso. Ambos os registros são complementares e indispensáveis. Uma pastoral que ignore a neurociência torna-se ingênua; uma neurociência que ignore a sede de sentido torna-se cega. O modelo biopsicossocial-espiritual que este manual adota em sua seção do Julgar integra ambos os olhares sem subordinar um ao outro.

5.3 | O Juízo Moral e a Crítica à Liberalização

A postura do manual IDT sobre a licitude do consumo é taxativa e se fundamenta na dignidade da pessoa humana criada à imagem de Deus.

Igreja, droga e toxicomania (IDT) Cap II, n. 13-15

- **A Renúncia à Liberdade:** O uso de drogas é definido como **sempre ilícito** porque implica uma **«renúncia injustificada e irracional a pensar, a querer e a agir como pessoas livres»**. João Paulo II rejeita categoricamente o conceito de «direito à droga», argumentando que o ser humano não tem direito a fazer-se dano a si mesmo nem a abdicar da dignidade que Deus lhe outorgou.
- **O Engano das «Drogas Leves»:** Um dos pontos mais firmes de *Igreja, droga e toxicomania* é a rejeição à distinção entre **drogas leves e pesadas**. Argumenta-se que esta divisão é um «beco sem saída» que minimiza os riscos reais, como a diminuição da consciência e a alienação da vontade. João Paulo II adverte que inclusive a cannabis pode provocar dependência psicológica, fracasso escolar e transtornos psíquicos graves em pessoas frágeis.
- **Fracasso da Liberalização:** João Paulo II sustenta que a legalização, inclusive parcial, não produz os efeitos esperados. Pelo contrário, gera

uma **«confusão moral»** ao induzir a crer que o que é legal é automaticamente normal e moral, o que inevitavelmente aumenta o consumo e a criminalidade. Da mesma forma, questiona o uso de **drogas substitutivas** — salvo como passo estritamente médico e temporário rumo à abstinência total — por considerar que não resolvem a dependência de fundo.

5.4 | A Resposta Pastoral A Educação e a Terapia da Esperança

Diante do avanço da toxicomania, a Igreja não propõe apenas métodos clínicos, mas uma **«pedagogia da esperança»** e uma **«terapia do amor»**.

- **Prevenção e Família:** O manual IDT coloca a **família** como o primeiro lugar de prevenção. Uma família estável, baseada no amor único dos esposos, oferece a segurança afetiva necessária para que os filhos cresçam sem necessidade de evasões químicas. Pede-se aos pais que não se desalentem jamais diante de um filho em situação de dependência, mantendo o diálogo e o afeto como ferramentas de sanação.
- **Saber dizer «NÃO» para ser livres:** A educação deve orientar-se a fortalecer a vontade e a razão. O manual IDT explica que os preceitos morais negativos (o «não») marcam um limite intransponível que protege a liberdade e permite ao jovem amadurecer para dizer «sim» aos valores superiores do bem e da verdade.
- **O Modelo de Emaús:** A ação pastoral específica se inspira na passagem dos **peregrinos de Emaús**. Assim como Jesus caminhou com os discípulos desorientados, a Igreja deve:

  1. **Caminhar com a pessoa em situação de dependência:** Acompanhá-la em sua realidade sem julgá-la de entrada.
  2. **Interpretar sua história:** Ajudá-la a ver que seus fracassos e sofrimentos têm sentido à luz da Cruz e da Ressurreição.
  3. **Restaurar sua dignidade:** Levá-la a descobrir que é um filho de Deus e que a vitória sobre a droga é possível.

- **As Comunidades Terapêuticas:** Destaca-se o valor das comunidades de inspiração cristã que baseiam sua reabilitação no trabalho, na vida comunitária e na **vida sacramental** (especialmente a Eucaristia e a Reconciliação), conseguindo que o sujeito recupere sua autonomia e responsabilidade.

Em conclusão, o manual IDT reafirma que o homem não pode ser reduzido à sua bioquímica; a cura definitiva só chega quando o indivíduo recupera sua **capacidade de amar e de servir-se da sua liberdade** para fins nobres, rompendo as correntes do que o documento chama esta «nova forma de escravidão».

5.5 | O Diagnóstico Global: O Narcotráfico como Guerra e Estrutura de pecado

Para o Papa Francisco, a droga não é um problema de saúde isolado, mas uma **«ferida na nossa sociedade»** que aprisiona as pessoas em redes de uma **«nova forma de escravidão»**. Sua análise transcende o individual para denunciar uma estrutura criminal de escala mundial.

- **A «Guerra Assumida» e Silenciosa:** Francisco descreve o narcotráfico como uma **«guerra assumida e pobremente combatida»** que cobra silenciosamente a vida de milhões de pessoas. Define os responsáveis como **«mercadores de morte»** que lucram com o desespero humano, seguindo a lógica fria do poder e do dinheiro.
- **A Corrupção Institucional:** Um dos pontos mais agudos de sua denúncia é que o narcotráfico não poderia prosperar sem a **«cumplicidade de um setor do poder político, policial, judicial, econômico e financeiro»**. Adverte que esta corrupção gerou uma **«estrutura paralela»** que coloca em risco a credibilidade das instituições do Estado e da própria sociedade.
- **O Vínculo com outros Crimes de Lesa Humanidade:** Francisco sistematiza o fenômeno da droga como parte de um entrelaçamento delitivo maior. O tráfico de substâncias é inseparável do **tráfico de pessoas, da lavagem de ativos, do tráfico de armas, da exploração infantil** e do comércio de órgãos. Neste sentido, o sistema econômico que coloca o «deus dinheiro» no centro termina sendo um sistema terrorista que descarta a maravilha da criação: o homem e a mulher.

5.6 | A Crise Antropológica: A «Cultura do Descarte» e o Vazio Existencial

O sentido das menções do Papa sempre busca a raiz do problema, vinculando a dependência com um modelo de civilização que exclui os mais fracos.

- **A Escravidão Química e o Suicídio Incipiente:** Define a dependência como uma **«escravidão química»** que despoja o ser humano do seu maior bem: a liberdade. Para muitos jovens, o consumo é uma «esperança vã» de atordoamento diante do cansaço de existir e da falta de sentido, algo que Francisco chega a qualificar como um **«suicídio incipiente»**.
- **A Raiz na Exclusão (Os «Nem-Nem»):** O Papa identifica que os jovens que **«nem estudam nem trabalham»** são o alvo principal dos estafadores da morte. A falta de horizontes, de trabalho digno e de educação adequada cria o «caldo de cultivo» perfeito para que os jovens sejam usados como **«bucha de canhão»** pelas facções armadas e pelo narco.
- **A «Orfandade Espiritual» e o Mundo Virtual:** Francisco assinala que na raiz de muitas dependências está a experiência de **«orfandade espiritual»** fruto de lares rachados e de uma sociedade que se «desmadrou». A isto se soma o perigo da **«dark web»** e dos espaços digitais que, sob uma falsa promessa de conexão, terminam virtualizando o jovem, desarraigando-o da realidade concreta e submergindo-o em uma solidão profunda.
- **O Esporte e a Eficiência:** Inclusive em âmbitos como o esporte, o Papa denuncia que o uso de substâncias dopantes é sintoma de uma cultura obcecada com o sucesso a qualquer preço e a **produtividade que não admite o fracasso**.

5.7 | A Ética do Cuidado: Paradigma integral diante da cultura do descarte

Diante da crise antropológica descrita no apartado anterior, caracterizada pela *cultura do descarte* e pelo vazio existencial que empurra tantos jovens dos nossos bairros para as margens da exclusão e das dependências, o Magistério do Papa Francisco oferece um antídoto teológico e pastoral fundamental. Em documentos programáticos como a encíclica *Laudato Si* (sobre a Ecologia Integral) e a exortação apostólica *Amoris Laetitia* (sobre o amor na família), emerge com força um paradigma transversal: a *Ética do Cuidado* (ou o cuidado visto como ética).

Este enfoque não se apresenta como uma mera estratégia assistencialista ou uma resposta técnica de emergência diante da crise sociossanitária. Trata-se de uma realidade ontológica, axiológica e epistemológica que propõe um princípio de equilíbrio e sustentabilidade pessoal, comunitária e planetária. O cuidado, assumido a partir da fé samaritana, determina um profundo *modo de ser, fazer*

e estar no mundo, transformando o olhar institucional das nossas respostas pastorais.

A Ética do Cuidado se desdobra com um longo alcance que abarca quatro dimensões constitutivas e interconectadas:

1. **O Autocuidado (Dimensão pessoal do operador):** O processo de acompanhar e permanecer junto a realidades de alta complexidade, dor e vulnerabilidade territorial exige que as próprias equipes pastorais, profissionais e voluntários assumam práticas permanentes de discernimento, contenção recíproca, limites saudáveis e cuidado da saúde integral. Não é sustentável no tempo cuidar do irmão quebrado se o cuidador descuida cronicamente da sua própria realidade psicofísica e espiritual, caindo no desgaste ou na despersonalização.

2. **O Cuidado do Outro (Dimensão relacional e samaritana):** Fundamenta-se na proximidade e no encontro face a face com a pessoa vulnerável, reconhecendo a sua dignidade inalienável como filho de Deus, para além da compulsão da sua conduta adictiva. Este cuidado se traduz na acolhida incondicional e na escuta ativa, desenhando itinerários personalizados orientados à reeducação da personalidade, ao reordenamento dos valores fundamentais e à posterior reintegração familiar e social. Nos casos menos compulsivos, prioriza-se a abordagem mediante esquemas de tratamento ambulatorial.

3. **O Cuidado da Comunidade (Dimensão do tecido de bairro):** O ser humano se cura em cacho e em comunidade. Portanto, o cuidado deixa de ser uma intervenção técnica isolada para encarnar-se na criação de entornos comunitários protetores. Fortalecer as redes de apoio vicinal, reconstruir os laços solidários e estruturar o centro de bairro sob a mística de uma «família extendida» ou «lar» é indispensável para oferecer um suporte emocional permanente diante da intempérie social. Na cultura latino-americana, a fé e a relação com Deus operam aqui como um *Fator Protetor Central* e identitário.

4. **O Cuidado da Casa Comum (Dimensão ecoglocal):** Em plena sintonia com a ecologia integral, o sofrimento pessoal de quem padece de uma dependência está intimamente ligado à degradação do seu micro-entorno. Uma pastoral profética assume que a transformação, limpeza e dignificação dos espaços comunitários e do habitat local é parte constitutiva do processo de sanação. O respeito pelo entorno físico e pelo meio ambiente local cura as relações e devolve o sentido de pertencimento àqueles que foram descartados.

Ao assumir a Ética do Cuidado como o fio condutor do Magistério eclesial atual, a Igreja não somente denuncia as estruturas de pecado do narcotráfico e do descarte, mas anuncia uma proposta metodológica tridimensional (pessoal, comunitária e planetária). Este paradigma atua como o grande critério de discernimento que unifica o olhar de fé sobre o território antes de sopesar as históricas coincidências e diferenças no tratamento institucional do fenômeno.

5.8 | As diferenças

João Paulo II	Francisco
Marco conceitual de compreensão do problema	
Situa o problema primordialmente em uma dimensão antropológica e espiritual individual. Define a dependência como uma «patologia do espírito» nascida de um vazio existencial e da falta de valores morais em uma sociedade secularizada. O jovem recorre à droga para fugir de uma realidade que não lhe oferece sentido.	Embora reconheça o vazio interior, enquadra o fenômeno em uma crise sistêmica denominada cultura do descarte. Para ele, a droga é o resultado de um sistema que exclui os mais fracos (especialmente os jovens que nem estudam nem trabalham) e os converte em material descartável.
O Narcotráfico	
Define o tráfico como um «comércio infame» e enfatiza o dever dos governos de enfrentar denodadamente os «traficantes de morte» mediante a repressão e a legislação penal.	Descreve o narcotráfico como uma «guerra assumida e pobremente combatida». Sua análise é mais política: denuncia que o narco prospera graças à cumplicidade do poder político, judicial e financeiro, criando uma estrutura paralela que corrói a democracia.
A imagem da resposta eclesial	

Continua na página seguinte...

João Paulo II (cont.)	**Francisco** (cont.)
Propõe uma «pedagogia da esperança» baseada na escola evangélica. Seu ícone bíblico é o caminho de Emaús, onde o agente pastoral caminha com o desorientado para ajudá-lo a interpretar sua história à luz da verdade de Cristo.	Utiliza uma linguagem de proximidade física e emocional, simbolizada no abraço e na Igreja como hospital de campanha. Chama os cristãos a «tocar a carne sofredora de Cristo» no dependente, privilegiando a «escutoterapia» e o acompanhamento artesanal sobre as receitas técnicas.
As causas sociais	
Coloca a família como o baluarte principal de prevenção e cura. A crise da droga se explica, em grande medida, pela incapacidade da família de transmitir valores morais básicos.	Sem descuidar da família, coloca um acento maior na «reabilitação da política». Sustenta que para dizer «não» à droga, a política deve dizer «sim» à educação, ao esporte e ao trabalho digno para os jovens, combatendo a «orfandade espiritual» gerada por um sistema econômico desumanizado.

5.9 | Coincidências

Apesar das diferenças de estilo e contexto histórico, o magistério de **João Paulo II** — expresso no manual *Igreja, droga e toxicomania* — e o de **Francisco** coincidem em certezas fundamentais que definem a postura da Igreja diante deste problema. Ambos os pontífices apresentam uma visão que integra a condenação moral, a denúncia social e o compromisso pastoral sob os seguintes eixos de sistematização:

5.9.1 O Narcotráfico como «Cultura da Morte»

Ambos os Papas coincidem em identificar o narcotráfico não como um simples delito econômico, mas como uma estrutura de pecado que alimenta uma «cultura da morte». Coincidem em chamar os traficantes de «mercadores de morte», denunciando que lucram com a destruição dos seus irmãos e com a dor das famílias. Da mesma forma, assinalam que o mercado de substâncias é inseparável de outros crimes globais como o tráfico de armas, a lavagem de ativos e o tráfico de pessoas.

5.9.2 A rejeição à liberalização e a prudência diante das drogas substitutivas

Existe uma coincidência firme na rejeição à liberalização do consumo como estratégia de solução ao problema das dependências. Ambos os pontífices coincidem em que «a droga não se vence com a droga», qualificando a legalização como um beco sem saída que gera confusão moral ao induzir a crença de que o legal é automaticamente aceitável. A fórmula de João Paulo II é particularmente nítida ao questionar inclusive a distinção entre drogas leves e pesadas, considerando-a um mecanismo que minimiza riscos reais.

Contudo, é necessário distinguir com precisão entre dois planos que não devem ser confundidos. O primeiro é o princípio moral: o uso de drogas como ameaça à liberdade e à dignidade da pessoa, e o narcotráfico como estrutura de pecado. Neste plano, a continuidade entre ambos os pontífices é clara e inequívoca. O segundo é o plano das estratégias pastorais e sanitárias concretas: os dispositivos, ferramentas e abordagens que se desdobram no território para acompanhar a pessoa em sua situação real. Neste plano, a complexidade das realidades territoriais exige um discernimento situado que não pode ser resolvido com uma fórmula única.

O próprio João Paulo II admitiu o uso de drogas substitutivas como um passo estritamente médico e temporário orientado à abstinência. E o magistério pastoral de Francisco, ao propor a Igreja como «hospital de campanha» que cura as feridas sem pedir méritos prévios, abriu um espaço de discernimento onde a fidelidade ao princípio moral se articula com a flexibilidade operativa que demanda a realidade do território. Este discernimento se desenvolve com maior profundidade no capítulo 10 do presente manual, onde se aborda a relação entre o abstencionismo e a redução de danos à luz da ética do cuidado como critério integrador.

5.9.3 A pessoa dependente como vítima de uma «Nova Escravidão»

Para ambos, a dependência representa a perda do maior dote humano: a liberdade. Definem a dependência como uma «nova forma de escravidão» (química e espiritual) que desfigura a dignidade da pessoa criada à imagem de Deus. Rejeitam a visão do dependente como um «objeto» ou «traste quebrado», insistindo em que o foco não deve estar nas substâncias, mas na pessoa, cuja história deve ser escutada e sanada.

5.9.4 A resposta: Prevenção e «Terapia do Amor»

A sistematização de suas propostas aponta para uma educação integral que ofereça um sentido de vida.

- **A Pedagogia do «Sim»:** Ambos sustentam que, para combater a demanda, é preciso dizer «sim» à vida, à educação, ao esporte e ao trabalho digno.
- **Igreja Samaritana:** A missão da Igreja é ser uma mãe que abraça o ferido do caminho, oferecendo uma «terapia do amor» que devolva a esperança àqueles que vivem em um mundo cinza e sem sentido.

5.9.5 A Família como pilar de salvação

Ambos coincidem em que a família é a primeira linha de defesa e o lugar prioritário de prevenção. Sustentam que um lar estável, baseado no afeto e no diálogo, proporciona a segurança necessária para que os jovens não busquem fugas nos paraísos artificiais. Pedem à comunidade eclesial que não deixe sozinhas as famílias que sofrem o drama de ter um filho em situação de dependência.

Em conclusão, a coincidência central reside em que a vitória sobre a droga é possível somente mediante a globalização da solidariedade, resgatando o ser humano do vazio e da exclusão para reintegrá-lo em uma comunidade que o reconheça e o ame.

5.10 | Leão XIV: A pastoral das dependências como luta libertadora

Robert Francis Prevost, eleito Sumo Pontífice em 8 de maio de 2025 com o nome de Leão XIV, é um Papa formado na tradição agostiniana e na missão latino-americana: durante décadas foi missionário no Peru e bispo de Chiclayo. Seu pontificado inscreve-se na continuidade do Magistério que, desde a opção preferencial pelos pobres e a teologia do povo, foi articulando uma resposta eclesial cada vez mais integral aos fenômenos de exclusão e dependência. A espiritualidade agostiniana aporta a esta tradição uma gramática específica do desejo: a compreensão do coração humano como busca irredutível que somente em Deus encontra repouso, e que ilumina de maneira particular a experiência da dependência.

O primeiro grande gesto magisterial de Leão XIV sobre este tema teve lugar em 26 de junho de 2025 — Dia Internacional de Luta contra o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Drogas — quando o Papa recebeu no Pátio de São Dâmaso do Vaticano centenas de pessoas que haviam vivido em carne própria o drama da dependência. Nesse discurso, Leão XIV parte de uma convicção antropológica que estrutura toda a sua pastoral: a dignidade do ser humano não desaparece nunca, mas «*às vezes só brilha quando está quase totalmente perdida*». Este paradoxo não é uma piedade consoladora; é a gramática teológica do Deus que sai ao encontro: «*Jesus ressuscitado continua vindo e trazendo o seu alento. Fá-lo com frequência através de pessoas que atravessam as nossas portas fechadas e que, apesar de tudo o que possa ter acontecido, veem a dignidade que esquecemos ou que nos foi negada*».

Leão XIV, Discurso, 26-VI-2025

Leão XIV assinala com clareza profética o deslocamento do problema desde o indivíduo em direção à estrutura: «*É mais fácil combater as suas vítimas. Com demasiada frequência, em nome da segurança, fez-se e faz-se guerra aos pobres, enchendo as prisões daqueles que não são mais do que o último elo de uma cadeia de morte. Aqueles que sustentam a cadeia em suas mãos, ao contrário, conseguem influência e impunidade*». A consequência pastoral é direta: «*As nossas cidades não devem ser libertadas dos marginalizados, mas da marginalização; não devem ser limpas dos desesperados, mas da desesperação*». Não se trata de um ideal utópico, mas da lógica do Evangelho aplicada à política concreta do acompanhamento: a pastoral das dependências não limpa as ruas, converte-as em lugares de encontro e de vida.

Coerente com sua identidade agostiniana, Leão XIV conecta a sede de substâncias com a estrutura mais profunda do desejo humano. Cita o Salmo 63 — «o abismo que nos habita» (Sl 63, 7) — e recorda a confissão de Agostinho: «Buscamos a paz e a alegria, estamos sedentos delas. E muitos enganos podem decepcionar-nos e inclusive aprisionar-nos nesta busca». Esta leitura espiritual da dependência não substitui o diagnóstico social nem o psicológico: supõe-nos e integra-os em um horizonte de sentido mais amplo, do qual o ato de «buscar» é já, em si mesmo, uma abertura à transcendência. Reaparece aqui a intuição que o manual defende como uma das suas teses centrais: a dependência é também uma busca fracassada do que somente Deus pode dar.

Leão XIV, Discurso, 26-VI-2025 citando Santo Agostinho

A exortação apostólica *Dilexi te* (4 de outubro de 2025), o primeiro grande documento do pontificado, aprofunda esta lógica ao aplicá-la aos que acompanham. Leão XIV afirma que «*os mais pobres não são meros objetos de compaixão, mas mestres do Evangelho. Não se trata de levá-los a Deus, mas de encontrá-lo entre eles*». Esta inversão é fundamental para a pastoral de dependências: o agente pastoral não leva a salvação ao território; descobre-a

Leão XIV, *Dilexi te* N° 79 (2025)

lá. O irmão em situação de dependência não é o destinatário de uma missão, mas um interlocutor privilegiado no qual Cristo se faz presente de maneira particular. Quem esquece isto converte a pastoral em assistência técnica e perde a sua alma.

A encíclica *Magnifica Humanitas* (25 de maio de 2026), primeira encíclica de seu pontificado, abre ademais uma pergunta que este manual não pode eludir: a inteligência artificial e as plataformas digitais como novos vetores de dependência. Leão XIV, que inscreve explicitamente sua reflexão na tradição inaugurada pela *Rerum Novarum* de seu homônimo Leão XIII diante da Revolução Industrial, adverte que as lógicas algorítmicas das redes sociais e os entornos digitais operam com uma gramática da compulsividade que compartilha estrutura com as dependências clássicas: a busca do reconhecimento imediato, a incapacidade de suportar o vazio, a captura da atenção ao serviço de interesses comerciais alheios ao bem da pessoa. O território digital é, também, um território pastoral.

Mais que um capítulo novo, o pontificado de Leão XIV representa, para a Igreja latino-americana, uma confirmação a partir do centro do que as comunidades de base já praticam: que a pastoral das dependências é inseparável da luta pela justiça, que o acompanhamento encarnado não pode reduzir-se a um dispositivo técnico, e que a dignidade daqueles que foram descartados é, precisamente, o lugar onde Deus tem algo decisivo a nos dizer.

O que o território nos pergunta

Percorremos a realidade. Olhamos para ela desde o bairro, desde a família, desde a escola, desde a prisão, desde a rua. Vimos crianças que começam a consumir aos nove anos porque ninguém as está olhando. Vimos mulheres que ocultam seu consumo por medo de perder seus filhos. Vimos jovens que encontram no narco o único caminho de ascensão social visível. Vimos comunidades eclesiais que não sabem como se aproximar, e sistemas de saúde que expulsam quem mais precisa ser recebido. Escutamos também o Magistério, que nos lembra que atrás de cada dependência há uma pessoa ferida em sua dignidade, uma sede de sentido que não encontrou vazão, um grito que a sociedade preferiu não ouvir.

Tudo o que vimos nos deixa com perguntas que não se respondem sozinhas. O que é realmente a dependência, e como entendê-la sem reduzi-la a um pecado, nem a uma doença biológica? O que faz com que uma pessoa seja mais vulnerável que outra? Como acompanhar sem abandonar, sem habilitar, sem impor? A partir de que critérios discernimos quando a misericórdia exige presença incondicional e quando exige estrutura e limite? O que tem para oferecer a Igreja que não ofereça nenhum outro ator?

Essas perguntas são as que dão forma ao Julgar. Não partimos de teorias para aplicar à realidade, mas da realidade para construir compreensão. Essa é a epistemologia que escolheu este manual: ascendente, encarnada, sinodal. Do território à reflexão. Da chaga à pergunta. Da pergunta ao discernimento.

PARTE III

Julgar

O discernimento

Esta parte do *Julgar* constitui o coração teórico deste manual e está construída integralmente em função das perguntas que surgem no coração e na prática cotidiana do agente pastoral. Depois de ter recebido a realidade dos nossos povos na etapa anterior, entramos agora em um processo de iluminação onde buscamos compreender a natureza do problema em todas as suas dimensões para orientar a nossa resposta.

Uma Epistemologia Ascendente: Do Território à Técnica

Diferentemente dos enfoques tradicionais que desenvolvem teorias a partir do conhecimento científico, este manual aposta em uma **epistemologia ascendente**. Isto significa que o nosso saber não nasce de abstrações, mas do contato direto com o território e das perguntas que surgem no encontro com as chagas das nossas comunidades.

Por esta razão, a ordem dos capítulos segue um caminho de aprofundamento que imita o encontro pastoral:

1. Começamos pelo **ser social**, analisando o bairro e os vínculos, que é onde primeiro recebemos a vida ferida.
2. Adentramo-nos logo na profundidade da pessoa através do seu **espírito humano** e da sua **psique**, buscando a raiz do vazio existencial e do trauma.
3. Finalizamos com a compreensão biológica das **substâncias e do organismo**, entendendo que a droga não é o centro do problema, mas o sintoma final e visível de fraturas muito mais profundas.

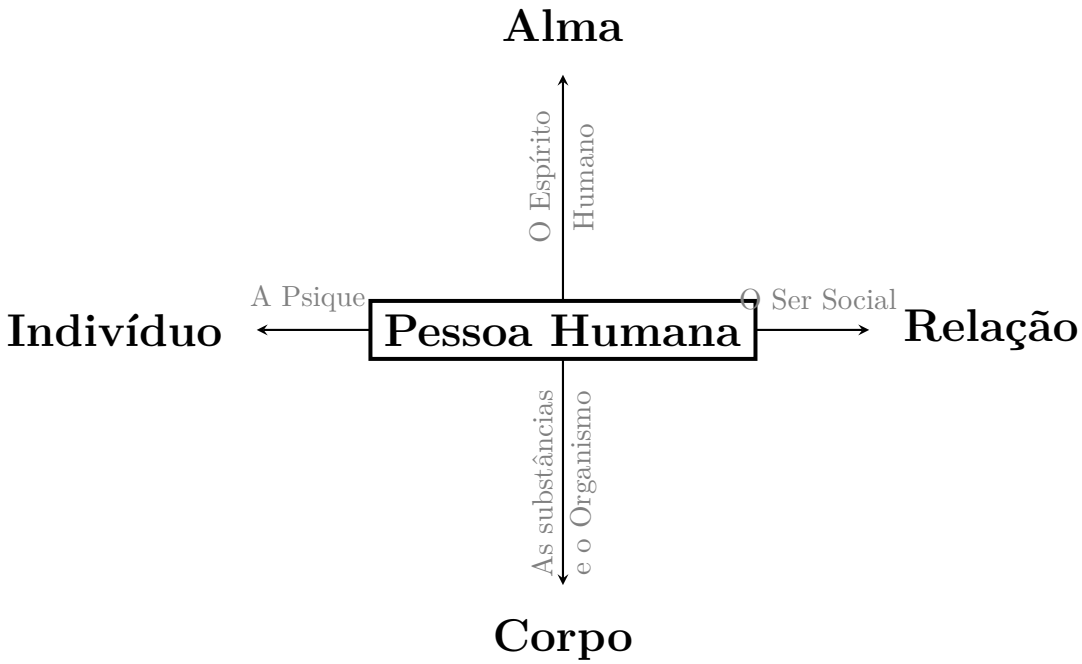
Os Critérios de Integridade: Unidade e Relação

Para evitar qualquer reducionismo que fragmente o sujeito, o discernimento destas dimensões se organiza sob duas grandes tensões constitutivas do ser humano:

- **A unidade da pessoa (o espiritual e o material):** Entendemos que a pessoa é uma unidade indivisível de alma e corpo. Não podemos discernir o dano biológico da substância sem considerar a dignidade ontológica do espírito que a habita. O ser humano é um *espírito encarnado* onde o que sucede no corpo tem um correlato em sua abertura ao divino e vice-versa.
- **A tensão entre a individualidade e a relação:** O ser humano é constitutivamente relacional; não há pessoa sem relação. O discernimento

> nos obriga a olhar não somente para o indivíduo e sua vontade, mas para o tecido vincular e social que o sustenta ou o expulsa. A saúde integral só é possível quando o sujeito recupera sua capacidade de ser-com-outros em uma comunidade que o reconhece por seu nome.

Por essa razão, queremos propor um **esquema gráfico** que nos permitirá situar-nos no mapa do discernimento. No eixo vertical se pode observar a tensão *corpo — alma (espírito)*, e no eixo horizontal a tensão *indivíduo — relação*. Como se pode apreciar, cada um destes polos dá origem a uma dimensão. Assim, os capítulos que apresentamos nesta parte do manual dedicada ao *Julgar* correspondem a estas dimensões essenciais da pessoa humana.



Este gráfico também nos permitirá situar as diferentes propostas desenvolvidas na parte do *Agir*. Alguma delas terá mais desenvolvido o componente espiritual, outra o psicológico, o biológico ou o social. O certo é que o fato de desenvolver mais um componente não implica a negação dos outros. Aqui se acende então um alerta: quando uma proposta prática desenvolve um componente, mas nega algum outro, o que está negando é a correta compreensão da pessoa humana. E aí sim há um problema! Comecemos, então, este caminho de discernimento.

Breve Glossário

Para transitar com clareza o caminho desta **epistemologia ascendente** que o manual propõe, é necessário estabelecer uma linguagem comum desde o início

do nosso discernimento. Embora a nossa prioridade seja a escuta das chagas da comunidade e a reconstrução da dignidade da pessoa, a realidade dos bairros nos obriga a utilizar certos termos técnicos que provêm das ciências da saúde e da neurobiologia.

O objetivo deste breve glossário não é esgotar a profundidade científica dos conceitos, mas oferecer definições operativas que nos permitam nomear com precisão o que observamos nos capítulos O Ser Social, O Espírito Humano e A Psique.

Ao apresentar estes termos aqui, reafirmamos nossa tese central: a substância não é o centro do problema, mas um elemento que aparece no sintoma final de outras fraturas muito mais profundas. Por isso, convidamos o leitor a utilizar estas ferramentas conceituais como um suporte para o juízo pastoral, sabendo que a *anatomia técnica* e o detalhe biológico de cada uma serão aprofundados no Capítulo 9: As Substâncias e o Organismo, fechando assim o nosso percurso, que vai desde o território até as neurociências.

Uma nota sobre a linguagem do manual. O leitor advertirá que ao longo destas páginas se utilizam distintos termos para referir-se a uma mesma realidade: dependência, transtorno por uso de substâncias (TUS), consumo problemático, dependência química, toxicomania, escravidão química, patologia do espírito. Esta variação não é um descuido, mas uma decisão deliberada. Cada termo provém de um marco de compreensão distinto — clínico, pastoral, magisterial, social — e utiliza-se no contexto que lhe corresponde. Quando o manual fala a partir da neurobiologia, usa a linguagem da ciência; quando fala a partir do Magistério, usa a linguagem dos pontífices; quando fala a partir do território, usa a linguagem dos agentes pastorais. Esta pluralidade terminológica é coerente com o modelo biopsicossocial-espiritual que vertebra o documento: se a pessoa é uma unidade indivisível olhada desde quatro dimensões, a linguagem que a nomeia não pode ser unidimensional. O que permanece constante debaixo de todos estes termos é a convicção de que estamos diante de um sofrimento real de uma pessoa real cuja dignidade é anterior a qualquer diagnóstico, e que o modo como a nomeamos condiciona o modo como a acompanhamos.

1. **SPA (Substâncias Psicoativas)**

   São componentes químicos que, ao serem introduzidos no organismo, têm a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica e alterar o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), modificando o humor, a percepção e a conduta.

2. **TUS (Transtorno por Uso de Substâncias)**

É o termo clínico para referir-se à dependência. Define-se como uma afecção cerebral, crônica e recorrente que altera os circuitos de vontade e controle.

3. **Sistema de Recompensa e Dopamina**

   É o sistema biológico encarregado de processar o prazer e a aprendizagem. A dopamina é o mensageiro químico que se libera massivamente diante do consumo, *sequestrando* a vontade do sujeito e priorizando a substância sobre necessidades vitais.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

4. **Patologia Dual**

   É a coexistência de um transtorno mental (como depressão, psicose ou bipolaridade) com um transtorno por uso de substâncias.

5. **Meia-Vida e Desintoxicação**

   A meia-vida é o tempo que o corpo demora em eliminar a metade da dose original de uma substância. É o cronômetro biológico que determina quanto dura uma intoxicação e quanto tempo real requer uma limpeza orgânica total.

6. **Neuroplasticidade**

   É a capacidade do cérebro para mudar fisicamente sua estrutura baseando-se nos estímulos. É o que permite que o cérebro *aprenda* a dependência, mas também é a base da esperança biológica para a recuperação.

7. **Tríade de Zinberg (Sujeito - Substância - Contexto)**

   É o modelo que explica que a experiência de consumo não depende somente da droga, mas da interação entre a pessoa (biografia, estado emocional), a química da substância e o entorno (cultura, bairro).

Cada um destes conceitos será aprofundado no Capítulo 9: As Substâncias e o Organismo, onde analisaremos o sintoma final deste percurso.

CAPÍTULO 6

O ser social

Este capítulo aborda a dimensão comunitária da pessoa, partindo da premissa antropológica de que o ser humano é constitutivamente relacional e não pode ser compreendido nem realizar-se no isolamento. Em contraste com os enfoques individualistas que reduzem o fenômeno à mera vontade do sujeito, aqui se propõe uma mudança de paradigma para o comunitário como chave para abraçar integralmente a pessoa e o seu entorno.

Aprofunda-se nos conceitos de proximidade territorial, presença e vínculo, resgatando a importância de reconhecer o outro pelo seu nome para romper com a desumanização dos sistemas assistenciais. Da mesma forma, desenvolve-se a fundamentação teórica da família comunitária e da criação comunitária, reconhecendo que a comunidade organizada deve constituir-se como a rede de apoio que oferece um lugar seguro ali onde os laços biográficos se encontram rotos ou ausentes.

Um eixo central desta dimensão é a necessidade de chegar antes, o que implica entender os espaços promocionais — como o jogo, o esporte e a arte — como ferramentas preventivas fundamentais que geram fortalezas na construção do ser social. Finalmente, o texto convida a superar a fragmentação das respostas institucionais mediante um trabalho em rede horizontal, posicionando a comunidade como um sujeito com capacidade de transformação para devolver a dignidade aos seus membros mais vulnerabilizados pelo consumo de substâncias psicoativas (SPA). Mais adiante, no capítulo intitulado **As Substâncias e o Organismo** aportaremos uma definição técnica deste nome.

6.1 | A Comunidade e o Território. Proximidade e Novas Realidades

Esta seção aprofunda na comunidade territorial, entendida não somente como um espaço físico, mas como um sistema de redes de pessoas que compartilham a vida e se organizam sob uma ética de solidariedade e pertencimento. Analisa-se a transição fundamental da proximidade física em direção à presença significativa, onde o tempo compartilhado transforma a proximidade em um vínculo profundo que reconhece a dignidade do outro ao chamá-lo pelo seu nome, rompendo o anonimato dos sistemas assistenciais fragmentados.

Neste marco, o território se posiciona como o cenário onde a comunidade organizada deve primeirear e sair ao encontro dos irmãos e irmãs mais vulnerabilizados pelo consumo de substâncias psicoativas (SPA), atuando como um agente de saúde integral ali onde as instituições tradicionais costumam falhar. Finalmente, o texto convida a abordar as novas realidades do século XXI, como o desafio da cidadania no território digital, advertindo sobre a importância de evitar a romantização do bairro. Isto permite identificar com honestidade as violências, o modo como o narcotráfico parasita a economia de bairro sequestrando os espaços públicos mediante o terror, e as exclusões que ainda persistem no tecido social.

6.1.1 Artigo 1: Sobre a distinção entre proximidade física e presença significativa

Planteamento do tema

O acompanhamento comunitário em territórios marcados pelo consumo de substâncias psicoativas (SPA) exige uma distinção conceitual entre a simples proximidade espacial e a profundidade do encontro pessoal. Analisa-se como o fator tempo e a intenção do agente pastoral transformam o contato físico em um acontecimento de sanação e reconhecimento da dignidade.

Pergunta central

Qual é a diferença fundamental entre a proximidade física e a presença significativa no contexto do acompanhamento comunitário?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que não existe uma diferença real, pois para estar presente é requisito indispensável estar perto fisicamente, sendo a presença um simples sinônimo de proximidade geográfica.
- Por outro lado, argumenta-se que a presença depende da frequência técnica dos encontros, sugerindo que quem realiza mais visitas ou atividades específicas teria uma maior presença que quem reside no território sem uma agenda de atenção determinada.



Figura 6.1: A presença significativa

Fundamento ou critério de discernimento

O tempo qualifica a proximidade e a converte em uma presença significativa. Esta dimensão constitui uma proximidade muito mais profunda, de caráter emocional e psicológico, que transcende a mera coincidência acidental em um espaço físico determinado.

Tese e desenvolvimento argumental

Embora a proximidade física seja a condição necessária para conhecer o outro em sua realidade cotidiana, a presença significativa representa um grau superior de relação humana e pastoral. Esta diferença se fundamenta em três dimensões essenciais:

1. Primeiro, a qualidade do vínculo, onde a proximidade física pode ser superficial, enquanto a presença é uma conexão profunda que permite que a pessoa se sinta realmente vista e reconhecida.

2. Segundo, a permanência diante do abandono, entendendo que a presença é a consequência de ficar junto às vidas mais rotas, mesmo quando o acompanhante não está fisicamente ali.

3. Terceiro, a lógica do tempo, que abandona a rigidez institucional para adotar uma dinâmica territorial e circular, onde o encontro não termina com um resultado técnico, mas permanece sempre aberto ao reencontro.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, se bem a proximidade física facilita o contato inicial, para que esta se transforme em presença significativa deve estar mediada pela ausência de juízo e pela permanência no amor.

2. Quanto à segunda objeção, a presença não se mede pela quantidade de horas técnicas, mas pela capacidade de humanizar o percurso do irmão, permitindo que sua história cobre sentido através de um fio inespecífico que sustenta a sua vida.

6.1.2 Artigo 2: Sobre o vínculo (chamar pelo nome) diante da desumanização do sistema

Jo 10, 3 — *O porteiro lhe abre e as ovelhas escutam a sua voz; ele chama as suas ovelhas pelo nome*

Planteamento do tema

O ato de chamar pelo nome constitui o gesto fundamental para a restauração da dignidade ontológica em contextos de vulnerabilidade social. Analisa-se como o vínculo pessoal e afetivo atua como um antídoto diante da tendência dos sistemas institucionais a fragmentar a pessoa, reduzindo-a a uma cifra, um diagnóstico clínico ou uma categoria administrativa.

Pergunta central

Consegue o vínculo, expresso no ato de chamar pelo nome, romper eficazmente com a dinâmica desumanizadora dos sistemas assistenciais?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia argumentar-se que o uso do nome próprio é uma formalidade superficial que não altera a eficácia técnica de um tratamento médico ou psicológico. Sob esta visão, o que realmente sana é a aplicação de protocolos científicos padronizados, sendo a proximidade afetiva um elemento secundário.
- Outra objeção sustenta que os sistemas devem priorizar o anonimato e a imparcialidade para garantir a equidade, evitando personalismos que poderiam comprometer a objetividade necessária para gerenciar recursos.
- Finalmente, afirma-se que em situações de alta complexidade por consumo de substâncias psicoativas (SPA), o foco deve estar exclusivamente na patologia, considerando a subjetividade do nome como algo acessório diante da urgência da desintoxicação clínica.

Fundamento ou critério de discernimento

A antropologia cristã ensina que a pessoa nunca é um número nem um anônimo, mas um irmão com uma dignidade ontológica que permanece intacta mesmo quando sua vida está profundamente ferida. O ato de chamar pelo nome reconhece a totalidade do ser e sua vocação transcendente, validando que o valor de cada indivíduo é infinito e sagrado.

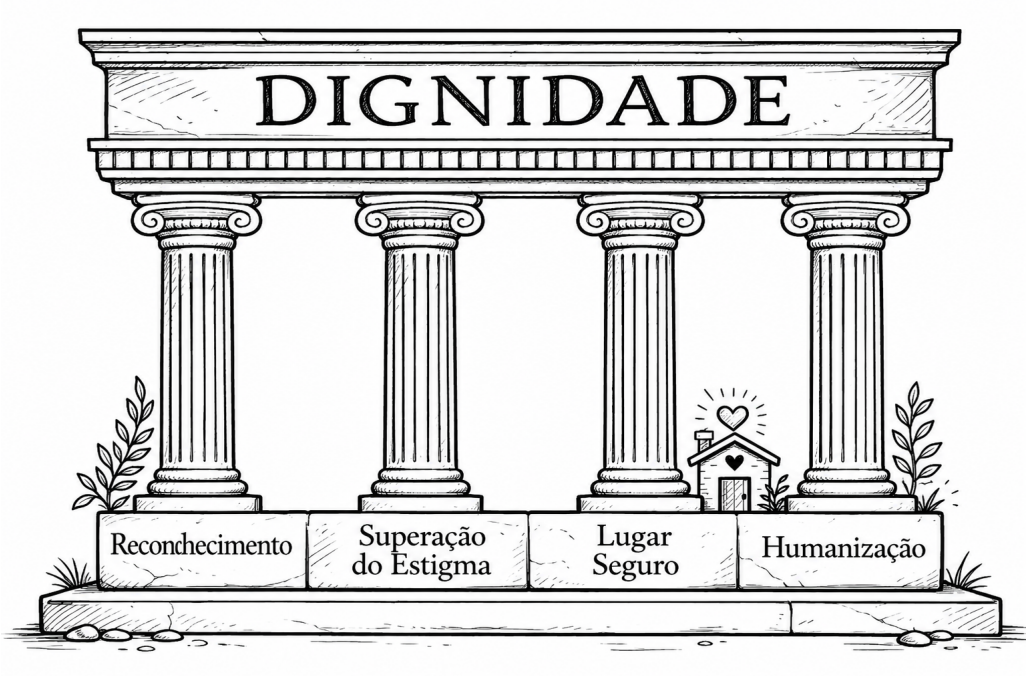


Figura 6.2: O vínculo diante da desumanização

Tese e desenvolvimento argumental

O vínculo é o primeiro passo para reconstruir o laço social danificado. Enquanto o sistema tende à fragmentação administrativa que dissecciona o indivíduo em expedientes ou causas penais, o vínculo recupera a unidade da pessoa através de quatro dimensões:

1. Primeiro, o reconhecimento da dignidade infinita, onde o valor intrínseco não depende da capacidade de recuperação nem do estado moral.

2. Segundo, a superação do estigma, substituindo rótulos pejorativos pela identidade real do sujeito, o que permite que a pessoa se reconheça em suas fortalezas.

3. Terceiro, a construção de um lugar seguro, onde a confiança gerada pelo nome permite que quem viveu no abandono se sinta novamente convocado a existir para outros.

4. Quarto, a humanização do percurso, entendendo que o acompanhamento não busca somente resultados terapêuticos, mas uma atenção amorosa que respeita o caráter artesanal e único de cada processo de vida.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, se bem a técnica é necessária, o vínculo é o suporte indispensável que permite que qualquer ferramenta profissional seja efetiva; sem amor não há verdadeira sanação nem educação.

2. Quanto à segunda, a verdadeira equidade não nasce do anonimato burocrático, mas da misericórdia que se responsabiliza pela complexidade particular de cada irmão para garantir seu acesso real a direitos.

3. Finalmente, diante da terceira objeção, a dependência deve ser entendida como um sintoma de uma fratura interna e não como a essência da pessoa; reduzir o ser humano à sua doença é incorrer em um reducionismo materialista que ignora a sua unidade integral e a sua capacidade de ser protagonista da sua própria história.

6.1.3 Artigo 3: Sobre a necessidade de evitar a romantização do bairro

Planteamento do tema

O acompanhamento nos territórios exige um olhar honesto que reconheça tanto a potência curadora dos vínculos comunitários quanto as dinâmicas de opressão e pecado social presentes neles. Analisa-se a importância de evitar uma visão idealizada do bairro para poder identificar e transformar as violências estruturais que afetam as pessoas com consumos problemáticos.

Pergunta central

É vital evitar a romantização do bairro na prática pastoral de acompanhamento e prevenção?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o bairro deve ser visto sempre como um santuário de solidariedade e sabedoria popular, e que assinalar suas obscuridades seria uma falta de respeito à cultura dos mais pobres.
- Por outro lado, argumenta-se que centrar-se nas violências internas somente reforça o estigma midiático que já pesa sobre os setores populares, pelo que o olhar teórico deveria ressaltar unicamente os aspectos positivos para contrarrestar os relatos de morte.



Figura 6.3: Não se deve romantizar o bairro

Fundamento ou critério de discernimento

Evitar a romantização é uma condição de honestidade missionária. Se bem o território possui uma potência fraterna, também é cenário de uma violência estrutural e de exclusões que devem ser trabalhadas com olhar crítico. A sanação começa quando se nomeiam as chagas do território para poder aplicar o fundamento do acompanhamento integral.

Tese e desenvolvimento argumental

A urgência de manter um olhar realista sobre o território se fundamenta em quatro dimensões teóricas:

1. Primeiro, a ocupação do território pelo mal, reconhecendo que o narcotráfico não é um agente externo, mas um ente que parasita a economia do bairro, sequestra os espaços públicos e utiliza o terror para extinguir as formas de organização comunitária.

2. Segundo, a reprodução do estigma interno, onde a própria comunidade pode segregar os irmãos e irmãs mais quebrados, as pessoas em situação de rua ou a população travesti-trans, tratando-os como dejetos.

3. Terceiro, a captação da infância, onde o sistema de criminalidade organizada utiliza crianças, meninas e adolescentes como peças de reposição na venda de substâncias psicoativas (SPA), gerando uma nova forma de escravidão.

4. Quarto, a identidade da Igreja como hospital de campanha, que exige reconhecer que o campo de batalha é doloroso e complexo, demandando uma presença que não ignore a fome, a falta de direitos nem o desamparo.

Amoris Laetitia N°291

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, embora a sabedoria popular seja um valor irrenunciável, o discernimento permite distinguir entre a cultura do povo e a narcocultura, a qual lucra com a pobreza e destrói o tecido democrático da comunidade.

2. Quanto à segunda objeção, o objetivo não é alimentar o estigma, mas exercer uma função profética que identifique as violências reais para que a comunidade organizada possa exigir o cumprimento dos direitos fundamentais e construir alternativas de vida que não sejam uma simples maquiagem da realidade social.

6.1.4 Artigo 4: Sobre o território digital como novo desafio social

Planteamento do tema

O conceito de território transcendeu os limites geográficos tradicionais para abarcar o entorno virtual, onde se desenvolve grande parte da vida social contemporânea. Este novo cenário não deve entender-se simplesmente como uma ferramenta recreativa ou de comunicação, mas como um espaço onde se exerce a cidadania digital e se molda a subjetividade, impactando de forma real nas dimensões psíquicas e socioemocionais da pessoa.

Pergunta central

Constitui o denominado território digital um novo cenário de risco e um desafio fundamental para a abordagem comunitária das dependências?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o digital não se qualifica como território ao carecer de proximidade física e geografia concreta, pertencendo unicamente ao âmbito da vida privada.
- Da mesma forma, argumenta-se que as redes sociais são ferramentas neutras cujos riscos são exagerados por um olhar alarmista.
- Finalmente, sustenta-se que o verdadeiro problema reside unicamente nas substâncias químicas, considerando que o uso de telas e videogames é uma atividade inofensiva que não gera danos biológicos comparáveis ao consumo de substâncias psicoativas (SPA).

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. Dependências digitais (cap. 8) e Dependências comportamentais (cap. 9)

A existência e os vínculos se jogam hoje em grande medida nas redes. Este território digital é o cenário onde crescem a solidão e novas formas de escravidão que operam sobre os mesmos centros de recompensa que as substâncias químicas. Reconhecer a cidadania digital implica entender que o virtual tem um impacto concreto no real e no tecido social.

Tese e desenvolvimento argumental

O território digital representa um deslocamento da fronteira de intervenção pastoral e social. Este desafio se fundamenta em cinco eixos teóricos:

1. Primeiro, a deslocalização do vínculo e o desenvolvimento da subjetividade na virtualidade. A hiperconexão virtual, paradoxalmente, costuma aprofundar a solidão e desfiar o tecido social. O trânsito prolongado por espaços digitais naturaliza lógicas de consumo e individualismo que afetam a identidade, a percepção do coletivo e a capacidade de sustentar encontros presenciais significativos.

2. Segundo, os mecanismos de dependência conductual, caracterizados por descargas constantes de dopamina através de um fluxo incessante de notificações — que podem alcançar as centenas diárias —, o que altera os circuitos cerebrais do prazer e a capacidade de espera.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

3. Terceiro, o fenômeno do estresse digital e o FOMO (medo de ficar de fora), que gera uma busca de aprovação constante e uma hiperconexão que alimenta a ansiedade persistente pela validação dos pares e fragmenta a atenção, dificultando o desenvolvimento de processos reflexivos profundos.

4. Quarto, o surgimento de novas dependências digitais, como os videogames, a pornografia e as apostas online, que afetam especialmente os menores de idade e constituem formas de dependência conductual com mecanismos neurobiológicos análogos aos das substâncias químicas.

5. Quinto, o impacto no socioemocional e nos vínculos de cuidado, onde a exposição desregulada a telas — que segundo estudos internacionais pode superar as oito horas diárias em adolescentes — substitui o silêncio reparador e o encontro presencial, debilitando a função da família como porto seguro e gerando uma desconexão emocional que invisibiliza os problemas ante os pais até que a deterioração seja severa.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, o digital é um território porque é o lugar onde o sujeito habita, passa grande parte do seu tempo e constrói o seu sentido de pertencimento e identidade.

2. Quanto à segunda objeção, a tecnologia perde sua neutralidade quando se converte em um espaço de desumanização, manipulação ou dependências digitais como as apostas online e a pornografia.

3. Finalmente, diante da terceira objeção, a ciência demonstra que as dependências conductuais compartilham mecanismos neurobiológicos com os transtornos por uso de substâncias (TUS), alterando os circuitos de recompensa e gerando sintomas de abstinência como a irritabilidade e a obsessão mental.

6.2 | A Família. Estruturas, Família Comunitária e Influências

Esta seção aborda a família como a célula vital da sociedade e a primeira experiência de comunidade, onde o ser humano descobre a sua dignidade e vocação ao amor. Inspirada na visão da família como um poliedro de realidades, aprofunda-se no conceito de família comunitária, entendida como a rede de apoio que oferece amparo e pertencimento ali onde os vínculos biográficos — isto é, os laços familiares de origem — se encontram fragilizados. Em sintonia com o magistério do Papa Francisco em Amoris Laetitia, reconhece-se que a família não é um problema, mas uma oportunidade para a integração social e a construção de um lugar seguro diante do fenômeno do consumo de substâncias psicoativas (SPA).

Analisam-se as influências macroeconômicas e sociais que condicionam as capacidades de criação, reconhecendo a necessidade de uma intervenção precoce que permita chegar antes de que o sofrimento avance. Sob o paradigma da criação comunitária, esta seção fundamenta teoricamente a corresponsabilidade de todo o tecido social no cuidado das crianças, meninas e adolescentes, promovendo uma mística da hospitalidade que transforma o lar em uma Igreja doméstica capaz de sanar a orfandade e reconstruir a esperança no seio do povo.

6.2.1 Artigo 1: Sobre a natureza e vocação da família como oportunidade

Planteamento do tema

A família é frequentemente analisada a partir de suas crises, dificuldades ou falhas funcionais. Contudo, antes de ser um conjunto de problemas a resolver, a família deve ser compreendida em sua realidade fundamental como uma comunidade de vida e amor que constitui a base da sociedade. Analisa-se sua vocação como um poliedro de relações que reflete a dignidade do ser humano.

Pergunta central

Deve considerar-se a família principalmente como uma fonte de conflitos sociais ou como uma oportunidade antropológica para a integração e o desenvolvimento integral?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a família é hoje uma instituição antiquada, cuja rigidez costuma ser a causa dos mal-estares psíquicos e sociais dos seus membros. Sob esta visão, a família seria um recinto de tensões e intolerância que dificulta a autonomia individual.
- Por outro lado, argumenta-se que, diante da diversidade de modelos atuais, o termo família perdeu seu significado unívoco, convertendo-se em um lugar de passagem precário onde os vínculos ficam abandonados à volubilidade dos desejos.

Fundamento ou critério de discernimento

A família não é um problema, é principalmente uma oportunidade. Como imagem da Trindade, é uma comunhão de pessoas onde o amor fecundo se converte em uma escultura vivente capaz de manifestar a capacidade criadora e o sentido de transcendência do ser humano.

Tese e desenvolvimento argumental

A família é a célula primeira e originária da dimensão social da pessoa. Seu valor essencial se fundamenta em três pilares teóricos:

1. Primeiro, a família como escola de humanidade, onde o indivíduo descobre que sua identidade se constrói na relação com um outro que o reconhece e o ama gratuitamente.
2. Segundo, a identidade de Igreja doméstica, onde o espaço vital se transforma em um lugar de presença partilhada, oração e bênção que sustenta a vida cotidiana.
3. Terceiro, o valor do vínculo estável, que oferece um horizonte definitivo diante da cultura do provisório, permitindo que a pessoa projete seu futuro com segurança e confiança.

A família, inclusive em sua fragilidade, possui a força de amar e ensinar a amar, sendo o âmbito natural onde se custodia a vida em todas as suas etapas.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, se bem existem famílias feridas, a solução não é o debilitamento do vínculo familiar, mas sua renovação através de uma pedagogia da ternura que sane a violência e o autoritarismo.

2. Quanto à segunda objeção, a verdadeira liberdade não consiste no isolamento individualista, mas na capacidade de doar-se generosamente em um projeto comum que transcenda os caprichos da sensibilidade para alcançar a maturidade do amor.

6.2.2 Artigo 2: Sobre a família como escola de fraternidade e antídoto contra o individualismo

Planteamento do tema

Em um contexto social caracterizado pelo individualismo exasperado e pela cultura do descarte, a família se posiciona como o espaço primordial onde se introduz a fraternidade no mundo. Analisa-se como a abertura da família em direção à comunidade constitui um eixo de prevenção fundamental diante da solidão extrema e do vazio existencial que costumam preceder o consumo de substâncias psicoativas (SPA).

Pergunta central

É a família um recinto fechado que deve proteger-se da sociedade ou um sujeito ativo de transformação social e caridade política?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia argumentar-se que a missão da família termina nos limites do seu próprio lar, devendo concentrar todas as suas energias no bem-estar dos seus membros biológicos para evitar distrações dos seus deveres primários.

- Da mesma forma, sustenta-se que as famílias vulnerabilizadas pela pobreza já carregam com peso suficiente para que se lhes exija uma função de acolhida ou compromisso social com outros, o que poderia debilitar a sua própria estabilidade interna.

Fundamento ou critério de discernimento

A fraternidade na família se irradia como uma promessa sobre toda a sociedade. O pensamento social e eclesial propõe que a família não deve pensar-se a si mesma como um recinto chamado a proteger-se da sociedade, mas que deve sair de si na busca solidária, convertendo-se em um nexo de integração entre o público e o privado para tornar doméstico o mundo.

Tese e desenvolvimento argumental

A família possui uma missão social intrínseca que atua como um agente de sanação coletiva e prevenção de condutas de risco. Esta função se desdobra em quatro dimensões teóricas:

1. Primeiro, a superação do narcisismo, onde a convivência ensina a não ser o centro do mundo e a valorizar o bem comum.

2. Segundo, a mística da hospitalidade, que permite à família abrir suas portas aos solitários e aos irmãos mais quebrados, integrando-os em sua dinâmica cotidiana.

3. Terceiro, o exercício da caridade social, onde o afeto se transforma em um compromisso pela justiça e pela defesa dos frágeis, trabalhando junto com a comunidade organizada.

4. Quarto, a prevenção da orfandade espiritual, oferecendo um porto seguro de escuta ativa que neutraliza a solidão profunda.

Ao viver a fraternidade, a família deixa de ser um mero objeto de assistência para converter-se em um sujeito com capacidade de transformar as estruturas sociais injustas.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, um amor familiar que se fecha exclusivamente em si mesmo corre o risco de adoecer; a verdadeira saúde do vínculo familiar se encontra na sua capacidade de abertura e entrega gratuita.
2. Quanto à segunda, mesmo a família mais ferida é capaz de gerar vida se se sente parte de um povo; a solidariedade mútua entre famílias é o que permite que os lares não sucumbam diante da exclusão, encontrando na rede comunitária o amparo que os sistemas burocráticos costumam negar.

6.2.3 Artigo 3: Sobre a mística da hospitalidade como ponte para o comunitário

Planteamento do tema

Hb 13, 2 — *Não vos esqueçais da hospitalidade; por ela alguns, sem saber, hospedaram anjos*

A hospitalidade não deve ser entendida como uma simples norma de cortesia social, mas como uma mística fundamental que define a identidade da família cristã. Analisa-se como o gesto de sair de si e abrir o lar à vida ferida constitui a ponte necessária para transformar a rede territorial em uma verdadeira família comunitária, capaz de alojar aqueles que foram descartados pelo sistema.

Pergunta central

É a mística da hospitalidade o fundamento necessário para a existência de uma família comunitária na abordagem das dependências?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia argumentar-se que a hospitalidade é uma virtude privada que não tem impacto nas estratégias de intervenção social ou sanitária contra o consumo de substâncias psicoativas (SPA). Sob esta visão, a abertura do lar seria um risco desnecessário para a segurança e a intimidade da família nuclear.

- Da mesma forma, sustenta-se que as instituições comunitárias devem basear-se em protocolos de admissão técnicos e não em uma mística de acolhida gratuita, a qual resultaria desorganizada e ineficiente diante da complexidade da problemática.

Fundamento ou critério de discernimento

O magistério de Amoris Laetitia ensina que quando a família acolhe e sai em direção aos outros, especialmente em direção aos pobres e abandonados, se converte em símbolo, testemunho e participação da maternidade da Igreja. A hospitalidade é o meio pelo qual a família cumpre o projeto de Deus de tornar doméstico o mundo e romper o primeiro cerco do mortal egoísmo.

Tese e desenvolvimento argumental

A mística da hospitalidade se fundamenta como o eixo integrador do acompanhamento através de três dimensões essenciais:

1. Primeiro, o testemunho da maternidade eclesial, onde a família que abre suas portas manifesta um amor que não põe condições e que é capaz de receber inclusive os irmãos mais desastrosos em suas condutas.

2. Segundo, a humanização do território, já que a hospitalidade transforma o espaço público em um lugar de vizinhança e cuidado, neutralizando a solidão extrema que costuma anteceder a dependência.

3. Terceiro, o reconhecimento do rosto de Cristo, onde a acolhida gratuita permite valorizar a dignidade sagrada do irmão quebrado, vendo-o como um fim em si mesmo e não como um objeto de assistência.

Deste modo, a hospitalidade deixa de ser um ato isolado para converter-se na força que amalgama os vizinhos e as instituições em uma só família de famílias.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, a hospitalidade tem um impacto real na saúde pública, já que gera o sentido de pertencimento indispensável para que qualquer processo de recuperação seja sustentável.

2. Quanto à segunda objeção, uma mística de hospitalidade não exclui a ordem nem a prudência, mas as transcende; a verdadeira eficiência em contextos de vulnerabilidade não nasce da frieza burocrática, mas de um amor que sabe receber a vida como vem para integrá-la em um tecido social curador.

6.2.4 Artigo 4. Sobre a proposta do termo família comunitária

Mc 3, 33-35 — *Quem é minha mãe e quem são meus irmãos?... aquele que cumpra a vontade de Deus, esse é meu irmão, minha irmã e minha mãe*

Planteamento do tema

Propõe-se a incorporação do conceito de família comunitária como uma categoria fundamental para a abordagem das dependências em contextos de exclusão social. Este termo busca ampliar o olhar sobre os sistemas de apoio, reconhecendo que a comunidade organizada assume funções de cuidado e proteção que transcendem os vínculos biológicos tradicionais, especialmente ali onde os laços primários foram vulnerados.

Pergunta central

É conveniente que o manual proponha o termo família comunitária em vez de limitar-se exclusivamente às estruturas familiares tradicionais?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o termo família deve reservar-se unicamente para os vínculos de parentesco por consanguinidade, matrimônio ou adoção, tal como o definem as ciências sociais clássicas. Sob esta visão, ampliar o conceito ao comunitário poderia diluir a responsabilidade específica dos progenitores.

- Por outro lado, argumenta-se que as redes de apoio externas, como paróquias ou clubes, devem denominar-se simplesmente instituições, já que careceriam da estabilidade e da intimidade afetiva próprias do lar biográfico.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. art. 8.5.3 (famílias de acolhida)

A comunidade organizada deve constituir-se como a rede de apoio alternativa que oferece um lugar seguro ali onde os laços biográficos se encontram rotos ou ausentes. Esta resposta integral se fundamenta na mística da permanência no amor e na identidade da Igreja como uma família de famílias que não deixa ninguém órfão.

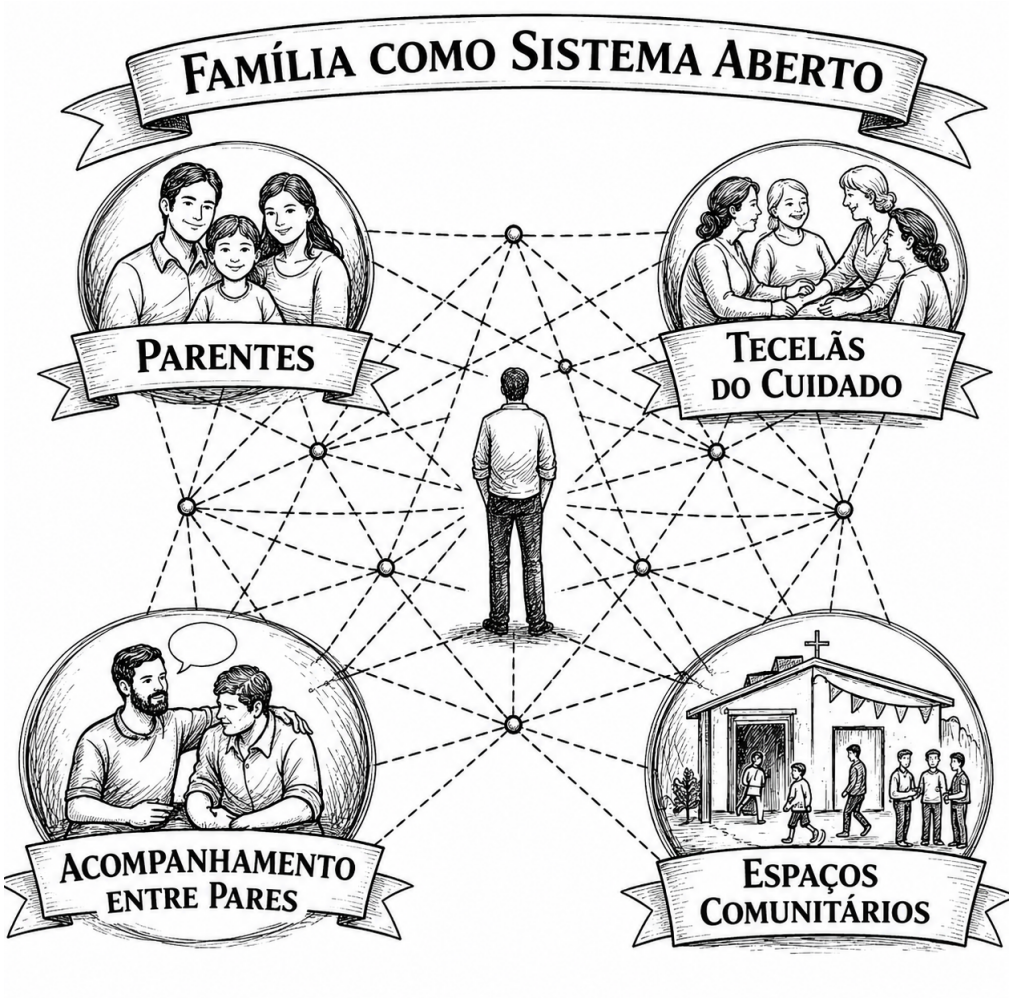


Figura 6.4: Família comunitária

Tese e desenvolvimento argumental

A proposta do termo família comunitária responde a uma mudança de paradigma necessária fundamentada em quatro eixos teóricos:

1. Primeiro, a resposta à orfandade funcional, onde a comunidade não só

assiste, mas oferece um amparo maternal diante da ruptura dos vínculos primários.

2. Segundo, a integração de atores territoriais, conformando uma rede que une os fragmentos que o sistema administrativo costuma separar, atuando como um corpo solidário.

3. Terceiro, a construção de um lugar seguro, um espaço de proteção inspirado no amparo bíblico onde a pessoa pode ser e ao qual sempre pode voltar.

4. Quarto, a adoção da criação partilhada, onde todos os membros do tecido social se sentem corresponsáveis pelo desenvolvimento e pela proteção da vida dos irmãos e irmãs mais vulnerabilizados pelo consumo de substâncias psicoativas (SPA).

5. Quinto, a necessidade de protocolos de cuidado e proteção. A família comunitária não é um espaço espontâneo que se constitui pelo mero desejo de ajudar; requer uma organização responsável que inclua critérios claros de proteção das crianças, meninas e adolescentes que dela participam. A experiência territorial ensina que a comunidade nem sempre é um espaço seguro: o narcotráfico, o abuso e a violência habitam também nos vínculos de proximidade. Por isso, toda proposta de família comunitária deve incluir diretrizes de seleção e acompanhamento dos referentes adultos, mecanismos de escuta e denúncia acessíveis para os menores, e uma articulação com os marcos legais de proteção da infância vigentes em cada país. A mística da hospitalidade não substitui a responsabilidade institucional; encarna-a e humaniza-a.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, o conceito não busca anular a responsabilidade dos pais, mas atuar como um suporte que os fortalece em contextos de estresse extremo, evitando que as crianças fiquem à mercê de redes delitivas. É fundamental distinguir entre complementar a família — o que é desejável e é o objetivo deste conceito — e substituí-la — o que, quando resulta necessário, requer marcos legais e institucionais formais como a guarda, a tutela ou a adoção —. A família comunitária opera no primeiro registro: acompanha, sustenta e fortalece, mas não substitui

a responsabilidade parental nem as funções que o ordenamento jurídico reserva às instituições de proteção.

2. Quanto à segunda objeção, denominar estes espaços como instituições reflete um vínculo meramente funcional; ao chamá-los de família, se enfatiza a identidade, o conhecimento pelo nome e a mística da mesa partilhada, transformando a assistência técnica em um encontro verdadeiramente fraternal.

6.2.5 Artigo 5: Sobre o condicionamento das influências macro nas capacidades de criação

Planteamento do tema

A família não constitui um compartimento estanque, mas é um sistema aberto que faz parte de um entrelaçamento social mais amplo que a condiciona de maneira significativa. Analisa-se como os fatores macroeconômicos, políticos e culturais exercem uma pressão externa que pode facilitar ou, pelo contrário, vulnerar o desenvolvimento humano saudável e as capacidades de cuidado dos referentes familiares.

Pergunta central

De que maneira as influências no nível macro condicionam e afetam as capacidades de criação nas famílias?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a criação é uma responsabilidade puramente individual e privada, onde o sucesso ou fracasso na educação dos filhos depende exclusivamente da vontade e das habilidades pessoais dos pais, sem que o entorno socioeconômico seja um fator determinante.
- Por outro lado, diz-se com frequência que o amor maternal ou paternal é suficiente para superar qualquer adversidade, sugerindo que mesmo em contextos de extrema pobreza ou exclusão, as capacidades de cuidado não deveriam ver-se diminuídas se existe um vínculo afetivo forte.

Fundamento ou critério de discernimento

O magistério do Papa Francisco em Amoris Laetitia ensina que é necessário denunciar com franqueza os condicionamentos culturais, sociais e econômicos que impedem uma autêntica vida familiar. A família é um bem do qual a sociedade não pode prescindir e, portanto, o Estado e a comunidade organizada têm a responsabilidade de garantir as condições necessárias para que os lares possam cumprir sua missão de cuidar e proteger a vida.

Tese e desenvolvimento argumental

As influências macro impactam na dinâmica familiar através de quatro mecanismos teóricos fundamentais:

1. Primeiro, a privação de recursos básicos, onde a pobreza extrema limita o acesso à saúde e à nutrição, gerando cargas adicionais que dificultam o desenvolvimento motor e cognitivo das crianças, meninas e adolescentes.

2. Segundo, o estresse crônico do cuidador provocado pela instabilidade laboral, pelas jornadas de trabalho excessivamente longas e pela falta de serviços essenciais, o que esgota os recursos psíquicos dos adultos e reduz sua disponibilidade emocional para atender às necessidades dos seus filhos.

3. Terceiro, a discriminação e exclusão social, que aumentam a resposta fisiológica ao estresse nos pais, debilitando sua calidez afetiva e empurrando os jovens para condutas de risco como mecanismo de escape diante da angústia.

4. Quarto, a presença da criminalidade organizada e do narcotráfico no território, que fragmentam os lares e obrigam a família a viver sob uma lógica de sobrevivência que anula os processos de criação espontâneos.

Diante deste cenário, fundamenta-se a necessidade de uma intervenção precoce através de espaços promocionais comunitários que atuem como amortecedores destas pressões externas.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, se bem a responsabilidade individual existe, o exercício real da liberdade e a capacidade de educar exigem condições mínimas de ordem social, jurídica e econômica; sem um entorno facilitador, a criação deixa de ser um ato de liberdade para converter-se em uma luta reativa pela subsistência.

2. Quanto à segunda objeção, o amor é o eixo do lar, mas o estresse prolongado atua como um perturbador do desenvolvimento que pode silenciar a resposta afetiva do cuidador. Por isso, a criação comunitária se apresenta como a rede de apoio necessária para sustentar os pais que se encontram desbordados pelas injustiças estruturais.

6.2.6 Artigo 6: Sobre o impacto da discriminação e da exclusão social no risco de consumo juvenil

Planteamento do tema

A vulnerabilidade diante do consumo de substâncias psicoativas (SPA) não pode explicar-se unicamente por fatores individuais ou biológicos. Existe uma estreita relação entre as dinâmicas de exclusão social e os processos de estigmatização que atuam como potentes forças macroambientais, perturbando o desenvolvimento saudável dos jovens e empurrando-os para condutas de risco como mecanismo de resposta diante de um entorno hostil.

Pergunta central

De que maneira a discriminação e a exclusão social incrementam a probabilidade de que os jovens recorram ao consumo de substâncias psicoativas?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia sustentar-se que o consumo é uma decisão estritamente individual baseada no livre arbítrio, pelo que a discriminação social não seria uma causa, mas um pretexto para eludir a responsabilidade pessoal.
- Outra postura argumenta que os fatores mais determinantes são puramente genéticos, representando a maior parte da vulnerabilidade, o que situaria a exclusão social como um fator secundário diante da predisposição orgânica do indivíduo.

Fundamento ou critério de discernimento

Muitos jovens caem nas redes do consumo porque se sentem invisíveis e deixaram de existir para outros devido a uma cultura do descarte e do abandono. O magistério ensina que a libertação das injustiças é o que promove verdadeiramente a liberdade e a dignidade humana, já que não há liberdade plena ali onde as condições sociais asfixiam a esperança.

Tese e desenvolvimento argumental

A discriminação e a exclusão social operam como detonantes da vulnerabilidade juvenil através de três mecanismos teóricos fundamentais:

1. Primeiro, a deterioração da saúde mental por estresse crônico, onde a percepção de ser rejeitado pelo sistema aumenta a resposta fisiológica de angústia, funcionando a substância como uma tentativa autoterapêutica para aliviar uma vida percebida como intolerável.
2. Segundo, o debilitamento da rede de cuidados, já que quando as famílias sofrem exclusão, os cuidadores manifestam níveis de esgotamento que afetam seus papéis de criação, deixando os jovens sem o porto seguro necessário para resistir às pressões do entorno.
3. Terceiro, a invisibilidade e a falta de sentido, onde a exclusão gera uma cultura em que o jovem sente que não tem nada para aportar; ao carecer de raízes e de um horizonte de oportunidades educativas ou laborais,

a imediatez do consumo preenche o vazio existencial provocado pelo desarraigamento social.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, se bem o livre arbítrio é um constitutivo humano, seu exercício real exige condições mínimas de justiça social; sem estas, a liberdade se vê obscurecida por condicionamentos que necessitam ser sanados mediante a integração comunitária.

2. Quanto à segunda objeção, embora a genética seja um fator a considerar, a ciência reconhece que o risco é o resultado de uma interação sinérgica entre a biologia e o ambiente; um ambiente afetuoso e uma comunidade includente podem proteger mesmo aqueles que possuem uma maior vulnerabilidade biológica, enquanto a exclusão pode fazer com que qualquer indivíduo cruze o umbral em direção à dependência.

6.2.7 Artigo 7: Sobre os princípios para uma intervenção preventiva baseada na família

Planteamento do tema

A prevenção do consumo de substâncias psicoativas (SPA) no âmbito familiar deve superar o modelo assistencialista e meramente informativo para converter-se em um processo de empoderamento e fortalecimento de capacidades. Analisam-se os critérios teóricos e metodológicos que permitem que a família se constitua em um fator de proteção eficaz através do desenvolvimento de habilidades de cuidado e da consolidação de vínculos saudáveis.

Pergunta central

Quais são os princípios fundamentais que devem reger uma intervenção preventiva eficaz no âmbito familiar?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a prevenção familiar deve ser puramente informativa, sob a premissa de que se os pais conhecem os efeitos biológicos e legais das substâncias e os transmitem aos seus filhos, isto bastará para evitar o consumo.
- Por outro lado, argumenta-se que as intervenções devem centrar-se exclusivamente nos jovens, já que a família pertence ao âmbito privado e as instituições não devem interferir nas dinâmicas internas de criação nem na autonomia do lar.

Fundamento ou critério de discernimento

O magistério ensina que a família é o agente de socialização mais profundo e o primeiro lugar onde se aprende o bom uso da liberdade. As intervenções mais bem-sucedidas são aquelas que conseguem que os cuidadores desenvolvam e pratiquem novas habilidades com seus filhos, reconhecendo que a educação integral é um direito primário dos pais que a comunidade deve acompanhar de forma subsidiária.

Tese e desenvolvimento argumental

Uma intervenção preventiva baseada na família se fundamenta em seis princípios reitores:

1. Primeiro, a avaliação de necessidades e risco, adaptando o programa à realidade específica da comunidade, distinguindo se se requer uma prevenção universal, seletiva ou indicada.
2. Segundo, a adequação à etapa do ciclo vital e a dosagem, assegurando que as atividades sejam apropriadas para a idade dos filhos e contem com a permanência necessária para automatizar novas condutas de cuidado.
3. Terceiro, a metodologia interativa, evitando a palestra magistral para fomentar o jogo de papéis e a participação ativa, entendendo que a aprendizagem social ocorre através da prática guiada.

4. Quarto, o desenvolvimento da sensibilidade e da estrutura, ensinando aos pais a combinar o afeto e a empatia com o estabelecimento de regras claras e supervisão.

5. Quinto, o vínculo com a escola e a comunidade organizada, reavivando a aliança educativa para que os cuidadores se envolvam nos espaços institucionais da criança, menina ou adolescente, fortalecendo assim a sua rede de pertencimento.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, a ciência e a experiência pastoral demonstram que a mera entrega de informação não modifica as condutas; o fator preventivo real é a modelagem de hábitos saudáveis em um ambiente de calidez afetiva.

2. Quanto à segunda objeção, embora a família seja um núcleo íntimo, não é um compartimento estanque; diante de contextos de pobreza ou exclusão que geram estresse crônico, a intervenção comunitária é indispensável para sustentar a função protetora dos pais sob a lógica da criação partilhada.

6.2.8 Artigo 8: Sobre o paradigma da criação comunitária

Planteamento do tema

A criação foi tradicionalmente compreendida como uma tarefa confinada exclusivamente à esfera da intimidade familiar e biológica. Contudo, diante do desfiamento do tecido social provocado pelo narcotráfico e pela exclusão, surge a necessidade de uma mudança de paradigma em direção à criação comunitária. Analisa-se como a comunidade organizada deve assumir uma responsabilidade partilhada para proteger e potencializar a vida das crianças, meninas e adolescentes, especialmente quando os laços primários se encontram fragilizados.

Pergunta central

É a criação comunitária um modelo legítimo e necessário para garantir o desenvolvimento integral e a prevenção de condutas de risco em contextos de vulnerabilidade?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a criação é uma responsabilidade indelegável e privada, pelo que a intervenção de outros atores do bairro seria uma intromissão na autonomia familiar. Sob esta visão, o sucesso ou fracasso na educação de uma criança depende exclusivamente dos seus progenitores, desligando o entorno social de qualquer compromisso ético.
- Por outro lado, argumenta-se que os espaços comunitários como clubes ou paróquias devem limitar-se a brindar serviços específicos (esporte ou catequese) sem envolver-se nos processos afetivos e de maturação subjetiva da infância.
- Finalmente, adverte-se que envolver atores comunitários nos processos de criação poderia expor as crianças, meninas e adolescentes a situações de risco se esses atores não contarem com a formação nem a supervisão adequadas, considerando que os contextos de vulnerabilidade onde se desdobra esta proposta são também cenários onde operam redes de abuso e exploração.

Fundamento ou critério de discernimento

O magistério social e a visão da Igreja como família de famílias ensinam que o ser humano é constitutivamente relacional. Amoris Laetitia propõe que a família não deve isolar-se, mas ser um nexo de integração entre o público e o privado. A comunidade organizada deve constituir-se como a rede de apoio que oferece amparo e pertencimento ali onde a rede primária é inexistente, fundamentando-se no princípio de corresponsabilidade social pela vida do irmão.

Tese e desenvolvimento argumental

A criação comunitária se fundamenta como uma estratégia de sanação e proteção coletiva desdobrada em quatro dimensões:

1. Primeiro, a intervenção precoce e promocional, entendendo que o jogo, o esporte e a arte não são somente recreação, mas ferramentas preventivas fundamentais que geram fortalezas na construção do ser social antes que o consumo avance.

2. Segundo, a construção de um lugar seguro, onde o território oferece espaços de cuidado que neutralizam a oferta das esquinas e da rua, permitindo que a infância recupere seu direito à alegria.

3. Terceiro, a função dos referentes afetivos comunitários, os quais oferecem um apego seguro e uma pedagogia da ternura que repara a orfandade funcional.

4. Quarto, a cultura do encontro diante do individualismo, onde a criação deixa de ser um processo solitário para converter-se em uma dinâmica de povo que cuida dos seus membros mais frágeis, garantindo o acesso a direitos fundamentais que o sistema costuma ignorar.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, a criação comunitária não busca anular a autoridade dos pais, mas atuar como um suporte subsidiário que os fortalece diante de situações de estresse extremo ou exclusão, evitando que a criança fique à mercê da criminalidade organizada.

2. Quanto à segunda objeção, separar a técnica do afeto é incorrer em uma fragmentação desumanizadora; os espaços comunitários somente são verdadeiramente educativos quando conseguem maternar a vida do irmão, transformando a assistência funcional em um vínculo de pertencimento estável e curador.

3. Quanto à terceira objeção, a advertência é legítima e o manual a assume com seriedade. A criação comunitária não consiste em delegar o cuidado

dos menores a qualquer adulto disponível no território. Exige a construção de entornos protetores com critérios explícitos: seleção cuidadosa e formação dos referentes adultos, presença de mais de um adulto em todo espaço de acompanhamento de menores, canais de escuta e denúncia acessíveis para as crianças, articulação com os organismos de proteção de direitos da infância de cada país, e uma cultura institucional que não tolere nem encubra nenhuma forma de maltrato ou abuso. A Igreja aprendeu dolorosamente que a proximidade e o afeto, quando não estão acompanhados de protocolos claros e transparência, podem converter-se no cenário do pior dos danos. A criação comunitária que este manual propõe assume essa lição como parte constitutiva do seu desenho, não como um acréscimo posterior.

6.3 | O trabalho e o dinheiro

Esta seção propõe-se discernir a dimensão operativa do ser humano como um componente intrínseco da sua saúde e da sua dignidade ontológica. O trabalho não é analisado aqui como um simples dado de subsistência econômica, mas como o eixo vertebrador que permite ao irmão reconstruir sua identidade, ordenar seu tempo e participar ativamente na obra criadora de Deus. Da mesma forma, busca-se iluminar a relação com o dinheiro e com os recursos materiais, entendendo-os como um sinal de realismo e um termômetro da maturidade alcançada diante da dinâmica da compulsão. Através deste juízo pastoral, buscaremos integrar a laborterapia, a aprendizagem de ofícios e o emprego remunerado sob o critério de uma misericórdia estruturada que promova a autonomia e o protagonismo do sujeito em seu povo.

6.3.1 Artigo 1: O trabalho como participação na criação

Gn 2, 15 — *Tomou o Senhor Deus o homem e o colocou no jardim do Éden para que o cultivasse e o guardasse*

Planteamento do tema

A cultura contemporânea tende a reduzir a labuta humana a uma mera mercadoria ou a um simples instrumento de produção de riqueza. No acompanhamento dos nossos irmãos, resulta vital resgatar o sentido profundo do fazer diário. Não se trata somente do que produz o homem, mas também do que o trabalho faz com o homem. Devemos discernir se a atividade laboral é um elemento acidental ou se é uma dimensão sagrada que permite ao sujeito desdobrar sua vocação e aperfeiçoar sua natureza em diálogo com o Criador.

Pergunta central

Constitui o trabalho uma dimensão essencial da identidade humana que permite às pessoas participar da obra criadora de Deus e restaurar sua dignidade ferida?

Posturas ou objeções existentes

- Parece que o trabalho é unicamente uma carga necessária para a sobrevivência biológica ou uma consequência da desordem do mundo que não possui um valor espiritual nem terapêutico intrínseco.
- Parece que, em pessoas com problemas de dependência, o trabalho é um objetivo inalcançável ou um prêmio que só deve ser outorgado ao final do percurso, considerando-o alheio às etapas iniciais da sanação.

- Parece que a labuta operativa ou técnica é inferior à vida espiritual, sugerindo que a verdadeira recuperação se joga somente no plano da fé ou da psicologia, deixando a dimensão do fazer em um plano secundário.

Fundamento ou critério de discernimento

Nossa antropologia cristã e o magistério social ensinam que o ser humano, criado à imagem de Deus, é chamado a ser colaborador da obra divina através do cultivo e cuidado da criação. O trabalho é o eixo vertebrador que outorga sentido à vida cotidiana. Ao trabalhar, o ser humano não somente transforma as coisas, mas se realiza a si mesmo como sujeito capaz e criativo.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que o trabalho é um componente intrínseco da saúde integral e um motor da identidade operativa pelas seguintes razões:

- Espelho da identidade: Através de sua obra, o ser humano se reconhece a si mesmo como alguém que tem algo para dar. A labuta permite objetivar os próprios talentos e reconstruir uma subjetividade fragmentada pela despersonalização que gera o consumo.
- Ordenador do tempo e do desejo: O trabalho estrutura o ritmo diário, combatendo os blocos de tempo vazio que costumam ser disparadores da compulsão. Educa a vontade em direção a metas concretas e permite transitar da gratificação imediata à satisfação do esforço partilhado.
- Protagonismo no povo: Ao trabalhar, o indivíduo sai do seu isolamento e se integra na comunidade, passando de ser um objeto de assistência a ser um sujeito ativo que contribui para o bem da sua família e do seu bairro.

Resposta às objeções

1. À primeira: Embora o trabalho implique esforço e fadiga, sua essência é promocional e humanizante. É o caminho pelo qual o homem aperfeiçoa a criação e encontra um propósito que transcende a mera sobrevivência.
2. À segunda: O trabalho, sob a forma de laborterapia, é um medicamento desde o início do processo. Não é um prêmio ao sucesso, mas uma ferramenta pedagógica que ajuda a recuperar a autovalorização e os hábitos necessários para a vida.

3. À terceira: Não existe uma divisão real entre o espiritual e o operativo. Na proximidade da tarefa diária, a pessoa encontra uma via de sanação concreta onde a fé se faz carne e o espírito se fortalece através da disciplina e do serviço.

6.3.2 Artigo 2: As 3T (Terra, Teto e Trabalho)

Lc 4, 18-19 — *O Espírito do Senhor está sobre mim... enviou-me a anunciar aos pobres a Boa Nova, a proclamar a liberdade aos cativos*

Planteamento do tema

A dignidade do ser humano não pode sustentar-se no vazio; requer condições materiais básicas que permitam o desdobramento da sua liberdade e do seu pertencimento a um povo. Seguindo o magistério social da Igreja, identificamos três pilares fundamentais para uma vida digna: Terra, Teto e Trabalho. Resulta necessário julgar se estes elementos são demandas puramente políticas ou se constituem dimensões sagradas de justiça restaurativa, cuja ausência alimenta o desamparo estrutural em que se instalam as dependências.

Pergunta central

Constituem a Terra, o Teto e o Trabalho uma tríade indissolúvel de direitos sagrados cuja garantia é condição necessária para uma recuperação integral e sustentável?

Posturas ou objeções existentes

1. Parece que a Igreja deve centrar-se unicamente na dimensão espiritual da pessoa humana, deixando as demandas de Terra, Teto e Trabalho aos organismos estatais ou à luta política, social e técnica.

2. Parece que, diante da urgência da dependência, o único prioritário é a abstinência, considerando que a falta de moradia ou de propriedade da terra são problemas secundários que se resolverão uma vez que o sujeito esteja *limpo*.

3. Parece que propor o acesso às 3T como parte do tratamento é uma forma de assistencialismo que fomenta a dependência do irmão em vez de sua autonomia e esforço pessoal.

Fundamento ou critério de discernimento

O pensamento social da Igreja ensina que a dignidade humana é integral e que os bens da criação estão destinados a todos. Não existe verdadeira liberdade sem uma base material que a sustente. Terra, Teto e Trabalho são direitos sagrados porque permitem que a pessoa deixe de ser um errante descartado para transformar-se em um cidadão com raízes, proteção e propósito. O desamparo que produz a falta destas dimensões é o caldo de cultivo onde a narcocultura oferece suas falsas promessas.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a garantia das 3T é um imperativo de justiça e um motor de resiliência pelas seguintes razões:

- Terra como pertencimento: O acesso a um território e a uma comunidade organizada permite que o irmão recupere seu sentido de lar. A terra simboliza as raízes e a estabilidade necessárias para projetar um futuro que o consumo costuma fragmentar em um presente perpétuo.
- Teto como proteção: O teto não é somente uma estrutura física, mas o espaço de intimidade e segurança onde se reconstrói o vínculo familiar. Sem um lugar seguro onde descansar e ser recebido, a pessoa permanece em um estado de alerta biológica e estresse crônico que dispara o desejo de consumo.
- Trabalho como sustento: O trabalho é o eixo que permite que a Terra e o Teto se tornem sustentáveis. É o motor que devolve ao sujeito seu lugar na economia popular e seu protagonismo social, impedindo que caia novamente na deriva da exclusão.

Resposta às objeções

1. À primeira: Uma espiritualidade que ignore a carne sofredora e as carências materiais do irmão é uma fé desencarnada. A missão eclesial inclui a caridade política, que busca transformar as estruturas de pecado que negam estes direitos fundamentais.
2. À segunda: A abstinência é frágil se não está custodiada por uma vida digna. As 3T não são o prêmio ao final da meta, mas o andaime de justiça que permite que o irmão se sustente em pé diante das pressões do entorno e da marginalidade.

3. À terceira: O acesso às 3T não é assistencialismo, mas restituição de direitos. Não se trata de «dar» de forma passiva, mas de gerar as condições para que o irmão, mediante seu próprio protagonismo e o apoio da comunidade, possa habitar sua terra, cuidar seu teto e dignificar-se em seu trabalho.

6.3.3 Artigo 3: A Misericórdia Estruturada

Planteamento do tema

No acompanhamento de pessoas com trajetórias de consumo e exclusão, surge com frequência uma tensão entre a acolhida incondicional e a necessidade de uma ordem operativa. Existe o risco de cair em um assistencialismo que, por evitar a exigência, termina abandonando o irmão em seu próprio caos. Trata-se de discernir se a implementação de normas, horários e responsabilidades laborais é um ato contrário à caridade ou se, pelo contrário, constitui uma forma superior de amor que oferece ao sujeito o andaime necessário para reconstruir sua vontade.

Pergunta central

É a misericórdia estruturada um critério pastoral legítimo que une a ternura da acolhida com a firmeza da regra pedagógica como condição necessária para a saúde integral do irmão?

Posturas ou objeções existentes

1. Parece que a misericórdia deve ser sempre incondicional e sem limites, pelo que estabelecer regras ou estruturas de trabalho seria uma forma de legalismo que contradiz a gratuidade do amor evangélico.

2. Parece que as estruturas rígidas e a exigência de tarefas replicam os sistemas de controle e castigo que já expulsaram o irmão de outros âmbitos sociais, aprofundando seu sentimento de rejeição.

3. Parece que, diante da dor do outro, o único pastoral é a flexibilidade total, considerando que qualquer tipo de estrutura é uma carga insuportável para quem já está suficientemente quebrado.

Fundamento ou critério de discernimento

A verdadeira misericórdia não é um sentimento difuso nem uma permissividade que deixa o outro à deriva. É uma caridade operante que se responsabiliza pela fragilidade alheia provendo um entorno seguro e previsível. Uma misericórdia sem estrutura é desídia; uma estrutura sem misericórdia é crueldade. O equilíbrio reside em uma pedagogia que utiliza a firmeza da regra para proteger a liberdade que ainda está débil, oferecendo um *hospital de campanha* onde ambos, o afeto e a ordem, são necessários.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a misericórdia estruturada é um instrumento de justiça e sanação pelas seguintes razões:

- Segurança vincular e contenção: Para quem vem do caos da rua ou da compulsão, o limite saudável funciona como um abraço protetor. A estrutura do trabalho e as normas comunitárias reduzem a ansiedade ao oferecer um cenário onde o irmão sabe o que se espera dele e o que pode esperar do entorno.
- Reparação da vontade: A dependência desestrutura a capacidade de decidir. A misericórdia estruturada propõe pequenas metas diárias que permitem treinar novamente o músculo da vontade, transformando a inércia em uma intencionalidade orientada ao bem.
- O valor pedagógico do limite: O limite não é um castigo, mas uma fronteira que define o espaço de respeito mútuo. Ensina que as próprias ações têm consequências e que o erro é uma oportunidade de aprendizagem e perdão, não um motivo de expulsão definitiva.

Resposta às objeções

1. À primeira: A gratuidade de Deus não é desordem. A misericórdia estruturada transparenta um amor que quer que o irmão cresça e se aperfeiçoe. O limite é a expressão de um Deus que nos cuida impedindo que nos autodestruamos.
2. À segunda: Diferentemente dos sistemas punitivos, a estrutura pastoral nasce do vínculo e da proximidade. Não se impõe a partir de uma autoridade distante, mas se vive em comunidade, onde quem acompanha se submete à mesma regra e ao mesmo ritmo de vida que quem é acompanhado. O limite se coloca pensando no bem do outro, e por amor.

3. À terceira: A flexibilidade total frequentemente se converte em indiferença. Propor uma estrutura é um sinal de esperança: é dizer ao irmão que acreditamos em sua capacidade de responder, de ser responsável e de protagonizar seu próprio processo de vida nova.

6.3.4 Artigo 4: O sentido gradual do trabalho na recuperação

Planteamento do tema

Uma das tensões mais recorrentes nos dispositivos de acompanhamento é a incorporação da atividade laboral. Existe o temor de que o trabalho represente um estresse excessivo que dispare uma recaída ou que, pelo contrário, a inatividade prolongada fomente a desestruturação do sujeito. Devemos discernir se a exigência de trabalhar é adequada para alguém que está sanando seus vínculos e sua vontade, evitando cair em simplificações que ignoram a complexidade da vida da pessoa em recuperação.

Pergunta central

Devem as pessoas que transitam um processo de recuperação realizar atividades laborais?

Posturas ou objeções existentes

1. Parece que não devem trabalhar, já que o estresse próprio do mercado laboral e a pressão pela produtividade são disparadores de ansiedade que colocam em risco a abstinência recém-alcançada.

2. Parece que o trabalho deve ser um prêmio que se outorga somente ao final do percurso, uma vez que a pessoa demonstrou uma maturidade absoluta, considerando que antes seria uma distração do processo terapêutico e espiritual.

3. Parece que qualquer ocupação é válida contanto que mantenha a pessoa ocupada, sugerindo que a natureza da tarefa não importa desde que sirva para combater os blocos de tempo vazio que deixa o consumo.

Fundamento ou critério de discernimento

Respondemos que para responder adequadamente a esta pergunta é imperativo precisar que, no âmbito da pastoral das dependências, o trabalho não é um conceito unívoco. Falar de trabalho implica referir-se a três dimensões distintas e progressivas que devem aplicar-se segundo a maturidade do sujeito: a laborterapia como medicina do hábito, a aprendizagem de ofícios como reconstrução da identidade operativa e o trabalho remunerado como marco de justiça e autonomia social.

Tese e desenvolvimento argumental

Afirma-se que a pessoa em recuperação deve trabalhar, sempre que a atividade se ajuste artesanalmente à etapa que atravessa seu coração e sua mente, sob os seguintes critérios:

- O trabalho que organiza (Laborterapia): Nas fases iniciais, o fim não é a produtividade, mas a reorganização da vida interior. As tarefas cotidianas da comunidade funcionam como um instrumento pedagógico para recuperar ritmos, disciplina e sentido de serviço. É a passagem do caos do consumo à ordem do partilhado.

- O trabalho que capacita (Aprender um ofício): Superada a crise inicial, o irmão necessita redescobrir seus talentos. Esta etapa formativa busca que o sujeito adquira competências técnicas e habilidades sociais. Aprender um ofício devolve a esperança e permite ao irmão projetar um futuro possível fora do circuito da exclusão.

- O trabalho que integra (Emprego remunerado): Finalmente, a inserção laboral real é o sinal da recuperação plena. O salário é o motor que permite a independência econômica e familiar. O trabalho remunerado verifica que o irmão deixou de ser um objeto de assistência para transformar-se em um cidadão protagonista do seu próprio povo.

Resposta às objeções

1. À primeira: O risco de recaída se mitiga mediante a gradualidade. A laborterapia não busca a exigência do mercado, mas a contenção emocional em um entorno protegido. É uma estrutura que cuida a liberdade do irmão enquanto esta se fortalece.

2. À segunda: O trabalho não é a meta final, mas uma dimensão constitutiva da saúde desde o início. Adiar o operativo até o final priva o irmão de um motor de identidade essencial. A inclusão laboral deve ser um eixo transversal que acompanhe todo o percurso de sanação.

3. À terceira: Nem qualquer ocupação sana. O trabalho deve ter um sentido pedagógico e respeitar a dignidade da pessoa. Uma atividade vazia de propósito não contribui para a reconstrução do ser, enquanto uma tarefa realizada com mística comunitária restaura a autoestima ferida.

6.3.5 Artigo 5: O dinheiro como sinal de realismo e maturidade

Planteamento do tema

Nos processos de acompanhamento, a relação das pessoas com o dinheiro costuma ser um tema de alta sensibilidade. Existe uma tendência a considerar os recursos materiais como um fator de risco absoluto que deve ser evitado para prevenir recaídas, ou como um elemento alheio à vida espiritual e terapêutica. Contudo, omitir a dimensão econômica do sujeito pode conduzir a uma recuperação desencarnada que não prepara o irmão para as exigências do mundo real. Devemos discernir se o manejo dos recursos materiais é um obstáculo para a sanação ou se constitui uma ferramenta pedagógica necessária para medir a maturidade diante da compulsão.

Pergunta central

Deve integrar-se o manejo do dinheiro no processo de recuperação como um sinal de realismo e um termômetro da maturidade diante da dinâmica da impulsividade?

Posturas ou objeções existentes

1. Parece que as pessoas em recuperação não devem manejar dinheiro, já que dispor de dinheiro em espécie atua como um disparador imediato do desejo de consumo (craving) e aumenta exponencialmente as probabilidades de uma recaída.

2. Parece que a pastoral das dependências deve centrar-se exclusivamente nos valores do espírito e da saúde mental, considerando que a preocupação pelo dinheiro contamina a natureza do processo e desvia o irmão da sua verdadeira sanação interior.

3. Parece que o manejo de recursos só deve ser permitido na etapa final de saída institucional, assumindo que qualquer contato prévio com o dinheiro é uma imprudência que coloca em risco os avanços alcançados no tratamento.

Fundamento ou critério de discernimento

O realismo antropológico ensina que o ser humano é uma unidade biopsicossocial e espiritual que vive em um mundo condicionado por necessidades materiais. A liberdade autêntica não consiste na fuga da realidade, mas na capacidade de habitá-la com responsabilidade. O manejo do dinheiro, sob um esquema de acompanhamento, permite verificar a passagem do padrão compulsivo (gratificação imediata) ao padrão de planejamento (projeção vital). Sem este exercício de realismo, a autonomia recuperada corre o risco de ser uma ilusão que se quebra ao primeiro contato com o mercado.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a integração do manejo do dinheiro é indispensável para uma saúde integral e sustentável pelas seguintes razões:

- O dinheiro como termômetro de maturidade: A capacidade de conservar e administrar recursos sem ceder ao impulso de consumo é a verificação objetiva de que o *freio* biológico e espiritual começou a funcionar. É o terreno onde se treina a vontade para distinguir entre o desejo momentâneo e a necessidade real.

- Reeducação financeira e planejamento: Quem vem da exclusão ou da rua costuma viver em um presente perpétuo onde o recurso se esgota instantaneamente. Utilizar o dinheiro de forma pedagógica — especialmente o primeiro salário — ensina ao irmão a projetar, a poupar para sua família e a cuidar sua casa comum, devolvendo-lhe sua identidade de administrador responsável.

- Superação da orfandade material: O acesso e a gestão do dinheiro rompem a lógica da dependência institucional. Manejar recursos próprios devolve a dignidade ao sujeito, permitindo-lhe passar de ser um assistido passivo a ser um protagonista que contribui para o sustento do seu lar e da sua comunidade organizada.

Resposta às objeções

1. À primeira: O risco não se elimina com a proibição, mas se gerencia com a pedagogia. O manejo acompanhado do dinheiro em entornos seguros permite que o irmão aprenda a conviver com o estímulo sem ser governado por ele, fortalecendo sua autoeficácia antes da inserção total.

2. À segunda: Não há divisão entre a fé e a carne. Uma espiritualidade sadia é a que ajuda o homem a ser livre em meio às suas circunstâncias. O dinheiro, ordenado ao bem da família e ao serviço, deixa de ser um motor de escravidão para transformar-se em um meio de justiça.

3. À terceira: Adiar o contato com o dinheiro até o final gera um choque de realidade que costuma ser devastador. A exposição gradual e tutorada é o andaime necessário para que o irmão ganhe segurança e desmitifique a fascinação que o consumo projetou sobre o recurso material.

6.4 | Superação da Fragmentação e Integralidade do Acompanhamento

Esta seção aborda o desafio fundamental de superar a fragmentação na abordagem dos consumos problemáticos, analisando tanto sua dimensão epistemológica quanto administrativa. Examina-se como a especialização excessiva do conhecimento e a compartimentação burocrática das instituições costumam desumanizar a pessoa, reduzindo-a a um conjunto de problemas isolados que o sistema não consegue integrar. Diante deste cenário, propõe-se o acompanhamento inespecífico como a força integradora e o fio condutor que alinhava as respostas da saúde, da justiça e do social.

O texto fundamenta teoricamente a centralidade da pessoa como um eixo transversal que exige uma mudança de lógica: passar da autossuficiência institucional a um trabalho em rede horizontal. Sob este olhar integral, destaca-se o papel da comunidade organizada como o âmbito capaz de alojar a complexidade do sujeito, brindando um porto seguro e um vínculo de pertencimento que transcende a assistência técnica. Finalmente, analisa-se a importância de promover processos de integração que reconheçam a dignidade ontológica de cada irmão e irmã, assegurando que o acesso a direitos fundamentais não se veja obstaculizado pela rigidez dos sistemas administrativos fragmentados.

6.4.1 Artigo 1: Sobre a fragmentação epistemológica e administrativa

Planteamento do tema

A abordagem das dependências enfrenta o obstáculo da fragmentação, um fenômeno que opera tanto na construção do conhecimento quanto na organização das respostas institucionais. Esta divisão desarticula a unidade da pessoa, dificultando uma intervenção que responda à complexidade real de quem atravessa um consumo problemático de substâncias psicoativas (SPA).

Pergunta central

Em que consiste a fragmentação epistemológica e administrativa e de que maneira afeta a dignidade e a acessibilidade no acompanhamento integral?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia argumentar-se que a especialização do conhecimento é estritamente benéfica, já que a profundidade em áreas como a medicina, a psicologia ou o direito garante uma atenção técnica de maior qualidade.
- Da mesma forma, sustenta-se que a divisão de funções no Estado é a forma mais eficiente de gerenciar os recursos públicos, evitando a desordem mediante pastas com orçamentos e competências específicas. Sob esta visão, a fragmentação não seria um problema, mas um requisito da modernidade técnica e administrativa.

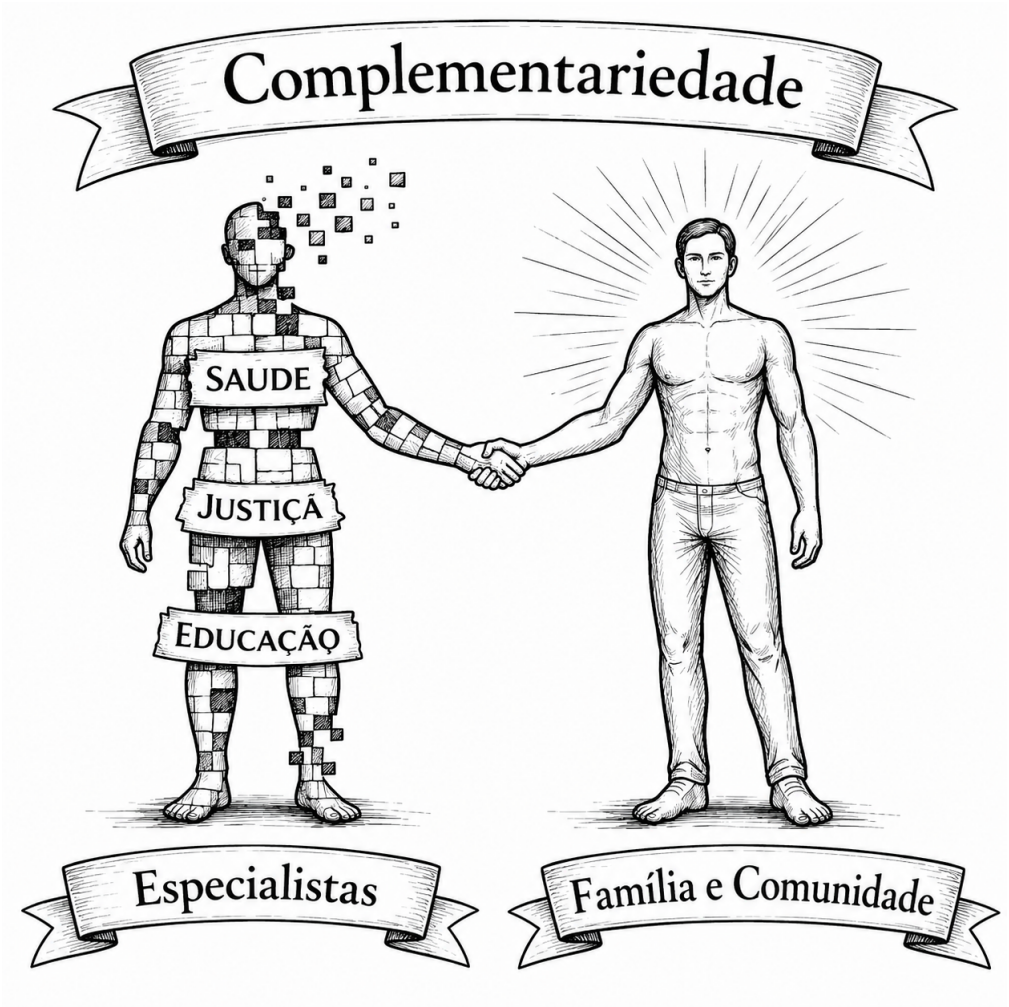


Figura 6.5: A fragmentação e o olhar integral

Fundamento ou critério de discernimento

O pensamento integral e o magistério social ensinam que o todo é mais que a soma das partes. Uma resposta fragmentada resulta insuficiente para abordar problemas complexos, já que a hiperespecialização e a burocracia costumam ignorar a unidade ontológica da pessoa. A técnica deve estar sempre subordinada a um olhar holístico, capaz de reconhecer a totalidade da vida do outro.

Tese e desenvolvimento argumental

A fragmentação atua como um duplo obstáculo que desumaniza a atenção:

1. Primeiro, a fragmentação epistemológica dissecciona o ser humano através de um efeito de lupa; a ciência se especializa tanto em uma parte (biológica, psíquica ou social) que perde de vista a história pessoal, a solidão e os vínculos territoriais do sujeito.
2. Segundo, a fragmentação administrativa traduz esta divisão em caixas institucionais estanques. Os governos se organizam em compartimentos com competências limitadas que não conseguem articular-se, de modo que os requisitos de uma instituição podem converter-se em impedimentos para outra. Esta realidade gera uma crise de acessibilidade onde as pessoas mais vulnerabilizadas ficam excluídas, ao não poderem navegar por si mesmas em um entrelaçamento institucional que as percebe como um conjunto de trâmites isolados e não como uma vida que clama por ser integrada.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, se bem a especialização permite profundidade, no paradigma da complexidade a interação entre as dimensões da pessoa produz realidades que não podem compreender-se estudando cada peça separadamente.
2. Quanto à segunda objeção, a eficiência administrativa se perde quando a resposta é ineficaz para o sujeito; a verdadeira eficiência nasce de uma rede que, superando a autossuficiência, consiga unificar os fragmentos de resposta para humanizar o percurso de cada irmão.

6.4.2 Artigo 2: Sobre a ação do acompanhamento inespecífico diante da fragmentação

Planteamento do tema

Diante da desumanização que produz a divisão da pessoa em áreas técnicas isoladas, surge a necessidade de uma figura integradora. Analisa-se o acompanhamento inespecífico como o fio condutor que atravessa as diversas instâncias de atenção, devolvendo a unidade à vida do irmão e garantindo que o sistema não o expulse.

Pergunta central

É o acompanhamento inespecífico o meio eficaz para superar a fragmentação administrativa e epistemológica na abordagem das dependências?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o acompanhamento deveria ser sempre específico e técnico para ser profissional. Sob esta visão, se uma pessoa tem um problema de saúde, necessita exclusivamente um médico, e se tem um problema legal, um advogado; portanto, um acompanhante inespecífico careceria das ferramentas necessárias para resolver problemas concretos.
- Por outro lado, argumenta-se que a fragmentação é um problema de gestão estatal que deve resolver-se mediante reformas burocráticas e unificação de orçamentos, e não através de uma ação comunitária baseada em vínculos afetivos.

Fundamento ou critério de discernimento

O acompanhamento define-se como a humanização do percurso. Enquanto o especialista tem um olhar incisivo, mas parcial, o acompanhante comunitário possui um olhar holístico e integral, semelhante ao de uma mãe que conhece a totalidade da vida do seu filho e é capaz de unir o que o sistema separa.



Figura 6.6: O acompanhamento inespecífico da comunidade

Tese e desenvolvimento argumental

O acompanhamento inespecífico atua como a força integradora do processo de recuperação através de três funções fundamentais:

1. Primeiro, a humanização do percurso, permitindo que o sujeito supere o medo e a falta de sentido diante de instituições que costumam ser frias e expulsivas.

2. Segundo, a transversalidade do processo, já que, diferentemente da abordagem técnica que é conjuntural e pontual, o acompanhamento inespecífico vai da mão da pessoa em todas as suas etapas, seja na rua, no hospital ou no juizado.

3. Terceiro, o entrelaçamento dos fragmentos, onde o acompanhante atua como o suporte que une as respostas de saúde, identidade e justiça, garantindo a acessibilidade real aos direitos fundamentais que a divisão administrativa costuma obstaculizar. Esta presença inespecífica é o que permite que as tentativas de mudança de uma pessoa se transformem em uma história de vida com sentido.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, o acompanhamento inespecífico não busca substituir o saber técnico, mas complementá-lo; sua função é assegurar que a pessoa possa sustentar o tratamento médico ou o processo legal mediante o suporte emocional e a presença constante.

2. Quanto à segunda objeção, embora o Estado seja o garante de direitos, carece da capacidade de gerar comunidades de cuidado e vínculos de pertencimento; somente a comunidade organizada pode oferecer o lugar seguro e a persistência no amor indispensáveis para uma sanação integral.

6.4.3 Artigo 3: A horizontalidade e centralidade da pessoa no trabalho em rede

Planteamento do tema

O trabalho em rede costuma ver-se obstaculizado por visões hierárquicas ou enfoques centrados unicamente na substância. Analisa-se a necessidade de estruturar as redes de acompanhamento de forma horizontal, situando a singularidade da pessoa como o eixo transversal que unifica todas as intervenções institucionais e comunitárias.

Pergunta central

Por que o trabalho em rede na abordagem das dependências deve estruturar-se de forma horizontal e situar a pessoa como eixo central de toda ação?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o trabalho em rede deve ser estritamente hierárquico e piramidal, onde as instituições do Estado ou os especialistas médicos ditem diretrizes às comunidades para assegurar o controle administrativo dos recursos.
- Da mesma forma, diz-se com frequência que o enfoque inicial deve estar centrado exclusivamente na eliminação do sintoma (a abstinência), deixando a abordagem da subjetividade e da história pessoal para uma etapa posterior à recuperação biológica.

Fundamento ou critério de discernimento

Para atuar em rede, a construção deve ser horizontal, colocando em valor o que cada setor pode aportar. O deslocamento do enfoque deve ir sempre do consumo à pessoa, reconhecendo que o ser humano é uma unidade integral — biopsicossocial e espiritual — e que a rede deve responder a essa totalidade para que a sanação seja sustentável.

Tese e desenvolvimento argumental

A horizontalidade e a centralidade da pessoa se fundamentam em quatro dimensões teóricas:

1. Primeiro, a superação da autossuficiência institucional, reconhecendo que ninguém tem todas as respostas e que o complemento de saberes (ONG, paróquia, hospital, clube) beneficia realmente o sujeito.
2. Segundo, a valorização de todas as contribuições, onde a rede permite que a soma de vontades resulte em um bem maior que a simples adição das partes, planejando estratégias em termos de processos e não de eventos isolados.
3. Terceiro, o respeito à singularidade e aos tempos, o que obriga a rede a adotar um olhar artesanal que se adapte à história sagrada de cada irmão, evitando impor receitas ou padrões rígidos de sucesso.
4. Quarto, a promoção do protagonismo, onde a rede não assiste a um objeto passivo, mas empodera um sujeito responsável, integrando os acompanhantes pares e a comunidade como atores políticos de transformação social.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, embora a técnica seja necessária, o Estado e as instituições não podem gerar por si sós vínculos de pertencimento; a horizontalidade protege a autonomia da comunidade e evita que o saber territorial seja absorvido por uma lógica burocrática.
2. Quanto à segunda objeção, um enfoque centrado somente na substância é um reducionismo que ignora a complexidade da pessoa; situar o sujeito no centro desde o início humaniza o percurso e garante que a rede institucional não o trate como um caso administrativo que rebota entre repartições.

6.5 | Metodologia da Ternura e Papéis Comunitários

Esta seção aprofunda na metodologia da ternura como eixo central da abordagem comunitária, integrando a pedagogia dos três linguagens proposta pelo Papa Francisco: a cabeça para compreender a complexidade do fenômeno, o coração para a afetividade que lê a dor nos olhos, e as mãos para o tato e o abraço que derrubam os muros do estigma. Descrevem-se papéis fundamentais nascidos do território, como as madrazas — mulheres referentes da comunidade que assumem um papel maternal de cuidado e proteção ali onde os vínculos primários estão rotos — e os acompanhantes pares, especialistas por experiência que, tendo transitado a mesma dor, se convertem em líderes positivos capazes de guiar outros a partir da empatia e da autoridade do testemunho.

Através do paradigma da criação comunitária, este enfoque propõe uma amizade com o tempo que rejeita as receitas padronizadas e aposta em processos artesanais baseados na reciprocidade, no enraizamento e na convicção de que os vínculos humanos são o motor definitivo para a restauração da dignidade. Sob este olhar, enfatiza-se a importância de chegar antes mediante a intervenção precoce, potencializando os espaços promocionais como o jogo, a arte e o esporte. Estes âmbitos são entendidos como uma ginástica para a definição do ser social, fundamentais para gerar fortalezas subjetivas antes que o consumo avance. Finalmente, a metodologia da ternura reconhece que a dignidade ontológica da pessoa permanece intacta mesmo no mais obscuro da dependência, sendo tarefa da comunidade organizada remover os obstáculos que bloqueiam o desdobramento do espírito.

6.5.1 Artigo 1: A aplicação dos três linguagens na metodologia da ternura

Planteamento do tema

A abordagem comunitária das dependências requer uma pedagogia que transcenda a mera transmissão de informação técnica ou moral. Analisa-se a proposta do Papa Francisco sobre a integração dos três linguagens — a cabeça, o coração e as mãos — como a estrutura fundamental de uma metodologia da ternura que permita um encontro real e transformador com a vida ferida.

Pergunta central

De que maneira devem integrar-se e aplicar-se os linguagens da cabeça, do coração e das mãos no acompanhamento integral das pessoas com consumos problemáticos?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a abordagem deve ser estritamente técnica e intelectual, centrando-se exclusivamente no conhecimento científico e teórico do fenômeno para garantir a eficácia do tratamento (somente a cabeça).
- Da mesma forma, sustenta-se com frequência que os gestos físicos ou afetivos, como o abraço ou o contato próximo (as mãos), são secundários ou pouco profissionais em um entorno de saúde mental, devendo priorizar-se a instrução moral ou a intervenção farmacológica.

Fundamento ou critério de discernimento

A antropologia cristã e o magistério de Francisco ensinam que a pessoa é uma unidade indivisível. A metodologia da ternura não é um sentimentalismo, mas uma forma de transparentar o amor de Deus que sai ao encontro da totalidade do ser humano, reconhecendo que não há verdadeira sanação sem uma proximidade que envolva o pensamento, o afeto e a ação concreta.

Tese e desenvolvimento argumental

A aplicação dos três linguagens constitui uma pedagogia integral que humaniza o processo de recuperação e supera o estigma social através de três dimensões interconectadas:

1. Primeiro, o linguagem da cabeça, que implica o desenvolvimento de estratégias criativas para compreender a complexidade das substâncias psicoativas (SPA), traduzindo o saber em ferramentas e habilidades acessíveis para as pessoas acompanhadas.

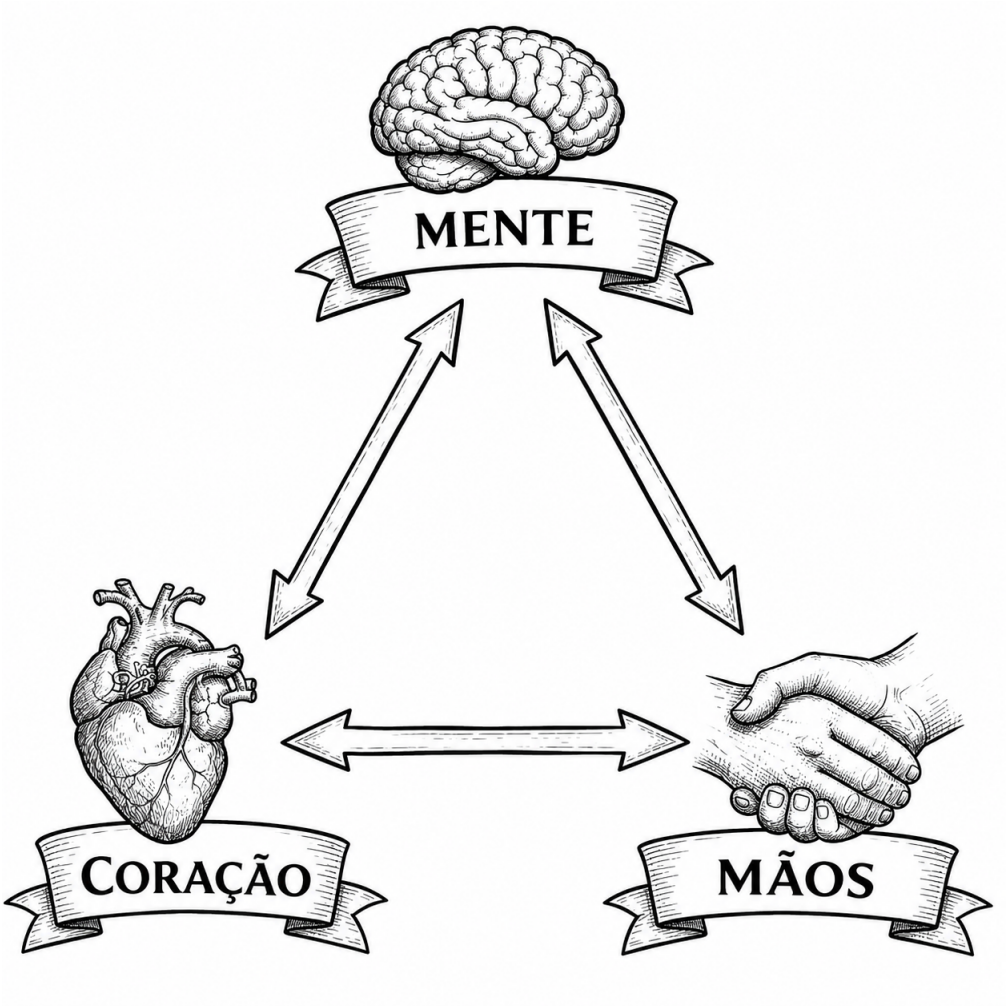


Figura 6.7: Metodologia da ternura

2. Segundo, o linguagem do coração, referido à afetividade e à proximidade emocional; consiste na capacidade de ler a dor nos olhos e no sorriso do irmão, dando-lhe a segurança de que é valorizado pela sua dignidade ontológica acima do seu problema.

3. Terceiro, o linguagem das mãos, que representa o corpo e o tato indispensáveis para derrubar os muros da indiferença. Gestos como dar a mão ou o abraço devolvem a dignidade ao corpo sofredor de Cristo no povo e transformam o território em um lugar de amparo.

A conjunção destes elementos permite reconhecer a radical singularidade de cada irmão e acompanhar sua vida tal como vem.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, embora a técnica seja necessária, uma abordagem que só use a cabeça resulta insuficiente para aqueles que sofrem de orfandade e solidão extrema; a verdadeira sabedoria pastoral exige que a mente se envolva com o sentir e o fazer para sanar integralmente.

2. Quanto à segunda objeção, o linguagem das mãos não é uma distração do tratamento, mas um gesto de inclusão e respeito que frequentemente possui um impacto terapêutico superior aos discursos, oferecendo uma segurança imediata a quem viveu anos de descarte e rejeição social.

6.5.2 Artigo 2: A amizade com o tempo como eixo da recuperação

Planteamento do tema

Analisa-se a amizade com o tempo como uma virtude fundamental e eixo estratégico da abordagem comunitária. Diferentemente das lógicas institucionais que exigem resultados imediatos, este enfoque reconhece que a sanação de vidas atravessadas pelo consumo de substâncias psicoativas (SPA) requer processos lentos, circulares e respeitosos da história sagrada de cada pessoa.

Pergunta central

Por que se considera que a amizade com o tempo é o eixo fundamental e a virtude principal da recuperação no modelo comunitário?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o tempo é um recurso escasso e que, diante da urgência das overdoses e da violência do narcotráfico nos territórios, a recuperação deve ser imediata e eficiente, pois esperar demasiado tempo poderia interpretar-se como negligência ou falta de profissionalismo no tratamento.
- Por outro lado, sustenta-se com frequência que o tempo de recuperação deve estar ditado estritamente por protocolos científicos e administrativos — como a duração de uma bolsa ou períodos fixos de internação —, considerando que se não há resultados nesse lapso, o processo é um fracasso.

Fundamento ou critério de discernimento

O magistério do Papa Francisco ensina que o tempo é superior ao espaço, o que implica que é prioritário iniciar processos de maturação humana mais do que tentar dominar espaços de controle. «O tempo ganha de tudo» e a Igreja e a comunidade devem ser amigas do tempo, afastando-se de uma lógica de «franquia» para abraçar processos vitais lentos e profundos.

Tese e desenvolvimento argumental

A amizade com o tempo é o eixo da recuperação comunitária porque reconhece que a sanação de uma vida rota não é um evento técnico, mas um processo existencial que não pode ser forçado. Esta tese se fundamenta em cinco dimensões teóricas:

1. Primeiro, a superação da lógica de franquia, entendendo que a construção de vínculos não pode padronizar-se e requer permanência para gerar a confiança necessária.

2. Segundo, a distinção entre o tempo biográfico e o institucional, onde o acompanhamento comunitário deve durar o que a vida necessite, sem as datas de vencimento próprias dos sistemas administrativos.

3. Terceiro, o respeito pelo processo artesanal, onde se caminha ao lado da pessoa respeitando suas idas e voltas, entendendo que forçar uma mudança gera resistência.

4. Quarto, o fazer história através da escuta, onde a presença carinhosa e prolongada funciona como um depósito da memória que dá sentido ao percurso do irmão.

5. Quinto, o contraponto à imediatez do consumo, oferecendo um passo lento que ensina a manejar a frustração e a espera, reconstruindo a capacidade de projetar um futuro diante da satisfação mágica do instante que propõe a dependência.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, a urgência da crise se atende com a presença constante e não com soluções apressadas; o tempo não é um atraso, mas o cenário onde a misericórdia se torna carne para uma sanação sustentável.

2. Quanto à segunda objeção, os sucessos no território não se medem por altas médicas em prazos rígidos, mas pelo fortalecimento da dignidade ontológica e pela reintegração em uma família ou comunidade; um processo que parece lento para o Estado pode ser o único milagre real capaz de torcer uma história de morte em direção a uma vida com sentido.

6.5.3 Artigo 3: O paradigma de «chegar antes» e a potência dos espaços promocionais

Lc 19, 5 — *Zaqueu, desce depressa, porque hoje tenho que hospedar-me em tua casa*

Planteamento do tema

Historicamente, a abordagem dos consumos problemáticos sustentou um forte viés assistencial, centrando o olhar e os recursos nos processos de acompanhamento quando o sofrimento e a dependência já avançaram. «Chegar antes»

não é uma ingenuidade sobre a onipresença das substâncias na sociedade de consumo: é a decisão estratégica de priorizar a presença formativa sobre a reacional, de estar na vida da pessoa antes que a crise instale o acompanhamento como único modo possível. Diante deste enfoque reativo, surge a necessidade de consolidar o paradigma da intervenção precoce, fundamentado na capacidade da comunidade organizada para gerar cenários que contribuam para forjar fortalezas na construção subjetiva e coletiva da infância e da adolescência.

Pergunta central

Qual é o valor estratégico de «chegar antes» através de espaços promocionais no marco de uma metodologia da ternura e da prevenção integral?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que atividades como o jogo, o esporte ou a arte são recursos meramente recreativos, acessórios ou secundários, carecendo de um valor preventivo real diante da potência das substâncias psicoativas (SPA). Sob esta visão, costuma dizer-se que a energia pastoral e os orçamentos do Estado deveriam reservar-se exclusivamente para as instâncias de crise, desintoxicação ou atenção em situação de rua.

- Da mesma forma, existe a postura de que a prevenção deve ser estritamente informativa ou técnica, centrada em advertir sobre os danos biológicos da droga, e não no desenvolvimento integral do ser social.

Fundamento ou critério de discernimento

O magistério do Papa Francisco e a antropologia cristã ensinam que a identidade do jovem se forja no encontro com o outro. A metodologia da ternura propõe que os espaços promocionais são uma «ginástica para a definição do ser social». Estes âmbitos permitem semear a cultura do encontro, construindo instâncias formativas que dão margem para orientar a tomada de decisões e fortalecer a vontade para dizer «não» diante da oferta de consumo.

Tese e desenvolvimento argumental

A intervenção precoce constitui o eixo transformador do modelo comunitário e se fundamenta em quatro pilares essenciais:

1. Primeiro, a criação de cenários de fortaleza, onde a criança ou adolescente desenvolve vínculos saudáveis e uma subjetividade sólida antes de enfrentar-se à pressão dos pares ou à oferta do mercado.

2. Segundo, o esporte e a arte como ferramentas formativas, onde se incorporam hábitos de autocuidado, perseverança e corresponsabilidade, permitindo que o jovem se reconheça como protagonista da sua própria história diante do vazio existencial.

3. Terceiro, a disputa do território, onde a comunidade organizada ocupa os espaços públicos — como a quadrinha ou o centro cultural — para oferecer opções de pertencimento que neutralizam a captação das esquinas e da criminalidade organizada.

4. Quarto, a integralidade educativa, que entende os processos como um contínuo complementar entre o formal (escola), o não formal (clubes e paróquias) e o permanente (família), assegurando uma rede de amparo que responde aos desejos e buscas da infância.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, esperar que a dependência se manifeste para intervir é uma forma de abandono social; a verdadeira sanação começa por assegurar o direito ao desenvolvimento e à alegria.

2. Quanto à segunda objeção, o Estado tem a responsabilidade de investir em programas preventivos sustentados e sustentáveis, já que a informação técnica por si só não modifica condutas se não existe um tecido social que brinde sentido e esperança. Os espaços promocionais não são acessórios, mas o lugar onde se removem os obstáculos que bloqueiam o desdobramento do espírito, protegendo a dignidade ontológica de cada criança e jovem.

6.5.4 Artigo 4: A memória comunitária como ferramenta de sanação e empoderamento

Planteamento do tema

Em contextos de exclusão, a vida das pessoas costuma estar fragmentada em tentativas isoladas de recuperação que não conseguem consolidar-se em uma história coerente. A memória comunitária não é somente um registro de fatos passados, mas uma ferramenta de restauração subjetiva e coletiva que permite alinhavar esses fragmentos para transformá-los em uma verdadeira história de vida com sentido.

Pergunta central

É a memória comunitária um fator relevante e uma ferramenta eficaz para o processo terapêutico e de recuperação das pessoas em situação de consumo?

Posturas ou objeções existentes

- Costuma dizer-se que a memória do passado é prejudicial para a recuperação, já que recordar as feridas, os abandonos e as violências sofridas somente aprofundaria a dor e a paralisia do sujeito.
- Por outro lado, poderia pensar-se que o processo deve centrar-se exclusivamente no indivíduo e no seu futuro imediato, desestimando a história do bairro ou do território como um elemento anedótico que não influi na sanação profunda da pessoa.

Fundamento ou critério de discernimento

A partir da experiência territorial afirmamos que «a memória é terapêutica». Recuperar a história partilhada do bairro constitui um caminho de esperança para as famílias, já que permite reconhecer que o ser humano é um ser sagrado com raízes, e que sua identidade se fortalece ao sentir-se parte de um povo que caminha unido diante da adversidade.

Tese e desenvolvimento argumental

A importância terapêutica da memória se fundamenta em cinco dimensões essenciais:

1. Primeiro, a construção de identidade e esperança, onde recuperar a história de bairro permite às famílias reconhecer suas raízes para construir uma base sólida que suporte a mudança.

2. Segundo, o fazer história através da escuta, pois para que um sujeito tenha história necessita de outro que a receba; a escuta atenta da comunidade permite que os padecimentos deixem de ser eventos desconexos e se convertam em aprendizagem.

3. Terceiro, a disputa do relato, onde a memória comunitária resgata o testemunho de vida e resiliência daqueles que puderam seguir adiante, diante do relato de morte e violência que frequentemente impõem os meios sobre os setores populares.

4. Quarto, o enraizamento, que afasta o sujeito da destruição e do individualismo extremo ao integrá-lo em um «nós» com continuidade no tempo.

5. Quinto, o valor político e empoderamento, já que a memória sustentada é o que permite às comunidades manter-se firmes nas crises, funcionando como um eixo de caridade política e justiça social.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, recordar não busca o estancamento na dor, mas nomear a ferida para que deixe de ser um motor inconsciente de consumo e passe a ser uma cicatriz integrada em uma história de ressurreição.

2. Quanto à segunda objeção, nenhuma pessoa se cura em solidão; o acompanhamento comunitário aloja o indivíduo para transformar o tecido social em seu conjunto, reconhecendo que não há pessoas saudáveis fora de uma comunidade que também aprenda a reparar seus vínculos.

6.5.5 Artigo 5: Os papéis das tecelãs do cuidado e o acompanhamento par como pilares da comunidade

Planteamento do tema

Dentro da metodologia da ternura, surgem figuras territoriais cuja função transcende a assistência técnica ou profissional tradicional. Analisa-se a importância das mulheres referentes da comunidade que assumem funções de amparo maternal e dos acompanhantes pares como motores de um dispositivo comunitário capaz de reparar vínculos e restaurar a esperança em contextos de alta vulnerabilidade.

Pergunta central

Constituem estes papéis de cuidado e acompanhamento elementos fundamentais e especializados para assegurar a eficácia da abordagem comunitária nas dependências?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a labuta das mulheres referentes no território é simplesmente uma tarefa de voluntariado doméstico ou assistência na cozinha, carecendo de um marco pedagógico ou terapêutico profissional. Sob esta visão, costuma dizer-se que qualquer pessoa com boa vontade poderia realizar a tarefa sem necessidade de uma definição de papel específico.
- Da mesma forma, poderia pensar-se que o acompanhamento par é redundante ou inclusive arriscado diante das equipes de profissionais, já que uma pessoa em recuperação não teria a autoridade técnica necessária para guiar a vida de outros.

Fundamento ou critério de discernimento

A antropologia cristã e a metodologia da ternura ensinam que a sanação de um ser sagrado requer linguagens que falem ao coração e às mãos. Estas

figuras são pilares que dão mística à família comunitária, fundamentando-se na legitimidade que outorgam o testemunho e a capacidade de maternar a vida ferida, funções que o Estado ou a técnica pura nem sempre alcançam a cobrir por si sós.

Tese e desenvolvimento argumental

Os papéis de cuidado territorial configuram o dispositivo nodal da comunidade através de duas funções vitais que removem os obstáculos que bloqueiam o espírito:

1. Primeiro, define-se o acompanhante par como o especialista por experiência: é uma pessoa que, tendo transitado e superado a mesma dor da dependência, da rua ou da prisão, e encontrando-se hoje em uma etapa de estabilidade, coloca sua vida a serviço para guiar outros. Sua autoridade não nasce de um título acadêmico, mas de ter sido sanado e levantado da mesma situação em que hoje estão os novos integrantes, o que lhe permite atuar como um líder positivo capaz de falar o linguagem do bairro.

2. Segundo, as referentes comunitárias de cuidado são mulheres do território que assumem um papel maternal de proteção. Sua função é a de tecelãs do cuidado que reparam a orfandade funcional mediante a atenção amorosa em tarefas cotidianas, oferecendo o abraço que muitos irmãos nunca receberam em sua infância vulnerada. Ambas as figuras são essenciais para reconhecer a dignidade ontológica de cada pessoa e acompanhar sua vida tal como vem.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, o papel das referentes de cuidado transcende o doméstico; é uma função pedagógica e restaurativa que brinda a segurança afetiva indispensável para que o sujeito se reconheça valioso.

2. Quanto à segunda objeção, o acompanhante par não compete com o profissional, mas o complementa ao aportar uma empatia e uma chegada territorial únicas. Sua presença assegura que a pessoa se sinta vista e acompanhada em sua radical singularidade, transformando a frieza do sistema em uma verdadeira experiência de Igreja em saída.

6.6 | Inclusão Social, Diferenças Sexuais e Direitos Humanos

Esta seção aborda a inclusão social como um imperativo de justiça, fundamentado no reconhecimento das pessoas com consumos problemáticos como sujeitos plenos de direito e não como meros objetos de assistência. Aprofunda-se na feminização da pobreza e na urgência de uma perspectiva de gênero que compreenda as trajetórias das mulheres e da população travesti-trans, reconhecendo que para este coletivo a identidade e a exclusão formam uma mesma trama de sobrevivência diante da violência sistêmica.

Da mesma forma, propõe-se um modelo de economia solidária e cooperativismo que devolve a dignidade através do trabalho, entendendo-o não como uma recompensa final depois da recuperação, mas como uma condição essencial para que o processo seja sustentável e integral. Finalmente, o texto convida a exercer uma caridade política que transcenda a ajuda individual para gerar processos sociais de fraternidade, exigindo ao Estado a proteção dos direitos humanos e a criação de entornos seguros que permitam aos mais postergados desdobrar suas capacidades e recuperar seu lugar no povo.

6.6.1 Artigo 1: A exclusão social e a pobreza estrutural como ferida da sociedade

Planteamento do tema

O fenômeno dos consumos problemáticos não é um evento isolado, mas constitui uma das expressões mais dolorosas da exclusão social e da desigualdade estrutural. Analisa-se a pobreza não somente como a carência de bens materiais, mas como uma vulneração sistemática de direitos fundamentais que dilacera o tecido social e erode a noção de povo.

Pergunta central

De que maneira a pobreza estrutural e a exclusão social condicionam o fenômeno do consumo e por que sua abordagem constitui um imperativo de justiça?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o consumo de substâncias é um problema meramente individual ou sanitário que afeta por igual todas as classes sociais, restando importância ao fator econômico. Sob esta visão, a pobreza seria uma circunstância acidental e não uma causa condicionante.
- Da mesma forma, costuma dizer-se que a superação da pobreza depende exclusivamente da vontade pessoal de progresso, desestimando a responsabilidade do Estado na criação de condições de vida dignas.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. Maior vulnerabilidade biológica na pobreza e no estresse crônico (cap. 9)

A antropologia cristã ensina que o ser humano é um ser sagrado cuja dignidade ontológica permanece intacta mesmo em situações de indigência social. Contudo, a cultura do descarte denunciada pelo Papa Francisco atua como uma «mancha de óleo» que invade os territórios mais postergados, privando as pessoas do seu direito ao desenvolvimento integral. A libertação das injustiças estruturais é a condição necessária para que a pessoa recupere sua liberdade e seu protagonismo.

Tese e desenvolvimento argumental

A pobreza estrutural constitui o cenário de maior risco para o desdobramento das dependências devido a três dimensões críticas:

1. Primeiro, a privação de recursos básicos, onde a falta de terra, teto e trabalho digno esgota os recursos psíquicos das famílias e gera um estresse crônico que empurra os jovens em direção ao consumo como uma tentativa autoterapêutica diante de uma realidade intolerável.
2. Segundo, a invisibilidade e falta de sentido, onde a exclusão social convence o sujeito de que não tem nada para aportar à sociedade, submergindo-o em um vazio existencial que o narcotráfico aproveita para oferecer uma falsa pertença.
3. Terceiro, a violência estrutural e a desproteção, onde a ausência do Estado em saúde, educação e segurança permite que o crime organizado parasite



Figura 6.8: A pobreza não é somente um tema econômico

a economia de bairro e sequestre os espaços públicos. Diante disto, a inclusão social não é uma recompensa pela recuperação, mas a base indispensável para remover os obstáculos que bloqueiam o desdobramento do espírito.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, se bem o consumo atravessa todas as classes sociais, a exclusão tira as redes de amparo e as oportunidades de tratamento, convertendo a dependência em uma condenação de morte para o pobre.

2. Quanto à segunda objeção, o exercício real da liberdade exige condições mínimas de justiça; por isso, é dever do Estado garantir o acesso a direitos humanos fundamentais, enquanto à comunidade cabe brindar o abraço fraternal que restaure a identidade do irmão como sujeito de direito e não como objeto de assistência.

6.6.2 Artigo 2: A feminização da pobreza como realidade de exclusão múltipla

Planteamento do tema

A pobreza estrutural não impacta de maneira neutra no tecido social, mas se ensanha de forma dirigida com as mulheres. Este fenômeno, definido como feminização da pobreza, cria cenários de vulnerabilidade extrema onde a falta de acesso a direitos básicos como a terra, o trabalho digno e a saúde empurra as mulheres a situações de sobrevivência extrema, como a prostituição ou o narcomiúdo.

Pergunta central

O que se entende por feminização da pobreza e como afeta a subjetividade das mulheres em situação de consumo?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a pobreza afeta homens e mulheres por igual nos contextos de exclusão e que, portanto, as carências materiais são universais para qualquer pessoa em situação de rua.
- Da mesma forma, costuma dizer-se que ressaltar a pobreza feminina é uma forma de discriminação em relação aos homens, que também sofrem o flagelo da dependência em contextos de miséria.

Fundamento ou critério de discernimento

A antropologia cristã reconhece que o pecado social e a injustiça estrutural golpeiam com maior crueldade aqueles que têm menores possibilidades de defender seus direitos. Reconhecer a feminização da pobreza é um ato de honestidade missionária que permite identificar a «dupla condenação» que sofrem as mulheres: o estigma social pelo seu consumo e o juízo por não cumprir com o papel idealizado de mãe perfeita ou cuidadora do lar.

Tese e desenvolvimento argumental

A feminização da pobreza é uma realidade de exclusão que se manifesta em três dimensões críticas:

1. Primeiro, a desproteção estatal, onde o sistema não costuma oferecer a mesma infraestrutura de amparo e reabilitação às mulheres que aos homens.
2. Segundo, a precariedade habitacional e econômica, que as expõe a maiores riscos de calleização e violência, especialmente quando devem criar sozinhas seus filhos.
3. Terceiro, a invisibilização da sua dor, onde suas trajetórias de consumo costumam ser silenciadas pela vergonha social e pela pressão do entorno familiar. Libertar estas injustiças é a condição prévia para que a pessoa possa recuperar sua dignidade ontológica e sua liberdade. Para isso, o Estado deve assumir sua responsabilidade na criação de condições legislativas e sociais que garantam o futuro destas mulheres.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, embora a pobreza seja geral, as mulheres enfrentam barreiras de acesso únicas e uma exclusão múltipla que as deixa em uma situação de maior desamparo biológico e social.

2. Quanto à segunda objeção, assinalar esta realidade não resta importância à dor do homem, mas busca uma justiça na resposta; um modelo de misericórdia deve ser sensível às diferenças para não aplicar uma lógica de escrivaninha que ignore as chagas específicas do corpo sofredor da mulher no povo.

6.6.3 Artigo 3: As abordagens diferenciadas e o acompanhamento específico para mulheres

Planteamento do tema

Dada a complexidade das trajetórias femininas no consumo de substâncias psicoativas (SPA), resulta insuficiente aplicar protocolos de tratamento padronizados. Surge o imperativo de consolidar abordagens diferenciadas que contemplem as necessidades específicas de saúde mental, segurança emocional e vínculos familiares próprias da mulher para remover os obstáculos que bloqueiam seu espírito.

Pergunta central

Por que o acompanhamento a mulheres requer um enfoque metodológico diferenciado e quais são os pilares fundamentais para que o processo seja sustentável?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que os protocolos de tratamento devem ser uniformes para garantir a equidade científica e técnica, considerando que uma

abordagem específica para mulheres seria um gasto desnecessário de recursos ou uma complicação administrativa.

- Da mesma forma, costuma dizer-se que a atenção em centros mistos é suficiente para abordar qualquer problemática de dependência sem distinção de gênero.

Fundamento ou critério de discernimento

Um modelo centrado na pessoa deve reconhecer a radical singularidade de cada história sagrada. A antropologia cristã ensina que a verdadeira equidade não consiste na igualdade de trato burocrático, mas na justiça da resposta artesanal que se responsabiliza pela totalidade da vida da pessoa, adaptando o cuidado às suas feridas particulares.

Cfr. Espiritualidade na mulher (cap. 7) e Vulnerabilidade da mulher no processo de mudança (cap. 8)

Tese e desenvolvimento argumental

A abordagem diferenciada constitui uma ferramenta de justiça terapêutica fundamentada em cinco dimensões críticas:

1. Primeiro, a vulnerabilidade biológica, reconhecendo que as mulheres desenvolvem consequências médicas graves mais rapidamente do que os homens (efeito telescópio).

2. Segundo, a centralidade do trauma, já que a grande maioria das trajetórias femininas está marcada por violências de gênero e abusos que requerem espaços de segurança emocional.

3. Terceiro, o acompanhamento diante do abandono familiar, pois diferentemente dos homens, as mulheres costumam enfrentar o processo em solidão afetiva absoluta.

4. Quarto, a proteção da maternidade, eliminando o medo de que o Estado arrebate a custódia dos filhos como condição para receber ajuda.

5. Quinto, o papel do acompanhante par, definido como a especialista por experiência que, tendo transitado e superado a mesma dor da dependência ou da exclusão, coloca sua vida a serviço para guiar outras a partir da autoridade que lhe outorga seu próprio testemunho de recuperação.

Cfr. art. 9.4.3 (Julgar, As substâncias e o Organismo, Diferenças segundo..., A resposta fisiológica...)

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, a especificidade da abordagem não é um luxo técnico, mas a garantia de que o processo respeite a dignidade inalienável de cada irmã.

2. Quanto à segunda objeção, os centros mistos frequentemente não podem garantir a abordagem do trauma complexo nem as necessidades reprodutivas da mulher; por isso, o enfoque diferenciado permite uma intervenção que não ignore as chagas específicas do corpo sofredor da mulher no povo.

6.6.4 Artigo 4: As abordagens diferenciadas e o acompanhamento específico para homens

Planteamento do tema

O acompanhamento comunitário nos bairros populares depara-se com uma realidade do consumo nos homens que está fortemente atravessada por lógicas territoriais, dinâmicas de rua e mandatos de masculinidade. Com frequência, o consumo masculino se vive de maneira pública e expressiva, ligado à cultura da esquina, à validação entre pares através do risco, à agressão ou à inserção em circuitos de criminalidade e violência. Uma abordagem samaritana exige compreender estas especificidades socioculturais para oferecer ferramentas que permitam desarmar estes mandatos e propor itinerários de sanação específicos.

Pergunta central

Exige a proposta do acompanhamento integral a implementação de uma abordagem específica que atenda às lógicas territoriais e aos mandatos socioculturais dos homens no centro de bairro?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a dependência é uma problemática universal e neutra, pelo que o centro de bairro deve aplicar os mesmos critérios e dinâmicas de acompanhamento a todos os sujeitos, sem distinção dos seus condicionamentos de gênero ou cultura.

- **Objeção 2:** Parece que focalizar em uma abordagem específica para homens debilita a vida comunitária partilhada da paróquia, promovendo uma separação desnecessária dentro dos dispositivos de acolhida.

Fundamento ou critério de discernimento

Jesus caminha com cada um conhecendo sua história e o peso de sua cultura. Sanar as feridas dos homens no bairro exige um olhar encarnado que não ignore os códigos da rua nem as pressões sociais que sustentam seu consumo. O discernimento pastoral nos urge a brindar um espaço onde o homem possa depor as armas da onipotência para reconhecer sua própria vulnerabilidade e ser abraçado em sua dignidade.

Tese e desenvolvimento argumental

O acompanhamento específico para homens dentro do modelo comunitário se desdobra sob os seguintes critérios pastorais e operativos:

1. **Desarmar os mandatos da masculinidade hegemônica:** No território, o consumo do homem costuma estar ligado à necessidade de demonstrar força, aguante ou controle, ocultando a dor ou a frustração sob condutas de risco. O processo comunitário deve propiciar espaços seguros onde o homem aprenda a desarmar a exigência de uma masculinidade onipotente ou violenta, permitindo-se expressar o sofrimento, o medo e a debilidade sem sentir-se julgado por seus pares.

2. **A ressignificação da cultura da esquina e do território:** A galera e a esquina funcionam muitas vezes como a única rede de pertencimento diante da exclusão. O centro de bairro não deve demonizar estes espaços, mas oferecer uma alternativa superadora: transformar a lógica da facção ou do circuito de risco em um pertencimento comunitário positivo, reorientando os códigos de lealdade e fraternidade de rua em direção ao serviço comum, ao cuidado mútuo e ao trabalho solidário no bairro.

3. **Espaços específicos de palavra e elaboração:** Se bem a riqueza da PLAPA está na vida comunitária comum — onde se compartilha a mesa, as oficinas e a oração —, a abordagem dos homens requer instâncias específicas (grupos de palavra exclusivos). Nestes espaços íntimos de homem para homem se podem trabalhar temáticas complexas como a paternidade ausente ou conflitiva, a gestão da ira, as histórias de violência ou encarceramento, e a reconstrução de um projeto de vida responsável e afetivo.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Ignorar que o consumo masculino está moldado pela cultura da rua impede desestruturar as causas profundas de suas recaídas e de suas condutas violentas. Uma abordagem neutra não consegue penetrar a couraça de «aguante» com que o homem se defende no bairro; necessita-se de uma chave de leitura relacional e encarnada para que o processo de reconfiguração de valores seja real.

- **À segunda:** O espaço específico não isola o homem da comunidade, mas o prepara para habitá-la de uma maneira mais sadia. Brindar-lhes um lugar próprio para elaborar suas dores específicas fortalece sua inserção nas atividades comuns partilhadas, permitindo-lhes construir relações de verdadeiro respeito, fraternidade e complementaridade com as mulheres e as famílias do centro de bairro.

6.6.5 Artigo 5: A economia popular e solidária como motores de identidade e dignidade

Planteamento do tema

A recuperação integral das pessoas com consumos problemáticos exige superar a visão do trabalho como uma simples meta de reintegração econômica. Analisa-se a necessidade de integrar a dimensão da economia popular e solidária como componentes essenciais do processo terapêutico, capazes de reconstruir hábitos e devolver o sentido de protagonismo social ao irmão vulnerabilizado em seu próprio território.

Pergunta central

Devem integrar-se a economia popular e o trabalho digno como elementos essenciais desde as etapas iniciais da recuperação, ou constituem unicamente objetivos finais da reintegração social?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o trabalho é unicamente um meio de sobrevivência econômica e que o relevante é que a pessoa obtenha rendimentos para deixar de ser uma carga social.
- Da mesma forma, costuma dizer-se que o emprego deve ser a recompensa final depois de ter alcançado a abstinência total, sob a ideia de que a pessoa ainda não possui a disciplina necessária para cumprir uma tarefa produtiva.
- Por outro lado, poderia pensar-se que o manejo de dinheiro é um fator de alto risco que dispara o desejo de consumo, pelo que deve evitar-se durante o tratamento.

Fundamento ou critério de discernimento

A antropologia cristã e o magistério do Papa Francisco ensinam que o trabalho é uma parte fundamental da dignidade humana que permite ao homem cultivar-se a si mesmo e sustentar sua família. A inclusão econômica não é o prêmio ao final do caminho, mas uma condição de justiça para que a recuperação seja sustentável e digna, permitindo que o sujeito se reconheça novamente como cidadão com direitos e responsabilidades.

Tese e desenvolvimento argumental

A integração da economia popular na recuperação propõe uma mudança de paradigma que prioriza o ser sobre o fazer através de cinco eixos fundamentais:

1. Primeiro, o trabalho como laço social, funcionando como uma ponte para reconstruir o vínculo com a comunidade e transformar o assistido em um sujeito produtivo.
2. Segundo, o fomento do cooperativismo nos setores populares, impulsionando empreendimentos que contemplem a dinâmica comunitária e os tempos do processo artesanal.
3. Terceiro, a reeducação financeira, utilizando o dinheiro de forma pedagógica para transitar em direção a uma autonomia progressiva e substituir a imediatez da rua pelo planejamento.

4. Quarto, a misericórdia estruturada, que implementa uma flexibilidade organizada com regras claras, mas empáticas, entendendo que o trabalho é um meio para a sanação.

5. Quinto, a valorização dos talentos próprios, onde a inclusão social reconhece as ferramentas que os sujeitos já possuem para disputar a economia de bairro ao narcotráfico.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, o trabalho digno transcende a sobrevivência; é o caminho para alcançar a liberdade necessária para decidir sobre a própria saúde e moradia.

2. Quanto à segunda objeção, o processo deve ser circular, permitindo que a pessoa se prove em tarefas produtivas desde etapas de estabilização para fortalecer sua identidade.

3. Finalmente, diante da terceira objeção, o risco do dinheiro se mitiga com um controle assistido e pedagógico; administrar o primeiro salário de forma acompanhada ajuda a ganhar segurança e reforça a confiança da família no processo. Para que isso seja possível, o Estado deve assumir sua responsabilidade na criação de políticas públicas que fomentem o emprego e o cooperativismo nos bairros mais postergados.

6.6.6 Artigo 6: A abordagem da mobilidade humana e da interculturalidade

Mt 25, 35 — *Fui forasteiro e me hospedaste*

Planteamento do tema

A mobilidade humana e a interculturalidade não são fenômenos externos ao território, mas dimensões que modificam profundamente o tecido social onde se realiza a ação comunitária. Analisa-se a necessidade de integrar a realidade do irmão migrante como uma chave de leitura essencial para o acompanhamento integral dos consumos problemáticos, reconhecendo que o desarraigamento e a falta de rede costumam potencializar a vulnerabilidade social.

Pergunta central

De que maneira deve o manual integrar a mobilidade humana e a interculturalidade como dimensões fundamentais do acompanhamento pastoral?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a migração é um tema estritamente político ou sociológico que não deveria ocupar um lugar central em um manual de dependências, o qual deve focalizar-se unicamente na saúde mental e na recuperação de substâncias psicoativas.
- Argumenta-se frequentemente que os processos de acompanhamento devem ser padronizados para todos os habitantes de um território sem distinguir a origem cultural, sob a premissa de que a dependência afetaria a biologia humana por igual, independentemente do pano de fundo histórico da pessoa.

Fundamento ou critério de discernimento

O Papa Francisco ensina que a mobilidade humana é um sinal dos tempos que requer uma pastoral específica que respeite as culturas e a riqueza espiritual de cada povo. A antropologia cristã afirma que todo migrante possui uma dignidade inalienável; portanto, a Igreja deve atuar como um «hospital de campanha» que acolha a orfandade e a vulnerabilidade extrema que o processo migratório costuma gerar, reconhecendo que não há sanação sem enraizamento.

Tese e desenvolvimento argumental

A abordagem da mobilidade humana se fundamenta em cinco dimensões críticas para a justiça social:

1. Reconhecimento da dignidade ontológica: Deve-se denunciar a prática social de considerar os migrantes como sujeitos de segunda classe, o que agrava sua invisibilidade e o risco de recorrer ao consumo como escape diante do desprezo.

2. Impacto na configuração territorial: A migração transforma os bairros; a comunidade organizada deve introduzir-se nestas novas realidades para integrar os migrantes em seus círculos de cuidado, evitando que o isolamento os empurre em direção às redes do narcotráfico.

3. Resposta educativa e de nivelamento: É imperativo propor estratégias de reforço pedagógico para crianças e adolescentes migrantes que viram interrompida sua escolaridade, oferecendo-lhes espaços promocionais que gerem pertencimento.

4. Acompanhamento no encarceramento: Reconhece-se que os migrantes privados de liberdade enfrentam uma solidão maior pela falta de rede biográfica; por isso, o acompanhamento deve ser diferenciado para evitar que o desarraigamento derive em uma reincidência no consumo.

5. Inculturação da pastoral: A espiritualidade proposta deve adaptar sua linguagem para que o irmão migrante descubra um Deus que caminha com ele em sua própria história, transformando a dor da viagem em um processo de ressurreição comunitária.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, embora a migração tenha arestas políticas, sua raiz é humana; a vulnerabilidade que gera a falta de terra, teto e trabalho é um condicionante direto do consumo que a missão evangelizadora não pode ignorar.

2. Quanto à segunda, embora a dependência tenha uma base biológica, a recuperação é um processo vincular; ignorar a cultura do outro é uma forma de fragmentação administrativa que impede gerar o vínculo de confiança necessário para que a pessoa se sinta amada em sua totalidade.

6.7 | O Acompanhante e a Incidência Política

Esta seção define o papel do acompanhante não somente como um apoio afetivo, mas como um sujeito de incidência política capaz de transformar as estruturas de exclusão. Inspirado na caridade política proposta pelo Papa Francisco, convida-se a Igreja a passar da resposta pastoral concreta à exigência de políticas públicas humanizantes que garantam os direitos dos mais vulneráveis. O texto enfatiza que, se bem o Estado é o garante de direitos, este não tem a capacidade de gerar comunidade por si só, pelo que resulta imperativo defender o saber territorial e o princípio de subsidiariedade para fortalecer as redes de cuidado sem que sejam absorvidas pela burocracia estatal. Finalmente, reivindica-se um olhar profético que denuncie o pecado social e as estruturas de injustiça, posicionando os acompanhantes pares como atores protagônicos na disputa de sentido diante de modelos que priorizam a sanitização ou a repressão do espaço público.

6.7.1 Artigo 1: O exercício da caridade política como missão eclesial

Planteamento do tema

Mq 6, 8 — *Que pede de ti o Senhor? Praticar a justiça, amar a misericórdia, caminhar humildemente com o teu Deus*

A missão evangelizadora diante dos consumos problemáticos não esgota seu sentido na assistência imediata. Analisa-se a necessidade de que a Igreja assuma o exercício da caridade política, transitando da ajuda individual à transformação das estruturas sociais que geram exclusão e desamparo.

Pergunta central

Deve a Igreja introduzir-se na caridade política como parte de sua missão na abordagem das dependências?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a Igreja deve limitar sua ação exclusivamente à esfera espiritual e religiosa, evitando introduzir-se em assuntos de políticas públicas para não desvirtuar sua missão e converter-se em uma organização não governamental (ONG) de assistência social.

- Argumenta-se que a responsabilidade do cuidado e da recuperação é competência exclusiva do Estado. Sob esta visão, a Igreja deveria simplesmente preencher os buracos onde a assistência pública não chega, sem questionar nem incidir nas estruturas de poder.
- Poderia pensar-se que em territórios dominados pela narcocultura e pela violência, o exercício da caridade política é perigoso e inútil, devido à possível cumplicidade das estruturas estatais com o crime organizado.

Fundamento ou critério de discernimento

O Papa Francisco ensina que a caridade é o coração do espírito da política e se manifesta como um amor preferencial pelos últimos. A antropologia cristã afirma que a fé é inseparável da defesa da dignidade humana; portanto, quando a comunidade se une para gerar processos de fraternidade e justiça, está exercendo uma forma de caridade que transcende o individual para tornar-se social.

Tese e desenvolvimento argumental

A Igreja exerce a caridade política como uma manifestação irrenunciável de sua própria essência através de cinco eixos estratégicos:

1. **Denúncia profética**: Consiste em desmitificar a narcopolítica e denunciar as políticas «sanitizantes» que pretendem limpar o espaço público tratando as pessoas em consumo como dejetos ou delinquentes, em vez de reconhecer sua dignidade sagrada.
2. **Incidência no Estado como garante**: Exigir que o Estado assuma suas obrigações constitucionais em saúde, identidade e moradia. A Igreja atua como o fio que articula estas respostas fragmentadas para que cheguem efetivamente ao território.
3. **Aliança para o bem comum**: Promover uma articulação entre a universidade (pesquisa), o setor empresarial (emprego) e a comunidade organizada (presença territorial) para construir políticas públicas baseadas na realidade e não na escrivaninha.
4. **Reocupação dos espaços democráticos**: Animar a comunidade a habitar novamente os clubes, associações e centros de bairro como antí-

doto contra o individualismo que o narcotráfico aproveita para ocupar o território.

5. **Defesa do direito ao cuidado**: Promover o direito autônomo e ineludível a cuidar, ser cuidado e ao autocuidado, especialmente para as populações que os sistemas penal ou sanitário invisibilizaram.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, a Igreja não é uma ONG, mas seu compromisso social é a encarnação da misericórdia de Cristo, que se responsabiliza pela integridade do homem em todas as suas dimensões.
2. Quanto à segunda, embora o Estado tenha a responsabilidade primária, este não tem a capacidade de gerar por si só vínculos de pertencimento; a Igreja aporta o saber territorial e a experiência de família que a rigidez administrativa não pode oferecer.
3. Diante da terceira, precisamente onde impera a cultura da morte é onde a comunidade organizada deve entrar para dignificar a vida. A caridade política permite transformar o medo em organização e oferecer um relato de esperança diante da ditadura do narcotráfico.

Conclusão
O exercício da caridade política permite que a Igreja seja uma voz profética no espaço público, transformando as condições de injustiça em cenários de liberdade e protagonismo para os irmãos mais vulnerabilizados.

6.7.2 Artigo 2: A importância fundamental do autocuidado para o agente pastoral

Planteamento do tema

Mc 6, 31 — *Vinde vós outros sozinhos a um lugar deserto, para descansar um pouco*

O serviço pastoral no âmbito das dependências implica um contato constante com a dor, a violência e realidades humanas complexas que supõem um alto custo emocional. Analisa-se se a estratégia do autocuidado é um componente opcional ou uma condição indispensável para assegurar a saúde integral do agente e a qualidade do acompanhamento.

Pergunta central

É fundamental a estratégia do autocuidado para garantir a eficácia e continuidade da labuta do agente pastoral no âmbito das dependências?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que o agente pastoral deve entregar-se totalmente ao serviço sem reservas, seguindo o exemplo do sacrifício de Cristo, e que preocupar-se pelo próprio bem-estar pessoal constitui um ato de egoísmo ou uma falta de zelo apostólico diante da urgência do sofrimento alheio.
- Diz-se frequentemente que o apoio espiritual e a graça de Deus são suficientes para sustentar o cuidador. Sob esta visão, não se requereriam estratégias técnicas de autocuidado ou pausas humanas, já que a missão mesma proporcionaria a força necessária para não desfalecer.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. art. 8.7.4 (autocuidado clínico)

O descanso não é opcional, mas uma necessidade ordenada pelo próprio Cristo para aqueles que estão no centro do serviço. A Igreja, como hospital de campanha, deve cuidar dos seus próprios soldados feridos pela fadiga e pela dor, reconhecendo que o Espírito Santo atua também através das mediações humanas e do respeito pelos limites biológicos.

Tese e desenvolvimento argumental

O autocuidado constitui um princípio ético e uma necessidade teológica para a sustentabilidade do serviço, fundamentada em cinco dimensões:

1. **Garantia da qualidade do cuidado**: O estado psicofísico do agente condiciona significativamente a ajuda que brinda; um cuidador esgotado perde a capacidade de escuta ativa e empatia, convertendo a missão em uma estrutura rígida e defensiva.
2. **Prevenção do esgotamento (burnout)**: O acompanhamento permanente em contextos de vulnerabilidade pode derivar em fadiga por

compaixão. O autocuidado protege a saúde mental do agente diante do impacto do trauma secundário.

3. **Sustentabilidade da missão**: O esgotamento crônico impede a continuidade do serviço. Gerenciar a própria vida e as próprias emoções é uma condição para que o serviço pastoral seja duradouro e não uma resposta espasmódica.

4. **Reconhecimento da vulnerabilidade humana**: O agente pastoral não é um super-herói, mas uma pessoa vulnerável que também necessita ternura e cuidado. O pastor deve deixar-se cuidar e reconhecer que a periferia onde trabalha é também um espelho das suas próprias carências.

5. **Teologia do descanso**: Seguindo o magistério do Papa Francisco, o descanso é parte integrante da missão e um direito que glorifica a Deus. Saber sentar-se no «banco de reservas» permite que outros peguem a bola e evita a tentação da onipotência.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, a caridade bem entendida começa pela própria pessoa; não se pode transmitir o amor de Deus se o coração do agente está seco pela fadiga. O autocuidado permite que o serviço seja uma expressão de solidariedade e não uma carga desgastante.

2. Quanto à segunda, embora a fé seja o motor, o ser humano é uma unidade de corpo e alma. A formação técnica e o apoio de grupos de pares são mediações humanas necessárias para que a graça de Deus frutifique em uma vida equilibrada.

Conclusão
O autocuidado garante que o agente pastoral permanecerá como um instrumento dócil e saudável da misericórdia divina, assegurando que o acompanhamento seja sempre um encontro humano de sanação e não uma rotina burocrática esgotante.

6.7.3 Artigo 3: O mandato de primeirear e callejear nas periferias do consumo

Lc 14, 21-23 — *Sai depressa pelas praças e ruas da cidade, e traz aqui os pobres, os aleijados, os cegos e os coxos*

Planteamento do tema

A identidade de uma comunidade que acompanha consumos problemáticos define-se pelo seu movimento em direção ao fora. Analisa-se o significado profundo dos mandatos de «primeirear» e «callejear» como gestos que rompem com a autorreferencialidade eclesial para buscar a vida ferida em seus cenários cotidianos.

Pergunta central

O que implica para a Igreja o mandato de primeirear e callejear dentro das periferias humanas do consumo e da exclusão?

Posturas ou objeções existentes

- Poderia pensar-se que a Igreja deve esperar em seus templos que as pessoas busquem ajuda por vontade própria, e que sair de forma insistente a procurá-las poderia interpretar-se como uma invasão da privacidade ou uma falta de respeito à liberdade individual.
- Poderia pensar-se que callejear e manchar-se com a realidade da rua coloca em risco a santidade e a imagem institucional, sugerindo que a comunidade deve manter-se centrada em seus ritos para ser um farol de moralidade inalterável.

Fundamento ou critério de discernimento

O Papa Francisco afirma que prefere uma Igreja acidentada, ferida e manchada por sair à rua, antes que uma Igreja doente pelo encarceramento e pelo conforto das suas próprias seguranças. A comunidade evangelizadora deve tomar a iniciativa, introduzir-se nos processos humanos e acompanhar a vida por mais dura que seja, reconhecendo que Deus sempre nos primeireia no amor.



Figura 6.9: O método da Igreja em saída

Tese e desenvolvimento argumental

Os conceitos de primeirear e callejear definem uma atitude pastoral que transforma a presença territorial em quatro dimensões:

1. **Primeirear (Tomar a iniciativa)**: Significa não esperar que o excluído chegue, mas adiantar-se e sair ao encontro daqueles que estão longe. É a resposta de quem se sente amado primeiro por Deus e deseja levar esse bálsamo aos cruzamentos dos caminhos.

2. **Callejear**: É a disposição ativa de buscar a vida que sofre nos recantos mais ocultos, como esquinas, praças e pontes. Implica introduzir-se na vida cotidiana dos outros para encurtar distâncias, assumindo a realidade do outro até ter «cheiro de ovelhas».

3. **Habitar a periferia**: Não se trata de um percurso superficial, mas de deter o passo para olhar nos olhos e escutar aquele que ficou ao lado do caminho. A Igreja se reconhece como um «hospital de campanha» que cura feridas urgentes antes de perguntar por tecnicismos.

4. **Tocar a carne de Cristo**: Implica renunciar aos abrigos de segurança para entrar em contato direto com a miséria e a dor do irmão. Ao fazê-lo,

a vida se complica maravilhosamente e a comunidade vive a verdadeira experiência de ser povo.

Resposta às objeções

1. Com relação à primeira objeção, primeirear não é invadir, mas oferecer uma misericórdia inesgotável a quem se sente invisível para a sociedade. É um gesto de proximidade que busca devolver a esperança àqueles que a cultura do abandono empurrou a deixar de olhar o futuro.

2. Quanto à segunda, a santidade da Igreja não se protege no isolamento, mas se nutre no serviço. A verdadeira mundanidade espiritual é a que se disfarça de práticas religiosas vazias enquanto ignora o clamor dos irmãos mais quebrados.

Conclusão
Primeirear e callejear são as ações que permitem à Igreja ser fiel à sua missão, transformando o desprezo social em um encontro de dignidade onde cada pessoa é reconhecida como um ser sagrado.

CAPÍTULO 7

O Espírito Humano

A dimensão espiritual é o constitutivo essencial do ser humano que nos impulsiona a perguntar-nos para que estamos neste mundo e que vida queremos escolher para nós e para os outros. Longe de ser um anexo religioso ou um sentimento subjetivo, o espírito é a essência do ser onde reside nossa identidade mais profunda, assim como nossa relação, outorgando-nos uma dignidade absoluta e inalienável que nenhuma queda pode apagar.

Ao julgar a problemática do consumo de substâncias psicoativas (SPA) a partir da fé, reconhecemos que o transtorno por uso de substâncias provoca uma desconexão progressiva com esta realidade interior, convertendo-se frequentemente em uma «busca espiritual fracassada» que tenta anestesiar feridas profundas de orfandade e preencher uma «brecha existencial» que somente o encontro com a transcendência pode colmar.

Por isso, este manual nos convida a olhar para a pessoa como uma unidade integral de corpo e alma, resgatando o coração como o centro unificador e íntimo onde a razão e o sentimento se integram e onde reside a identidade mais profunda. É neste núcleo da personalidade onde se forjam as exigências de felicidade, verdade e justiça que o consumo de SPA não consegue saciar, abrindo caminho a um processo de reconexão e sanação profunda guiado pelo Espírito.

Este capítulo é composto por 9 seções:

1. Natureza, definição e fundamentos
2. A condição espiritual

3. A dependência como um fenômeno espiritual
4. O processo de reconexão
5. O caminho cristão
6. Os sacramentos
7. A sabedoria espiritual
8. A espiritualidade na mulher
9. A âncora da comunidade

7.1 | Natureza, definição e fundamentos

Esta seção estabelece que a espiritualidade é o constitutivo essencial da identidade humana e a força motora que orienta a pessoa em direção ao significado da sua existência. Fundamenta-se na dignidade ontológica infinita de ser criados à imagem de Deus, uma marca indelével que o consumo de substâncias psicoativas não pode apagar nem eliminar. Ao reconhecer que o ser humano é constitutivamente uma busca de sentido, a comunidade se organiza para despertar esta dimensão latente.

7.1.1 Artigo 1: A espiritualidade como constitutivo essencial e força motora da identidade

Gn 2, 7 — *Soprou nas suas narinas um sopro de vida, e o homem se tornou um ser vivente*

Planteamento do tema

Ao abordar o consumo de substâncias, é comum centrar-se nos danos biológicos ou sociais. Contudo, surge a necessidade de discernir se o espiritual é uma resposta acidental diante do mal-estar ou se constitui o núcleo mesmo do ser humano. Devemos julgar se as perguntas fundamentais sobre o sentido da vida representam a força motora que integra a afetividade e a razão no coração da pessoa.

Pergunta central

De que maneira a dimensão espiritual define a identidade humana e atua como a força que move o sujeito em direção à busca de significado?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A neurociência demonstra que o consumo altera os circuitos de recompensa; portanto, a motivação é puramente química e não espiritual.
- **Objeção 2:** Muitos sujeitos somente buscam a Deus quando «tocaram o fundo», sugerindo que a espiritualidade é um efeito da dor e não uma essência prévia.
- **Objeção 3:** Se uma pessoa não professa uma fé religiosa, pareceria carecer desta força motora, invalidando a espiritualidade como constitutivo universal.



Figura 7.1: Espiritualidade e identidade

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que a essência e existência do homem estão constitutivamente relacionadas com Deus. O ser humano é «capaz de Deus» e possui uma dignidade absoluta que reside em sua identidade mais profunda. O coração se reconhece como o centro unificador onde se integram a razão e o sentimento, sendo o núcleo onde se forjam as exigências de felicidade e verdade.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a espiritualidade é o eixo motor da identidade humana pelas seguintes razões:

- **Unidade antropológica operativa:** O espírito é o princípio integrador que permite ao sujeito examinar sua própria biologia e tomar decisões sobre sua história. A espiritualidade faculta a pessoa a não somente sobreviver, mas ser protagonista de sua vida mediante o testemunho.
- **Diferença entre potência e condição:** É vital distinguir entre a potência espiritual (essência inalienável) e a condição espiritual (estado dinâmico da relação com Deus). O consumo não cria a necessidade espiritual, mas é uma busca fracassada diante de uma brecha existencial prévia.
- **Dinamicidade do espírito:** A espiritualidade permite ao ser humano tomar distância da sua realidade imediata. Esta capacidade de transcendência é a que habilita a reconexão e o compromisso com a vida.

Resposta às objeções

Cfr. art. 6 (Julgar, Breve Glossário)

- **À primeira:** A espiritualidade utiliza a neuroplasticidade assistida pela graça para reorientar a vontade. O propósito vital atua como um estímulo superior capaz de reorganizar os circuitos de recompensa que a substância havia sequestrado.
- **À segunda:** O mal-estar atua como um «alarme existencial» que revela a brecha espiritual prévia. A dor não cria a espiritualidade, mas é o sinal de que o sistema de transcendência reclama seu lugar depois da anestesia do consumo.
- **À terceira:** Deve-se distinguir entre espiritualidade universal e religião institucional. Todo ser humano exerce sua força espiritual ao escolher que orientação dá à sua vida e ao buscar a verdade em seus vínculos mediante o diálogo fraterno.

7.1.2 Artigo 2: A dimensão espiritual como busca do sentido e propósito vital

Planteamento do tema

Dada a natureza multifatorial do transtorno por uso de substâncias, surge a necessidade de perguntar-nos pelo sentido da existência. Esta busca constitui o eixo sobre o qual se constrói a identidade e a liberdade do ser humano para decidir sobre sua própria vida e sua relação com os outros.

Pergunta central

Como se define a dimensão espiritual como a busca do propósito e do lugar que cada um ocupa no mundo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** As perguntas sobre o projeto de vida pertencem ao campo da psicologia ou da ética e não necessariamente a uma dimensão espiritual transcendente.

- **Objeção 2:** Em pessoas com consumos severos, estas perguntas perdem relevância diante da urgência da sobrevivência imediata ou da satisfação do desejo.

Fundamento ou critério de discernimento

Afirma-se que a espiritualidade é a essência do ser que move uma pessoa a buscar significado. Se não se desenvolve esta dimensão, a totalidade da pessoa fica vedada, convertendo-se em fonte de angústia existencial. A busca de sentido permanece latente mesmo nos quadros mais graves.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a dimensão espiritual se define por estas perguntas porque elas constituem o «para que» da existência:

- **Finalidade do ser:** O espiritual aborda a tarefa de interrogar-se pela razão de ser. É o espaço onde o sujeito decide que orientação dá à sua vida mediante a escuta ativa do seu próprio desejo de plenitude.

- **Sutura da brecha existencial:** A dependência costuma instalar-se onde as perguntas não têm resposta. A recuperação autêntica implica uma reconexão com o propósito vital que a substância tentou suplantar.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Enquanto a psicologia gerencia a operatividade dos processos psíquicos, a espiritualidade outorga a direção última e o fim absoluto. O espírito é o que pergunta pelo significado que a psique sozinha não pode responder.

- **À segunda:** O consumo compulsivo é a «forma física» de uma pergunta espiritual desesperada. O desejo de eternizar o efeito da substância é a manifestação distorcida de uma sede de infinito que somente a reconexão com o sentido pode saciar.

7.1.3 Artigo 3: O fundamento da dignidade ontológica inalienável na imagem de Deus

Gn 1, 26-27 — *Façamos o ser humano à nossa imagem, à nossa semelhança... criou-o à imagem de Deus*

Planteamento do tema

No acompanhamento, encontramos frequentemente irmãos cuja vida parece ter perdido rastro de humanidade. O estigma costuma reduzir a pessoa a categorias de «descarte». É imperativo discernir se a dignidade é uma construção moral que pode perder-se ou se é um dado prévio e incólume que permanece sob a noite da dependência.

Pergunta central

De que maneira o ser criado à imagem de Deus fundamenta uma dignidade que não pode ser eliminada pelo pecado nem pelas situações de consumo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A dignidade se associa com o exercício da razão. Uma pessoa com deterioração cognitiva grave parece perder aquilo que a faz especificamente humana.

- **Objeção 2:** O pecado e as ações que danificam a comunidade degradam o homem, fazendo-lhe perder seu valor diante de Deus.

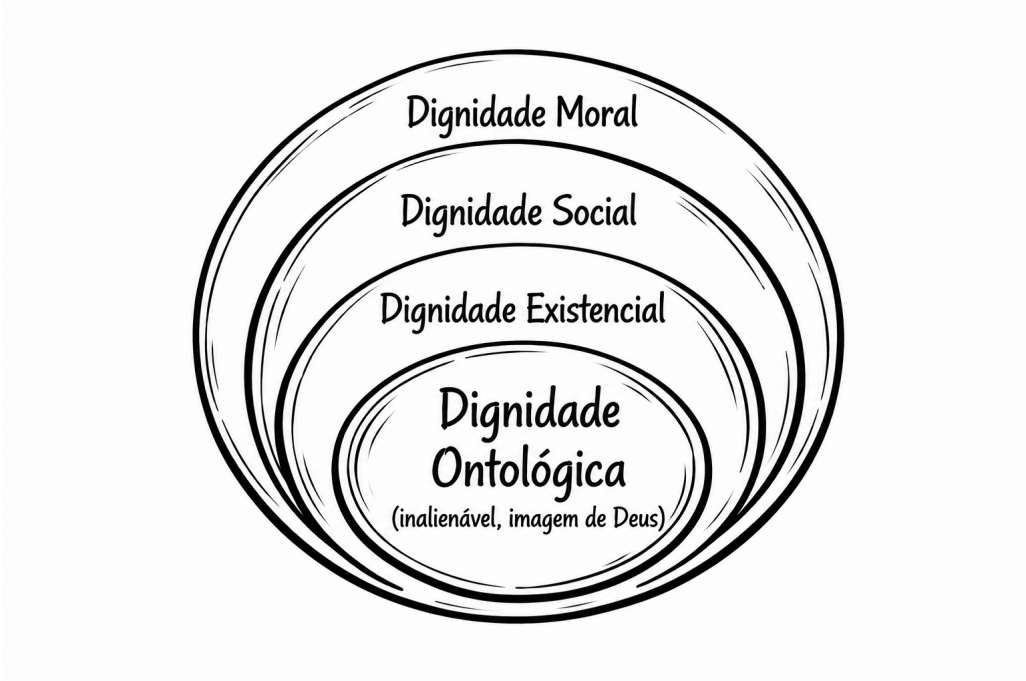


Figura 7.2: A dignidade, segundo *Dignitas Infinita*

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que uma dignidade infinita corresponde a cada pessoa para além de toda circunstância. Introduz-se a quádrupla distinção: dignidade ontológica (vinculada ao ser), moral (exercício da liberdade), social (condições de vida) e existencial (paz e esperança). A dignidade ontológica é inalienável.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a dignidade ontológica é a garantia primordial da saúde integral:

- **Primazia do ser sobre o ato:** O sujeito subsiste com toda a sua dignidade mesmo se não pode exercer suas capacidades. O juízo pastoral distingue entre o «ato indigno» e a «pessoa digna».
- **Redenção como confirmação:** A dignidade se revela plenamente em Cristo, que assume a existência humana confirmando o valor inestimável daqueles que o mundo qualifica como indignos.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A dignidade não é um desempenho funcional da razão, mas um atributo intrínseco do ser. Assim como o sol existe embora as nuvens o tapem, a marca divina no irmão permanece intacta sob o obscurecimento provocado pela substância.

- **À segunda:** A liberdade contra o amor pode ferir a semelhança divina, mas nunca apagar o fato originário de ser criatura querida. Esta raiz indestrutível é a que permite iniciar qualquer diálogo fraterno de restauração.

7.1.4 Artigo 4: A distinção necessária entre espiritualidade e religião

Planteamento do tema

Surge o desafio de abordar a dimensão espiritual de pessoas que não necessariamente professam uma fé. É imperativo clarificar se a espiritualidade é um patrimônio exclusivo dos crentes ou se é uma capacidade universal que impulsiona todo sujeito a interrogar-se pela sua razão de ser.

Pergunta central

É necessário distinguir entre espiritualidade e religião para garantir um processo de reconexão inclusivo e respeitoso?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Dado que a dependência é uma doença espiritual e Deus é quem sana, a espiritualidade seria intrinsecamente um fenômeno religioso.

- **Objeção 2:** Desvincular ambos os conceitos poderia parecer uma tentativa de diluir a mensagem do Evangelho e de Jesus Cristo.

Fundamento ou critério de discernimento

Afirma-se que esta dimensão fundante não deve confundir-se com a crença em uma divindade concreta. A espiritualidade não é um privilégio dos religiosos; todo ser humano deve escolher que vida levar. O coração é o centro onde reside a identidade mais profunda.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que é indispensável distinguir ambos os planos para uma pastoral eficaz:

- **Universalidade diante de Institucionalidade:** A espiritualidade é a busca do «para que» da existência (potência). A religião propõe uma linguagem e um caminho concreto para viver essa relação (condição).
- **Respeito à liberdade:** Reconhecer a espiritualidade universal evita excluir aqueles que não buscam ajuda em sistemas tradicionais, permitindo um encontro baseado na realidade do outro.
- **Distinção sem separação:** Se bem a distinção entre espiritualidade e religião é analiticamente necessária para acompanhar toda pessoa sem condições prévias, não deve interpretar-se como uma separação que valide uma espiritualidade autorreferencial ou desvinculada da comunidade. Desde a perspectiva cristã que anima este manual, a busca espiritual autêntica não se esgota na interioridade do sujeito: tende constitutivamente ao encontro com os outros e, em última instância, à mediação comunitária e sacramental onde essa busca encontra sua plenitude. O irmão que chega sem fé não é excluído por isso; mas o horizonte do acompanhamento inclui a possibilidade de que sua busca de sentido o conduza, em liberdade e ao seu ritmo, ao encontro com Cristo e com a comunidade eclesial. A espiritualidade universal é a porta; a vida comunitária e sacramental é a casa à qual essa porta pode abrir-se.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A sanação espiritual começa por recuperar a consciência da própria dignidade, o que é prévio a qualquer prática religiosa formal.

- **À segunda:** A distinção não dilui o anúncio de Jesus Cristo, mas o fortalece ao encarná-lo na realidade concreta do irmão. Reconhecer a espiritualidade universal como ponto de partida permite que o primeiro anúncio não seja uma imposição, mas uma proposta que respeita o tempo e a história do outro. O agente pastoral sabe que a sede de sentido que habita em todo ser humano é, como ensina a tradição cristã, uma sede de Deus que ainda não se reconhece como tal. Distinguir espiritualidade de religião não é renunciar a propor o Evangelho; é discernir o momento e o modo de fazê-lo para que a proposta seja recebida como o que é: uma boa notícia e não uma condição de acesso ao cuidado.

7.1.5 Artigo 5: A distinção entre a vida psíquica e a abertura ao divino

Planteamento do tema

No acompanhamento costuma haver uma confusão que reduz o não biológico a uma só categoria psíquica ou espiritual. É vital recuperar uma distinção funcional que permita entender como o ser humano possui dimensões que se veem afetadas de modo diverso pelo transtorno por uso de substâncias.

Pergunta central

De que maneira a distinção entre psique e espírito permite compreender a unidade integral da pessoa sem cair em uma dualidade da alma?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Em muitos enfoques terapêuticos se utiliza «psique» e «espírito» como sinônimos, pelo que não haveria necessidade de distingui-los.

- **Objeção 2:** Se o consumo altera os mecanismos biológicos do cérebro, tanto a vontade como a transcendência seriam simples subprodutos da química cerebral.

Fundamento ou critério de discernimento

A Igreja ensina que o homem é um ser inteiro: espírito, alma e corpo. «Espírito» significa que o homem está ordenado a um fim sobrenatural. Embora sustentemos a unidade inseparável, a antropologia tripartida é uma ferramenta valiosa para diferenciar a afetividade (alma) da transcendência (espírito).

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que é útil reconhecer uma tricotomia de dimensões na unidade da pessoa:

- **O lugar das emoções e da transcendência:** Esta distinção permite identificar que no transtorno por uso de substâncias, enquanto a psique sofre a impulsividade, o espírito conserva a potência de buscar significado.
- **O espírito como abertura:** O espírito é o centro mais profundo da alma que a abre à graça. Permite tomar distância dos impulsos emocionais para escolher um bem superior mediante o testemunho.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Enquanto a psicologia trata os processos afetivos e conductuais (psique), a espiritualidade se ocupa da vocação existencial e da relação com o Absoluto (espírito).
- **À segunda:** A ciência explica a maquinaria biológica, mas reduzir tudo ao biológico ignora a capacidade radical de ser protagonista da própria história. O que sucede no corpo tem um correlato no espírito e vice-versa.

7.2 | A condição espiritual

Esta seção analisa a condição espiritual como o estado dinâmico da relação que o ser humano estabelece com Deus e com os outros, partindo sempre de sua história pessoal de afetividade, seus vínculos e sua ética. Explora-se como os entornos de desproteção ou de orfandade afetiva danificam esta condição, submergindo o sujeito em uma brecha existencial. Ao mesmo tempo, propõe-se o coração como o centro unificador onde a liberdade do sujeito pode ser restaurada mediante o encontro comunitário e o despertar de sua potência espiritual inata.

7.2.1 Artigo 1: A condição espiritual e o desenvolvimento da potência através dos vínculos

Planteamento do tema

Na pastoral de acompanhamento, observamos que as trajetórias de consumo costumam nascer de histórias de orfandade e vínculos rotos. Surge a necessidade de discernir se o espírito humano pode desenvolver-se como uma força puramente autônoma ou se requer a mediação de outros para manter-se sadio. Devemos julgar se as feridas da afetividade definem a terra na qual a relação com Deus deve germinar ou se são elementos acidentais que não condicionam a saúde da alma.

Pergunta central

Em que medida a saúde da condição espiritual depende da história vincular e da mediação da comunidade?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Dado que a relação com Deus é constitutiva do ser, a saúde espiritual deveria ser independente das contingências dos vínculos humanos.
- **Objeção 2:** Se a espiritualidade dependesse dos vínculos, aqueles que sofreram abandono perderiam sua capacidade de transcendência, o que contradiz a inalienabilidade do espírito.

- **Objeção 3:** A potência espiritual deveria poder ativar-se desde a pura interioridade do sujeito sem necessidade de mediações externas que poderiam resultar fracassadas.

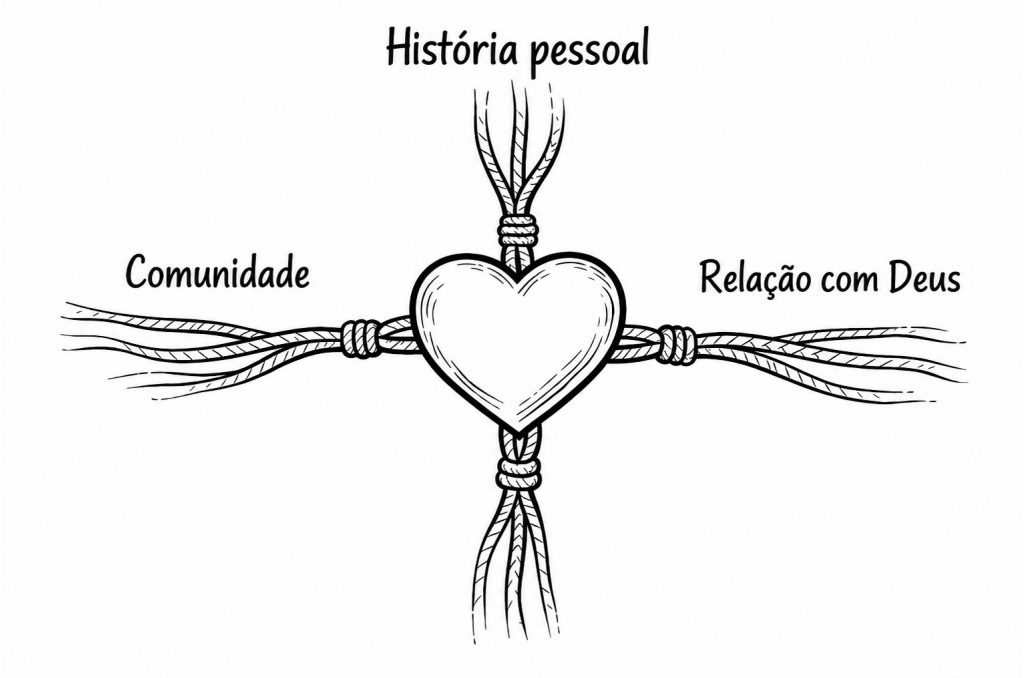


Figura 7.3: Espiritualidade e vínculos

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que não existe espiritualidade sem os outros. O ser humano é constitutivamente relacional e os outros funcionam como espelhos necessários para colocar a própria resposta ao mundo. O amor se reconhece como o medicamento que permite a restauração do ser quando os vínculos primários foram danificados, despertando a dimensão espiritual mediante a proximidade e o testemunho.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a vivência saudável da espiritualidade está ligada ao tecido vincular pelas seguintes razões:

- **A espiritualidade como semente:** O desenvolvimento humano é potencial. Embora a informação para a transcendência seja inata, requer vínculos generativos para desdobrar-se. Se o entorno é hostil, a dimensão

espiritual fica ferida, gerando a brecha existencial onde se instala o transtorno por uso de substâncias.

- **Necessidade de mediação humana:** O coração é o centro onde se processam os vínculos. Sem confiança primária, o eu não consegue sustentar-se para abrir-se à transcendência. A comunidade repara mediante o afeto o que a orfandade fraturou.
- **Sutura da fratura interna:** A saúde espiritual se manifesta na capacidade de amar. Ao oferecer um entorno de escuta ativa, a comunidade permite que o fluxo natural da vida espiritual volte a fluir, removendo os obstáculos do trauma.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O espírito humano não opera no vazio, mas encarnado na relação. Assim como o cérebro necessita estímulos para desenvolver-se, a potência espiritual requer os vínculos para ser reconhecida e valorizada pelo próprio sujeito como uma realidade operativa em sua vida.
- **À segunda:** A orfandade não elimina a essência, mas sim danifica a condição ou o estado de saúde do espírito. O sujeito continua sendo digno, mas sua capacidade de experimentar essa dignidade se vê bloqueada por redes de memória desadaptativas que somente o diálogo fraterno pode desarmar.
- **À terceira:** A mediação comunitária não cria a espiritualidade, mas atua como o entorno facilitador que remove os obstáculos afetivos. O encontro com o irmão é o sinal sensível que permite ao sujeito crer em um Deus que antes lhe resultava alheio pelo desamparo acumulado.

7.2.2 Artigo 2: O impacto da orfandade e da falta de amor de lar no desenvolvimento espiritual

Jo 14, 18 — *Não vos deixarei órfãos; voltarei a vós*

Planteamento do tema

Ao analisar as trajetórias de consumo, observa-se que o início costuma estar precedido por uma sensação de invisibilidade familiar e social. Resulta imperativo julgar se a carência de um fundamento sólido de amor no lar fere de maneira profunda a capacidade do sujeito para conectar-se com sua própria transcendência ou se o espírito permanece imune à desproteção do entorno.

Pergunta central

Como afeta o desenvolvimento da condição espiritual o ter crescido em um entorno de orfandade e sem redes de contenção?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O livre arbítrio permite que o sujeito escolha seu caminho espiritual independentemente de sua história vincular prévia.
- **Objeção 2:** A orfandade pode funcionar como um motor de resiliência que impulsione o sujeito a buscar a Deus com mais força ao não ter apoios humanos.



Figura 7.4: Orfandade e dependência

Fundamento ou critério de discernimento

Afirma-se que a orfandade produz uma desvinculação com o horizonte de vida. Se não se desenvolve a dimensão espiritual por falta de contenção, algo da totalidade da pessoa fica vedado. A Igreja ensina que o amor é o medicamento que permite a restauração do ser diante da desolação da cultura do descarte.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que o entorno de orfandade afeta gravemente a condição espiritual do sujeito mediante estes pontos:

- **Fratura do sentido de pertencimento:** Quem não encontra a mesa partilhada busca amparo no consumo, que tenta preencher falsamente o vazio. Esta falta de raízes dificulta responder para quem vale a pena gastar a vida.
- **Obstrução da identidade:** Ao não sentir-se amado por referentes humanos, ao sujeito lhe resulta difícil reconhecer-se como imagem de Deus, pois o espelho humano onde deveria ver-se refletido estava quebrado pelo descuido ou pelo maltrato.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A liberdade requer condições de segurança para exercer-se plenamente. Em contextos de abandono, o consumo aparece como uma estratégia de sobrevivência diante de um mundo insuportável e não como uma escolha livre e soberana da vontade.
- **À segunda:** Embora Deus atue na obscuridade, a sanação requer que uma comunidade assuma o papel da família ausente. A resiliência não é um ato solitário, mas o fruto de ser olhado com amor por outros através da escuta ativa.

7.2.3 Artigo 3: O lugar do coração na estrutura do espírito humano

Planteamento do tema

Não basta definir o espírito como uma capacidade abstrata; é necessário identificar o lugar antropológico onde o ser humano processa sua existência e integra suas faculdades. Na tradição bíblica e no magistério recente, este lugar é o coração, o núcleo da personalidade onde a razão e o sentimento convergem. Compreender como este centro unificador é ferido é chave para entender a desvitalização que caracteriza o transtorno por uso de substâncias.

Pergunta central

Como se integra o coração como o centro da razão e do sentimento onde residem as exigências de plenitude?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A neurociência situa a tomada de decisões no córtex pré-frontal, deixando o coração como uma mera metáfora literária sem base no funcionamento humano real.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

- **Objeção 2:** Em uma pessoa com um consumo severo, as exigências de verdade parecem ter desaparecido, sendo substituídas pela impulsividade biológica.

Fundamento ou critério de discernimento

O coração é o centro unificador da pessoa, ali onde cada um faz sua síntese e onde se encontra a fonte de suas escolhas. O ser humano é uma unidade integral com um centro que outorga orientação à vida e onde reside a capacidade de ser capaz de Deus.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que o coração constitui o centro da estrutura do espírito:

- **Sede das exigências originais:** O coração é um impulso em direção ao infinito. Estas exigências atuam como a bússola do espírito que permite avaliar se a vida tem sentido ou é uma existência sem rumo.

- **Ponto de união entre inteligência e afeto:** É onde o sujeito sente a verdade e raciocina seus afetos, permitindo um olhar integral que supera a fragmentação através do diálogo fraterno.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora se localizem funções em áreas cerebrais, o coração representa o centro de gravidade existencial. A fé compreende os processos cognitivos como a atividade de um espírito encarnado que integra a totalidade do ser, algo que a descrição dos neurônios por si só não pode esgotar.

- **À segunda:** As exigências de felicidade não morrem, mas são anestesiadas. O processo de recuperação ajuda o irmão a voltar a escutar seu próprio coração mediante a escuta ativa, deslocando progressivamente a voz da compulsão química.

7.2.4 Artigo 4: O papel da liberdade na relação com Deus

Gl 5, 1 — *Para a liberdade Cristo nos libertou. Mantende-vos, pois, firmes e não vos submetais outra vez ao jugo da escravidão*

Planteamento do tema

Surge uma tensão entre a dignidade da pessoa e a realidade da dependência, descrita frequentemente como uma escravidão química. Resulta imperativo discernir se o irmão conserva a capacidade radical de escolher a Deus em meio à sua dependência ou se a liberdade é uma mera ilusão diante da força das substâncias psicoativas.

Pergunta central

Que papel desempenha a liberdade na capacidade do sujeito para abrir-se à relação com Deus em um contexto de consumo problemático?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O consumo compulsivo altera a capacidade de juízo de tal maneira que a pessoa perde o domínio real sobre seus atos, ficando sua liberdade anulada pela fisiologia.

- **Objeção 2:** A pobreza estrutural condiciona a vida de tal maneira que as pessoas deixam de ter possibilidades reais de escolher, apagando qualquer busca transcendente.

Fundamento ou critério de discernimento

Deus criou o homem dotando-o do domínio dos seus atos. Embora a liberdade esteja frequentemente obscurecida por condicionamentos sociais ou químicos, nunca é destruída em sua raiz última. A relação com Deus é constitutiva e jamais pode ser eliminada da estrutura essencial do ser.

Cfr. O paradoxo da vontade cativa (cap. 9, dimensão biológica)

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a liberdade é o postulado que permite ao homem responder ao amor divino:

- **Liberdade que necessita ser libertada:** No transtorno por uso de substâncias a liberdade está debilitada, mas não morta. O encontro com a graça oferece uma força que a vontade sozinha não possui para superar a brecha existencial.
- **O protagonismo do sujeito:** A reconexão não é uma imposição, mas um ato voluntário onde o sujeito decide colocar sua vida ao cuidado de um poder superior, recuperando o leme de sua existência mediante o testemunho.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O espírito conserva a capacidade radical de pedir ajuda, que é o primeiro ato de liberdade recuperada. O tratamento integral utiliza a neuroplasticidade assistida pela graça para formar novos vínculos que fortalecem a vontade diante do impulso.

Cfr. art. 6 (Julgar, Breve Glossário)

- **À segunda:** As condições sociais afetam o exercício da liberdade, mas não anulam a capacidade de optar pela esperança. Mesmo na miséria, o ser humano é um sujeito ativo capaz de iniciar um diálogo fraterno que transforme sua realidade interna e externa.

7.3 | A dependência como um fenômeno espiritual

Esta seção reconhece que o transtorno por uso de substâncias funciona frequentemente como uma tentativa autoterapêutica de anestesiar uma existência que se tornou intolerável devido ao trauma e à falta de um horizonte de sentido. O consumo se instala em uma fratura da identidade profunda, provocando uma desconexão progressiva do sujeito com sua essência e com a transcendência. A dependência se manifesta como um caminho errado que busca preencher com gratificação imediata um vazio de pertencimento que somente pode ser colmado mediante o encontro com o amor divino em comunidade.

7.3.1 Artigo 1: A natureza do consumo problemático como fratura da transcendência

Planteamento do tema

Historicamente, julgou-se o consumo como um «vício» ou uma «debilidade de caráter», visão que costuma derivar em estigma e culpa. Contudo, a experiência revela que o consumo de substâncias toca as fibras mais profundas da identidade. Resulta imperativo discernir se estamos diante de um simples erro da vontade ou diante de uma crise do espírito que clama por uma resposta ao sentido último da vida.

Pergunta central

De que maneira deve julgar-se o consumo problemático: como uma falta moral ou como uma fratura na conexão com a transcendência?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O uso de substâncias fora de prescrição constitui uma falta grave que situa o problema estritamente no terreno da moralidade e do pecado.
- **Objeção 2:** Dado que o início do consumo nasce de uma decisão voluntária, o sujeito é o único responsável por sua trajetória, o que reforça a ideia de uma degradação moral por escolha.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que atrás de qualquer dependência há um vazio de significado. A Igreja, ao atuar como refúgio, sustenta que a dignidade do irmão permanece intacta mesmo quando sua capacidade de agir livremente se encontra nublada. O juízo pastoral prioriza a integridade da pessoa, reconhecendo que o transtorno é um sintoma de uma fratura espiritual prévia.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que o transtorno por uso de substâncias, além de suas dimensões biológicas e psicológicas analisadas nos capítulos correspondentes, envolve uma fratura da transcendência que constitui sua ferida mais profunda e menos visível. Esta dimensão espiritual não substitui as outras, mas as atravessa: o vazio de sentido não opera em paralelo ao dano neurobiológico nem ao trauma psíquico, mas os habita a partir de dentro, configurando o solo existencial sobre o qual esses danos se instalam e se sustentam. Pelas seguintes razões:

- **Anestesia do desamparo:** O consumo funciona como uma tentativa de ocultar feridas de abuso que o sujeito não pode processar. Não é uma busca de maldade, mas uma fuga de uma realidade percebida como uma ameaça constante.
- **Falso absoluto:** A substância aparece como uma promessa de bem-estar imediato que busca substituir a verdadeira transcendência. O «instante mágico» do consumo tenta preencher o espaço que corresponde à relação com Deus e com os irmãos.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora existam atos desordenados, o enfoque deve priorizar a sanação da ferida espiritual. A falta moral é secundária à desolação interior; tratar o irmão com misericórdia é o que permite iniciar um diálogo fraterno restaurador.
- **À segunda:** Se bem o início pode ser operativo, a progressão em direção à dependência despoja o sujeito de sua autonomia real. O juízo deve centrar-se na perda de liberdade provocada pela escravidão química, oferecendo um acompanhamento que humanize o percurso através do testemunho.

7.3.2 Artigo 2: A dependência como busca espiritual fracassada e tentativa anestésica de reparação

Jr 2, 13 — *Meu povo cometeu um duplo pecado: abandonaram-me a mim, manancial de águas vivas, para cavar cisternas, cisternas rachadas que não retêm água*

Planteamento do tema

Atrás de cada dependência reside uma desolação profunda. Surge a necessidade de discernir se o consumo compulsivo é, em sua raiz, uma tentativa desesperada da pessoa por reconectar-se com o transcendente através de um meio equivocado que, em vez de libertar, termina por anestesiar a identidade e fraturar os vínculos.

Pergunta central

É possível compreender a dependência como uma busca espiritual fracassada e uma tentativa autoterapêutica de reparar feridas da afetividade?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A neurociência define a dependência como uma afecção dos circuitos de recompensa; portanto, é um processo fisiológico e não uma busca de significado.
- **Objeção 2:** Atribuir o consumo a uma «autoterapia» espiritual poderia debilitar a responsabilidade individual diante do dano cometido à comunidade.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. art. 9.4.3 (sistema de recompensa e wanting)

Afirma-se que o ser humano possui uma estrutura interna que reclama significado. A dependência representa um desencontro com essa finalidade, onde o sujeito tenta saciar uma sede de infinito com respostas materiais. O amor se reconhece como o medicamento que permite a restauração do ser diante desta tentativa fracassada de reparação.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a dependência é uma resposta errônea a uma necessidade espiritual legítima:

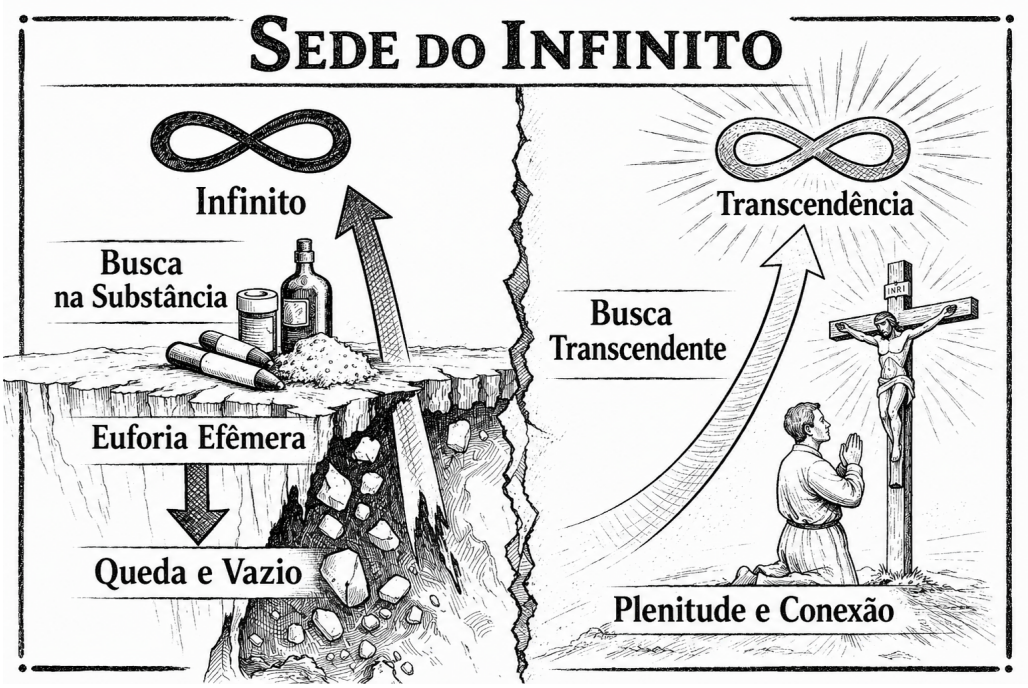


Figura 7.5: A busca fracassada

- **Sutura da orfandade:** A substância se apresenta como a única possibilidade de resistir em contextos de extrema vulnerabilidade, tentando compensar mecanicamente o que somente o vínculo humano e o testemunho podem sanar.

- **Sede de infinito mal encaminhada:** Em vez de elevar o homem, a droga o encerra em um ciclo de solidão. A recuperação consiste em remover os obstáculos que bloqueiam o desejo de viver para que a reconexão flua.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A ciência explica a maquinaria do dano, mas a espiritualidade explica a causa profunda. O dano cerebral explica por que é difícil frear, mas a fratura interna explica por que se sentiu a necessidade de acelerar em direção ao consumo como uma fuga da dor.

- **À segunda:** Compreender o componente anestésico não tira responsabilidade, mas a situa em um marco de justiça e misericórdia. O objetivo é que o irmão, mediante a escuta ativa, reconheça sua ferida para poder escolher um projeto de vida onde o consumo já não seja necessário.

7.3.3 Artigo 3: A desconexão com a realidade interior e com Deus no transtorno por uso de substâncias

Planteamento do tema

O transtorno por uso de substâncias não se limita a uma afetação orgânica, mas alcança a capacidade de amar e a abertura ao divino. Resulta necessário clarificar se esta patologia constitui uma fratura real no vínculo com a própria interioridade ou se é simplesmente uma conduta desadaptativa sem impacto no núcleo do ser.

Pergunta central

De que maneira o transtorno por uso de substâncias provoca uma desconexão progressiva com a realidade interior e com Deus?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Muitos usuários mantêm uma funcionalidade social, o que sugeriria que o consumo não interrompe necessariamente sua vida interior nem sua percepção da realidade.
- **Objeção 2:** Se a relação com Deus é imborrável, não pode existir uma «desconexão» real, já que o homem sempre permanece aberto ao divino por natureza.

Fundamento ou critério de discernimento

Reconhece-se que o espírito é a dimensão que mais lentamente se recupera, pois é o eixo da renovação da alma. O transtorno causa um desencontro progressivo com a verdade espiritual, submergindo o irmão em um ciclo de desolação que distorce todas as suas relações humanas.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que o transtorno por uso de substâncias fratura a unidade da pessoa:

- **Perda de sintonia:** O distanciamento da própria essência não ocorre de forma súbita, mas aumenta com a severidade do consumo, gerando um vazio que o indivíduo tenta colmar com mais substância, agravando a desvitalização.
- **Alteração da segurança:** As vivências traumáticas levam o sujeito a perceber o mundo como uma ameaça. A substância atua como um véu que o separa do seu centro unificador e do Deus que se manifesta na serenidade.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A funcionalidade externa pode ocultar uma deterioração profunda. A falta de conexão espiritual se manifesta como uma incapacidade progressiva de amar desinteressadamente ou de encontrar um propósito que transcenda a máscara social.
- **À segunda:** É vital distinguir entre a potência (a marca imborrável de Deus) e a condição (o estado dinâmico da relação). O consumo pode nublar ou obscurecer a consciência da presença divina sem apagá-la; por isso, a recuperação requer uma escuta ativa que ajude a retirar esse véu.

7.3.4 Artigo 4: A instalação da dependência no vazio de sentido e na desproteção social

Planteamento do tema

Ecl 1, 2.14 — *Vaidade de vaidades, tudo é vaidade... vi todas as obras que se fazem debaixo do sol e, certamente, tudo era vaidade e correr atrás do vento*

O ser humano possui exigências originais de felicidade; contudo, em contextos de exclusão extrema, produz-se uma fratura interna. Resulta imperativo compreender se a dependência é a causa deste vazio ou se é uma resposta fracassada provocada pela desproteção do entorno familiar e social.

Pergunta central

De que maneira se instala a dependência no vazio de sentido gerado pela desproteção social e pela falta de pertencimento?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Atribuir a problemática a fatores externos de desproteção poderia desdibujar a responsabilidade individual, reduzindo o sujeito a uma vítima passiva do seu contexto histórico.

- **Objeção 2:** A curiosidade ou a pressão de grupo são decisões operativas que sugerem que o transtorno nasce da vontade e não necessariamente de uma falta de raízes sociais prévias.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que a dignidade permanece intacta, mas o estado espiritual se vê ferido quando a comunidade não consegue ser um porto seguro. A sanação integral requer abordar tanto a fragilidade do indivíduo quanto a injustiça das estruturas que geram o descarte social.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a dependência compensa carências profundas de proteção:

- **Desenvolvimento reativo:** Quando o entorno não provê um apego seguro, gera-se uma personalidade defensiva que busca alívio na gratificação imediata, instalando-se na brecha que a sociedade não soube cobrir.

- **Invisibilidade social:** Em contextos de vulnerabilidade, a droga preenche falsamente a necessidade de propósito. O transtorno é a busca compulsiva de uma vivência para escapar de um presente sem esperança nem redes de apoio.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Reconhecer a fratura interna não tira responsabilidade, mas a situa em um marco de justiça. O objetivo é que a comunidade remova os obstáculos do abandono para que o irmão possa recuperar o protagonismo da sua vida mediante o diálogo fraterno.

- **À segunda:** Em contextos de alta vulnerabilidade, o que começa como curiosidade se transforma em estratégia de sobrevivência. A falta de alicerces sociais fortes faz com que o sujeito não tenha de onde agarrar-se para frear o impulso, requerendo a âncora de uma comunidade que ofereça testemunho e segurança.

7.3.5 Artigo 5: O consumismo como «evangelho do bem-estar» e motor da desconexão espiritual

Planteamento do tema

O consumismo se ergueu como um sistema de crenças que promete felicidade imediata, competindo diretamente com a busca de sentido. É necessário julgar se esta promessa é uma solução real ou se é o motor que aprofunda a desconexão da pessoa com sua interioridade e com o transcendente.

Pergunta central

Em que medida o consumismo atua como um evangelho do bem-estar que oferece soluções mágicas que agravam a desconexão espiritual?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A busca de bem-estar é uma inclinação natural em direção ao prazer, pelo que o consumo de bens e sensações é biologicamente adaptativo e não uma causa de desconexão espiritual.
- **Objeção 2:** Os problemas de dependência são doenças neurobiológicas que não dependem de fatores culturais ou ideológicos como o consumismo.

Fundamento ou critério de discernimento

O juízo espiritual reconhece que a verdadeira plenitude não pode ser comprada. A redução da esperança à posse material gera uma desvitalização do espírito, reforçando a dependência mediante a oferta de um «instante mágico» que nunca sacia a sede profunda de infinito.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que o consumismo é uma ideologia que agrava a fratura interna:

- **Solução mágica:** Propõe-se a satisfação imediata como valor supremo, convertendo a substância em um falso absoluto que suplanta a verdadeira transcendência e o esforço do crescimento pessoal.
- **Corrosão do tecido social:** Ao priorizar o «ter» sobre o «ser», o sujeito fica isolado em seu consumo, perdendo a rede de pertencimento que é a âncora fundamental da recuperação e da saúde.

Resposta às objeções

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

- **À primeira:** O bem-estar autêntico não é somente a liberação de dopamina, mas a realização integral em comunidade. O consumismo confunde o desejo momentâneo com a necessidade de significado, o que cedo ou tarde se manifesta como desolação.
- **À segunda:** Embora a dependência altere o cérebro, os fatores culturais determinam se uma pessoa recorre às substâncias para anestesiar uma vida que o sistema de mercado tornou intolerável. O processo de saúde requer um diálogo fraterno que ajude a distinguir o valor do ser diante da lógica do ter.

7.4 | O processo de reconexão

O processo de reconexão se define como um fluxo natural e espontâneo que se manifesta no encontro com Deus e com a comunidade sob o marco de um amor responsável. Partindo da premissa de que o transtorno por uso de substâncias gera um desencontro ou desconexão progressiva com a realidade espiritual interior, o trabalho de recuperação não consiste em forçar a mudança conductual mediante a imposição, mas em remover os obstáculos que bloqueiam esse fluxo. Através do caminho espiritual e do discernimento, busca-se que o sujeito sane sua história vincular para recuperar suas funções mais elevadas. Em última instância, a reconexão permite que a pessoa passe de um estado de desolação a uma confiança renovada no porvir, reconhecendo-se novamente como um ser valioso, único e irrepetível.

7.4.1 Artigo 1: A espontaneidade da reconexão espiritual no encontro com Deus e os irmãos

Lc 15, 17 — *Então, caindo em si, disse: Quantos jornaleiros de meu pai têm pão em abundância, enquanto eu aqui morro de fome?*

Planteamento do tema

Diante da problemática do consumo, frequentemente se considera que a recuperação é exclusivamente o resultado de um esforço titânico da vontade ou de uma técnica psicológica complexa. Contudo, a perspectiva da Igreja sustenta que a dimensão espiritual possui um dinamismo próprio que tende em direção à saúde. Resulta necessário discernir se a reconexão com o sentido da vida é uma construção artificial ou um fluxo natural que brota quando se restabelecem os vínculos fundamentais com o criador e a comunidade.

Pergunta central

Por que se afirma que a reconexão espiritual se dá de forma espontânea no encontro com Deus e os irmãos?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A mudança de conduta requer uma motivação alta e constante que exige um esforço consciente e voluntário, pelo que não poderia ser um processo espontâneo.

- **Objeção 2:** O consumo de substâncias gera uma desconexão tão profunda que se requereria uma intervenção externa impositiva para reparar a visão da pessoa.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que o encontro com a transcendência em um marco de amor responsável permite que a força da reconexão opere mediante um fluxo natural. O espírito humano possui uma inclinação intrínseca em direção ao bem-estar e à verdade; portanto, não é necessário fabricar a espiritualidade, mas manifestá-la mediante a acolhida e a segurança vincular.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a reconexão espiritual é espontânea porque responde à natureza relacional do ser humano:

- **Essência relacional do ser:** A pessoa se realiza no vínculo. Ao produzir-se um encontro genuíno, o espírito reconhece seu entorno natural e a reconexão flui sem necessidade de artifícios técnicos, apoiando-se no testemunho dos outros.
- **Abandono em um Poder Superior:** A reconexão se ativa quando a pessoa aceita sua fragilidade. Nesse ato de confiança, o encontro com a graça ativa uma sanação profunda que transcende o puro esforço voluntarista.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a motivação flutue, a comunidade atua como um motor de esperança externo que sustenta o sujeito. A espontaneidade não significa ausência de esforço, mas que o impulso para esse esforço nasce de um desejo interno recuperado e não de uma pressão externa.
- **À segunda:** A faísca espiritual não se acende por imposição, mas quando a pessoa se sente valorizada em sua identidade. O reconhecimento do valor próprio, mediado pela escuta ativa, é o que reverte naturalmente a desconexão provocada pela substância.

7.4.2 Artigo 2: Os obstáculos à reconexão espiritual e sua remoção mediante o discernimento

Planteamento do tema

Embora o espírito possua um dinamismo em direção à saúde, observamos que este fluxo frequentemente parece detido pelo peso da desolação. Para que a recuperação seja efetiva, não basta propor metas externas; é necessário discernir que elementos atuam como uma barreira interna. Compreender estes impedimentos permite que a comunidade atue para limpar o leito da vida interior e facilitar a reconexão do irmão com seu propósito vital.

Pergunta central

Quais são os obstáculos que bloqueiam o fluxo natural da reconexão espiritual e de que maneira podem remover-se mediante o discernimento?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Dado que a relação com o transcendente é um constitutivo inalienável, nada no plano psicológico ou social deveria poder obstaculizar um dom de origem divina.
- **Objeção 2:** O discernimento é uma função racional complexa que requer uma integridade cognitiva que o consumo costuma danificar, impedindo que o sujeito participe ativamente.

Fundamento ou critério de discernimento

O trabalho de restauração consiste em identificar os fatores que bloqueiam o dinamismo do espírito. Reconhece-se que a dimensão espiritual pode ver-se afetada por carências afetivas extremas. O critério pastoral busca gerar as condições vinculares necessárias para que a potência do ser volte a manifestar-se depois de remover os obstáculos do abandono.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a vivência da transcendência se vê condicionada por obstáculos que requerem uma pedagogia da proximidade:

- **Obstáculos principais:** A desproteção gera um vazio de sentido que o sujeito tenta cobrir com substâncias. O estigma social alimenta um sentimento de não merecimento, provocando uma fratura interna que bloqueia o desejo de melhora.
- **Remoção mediante o caminho espiritual:** A cultura do encontro oferece segurança, enquanto a vida sacramental ajuda a romper o ciclo da culpa, permitindo que a pessoa se sinta valorizada novamente.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A dignidade ontológica permanece intacta, mas a consciência dessa dignidade se nubla pela dor. Remover obstáculos não cria a luz espiritual, mas tira o véu da desolação para que essa luz ilumine a vida concreta do sujeito.
- **À segunda:** O discernimento na Igreja não é um exercício intelectual solitário, mas uma arte do acompanhamento partilhado. A comunidade empresta sua capacidade de julgar e esperar ao irmão mediante o diálogo fraterno, sustentando-o até que recupere sua autonomia.

7.4.3 Artigo 3: O despertar espiritual como faísca de vida nova e digna

Ef 5, 14 — *Desperta tu que dormes, levanta-te de entre os mortos, e Cristo te iluminará*

Planteamento do tema

No acompanhamento observa-se frequentemente um estado de desvitalização onde o sujeito parece ter perdido o motor interno. Devemos discernir se a transformação nasce de um mero esforço da vontade ou se existe uma faísca que se acende ao recuperar a consciência do próprio valor. Compreender este despertar permite à comunidade atuar como o entorno que facilita que esta nova luz guie os passos do irmão em direção a uma vida com propósito.

Pergunta central

De que maneira atua o despertar espiritual como a faísca que acende o desejo de uma vida nova e digna no irmão que sofre?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A mudança na conduta adictiva se explica exclusivamente pela neuroplasticidade cerebral, pelo que apelar a um despertar espiritual resulta desnecessário para a ciência.

Cfr. art. 6 (Julgar, Breve Glossário)

- **Objeção 2:** A vontade das pessoas com transtorno por uso de substâncias está profundamente danificada; portanto, uma faísca interna seria insuficiente para vencer a compulsão.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que quando uma pessoa consegue reconectar-se com seu sentido e sua história, produz-se um movimento interno que abre caminhos de esperança. Este despertar é uma experiência afetiva onde o sujeito se reconhece como um ser sagrado. A fé atua como a energia que transforma a percepção de um mundo hostil em um espaço de possibilidade.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que o despertar espiritual é a faísca fundamental para a vida nova mediante estes processos:

- **Reconhecimento do valor essencial:** A faísca se acende quando a pessoa descobre que sua identidade não está definida por seus erros. Ao reconhecer-se portador de uma marca divina, o irmão deixa de ver-se como um descarte social.
- **Ativação da resiliência em comunidade:** Este acender-se ocorre ao sentir-se acolhido. O ambiente de afeto incondicional rompe o ciclo do medo, permitindo que a fratura interna comece a sanar mediante o testemunho dos outros.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A ciência descreve a maquinaria biológica, mas a espiritualidade é a que outorga o significado e o para que necessário para que essa maquinaria se ponha em marcha em direção a um fim que transcenda a mera sobrevivência física.
- **À segunda:** Embora a vontade esteja debilitada, o despertar espiritual depende da ajuda recebida. O vínculo afetivo e a escuta ativa reparam a vontade, oferecendo uma força que o sujeito por si só não poderia gerar inicialmente.

7.4.4 Artigo 4: A recuperação da autonomia e a gestão responsável do projeto vital

Planteamento do tema

No acompanhamento observa-se frequentemente uma forte dependência institucional. A autonomia surge como o nível mais alto de independência e tomada de decisões informadas de que o sujeito é capaz. É imperativo julgar como esta potência se traduz em uma gestão responsável que permita ao irmão transitar de ser um assistido a ser um cidadão ativo e protagonista em sua comunidade.

Pergunta central

De que forma a recuperação da autonomia permite ao sujeito independizar-se da dependência institucional através da gestão responsável de sua vida?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A deterioração cognitiva e de vontade impediria estas pessoas de tomar as rédeas de sua vida sem uma supervisão institucional constante e permanente.
- **Objeção 2:** Ao abandonar o entorno protegido, a falta de uma estrutura externa rígida conduz inevitavelmente ao fracasso do processo devido à exposição ao mercado.

Fundamento ou critério de discernimento

A recuperação é um processo autodirigido onde a pessoa é o agente principal. O sucesso do processo espiritual é o desenvolvimento do máximo potencial do indivíduo para levar uma vida autônoma. A comunidade não deve substituir a vontade do irmão, mas fortalecer sua capacidade de autodireção em direção ao seu destino final.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que a autonomia permite a independência institucional mediante um processo de maturação progressiva:

- **Gestão material como ferramenta:** A reeducação financeira e o manejo de recursos permitem substituir o padrão impulsivo pelo planejamento. Isto facilita o acesso à moradia e ao autossustento fora da instituição.
- **O protagonismo no projeto vital:** O sujeito deixa de ser um espectador. Este empoderamento espiritual implica que a pessoa assuma a responsabilidade do seu bem-estar, participando em um diálogo fraterno com seu entorno social.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora existam sequelas, a neuroplasticidade e o acompanhamento de pares permitem aprender novos repertórios de gestão pessoal. A autonomia é progressiva e se treina na prática cotidiana do cuidado da vida própria.

Cfr. art. 6 (Julgar, Breve Glossário)

- **À segunda:** A independência não significa isolamento absoluto. O modelo contempla que a pessoa mantenha vínculos de pertencimento e redes de escuta ativa com sua comunidade de origem, o que previne recaídas mediante a segurança de não estar sozinho.

7.5 | O caminho cristão

O caminho cristão apresenta-se como uma proposta de sanação e liberdade que transcende o puramente clínico, centrando seu eixo no encontro pessoal com Jesus Cristo. Este percurso se fundamenta em uma Igreja em saída que atua como um refúgio disposto a receber a vida como vem. Longe de ser um conjunto de normas rígidas, propõe uma espiritualidade encarnada onde a comunidade se transforma em uma família que acompanha a dor sem julgar. Através da misericórdia e da vivência da palavra, o processo busca remover os obstáculos da alma para que a pessoa recupere sua capacidade de amar e de transcender, acendendo a faísca de um projeto de vida com sentido.

7.5.1 Artigo 1: O anúncio da fé em relação com a abordagem técnico-profissional

Planteamento do tema

Surge frequentemente a tensão entre a confiança no poder transformador da mensagem cristã e a necessidade de recorrer às ferramentas da medicina ou da psicologia. É fundamental discernir se o anúncio do amor de Deus invalida o trabalho clínico ou se ambas as dimensões devem articular-se em uma unidade de sentido para a restauração integral da pessoa que padece de um transtorno por uso de substâncias.

Pergunta central

De que maneira o anúncio da fé se articula com a abordagem técnico-profissional no processo de saúde integral?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Se o amor é o medicamento supremo, o anúncio da fé deveria ser suficiente por si só, tornando desnecessária a intervenção técnica ou farmacológica.
- **Objeção 2:** Dado que a dependência é uma afecção do espírito, uma solução técnica resulta superficial, enquanto a fé chegaria à raiz mesma do problema.

Fundamento ou critério de discernimento

A Igreja evita a tentação de um espiritualismo que ignore as realidades físicas e psíquicas. A intervenção é um processo integral onde o biológico e o espiritual são ingredientes necessários, mas insuficientes se se aplicam de forma isolada. A saúde é o desdobramento do máximo potencial da pessoa, o que exige uma colaboração harmoniosa entre a sabedoria da fé e o saber da ciência.

Tese e desenvolvimento argumental

Respondemos que não existe superioridade em termos de exclusão, mas uma complementaridade necessária:

- **A fé como fundamento do sentido:** A fé outorga o para que da recuperação. Devolve ao sujeito sua identidade profunda, permitindo-lhe passar da desolação à esperança.
- **A abordagem técnica como mediação:** A ciência proporciona os meios para tratar a maquinaria biológica danificada. Ignorar a biologia seria uma falta de responsabilidade pastoral; a intervenção profissional estabiliza o irmão para que seu espírito recupere a capacidade de decidir.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O amor de Deus também se manifesta através do dom da ciência. Deus sana frequentemente mediante mediações humanas; rejeitar a abordagem técnica seria desestimar as ferramentas que a providência coloca à disposição para o cuidado da vida.
- **À segunda:** Embora a dependência afete o núcleo do ser, encarna-se no sistema nervoso. O cuidado da saúde física dispõe o espírito para receber a mensagem de esperança mediante a formação de novos vínculos em um diálogo fraterno.

7.5.2 Artigo 2: A importância do primeiro anúncio no despertar espiritual do irmão

Planteamento do tema

No acompanhamento, frequentemente se prioriza a estabilização biológica. Contudo, surge o interrogante sobre a eficácia de uma mensagem espiritual em sujeitos que perderam o sentido da sua própria valia. É fundamental discernir se a mensagem de que Deus ama incondicionalmente o ser humano é uma peça central no processo de saúde ou um elemento secundário.

Pergunta central

Que importância tem o primeiro anúncio para despertar uma dimensão espiritual ferida pelo consumo problemático?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O transtorno altera as funções executivas, pelo que uma mensagem espiritual não teria capacidade de reparar danos neurológicos nem frear o impulso biológico.
- **Objeção 2:** Em pessoas com dificuldades para acatar limites, uma mensagem de amor incondicional e falta de juízo poderia fomentar a irresponsabilidade conductual.

Fundamento ou critério de discernimento

A mensagem central da fé atua como a faísca que acende o desejo de uma vida nova. Não é uma doutrina abstrata, mas um encontro que resgata a pessoa da sua desvitalização. Ao devolver ao sujeito a consciência de que sua vida é sagrada, a fé se converte na energia necessária para ser protagonista da sua própria história.

Tese e desenvolvimento argumental

- **Sanação da fratura interna:** O amor incondicional responde à orfandade profunda. Ao saber-se amado para além do seu comportamento, o sujeito deixa de ver-se como um descarte para reconhecer-se como um filho.



Figura 7.6: Os valores da espiritualidade

- **Ruptura do ciclo da culpa:** O anúncio de que Deus não julga é vital para desarmar o autodesprezo. A experiência do perdão permite separar o valor essencial dos erros passados.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Enquanto a ciência repara a maquinaria, a espiritualidade outorga a motivação transcendente para sustentar esse processo. O propósito vital utiliza a neuroplasticidade para fortalecer o compromisso com o tratamento médico.

Cfr. art. 6 (Julgar, Breve Glossário)

- **À segunda:** A misericórdia torna possível a responsabilidade. Somente quem se sente verdadeiramente digno é capaz de assumir a gestão da sua própria vida e aderir livremente aos limites necessários para seu bem-estar mediante a escuta ativa.

7.5.3 Artigo 3: O encontro pessoal com Cristo como caminho de ressurreição

Planteamento do tema

Na pastoral, a dor não é um beco sem saída, mas o lugar onde a fragilidade se encontra com a graça. Devemos discernir se o encontro com Cristo constitui uma verdadeira transformação que devolve a vida ao que parecia perdido, abrindo um caminho de esperança diante da desolação do consumo.

Pergunta central

De que maneira o encontro pessoal com Cristo transforma a dor em um caminho de ressurreição?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A dor está ancorada em danos biológicos objetivos; um encontro espiritual não pode reverter por si só a fisiologia do cérebro.
- **Objeção 2:** Falar de ressurreição parece um exagero lírico diante de trajetórias de vida marcadas pela reincidência, pelo hospital ou pela prisão.

Fundamento ou critério de discernimento

O amor é o medicamento supremo. Amar alguém em Cristo é oferecer-lhe uma possibilidade real de vida nova. A ressurreição é uma força atual que permite que o que estava morto pelo consumo volte a florescer mediante a confiança e o vínculo comunitário.

Tese e desenvolvimento argumental

- **Revelação da identidade sagrada:** Ao ver-se através dos olhos de Cristo, a pessoa deixa de ser uma cifra para reconhecer-se como um ser valioso. Esta é a faísca necessária para iniciar a reconstrução.
- **Cristo como médico que assume a chaga:** Jesus toca a carne sofredora e envolve sua vida na desolação do irmão. Ao identificar-se com o crucificado, o sofredor compreende que sua fragilidade é o ponto de encontro com uma força superior.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A ressurreição proporciona o para que viver que a medicina sozinha não pode dar, motivando o sujeito a comprometer-se com sua saúde integral e a exercer sua liberdade recuperada mediante o testemunho.
- **À segunda:** A ressurreição neste contexto não se mede pela ausência de quedas, mas pela capacidade de pôr-se de pé. É o triunfo da esperança que afirma que, mesmo no limite, o ser humano conserva a potência de começar de novo.

7.5.4 Artigo 4: O valor do testemunho e da escuta ativa na geração de confiança

Planteamento do tema

No acompanhamento de pessoas marcadas pelo estigma, a rejeição social costuma fraturar a capacidade de confiar. A comunidade deve discernir se o uso da palavra possui a potência necessária para sanar este vínculo danificado ou se se requer unicamente de intervenções técnicas padronizadas.

Pergunta central

De que maneira o testemunho e a escuta ativa geram a confiança necessária para a recuperação em quem viveu sob o peso da rejeição?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A abordagem deve ser primariamente científica; os relatos de experiências pessoais carecem de rigor para modificar uma afecção biológica.
- **Objeção 2:** A escuta é um método subjetivo que não resolve as necessidades materiais básicas, que são a verdadeira urgência do irmão.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. A escuta ativa e o trabalho interior do acompanhante (cap. 8)

A escuta ativa é o primeiro medicamento na restauração da alma. O objetivo é criar uma atmosfera de hospitalidade onde a pessoa se expresse com liberdade. O testemunho não busca impor uma doutrina, mas oferecer um reflexo de esperança que convide o outro a colocar sua própria resposta vital.

Tese e desenvolvimento argumental

- **O acompanhante par como referente:** O testemunho de quem já transitou o sofrimento gera uma legitimidade única. O irmão confia porque o outro conhece a realidade do território; sua vida é a prova de que é possível levantar-se.
- **A escuta que dignifica:** Prestar atenção ao coração do outro, crendo que sua palavra é valiosa, desarma a atitude defensiva. O sujeito baixa sua couraça e começa a reconhecer seu próprio valor intrínseco.
- **Habilitação da história pessoal:** O diálogo fraterno permite que a dor se transforme em um relato coerente e este em um projeto de vida. A pessoa deixa de ser uma cifra para ser um sujeito com nome próprio.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Enquanto a ciência trata a maquinaria física, o testemunho é o que outorga o motivo para viver. A técnica repara, mas a palavra partilhada é a que humaniza o percurso e permite que a saúde seja integral.
- **À segunda:** A escuta ativa é o vínculo afetivo que permite ao sujeito recuperar a confiança para aceitar a ajuda institucional. Sem esta ponte de humanidade, é frequente que o irmão rejeite os serviços por sentir-se instrumentalizado.

7.5.5 Artigo 5: A Lectio Divina como caminho de confrontação e cura espiritual

Formulação do tema

Surge a interrogação sobre se a leitura dos textos sagrados é um exercício intelectual ou se possui a potência de interpelar a biografia do sujeito. Devemos discernir como a Palavra de Deus permite ao irmão reconstruir sua identidade diante do vazio de sentido deixado pelo consumo.

Pergunta central

De que maneira a Lectio Divina permite que a Palavra de Deus confronte e cure a história vital de cada pessoa?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O transtorno gera frequentemente uma deterioração cognitiva que dificulta os processos de atenção necessários para uma leitura meditada.
- **Objeção 2:** Muitas pessoas em situação de consumo sofrem uma fratura interna que faz com que a linguagem religiosa lhes resulte estranha ou lhes gere rejeição por experiências prévias de culpa.

Fundamento ou critério de discernimento

A leitura orante, ancorada na realidade, permite questionar as próprias ações diante do modelo de Jesus. A Palavra não é uma norma fria, mas uma presença que confronta o viver diário. Não se busca erudição, mas um encontro afetivo em que a verdade se manifesta na simplicidade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Confrontação com uma verdade amorosa:** A Palavra desloca as mentiras do consumo. Sendo uma verdade mediada pela misericórdia, o irmão se sente convidado a reconhecer sua dignidade e não a ser condenado.



Figura 7.7: A leitura orante da Palavra de Deus

- **Reprocessamento da memória:** A leitura orante permite ressignificar recordações dolorosas. Ao iluminar a história com o evangelho, a pessoa descobre que sua vida é sagrada e que a última palavra pertence à esperança.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A compreensão não é uma conquista intelectual, mas uma experiência do coração. A prática comunitária utiliza o diálogo fraterno como mediador para que o irmão se sinta acolhido e seguro no grupo.

- **À segunda:** A Palavra deve apresentar-se a partir de uma pedagogia da proximidade. Quando o sujeito se sente amado incondicionalmente, a resistência diminui, permitindo que a Palavra cure a imagem danificada de si mesmo mediante a escuta ativa.

7.5.6 Artigo 6: A necessidade de uma espiritualidade encarnada e relacional verificada no serviço

Formulação do tema

Existe a tentação de considerar a recuperação como um fenômeno estritamente privado. Resulta fundamental discernir se a espiritualidade pode sustentar-se no isolamento ou se requer verificar-se no vínculo com os outros e no serviço concreto para ser autêntica.

Pergunta central

Por que é fundamental que a espiritualidade se verifique no serviço relacional e não em um intimismo isolado?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A espiritualidade é a relação íntima entre a alma e o Criador; o processo deveria ocorrer exclusivamente na consciência e vontade do sujeito.

- **Objeção 2:** O serviço ao próximo é percebido como uma atividade assistencial externa que não impacta a reabilitação profunda da dimensão espiritual.

Fundamento ou critério de discernimento

O ser humano é constitutivamente relacional. A espiritualidade não é um refúgio abstrato, mas uma dimensão encarnada. A verdadeira saúde espiritual se reconhece quando a pessoa sai de seu egocentrismo para encontrar-se com a realidade sofredora de seus irmãos.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Cura mediante o vínculo:** Uma vez que a dependência é um desencontro, a resposta é a comunhão. O isolamento se reverte mediante a integração em uma comunidade que oferece afeto. O intercâmbio de experiências permite que a dor se transforme em história compartilhada.
- **O princípio do curador ferido:** A maturidade se verifica na passagem de ser um assistido a ser um servidor. Ao cuidar do outro, o sujeito descobre que sua história de dor tem um valor salvífico, ativando uma resiliência que devolve o gosto pela vida.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Uma fé desvinculada do irmão corre o risco de converter-se em um misticismo que não sustenta a vida diante das crises. O ser humano só se descobre plenamente no encontro com o outro por meio da escuta ativa.
- **À segunda:** O serviço é o lugar em que se verifica a autenticidade do despertar espiritual. O diálogo fraterno e o compromisso com o próximo conferem o fundamento sólido para que a recuperação seja duradoura e cheia de testemunho.

7.6 | Os sacramentos

Os sacramentos se compreendem como encontros vitais com a misericórdia divina que sustentam e transformam o percurso de saúde integral. Na lógica de uma comunidade que atua como refúgio, a vida sacramental se oferece como o canal da graça necessária para restaurar a unidade da pessoa. A Eucaristia e a Reconciliação não são metas para aqueles que alcançaram a perfeição, mas meios de cura para que o irmão sare suas fraturas internas e reordene seus desejos rumo a um projeto de vida com propósito.

7.6.1 Artigo 1: Os sacramentos como remédio para os feridos e não como prêmio para os perfeitos

Lc 5, 31 — *Não são os sãos que precisam de médico, mas os enfermos. Eu não vim chamar os justos, mas os pecadores*

Formulação do tema

Na pastoral surge com frequência a interrogação sobre se uma pessoa que atravessa a instabilidade das recaídas pode ter acesso à vida sacramental. Alguns setores exigem uma conduta impecável como requisito prévio, inabilitando o sujeito por sua fragilidade moral. Resulta imperativo julgar se os sacramentos são instrumentos de cura para o irmão ferido ou galardões para uma minoria perfeita.

Pergunta central

Devem os sacramentos ser um prêmio para os perfeitos ou um remédio para aqueles que padecem das chagas do consumo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O acesso aos sacramentos requer um estado de graça coerente; a desordem vinculada ao consumo parece contrapor-se à santidade destes ritos.
- **Objeção 2:** A confissão exige um propósito firme de emenda que, em uma vontade danificada biologicamente pela dependência, parece difícil de validar em razão da reincidência.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que os sacramentos são atos de misericórdia destinados à restauração do ser humano. A graça é o auxílio divino que permite ao homem levantar-se. A Igreja atua como um hospital de campanha que não pede méritos morais prévios, mas oferece o alimento espiritual como um direito que brota da necessidade de quem sofre.

Amoris Laetitia N°291

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Primazia da Graça sobre a vontade:** A cura profunda não é apenas um esforço humano, mas uma abertura à ação de Deus. Os sacramentos atuam onde a força do indivíduo não alcança, purificando o coração e reparando a capacidade de escolher o bem por meio do testemunho.
- **Ruptura do ciclo de autodesprezo:** A dependência costuma estar marcada pela culpa. Os sacramentos separam o erro cometido da identidade sagrada do sujeito, devolvendo a paz necessária para sustentar o processo de saúde.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A disposição principal para receber a graça não é a perfeição, mas a humildade de reconhecer a própria impotência. Negar o remédio a quem está enfermo é contrário à missão da Igreja; o sacramento é aquele que outorga a força para iniciar a ordem, não sua consequência final.
- **À segunda:** O propósito de emenda deve entender-se como um caminho progressivo de saúde integral. Deus não se cansa de perdoar; cada encontro sacramental é um passo na reconexão espiritual que ajuda a desaprender o hábito de morte mediante o diálogo fraterno.

7.6.2 Artigo 2: A Eucaristia como alimento para os fracos na luta cotidiana

Jo 6, 35.51 — *Eu sou o pão da vida; quem vem a mim não terá fome, e quem crê em mim não terá sede jamais*

Formulação do tema

A recuperação é um trajeto marcado pelo mal-estar e pelo desejo compulsivo. Trata-se de discernir se a Eucaristia possui uma eficácia real para proporcionar a fortaleza necessária no combate pela sobriedade ou se é meramente um rito simbólico alheio à urgência de quem padece um transtorno por uso de substâncias.

Pergunta central

De que maneira atua a Eucaristia como um alimento para os fracos que sustenta o sujeito em seu processo de saúde integral?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A luta contra a dependência tem uma base neurobiológica; um elemento espiritual não poderia prover o «freio» físico que o cérebro perdeu.
- **Objeção 2:** Situar a prioridade em um alimento sacramental poderia distrair da resolução das carências materiais urgentes (teto e pão) do irmão.

Fundamento ou critério de discernimento

A Eucaristia é um generoso remédio para aqueles que se encontram fragilizados. Representa o encontro com uma presença viva que devolve as forças para a perseverança, transformando o sofrimento em um processo de esperança em que o amor divino é o principal agente de restauração.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Sustento no trânsito da dor:** Ao comungar, a pessoa une seu cansaço à entrega de Cristo. A experiência da abstinência deixa de ser um beco sem saída para converter-se em um caminho de ressurreição verificado no testemunho.

- **Restauração na mesa compartilhada:** O consumo isola, mas a Eucaristia se celebra em comunidade. Ser convidado à mesma mesa que os demais cura a fratura interna do descarte e recupera a consciência do valor inalienável de filho.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a ciência repare a maquinaria biológica, o espírito outorga o propósito para viver. A Eucaristia oferece um refúgio de paz que estabiliza o ânimo diante da ansiedade, utilizando a motivação transcendente como um pilar que sustenta os resultados técnicos.

- **À segunda:** A Igreja, como hospital de campanha, não separa o espiritual do material. A escuta ativa e a Eucaristia impulsionam a comunidade a comprometer-se com as necessidades sociais, reconhecendo que não há caridade autêntica sem o serviço concreto a quem tem fome de pão e de sentido.

7.6.3 Artigo 3: A Confissão como caminho de libertação da culpa e restauração filial

Formulação do tema

No acompanhamento, a culpa atua como uma mochila que paralisa o sujeito, levando-o a crer que sua identidade é sua queda. Resulta necessário discernir como a reconciliação consegue curar a autopercepção do indivíduo e desarmar a sabotagem interna nascida de uma fratura que impede projetar o futuro.

Pergunta central

De que maneira a Confissão permite à pessoa deixar a carga do passado e reconhecer-se novamente como filho amado?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A culpa é um fenômeno psicológico vinculado a traumas; portanto, requer uma abordagem clínica e não um rito espiritual.

- **Objeção 2:** Uma pessoa com o sistema de decisões afetado pelo consumo carece da vontade necessária para um arrependimento livre, invalidando o sacramento.

Fundamento ou critério de discernimento

A reconciliação permite soltar as cargas e olhar a história sem medo. O perdão divino é um abraço que separa o erro da identidade sagrada. O sacramento oferece um espaço de liberdade absoluta em que a graça atua sobre a fragilidade para iniciar uma reconstrução baseada no amor.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Habilitação da palavra:** Ao habilitar a palavra em um ambiente de escuta ativa, a dor se transforma em relato. A confissão permite externalizar aquilo que envergonha, despojando o sujeito dos segredos que alimentam o desejo de consumo.

- **Ruptura do autodesprezo:** O perdão sacramental rompe o ciclo de desqualificação. Ao descobrir-se perdoada, a pessoa se sente habilitada a perdoar-se a si mesma por meio de um diálogo fraterno com sua própria história.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A psicologia ajuda a compreender a origem da ferida, mas a confissão cura o vínculo espiritual com a vida. Esta teoterapia sacramental devolve um «para quem» viver, integrando a dor em um horizonte de redenção.

- **À segunda:** Embora a vontade esteja debilitada biologicamente, o anseio de plenitude permanece no coração. A confissão atua sobre esse resto de liberdade para que o sujeito aceite ser amado em sua debilidade, transformando a impotência química em abertura ao espírito.

7.6.4 Artigo 4: O valor da Adoração Eucarística como refúgio de silêncio e estabilidade

Formulação do tema

Discute-se se dedicar tempo à contemplação constitui um pilar para a estabilidade ou se é uma prática secundária diante da urgência terapêutica. É necessário julgar se o espaço diante do Santíssimo é uma evasão ou um meio eficaz para achar uma ancoragem em meio à desordem.

Pergunta central

Que valor terapêutico e espiritual tem a Adoração Eucarística como um refúgio de silêncio diante do ruído e da ansiedade do consumo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O silêncio é uma atividade passiva, enquanto o transtorno por uso de substâncias requer intervenções ativas e dinâmicas de grupo.
- **Objeção 2:** A impulsividade de uma abstinência recente faz com que o silêncio absoluto resulte contraproducente ou inalcançável para o irmão.

Fundamento ou critério de discernimento

A presença silenciosa de Jesus oferece paz e sentido. Para muitos, este é o primeiro momento de silêncio após anos de confusão. O encontro ajuda a reconhecer o amor gratuito que restaura a unidade da pessoa.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Espaço de não julgamento:** Diante do Santíssimo, o sujeito descobre que é amado tal como é, desarmando a imagem danificada de si mesmo. Este ato de aceitação é vital para aqueles que viveram sob a desqualificação constante.

- **Reordenamento do desejo:** Ao contemplar Cristo, o desejo se reorienta desde os objetos que não saciam rumo à transcendência. Passa-se de uma busca fracassada a uma conexão real com o propósito vital.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A contemplação é uma atividade profunda que permite reprocessar os vínculos. O silêncio orante não é vazio, mas o fundamento para que o sujeito valorize sua existência e se comprometa com sua mudança mediante o testemunho.
- **À segunda:** O silêncio da adoração oferece o contraponto necessário para regular o sistema nervoso. A paz que emana do encontro ajuda a baixar os níveis de alerta gerados pela ansiedade do consumo, atuando como um bálsamo regulador.

7.6.5 Artigo 5: A Unção dos enfermos em situações-limite de saúde e desproteção

Formulação do tema

No trabalho com pessoas em situação de rua ou cárceres, enfrentamos fragilidades físicas extremas. Trata-se de discernir se a Unção é um rito de despedida ou um gesto de proximidade que manifesta que a comunidade não abandona seus filhos no umbral da vida.

Pergunta central

Como a Unção dos enfermos se converte em uma experiência de Igreja viva e um anúncio de esperança em situações-limite de saúde?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Aqueles que viveram anos de rejeição por parte de estruturas eclesiais se sentem indignos de receber ritos sagrados em seus momentos finais.
- **Objeção 2:** A unção pode ser percebida com um olhar fatalista, confirmando que já não há esperança para quem viveu na marginalização.

Fundamento ou critério de discernimento

O acompanhamento na fragilidade é um ministério de ressurreição. A unção é o óleo da misericórdia que venda as feridas e devolve ao enfermo seu valor sagrado. A Igreja atua aqui como hospital de campanha que oferece calor e fortaleza sem pedir méritos.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Humanização do percurso:** O sistema sanitário costuma atender apenas o diagnóstico. O sacramento devolve a identidade filial; ao ser ungido, o irmão deixa de ser uma cifra para ser um ser amado, dando sentido a sua luta pela saúde.
- **Sutura da orfandade:** Ao receber a unção, o excluído experimenta que a comunidade-família está presente. Este gesto de proximidade cura a fratura do abandono mediante a escuta ativa prévia ao rito.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O sacramento não se baseia em méritos, mas na necessidade do ferido. Deus se abaixa para tocar a carne sofredora de todos os seus filhos sem distinção, assegurando que o irmão se sinta dignificado e não julgado.
- **À segunda:** A unção é a força do espírito que acompanha a batalha, não uma renúncia. É o sinal da união com Cristo que venceu a morte, assegurando que a vida tem um propósito que transcende a enfermidade e se manifesta no testemunho final.

7.7 | A sabedoria espiritual

A sabedoria espiritual constitui a instância fundamental para compreender o dinamismo do espírito no processo de saúde integral, oferecendo as ferramentas necessárias para achar caminhos de resolução diante dos desafios que a dependência apresenta. Longe de ser um saber abstrato, manifesta-se como um discernimento encarnado que permite ao sujeito tomar distância de sua própria realidade para examiná-la sem preconceitos, integrando suas emoções e vínculos em um projeto de vida com sentido. Esta sabedoria se nutre do testemunho da comunidade, funcionando como uma âncora que ajuda a transitar a dor e as crises como oportunidades de mudança genuína. Ao centrar-se na vivência plena do presente e na abertura ao amor de Deus, a sabedoria espiritual capacita a pessoa para redescobrir seu valor inalienável como protagonista de sua própria história.

7.7.1 Artigo 1: Os indícios de autenticidade na recuperação espiritual

Formulação do tema

Gl 5, 22 — *O fruto do Espírito é: amor, alegria, paz, paciência, afabilidade, bondade, fidelidade, mansidão, domínio de si*

Estabeleceu-se que a espiritualidade é o eixo que sustenta toda verdadeira recuperação, pois sem ela a pessoa corre o risco de reconstruir-se apenas por fora. Contudo, no acompanhamento surge a necessidade de discernir se a mudança experimentada pelo irmão é uma transformação profunda da alma ou uma adaptação comportamental superficial. Resulta imperativo julgar quais são os frutos visíveis que manifestam uma verdadeira reconexão espiritual diante do vazio de sentido prévio.

Pergunta central

Que indícios cotidianos permitem julgar que um processo de recuperação espiritual é autêntico?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A espiritualidade é uma dimensão subjetiva e invisível; portanto, qualquer tentativa de observá-la externamente resultaria em um julgamento indevido sobre a consciência do outro.

- **Objeção 2:** O único indício objetivo de melhora no transtorno por uso de substâncias é a abstinência física; se o sujeito não consome, o processo é autêntico.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que o crescimento espiritual não é um evento isolado, mas uma viagem contínua que se manifesta em uma reconfiguração do olhar sobre a realidade. A sabedoria espiritual se verifica quando o sujeito passa da desolação a uma comunhão afetiva com a comunidade e com Deus. Os frutos são sinais tangíveis que permitem reconhecer que a potência do ser voltou a manifestar-se.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a autenticidade da recuperação se manifesta por meio de indícios que refletem a cura da fratura interna:

- **Serenidade interior e descentramento:** O sujeito deixa de ser o centro de seus medos para reconhecer-se parte de uma comunidade interdependente. Manifesta-se na capacidade de agir com calma diante das contrariedades sem recorrer à fuga do consumo.

- **Dedicação ao serviço:** A verificação mais sólida é a passagem de ser um assistido a ser um servidor, assumindo uma responsabilidade ativa no bem-estar dos irmãos mediante o testemunho.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a raiz seja invisível, a árvore se conhece por seus frutos. A espiritualidade autêntica é relacional; se não se traduz em gestos de amor e em uma escuta ativa para com o próximo, não alcançou a maturidade necessária para sustentar a vida.

- **À segunda:** A abstinência é necessária mas insuficiente. Uma pessoa pode não consumir e viver na soberba; a sabedoria espiritual busca a restauração integral da dignidade e não apenas a ausência de substâncias.

7.7.2 Artigo 2: A sabedoria espiritual e o assombro pela simplicidade da vida cotidiana

Formulação do tema

A sabedoria espiritual é um discernimento encarnado que integra a história e os vínculos em um projeto com sentido. Em contextos em que a vida se reduziu à busca de um «instante mágico» para anestesiar a dor, surge a necessidade de discernir se a valorização do pequeno é a manifestação de uma cura do espírito que recupera a conexão com a realidade.

Pergunta central

Como se manifesta a sabedoria espiritual na capacidade de maravilhar-se com o cotidiano e com a simplicidade da vida?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Na recuperação, a prioridade deve ser o sucesso material; dedicar-se a contemplar a simplicidade parece uma perda de tempo diante das urgências da vida.
- **Objeção 2:** O cérebro de uma pessoa afetada pelo consumo não pode encontrar satisfação no simples devido à sua habituação a estímulos de intensidade extrema.

Fundamento ou critério de discernimento

A capacidade de maravilhar-se com a simplicidade é um indício fundamental do crescimento espiritual. Permite transformar a percepção do entorno, passando de ver o mundo como uma ameaça a reconhecê-lo como um espaço amoroso e seguro.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Sutura da fenda existencial:** O assombro cotidiano é o sinal de que o vazio interior foi habitado pela presença de Deus e pelo afeto comunitário.

- **Vivência do presente:** A sabedoria espiritual ancora a pessoa no presente concreto, permitindo-lhe desfrutar de gozos singelos sem recorrer à evasão química.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A autonomia econômica deve ser consequência do bem-estar espiritual. Encontrar sentido no cotidiano garante que o desempenho social posterior seja sustentável e não uma máscara de funcionalidade.
- **À segunda:** A sabedoria espiritual permite uma percepção diferente em que a paz interior substitui a urgência da euforia química pela satisfação duradoura que brota do encontro com os outros mediante o diálogo fraterno.

7.7.3 Artigo 3: A serenidade interior e o descentramento do eu como frutos da fé

Formulação do tema

Na saúde integral se observa com frequência a transição desde a agitação e o egocentrismo rumo à calma e à abertura ao próximo. É vital discernir se esta serenidade constitui um fruto autêntico de uma fé encarnada que transformou a raiz do ser ou se é um subproduto biológico.

Pergunta central

De que maneira a serenidade interior e a diminuição do egocentrismo refletem um crescimento autêntico na fé?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A serenidade em recuperação é exclusivamente resultado da estabilização neuroquímica e do uso de psicofármacos após a cessação do consumo.
- **Objeção 2:** Pode-se alcançar um estado de calma mediante a disciplina pessoal sem necessidade de apelar à dimensão da fé.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que a fé se cultiva mediante o exercício diário da presença de Deus. O crescimento espiritual se manifesta quando o sujeito alcança uma percepção do universo como um lugar amoroso, resultado de saber-se sustentado pela graça.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Confiança na Graça:** O aparecimento da paz interior é o indício de que a pessoa deixou de lutar sozinha, sentindo-se acolhida em uma relação de aliança.
- **Liberdade relacional:** Ao diminuir o egocentrismo, o sujeito descobre o gosto de ser povo e de servir mediante o testemunho.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a ciência repare a maquinaria, a fé é a que outorga o «para quê» viver. A serenidade espiritual é uma segurança ontológica que nasce de saber-se amado incondicionalmente por Deus.
- **À segunda:** A dimensão espiritual dota a serenidade de um horizonte de transcendência. Ao reconhecer Cristo como caminho, a paz deixa de ser um equilíbrio psicológico frágil para converter-se em uma âncora firme diante dos vazios existenciais.

7.7.4 Artigo 4: O perdão e a gratidão como motores de cura profunda

Formulação do tema

A recuperação não é apenas a supressão do consumo, mas uma reconfiguração da alma. O perdão e a gratidão são ferramentas de restauração que permitem ao sujeito libertar-se da carga do passado e reconectar-se com o sentido de sua existência.

Pergunta central

Que papel desempenham o perdão e a gratidão como motores da cura integral?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O perdão resulta impossível ou revitimizante diante de abusos extremos; o ressentimento é uma resposta defensiva lógica.
- **Objeção 2:** A gratidão pode ser vista como um mecanismo de negação que não resolve a vulnerabilidade social da pessoa.

Fundamento ou critério de discernimento

O perdão e o arrependimento constituem um impulso fundamental para a libertação das dependências. Ao reconhecer que o valor do ser é superior às suas quedas, o sujeito encontra na misericórdia a energia para reconstruir sua identidade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Libertação da culpa:** O perdão a si mesmo separa a identidade sagrada do comportamento errado. O perdão aos outros cura a memória mediante o diálogo fraterno.
- **Gosto pela vida:** A gratidão reduz a ansiedade e fortalece a vontade diante do desejo impulsivo de consumo mediante a escuta ativa.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O acompanhamento pastoral permite que a pessoa processe sua dor e descubra que seu sofrimento pode ser redimido, abrindo uma via de ressurreição que cura a lembrança sem obrigar ao esquecimento.
- **À segunda:** A gratidão não é otimismo ingênuo, mas a decisão diária de reconhecer os milagres cotidianos. Esta disposição tem um impacto protetor real que diminui os gatilhos do consumo.

7.7.5 Artigo 5: O discernimento espiritual diante das falsas soluções que o mercado oferece

Formulação do tema

No entorno cultural atual, o mercado promete felicidade imediata por meio de substâncias. Resulta imperativo julgar se esta promessa é uma solução real ou um motor que aprofunda o vazio interior. O discernimento surge como a faculdade necessária para escolher um caminho de liberdade autêntica.

Pergunta central

De que maneira o discernimento espiritual ajuda a identificar e superar as «falsas soluções» que o mercado oferece?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O mercado oferece um alívio tangível à dor psíquica mediante efeitos químicos; portanto, não é uma solução «falsa» diante de um sofrimento intolerável.
- **Objeção 2:** A deterioração cognitiva provocada pelo transtorno impediria realizar um processo de reflexão espiritual profundo.

Fundamento ou critério de discernimento

O discernimento permite a desmitificação das falsas respostas ao sentido da vida. Esta capacidade se cultiva na comunidade e permite à pessoa recuperar o protagonismo de sua própria história.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Desarmamento de ilusões:** Por meio da escuta ativa, o irmão aprende a distinguir entre o prazer efêmero e a alegria duradoura dos vínculos saudáveis.

- **Identidade diante de mercadoria:** O discernimento faculta à pessoa valorizar sua existência a partir de sua dignidade intrínseca e não de sua capacidade de consumo.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a substância acalme o mal-estar momentaneamente, o discernimento revela que é uma fuga que aprofunda a desvitalização. A cura autêntica processa a história pessoal em um ambiente de segurança.
- **À segunda:** O acompanhamento pastoral ajuda a «baixar a guarda». O apoio dos pares permite que o irmão aceite sua própria fragilidade, abrindo caminho a uma sabedoria que nasce da humildade e da confiança em um Poder Superior.

7.8 | A espiritualidade na mulher

Esta seção explora a espiritualidade na mulher como uma resposta vital diante da dupla condenação imposta pelo sistema: o estigma pelo consumo e a censura por não cumprir os papéis tradicionais de cuidado. As mulheres costumam enfrentar o processo de saúde em uma profunda solidão, o que exige uma espiritualidade da ternura que atue como um hospital de campanha. A proposta se centra em um enfoque receptivo ao trauma, em que a fé permite reconhecer a dignidade inalienável para além das chagas. Mediante o acompanhamento artesanal e figuras carinhosas, busca-se restaurar a capacidade de amar e maternar, promovendo um encontro pessoal com Cristo que devolva o protagonismo da vida.

7.8.1 Artigo 1: A especificidade das necessidades e potências espirituais na mulher

Formulação do tema

Ao abordar a dimensão espiritual, surge a necessidade de discernir se a alma possui uma configuração que requeira um trato diferenciado. Na pastoral se observa que a trajetória das mulheres está atravessada por violências e abandonos específicos que frequentemente são ignorados pelos modelos padronizados. Resulta fundamental julgar se o reconhecimento destas particularidades permite uma cura mais profunda baseada na realidade encarnada do sujeito.

Pergunta central

Existem necessidades e potências espirituais específicas na mulher que a pastoral deva contemplar diferenciadamente?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A dignidade ontológica é igual para todo ser humano; portanto, o espírito não tem gênero e a graça atua da mesma forma em todos os indivíduos sem distinção.
- **Objeção 2:** Os sacramentos e a Palavra de Deus são universais; propor uma espiritualidade feminina poderia fragmentar a unidade da fé e da mensagem evangélica.

Fundamento ou critério de discernimento

Estabelece-se que, embora a essência espiritual seja universal, sua manifestação é encarnada. A Igreja deve curar primeiro as feridas mais sangrantes, que na mulher estão ligadas ao trauma e a uma dupla condenação social. O julgamento pastoral exige uma pedagogia da proximidade que reconheça a terra sagrada da história feminina para oferecer uma resposta de saúde integral.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Cura do estigma específico:** A mulher padece uma desqualificação maior ao ser julgada por falhar em seu papel de cuidadora. A restauração espiritual lhe devolve sua dignidade inalienável, lembrando-lhe que seu valor não depende de expectativas sociais, mas de sua identidade como filha amada.
- **Ativação da maternidade comunitária:** As mulheres possuem uma potência criativa única para gestar vínculos. Fomentar seu protagonismo mediante o testemunho compartilhado permite que sua recuperação impacte positivamente todo seu núcleo familiar.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a raiz ontológica seja idêntica, a dimensão social e existencial da mulher está mais ferida pela exclusão sistemática. O acompanhamento deve restaurar a percepção subjetiva desse valor infinito que o estigma de gênero tentou apagar.
- **À segunda:** A universalidade do evangelho se enriquece com a inculturação. Jesus aplicou uma pedagogia diferenciada, abaixando-se para tocar a carne de cada pessoa segundo sua necessidade específica de consolo, o que se traduz hoje em um acompanhamento artesanal que respeita a identidade feminina.

7.8.2 Artigo 2: O impacto da dupla condenação na interioridade e autoestima da mulher mãe

Formulação do tema

A mulher mãe que atravessa um transtorno por uso de substâncias enfrenta uma pressão social distinta da do varão. Enquanto existe certa tolerância para com o homem enfermo, sobre a mulher se descarrega uma censura que a etiqueta como «má mãe». É necessário julgar como esta dupla condenação afeta sua interioridade e sua possibilidade de recuperação espiritual.

Pergunta central

Como afeta a dupla condenação social e moral a interioridade e a autoestima da mulher mãe que consome?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O sentimento de culpa é uma reação necessária diante do não cumprimento de deveres parentais, funcionando como um mecanismo que deveria motivar a mudança.
- **Objeção 2:** O tratamento das dependências deve ser idêntico para todos os gêneros, uma vez que o impacto biológico das substâncias no cérebro é o mesmo.

Fundamento ou critério de discernimento

A desqualificação social destrói a autoestima desde a base e gera uma barreira para a saúde. O amor de Deus não coloca etiquetas, e a comunidade deve ser o primeiro espaço em que a mulher se sinta livre da condenação para iniciar seu caminho de ressurreição. O julgamento pastoral deve priorizar a acolhida incondicional da vida como vem.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Internalização da rejeição:** A mulher termina por acreditar na mensagem de descarte. Ao sentir-se «duplamente pecadora», bloqueia sua abertura à graça. O testemunho de outras mulheres é vital para desarmar esta crença de não merecimento.

- **A sabotagem nascida da culpa:** A dor de sentir que falhou com seus filhos pode levá-la a consumir para anestesiar a angústia. A escuta ativa permite processar esta culpa, separando seu valor como pessoa de seus erros passados.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A culpa na mulher costuma ser vivida como uma ferida de desprezo que paralisa a esperança. A pastoral deve transformar essa carga em um desejo de futuro mediante a misericórdia, permitindo que a responsabilidade nasça do amor e não do julgamento.
- **À segunda:** As consequências sociais para a mulher são mais punitivas, como a perda de guarda. Requerem, portanto, um acompanhamento artesanal que inclua a reparação do vínculo materno em um ambiente de segurança e ternura.

7.8.3 Artigo 3: A restauração da imagem de Deus após o trauma mediante a pedagogia da ternura

Formulação do tema

O acompanhamento revela que a história das mulheres costuma estar marcada pela violência que danifica a percepção do próprio valor. É necessário discernir se o trauma complexo altera a essência espiritual ou se atua como um véu que oculta a identidade sagrada. Resulta fundamental julgar como a ternura se constitui na ferramenta de saúde necessária para restaurar a imagem de Deus naquelas que foram violadas.

Pergunta central

De que maneira o trauma desfigura a imagem de Deus na mulher e como se inicia a cura mediante a pedagogia da ternura?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A dignidade é um dom indestrutível; portanto, nenhuma violência pode afetar ou desfigurar a imagem de Deus na alma.

- **Objeção 2:** O trauma complexo é um fenômeno neurobiológico que deve ser tratado apenas com ferramentas clínicas e farmacológicas; apelar à ternura carece de rigor profissional.

Fundamento ou critério de discernimento

As feridas da vida podem ensombrecer a dignidade, dificultando que a pessoa reconheça seu valor original. A ternura de Cristo é uma proximidade que se inclina para vendar chagas, permitindo que a pessoa se sinta acolhida em um amor que não pede méritos. A Igreja, como hospital de campanha, reconhece que Deus se manifesta especialmente na fragilidade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **A ternura como segurança vincular:** A cura começa quando o entorno oferece uma experiência oposta à violência. A escuta ativa mediada pela ternura permite que o sistema nervoso passe do alerta à segurança, habilitando o espírito a reconectar-se com Deus.
- **Restauração do verdadeiro ser:** O acompanhamento artesanal permite processar a dor em um quadro de amor incondicional. Ao sentir-se valorizada, a mulher passa de ser uma vítima desvitalizada a ser protagonista de sua história mediante o testemunho.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Se bem que a raiz é indelével, o trauma «ensombrece» sua manifestação operativa. A cura espiritual retira os obstáculos da vergonha e do medo para que a luz do espírito volte a guiar o projeto vital do sujeito.
- **À segunda:** A técnica científica é uma mediação necessária, mas a ternura é o solo fértil em que a clínica dá frutos. Uma abordagem que ignore o vínculo afetivo resulta insuficiente para tratar uma ferida que é um desencontro espiritual e relacional.

7.8.4 Artigo 4: A resiliência feminina como força teologal e motor de transformação familiar

Formulação do tema

A resiliência costuma ser categorizada meramente como uma capacidade biológica de adaptação ao estresse. Contudo, resulta fundamental discernir se na mulher esta força possui uma dimensão transcendente que atua como motor de reconstrução do sistema vincular. Trata-se de julgar como a capacidade de levantar-se após o desamparo se converte em uma potência que gesta vida nova para todo o lar.

Pergunta central

De que maneira a resiliência feminina se converte em uma força teologal capaz de transformar a realidade de toda a família?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Os processos de saúde são estritamente individuais; pretender que a restauração da mulher envolva a família é uma carga que ignora o livre-arbítrio dos demais.
- **Objeção 2:** Os obstáculos estruturais como a pobreza são realidades tão pesadas que a mera força interior da mulher resulta insuficiente sem intervenção externa massiva.

Fundamento ou critério de discernimento

Reconhece-se que as mulheres possuem uma potência criativa única para gerar vínculos curativos. Ao recuperar seu valor como imagem viva de Deus, a mulher se converte no pilar que sustenta seus filhos, irradiando a força da ressurreição. Sua força não nasce apenas da vontade, mas de uma mística da proximidade que se nutre do amor divino.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Potência criativa do ser:** A mulher em recuperação passa de ser objeto de assistência a ser protagonista. Ao descobrir sua dignidade, ativa um processo criativo que lhe permite sonhar um futuro sem consumo, servindo de luz para seus filhos.
- **Sinergia da ternura:** A resiliência se ativa plenamente na comunidade-família. O diálogo fraterno permite que sua força interna se converta em uma caridade operante, transformando uma história rompida em esperança para todos os seus.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O ser humano é constitutivamente relacional; ninguém se cura sozinho. Devido a que a mulher costuma ser a organizadora dos afetos no bairro, sua estabilidade espiritual gera segurança em seus filhos, facilitando o despertar espiritual de todo o sistema.
- **À segunda:** A sabedoria espiritual não substitui a justiça, mas é a que humaniza o percurso. Ao reconhecer seu valor infinito, a mulher ativa sua agência para reclamar direitos, convertendo sua fragilidade no fundamento de uma luta digna pela vida de sua família.

7.9 | A âncora da comunidade

A comunidade atua como a âncora indispensável que sustenta a dimensão espiritual do ser humano, especialmente diante do avanço de lógicas de consumo que buscam preencher os vazios interiores com gratificações imediatas. Este espaço comunitário é constitutivo da interioridade de cada pessoa e de seu processo de saúde integral, sob a premissa de que não existe uma espiritualidade isolada, mas se requer do testemunho e do caminho compartilhado com os outros para encontrar um lugar próprio no mundo. Ao oferecer um ambiente de pertencimento, afeto e cuidado, a comunidade organizada funciona como o solo firme em que o sujeito pode despojar-se de preconceitos e desarmar as respostas fracassadas que a solidão tentou impor. Em definitivo, a âncora comunitária permite que os processos de mudança não sejam tentativas isoladas, mas uma história compartilhada que humaniza o percurso e devolve à pessoa seu valor sagrado e sua capacidade de transcender.

7.9.1 Artigo 1: A impossibilidade de uma vivência espiritual isolada do tecido comunitário

Formulação do tema

Na análise do espírito humano, surge frequentemente a dúvida sobre se a vivência espiritual pode desenvolver-se plenamente na intimidade da consciência. Em contextos de extrema exclusão, em que o indivíduo aprendeu a sobreviver sozinho, é necessário discernir se a espiritualidade pode ser um refúgio puramente interno ou se a desconexão dos outros constitui uma fratura que impede a saúde integral da pessoa que padece um transtorno por uso de substâncias.

Pergunta central

É possível a vivência espiritual plena sem a mediação do tecido comunitário?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A espiritualidade é um processo de reflexão profunda que o sujeito pode realizar na intimidade de sua própria consciência, independentemente de seu ambiente social.

- **Objeção 2:** O encontro com o divino é um ato pessoal de fé; se a relação com Deus é intrínseca, não deveria depender de mediações externas.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. O Capital de Recuperação e seus tipos (cap. 8)

Estabelece-se que não existe espiritualidade sem os outros. O ser humano é constitutivamente relacional; não há pessoa sem relação. Os demais apresentam testemunhos de vida que funcionam como espelhos necessários para que o sujeito possa formular sua própria resposta no mundo. Aquele que se nega a compartilhar se encerra em um isolamento que desvitaliza o espírito.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **A pessoa como ser-em-relação:** As relações não são um acidente, mas um elemento substancial da natureza humana. Desconectar-se da comunidade é desconectar-se da própria essência. A comunidade permite que o espírito reconheça seu lar natural mediante o encontro genuíno.
- **Cura mediante o vínculo:** Uma vez que a dependência é fundamentalmente um desencontro, a resposta é a comunhão. O intercâmbio permite que as tentativas de melhora se convertam em história compartilhada por meio da escuta ativa.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O sentido da vida só se descobre ao reconhecer-se parte de um todo interdependente. O homem não se basta a si mesmo; requer o próximo para despertar sua capacidade de transcendência e não ficar preso no egocentrismo do consumo.
- **À segunda:** A relação com Deus se verifica na relação com o irmão. Ao descobrir o rosto do outro em um diálogo fraterno, o sujeito fica capacitado para reconhecer a Deus; o isolamento corre o risco de converter-se em um misticismo que não sustenta a vida diante da crise.

7.9.2 Artigo 2: A mística do «vejam como se amam» como motor do despertar espiritual

Jo 13, 35 — *Nisto todos reconhecerão que sois meus discípulos: se vos amardes uns aos outros*

Formulação do tema

No acompanhamento surge a interrogação sobre se o despertar espiritual requer um sinal externo que o ative. Deve-se discernir se a observação de uma comunidade que vive o amor recíproco possui a força necessária para cativar o irmão excluído, oferecendo-lhe um novo horizonte diante da desolação provocada pelo isolamento e pelo transtorno por uso de substâncias.

Pergunta central

De que maneira a mística do «vejam como se amam» se converte no primeiro motor do despertar espiritual para a pessoa fragilizada?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** O despertar espiritual é uma graça interna e soberana que não depende da observação de condutas sociais de terceiros.
- **Objeção 2:** Somente o acompanhamento técnico produz mudanças mensuráveis; centrar-se na mística do amor poderia tirar o rigor do processo de saúde integral.

Fundamento ou critério de discernimento

A espiritualidade não é uma imposição, mas uma dimensão que deve ser despertada por outros. Os irmãos funcionam como espelhos necessários. Para que uma pessoa compreenda o processo de saúde, é imperativo que as equipes vivam primeiro o amor recíproco, reconhecendo que o afeto é o principal agente restaurador.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **O testemunho como porta de entrada:** Aquele que viveu sob o estigma costuma ter o coração fechado. Ao observar uma comunidade que se cuida sem distinções, o irmão experimenta a segurança vincular necessária para baixar suas defesas.

- **Verificação da fé na práxis:** Para o excluído, as palavras abstratas carecem de peso. O amor comunitário é a tradução prática da fé por meio da paciência e do serviço, o que gera confiança para a reconexão natural.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a graça seja um dom, Deus utiliza mediações humanas. A visibilidade do amor entre irmãos é o sinal sensível que permite ao sujeito crer em um amor incondicional que antes lhe resultava inexistente pelo maltrato recebido.

- **À segunda:** A técnica e a espiritualidade são complementares. O rigor profissional repara a saúde física, mas requer o solo afetivo que proporciona o diálogo fraterno para que as mudanças sejam profundas e sustentáveis mediante o testemunho de vida.

7.9.3 Artigo 3: A Igreja como «hospital de campanha» e a primazia do cuidado das feridas

Formulação do tema

Surge frequentemente o conflito entre sustentar uma ordem normativa e atender a dor da pessoa. Existe a tendência a exigir que o irmão se adeque primeiro a certas estruturas para ser recebido. Resulta fundamental julgar se a comunidade deve atuar como um hospital de campanha que prioriza a atadura das chagas sem impor condições prévias que excluam o mais fragilizado.

Pergunta central

De que forma a Igreja como «hospital de campanha» prioriza o cuidado das feridas antes que a exigência de normas?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Postergar a exigência de normas poderia ser interpretado como uma validação da desordem na vida do sujeito, debilitando a missão moral da Igreja.

- **Objeção 2:** Sem normas imediatas e limites claros, o processo de recuperação carece da eficácia pedagógica necessária para reordenar a vontade.

Fundamento ou critério de discernimento

A Igreja necessita com urgência curar feridas e dar calor aos corações. A misericórdia organiza a comunidade para amar antes que para estruturar. É inútil perguntar a um ferido por seu colesterol se tem chagas sangrantes; primeiro se curam as feridas. Recebe-se a vida como vem, reconhecendo o caos como lugar sagrado.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Primazia da pessoa sobre a ordem:** O hospital de campanha não espera que o ferido esteja são para recebê-lo. Permite que a dor do outro altere os esquemas, reconhecendo que o vínculo afetivo é o primeiro passo da cura.

- **Acompanhamento inespecífico:** Não se condiciona o amor ao sucesso de um tratamento. «Primerea-se» na proximidade, oferecendo o abraço e a escuta ativa antes de propor mudanças comportamentais.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A misericórdia não nega a verdade, encarna-a no tempo do outro. Ao não reduzir a pessoa a seus erros, protege-se sua dignidade ontológica, que é o solo necessário para que o sujeito deseje abraçar livremente o bem.

- **À segunda:** A disciplina é necessária, mas o limite mais eficaz é a ternura. Forçar normas na desolação gera rejeição; um ambiente de amor incondicional permite que a mudança surja da própria vontade ao sentir-se valorizado.

7.9.4 Artigo 4: O valor espiritual das «callejeadas» na busca dos excluídos

Formulação do tema

A **callejeada** se define como a ação organizada de sair para encontrar a vida que sofre nas esquinas ou embaixo das pontes. Esta prática desafia a estrutura tradicional que espera o fiel. É necessário discernir se este movimento possui uma profundidade espiritual própria ou se é meramente uma estratégia de assistência social diante do transtorno por uso de substâncias.

Pergunta central

Qual é o valor espiritual das callejeadas como ação de um Deus que sai para buscar seus filhos nas periferias?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A vida espiritual ocorre primariamente no templo; a rua é um espaço profano que distrai da meditação profunda e da oração.
- **Objeção 2:** Sair às periferias sem solicitação prévia pode ser visto como uma intrusão que não respeita a privacidade dos sujeitos em sua vulnerabilidade.

Fundamento ou critério de discernimento

A Igreja em saída deve «primerear», tomando a iniciativa sem medo. As callejeadas permitem aprender a dinâmica do coração de Deus que sai para buscar seus filhos uma e outra vez. Ao encurtar distâncias, a comunidade toca a carne sofredora de Cristo, convertendo a periferia em um lugar teológico.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Imitação da iniciativa divina:** A **callejeada** é um gesto teológico em que não se esperam condições ideais para amar. Sai-se ao encontro da vida como vem, refletindo o Deus que não despreza nenhum tipo de terra.

- **Sutura do desamparo mediante a proximidade:** Ao «pôr o corpo» na rua, a palavra do evangelho se torna crível. O acompanhamento na esquina gera a segurança vincular necessária para que o excluído volte a sentir-se parte da família.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O próprio Jesus era itinerante e sua presença santificava os caminhos. A espiritualidade se constrói a partir da cruz de Cristo presente nas fragilidades alheias, integrando a realidade do sofrimento no diálogo fraterno com o Pai.
- **À segunda:** A **callejeada** se inspira no Bom Pastor. Não é intrusão, mas uma mística da proximidade que busca derrubar os muros do estigma e da solidão para oferecer o calor da comunidade mediante a escuta ativa.

7.9.5 Artigo 5: A construção da «caridade política» e a incidência em estruturas de justiça

Formulação do tema

No acompanhamento não é possível limitar a ação a uma assistência individual isolada. O sofrimento é fruto de estruturas de exclusão que o precedem. Surge a necessidade de discernir se a ação comunitária deve transcender o âmbito assistencial para entrar no terreno da incidência política, buscando transformar as lógicas que descartam os mais vulneráveis.

Pergunta central

Como se constrói a **caridade política** ao incidir em estruturas sociais que gerem justiça e dignidade para os mais rotos?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** A missão cristã é a salvação das almas; a política é uma atividade secular que pode desvirtuar a identidade religiosa do acompanhamento.

- **Objeção 2:** A urgência do desamparo requer respostas imediatas de assistência; dedicar tempo à incidência política parece uma distração da tarefa de salvar vidas.

Fundamento ou critério de discernimento

A caridade é o coração do espírito da política e é sempre um amor preferencial pelos últimos. Cuidar da fragilidade significa fazer-se cargo do presente marginal e dotá-lo de dignidade. Quando se geram processos sociais de fraternidade e justiça, entra-se no campo da **caridade política**, trabalhando pela civilização do amor.

Tese e desenvolvimento argumentativo

- **Do território à política pública:** A **caridade política** nasce de respostas pastorais que demonstram ser eficazes para devolver a dignidade. Deve-se exigir que o sistema as transforme em políticas de cuidado permanentes baseadas no testemunho territorial.
- **Disputa de sentido e linguagem:** Implica instaurar marcos conceituais como o de «acompanhante par», desafiando o olhar que trata os usuários como desperdício. Busca-se que a dignidade ontológica seja o pilar de estruturas alternativas.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A fé e a defesa da dignidade são inseparáveis. A **caridade política** é a manifestação social do evangelho; um compromisso pelo bem comum que reflete o amor de Deus pelos mais pequenos nas estruturas da sociedade.
- **À segunda:** Se bem que se devam curar chagas de forma imediata, limitar-se à assistência sem questionar as causas é ineficiente. A **caridade política** empodera a pessoa para que passe de ser um assistido a ser um sujeito ativo em um diálogo fraterno com seu ambiente.

CAPÍTULO 8

A psique

A **dimensão psicológica** apresenta-se como um eixo fundamental que transcende o estigma do diagnóstico, definindo o **Transtorno por Uso de Substâncias (TUS)** não como uma estrutura de personalidade fechada, mas como um fenômeno que se agrega à **singularidade de cada indivíduo**. Por meio de um olhar integral e **biopsicossocial-espiritual**, esta seção busca evitar reducionismos, reconhecendo que o consumo é frequentemente um sintoma de uma **fratura interna**, abandono ou trauma prévio que requer uma abordagem profunda para além da mera abstinência. Para isso, integram-se aportes de diversas escolas —como a **Terapia Cognitivo-Comportamental**, a **Gestalt** e a **Logoterapia**— sob o marco do **Modelo Transteórico da Mudança**, o qual permite compreender a motivação como um processo dinâmico e não estático. Finalmente, propõe-se a **recuperação como um processo de crescimento contínuo** e autodirigido, em que o fortalecimento da **autoeficácia** e dos vínculos comunitários permitem que a pessoa assuma responsavelmente seu próprio projeto de vida.

8.1 | Fundamentos do Funcionamento Mental e da Abordagem Psicológica

Esta seção estabelece que o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) não constitui um diagnóstico de estrutura ou de personalidade fechada, mas se define como um fenômeno que se agrega à identidade singular de cada indivíduo. A abordagem psicológica parte de compreender o funcionamento do sistema nervoso central e as redes de memória (adaptativas e desadaptativas), as quais determinam de maneira automática como a pessoa significa os estímulos e responde diante de ambientes que, devido a vivências traumáticas, pode perceber como hostis ou intoleráveis. Ao promover a transição terminológica rumo ao conceito de «pessoa primeiro», busca-se superar o estigma e reconhecer que o consumo funciona frequentemente como uma tentativa autoterapêutica ou sintoma de uma «fratura interna», abandono ou dor profunda que requer cura para além da mera abstinência. Sob este olhar, a psicologia se integra em um modelo biopsicossocial-espiritual que evita reducionismos, devolvendo ao sujeito seu papel como protagonista de um processo de mudança dinâmico, intencional e orientado a alcançar seu máximo potencial humano.

8.1.1 Artigo 1: Sobre o estatuto psicológico do TUS e o fundamento da pessoa

Formulação do tema

A definição do TUS frequentemente cai no erro de etiquetar o indivíduo de forma totalitária, sugerindo que a dependência é sua essência mesma. Diante de visões que reduzem o sujeito a seu diagnóstico ou a uma suposta «personalidade dependente», é necessário estabelecer um estatuto psicológico que reconheça a distinção entre o ser e o padecimento, situando a identidade da pessoa acima de qualquer condição transitória.

Pergunta central

O TUS é uma estrutura de personalidade fechada ou um fenômeno que se agrega à identidade de um sujeito com dignidade inalienável?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o TUS é um diagnóstico de estrutura de personalidade fechada, dado que a etiqueta de dependente costuma ser utilizada para definir a totalidade do ser do indivíduo.
- **Objeção 2:** Existe a crença de uma personalidade dependente preexistente, sugerindo que o sujeito nasce com uma configuração psíquica fixa que o condena inevitavelmente ao consumo.
- **Objeção 3:** Afirma-se que se a dependência causa mudanças neuroquímicas permanentes, o TUS deixaria de ser um fenômeno agregado para converter-se na nova e única estrutura biológica e mental do indivíduo.

Fundamento ou critério de discernimento

O olhar integral sustenta que os TUS não constituem um diagnóstico de estrutura, mas um fenômeno que se acrescenta à personalidade. Este enfoque se baseia na primazia da Pessoa Primeiro, entendendo o ser humano como uma unidade de corpo, alma e espírito cuja dignidade é ontológica e preexistente a qualquer sintoma.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a pessoa é uma «substância individual de natureza racional» cuja essência não pode ser absorvida por um transtorno. O estatuto psicológico do TUS define-se sob os seguintes pilares:

1. **Dignidade Ontológica e Pessoa Primeiro:** A pessoa humana possui uma dignidade inalienável por ser imagem de Deus. O TUS é uma condição de saúde ou sintoma, mas não define o núcleo do sujeito.
2. **O Modelo Biopsicossocial-espiritual:** A abordagem não pode ser unilateral; reconhece-se o homem como um espírito encarnado em que o biológico, o psicológico, o social e o espiritual interagem de forma sistêmica.
3. **A Fratura Interna como Motor do Consumo:** O TUS é frequentemente um sintoma de uma ferida profunda (trauma ou abandono) que o sujeito tenta anestesiar. O consumo é, na origem, uma tentativa autoterapêutica de lidar com uma dor que se tornou intolerável.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

4. **Singularidade e Plasticidade:** Não existe um perfil único de consumidor. Graças à neuroplasticidade e ao acompanhamento comunitário, o sujeito pode reconstruir seu projeto de vida, demonstrando que a personalidade é capaz de transcender o transtorno.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O uso de etiquetas totalitárias é um erro terminológico que alimenta o estigma social. A condição de saúde do paciente não esgota sua humanidade nem seu valor intrínseco.

- **À segunda:** A investigação desmentiu a existência de uma estrutura de personalidade dependente inata; os traços observados são consequências do processo de consumo e não sua causa original.

- **À terceira:** Embora existam mudanças neurobiológicas crônicas, a pessoa sempre subsiste com capacidade de liberdade e transcendência. O tratamento busca restaurar a unidade integral do sujeito para além da mera abstinência.

8.1.2 Artigo 2: Sobre o determinismo neurobiológico e a significação dos estímulos

Formulação do tema

O estudo do comportamento humano no âmbito dos consumos não pode limitar-se à vontade consciente do sujeito. É necessário compreender que a conduta está profundamente condicionada pelo funcionamento do sistema nervoso central e por como este processa a informação do entorno. As respostas diante da realidade nem sempre são deliberadas, mas frequentemente resultam de mecanismos automáticos baseados na informação armazenada previamente na memória.

Pergunta central

Determinam os processos do sistema nervoso central e as redes de memória a conduta e o sentido que a pessoa outorga a sua realidade?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a conduta humana depende unicamente do livre-arbítrio e da vontade consciente, pelo que os processos neurobiológicos seriam secundários na resposta diante de um estímulo.
- **Objeção 2:** Parece que os estímulos externos têm um significado objetivo e igual para todos, sugerindo que se uma pessoa reage exageradamente com ansiedade ou medo, isto se deve a uma falta de caráter ou debilidade moral.

Fundamento ou critério de discernimento

O sistema nervoso central é o órgão encarregado de processar a informação para garantir a sobrevivência. A maioria das respostas ao ambiente é automática e inconsciente, estando condicionada pela informação armazenada anteriormente nas redes de memória.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que o funcionamento mental opera como um sistema de processamento em que a significação dos estímulos não é um ato puramente racional, mas o resultado da interação entre o sistema nervoso e as redes de memória. Este processo se explica mediante os seguintes pontos:

1. Componentes da lembrança: Cada fragmento de informação se armazena no cérebro por meio de quatro elementos inseparáveis: a imagem, a cognição (o que se pensa do evento), a emoção e a sensação física.
2. Redes de memória adaptativas: São grupos de lembranças processadas que permitem outorgar significados adequados a novos estímulos, moderar emoções negativas e fortalecer a autoestima, conferindo flexibilidade à conduta.
3. Redes de memória desadaptativas: Armazenam vivências traumáticas ou negativas não processadas corretamente. Ao ativar-se diante de um estímulo atual, disparam respostas emocionais e físicas desproporcionadas, como uma carga elevada de angústia ou ansiedade.
4. Mecanismos de sobrevivência: Diante de uma rede desadaptativa ativa, o cérebro detecta uma ameaça e ativa a amígdala, desregulando o sistema

nervoso autônomo mediante a liberação de cortisol e adrenalina. Isto força condutas automáticas de luta, fuga ou colapso.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora o homem possua vontade, o processamento da informação nova se realiza sobre a base da informação disponível nas redes de memória. Se estas redes estão saturadas de traumas, a capacidade de escolha se vê obscurecida por respostas automáticas destinadas à subsistência, limitando a liberdade real do sujeito.

- **À segunda:** O significado de um estímulo não é universal. Uma pessoa com uma fratura interna ou trauma não resolvido significará como ameaçador o que para outro é inofensivo. O consumo de substâncias costuma aparecer aqui como uma tentativa autoterapêutica para anestesiar essa vida que, devido à desregulação biológica, tornou-se intolerável.

8.1.3 Artigo 3: Sobre a transição terminológica e o combate ao estigma

Formulação do tema

A linguagem não é um instrumento neutro, mas um construtor de realidades sociais. No âmbito dos consumos, o uso de etiquetas totalitárias como dependente ou drogadicto funciona como uma barreira simbólica que reduz a complexidade de um ser humano a seu padecimento clínico. Esta terminologia estigmatizante facilita a discriminação ativa e obstrui o acesso das pessoas a direitos fundamentais e serviços de saúde.

Pergunta central

Por que é indispensável a transição rumo ao conceito de pessoa primeiro para desarticular o estigma e garantir a eficácia do acompanhamento?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o termo dependente é o mais adequado por sua precisão clínica para descrever a dependência, e que mudar as palavras não modifica a realidade do transtorno.

- **Objeção 2:** Parece que centrar-se na linguagem é uma distração diante das tarefas urgentes do tratamento médico, uma vez que as etiquetas facilitam a comunicação técnica entre profissionais.
- **Objeção 3:** Afirma-se que suavizar a linguagem poderia debilitar a responsabilidade individual do sujeito sobre seus atos, especialmente se estes tiveram consequências morais ou legais.

Fundamento ou critério de discernimento

As palavras têm um peso terapêutico e social decisivo. O estigma não é apenas um pensamento negativo, mas uma discriminação que exclui. Por isso, a transição terminológica busca reconhecer que o valor intrínseco da pessoa é prévio e superior a qualquer diagnóstico ou circunstância.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A adoção de uma terminologia humanizante é um ato de justiça e um requisito para o sucesso do processo de mudança, baseando-se nos seguintes pontos:

1. Ruptura do círculo do estigma: A linguagem pejorativa é internalizada pelo indivíduo, gerando uma autopercepção de vergonha que sabota sua recuperação. Ao colocar a pessoa primeiro, rompe-se a rejeição a si mesmo e se habilita a possibilidade de uma mudança real.
2. Fortalecimento do vínculo e da confiança: O uso de etiquetas gera medo da humilhação, o que leva as pessoas a ocultar seu consumo e a retardar a busca de ajuda. Uma linguagem respeitosa é a base do hospital de campanha em que o usuário se sente seguro para iniciar seu tratamento. *Amoris Laetitia* N°291
3. Diferenciação entre o ser e a conduta: Enquanto o termo dependente pretende definir a essência do sujeito, a expressão pessoa com transtorno por uso de substâncias permite visualizar um ser humano com fortalezas e valores, cuja condição médica é um sintoma de uma fratura interna e não sua identidade definitiva.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Termos como limpo ou sujo não são clínicos, mas morais. A precisão técnica deve estar a serviço da saúde integral e não do julgamento social que condena o paciente.

- **À segunda:** A linguagem é o veículo do acompanhamento. Se a comunicação técnica é desumanizante, o sistema de saúde expulsa aqueles que mais necessitam ser acolhidos.

- **À terceira:** A responsabilidade efetiva só surge quando a pessoa se sente previamente reconhecida em sua humanidade. A correção pastoral só é possível após o estabelecimento de um vínculo baseado na ternura e no respeito à dignidade do outro.

8.1.4 Artigo 4: Sobre o modelo biopsicossocial-espiritual e os reducionismos

Formulação do tema

A complexidade do ser humano e do fenômeno das dependências exige uma abordagem que transcenda as visões parciais. Quando se tenta explicar o transtorno por uso de substâncias a partir de uma única disciplina, corre-se o risco de fragmentar a pessoa, ignorando dimensões essenciais que são determinantes para sua saúde e seu sentido de vida. O desafio radica em sustentar um olhar integrador que reconheça a interação constante entre a biologia, a psicologia, o entorno social e a abertura à transcendência.

Pergunta central

É o modelo biopsicossocial-espiritual o modo adequado de abordar a dependência para evitar visões fragmentadas do ser humano?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o biologicismo é suficiente, dado que a ciência define a dependência como uma enfermidade crônica do cérebro, pelo que o tratamento deveria centrar-se exclusivamente na desintoxicação e no equilíbrio neuroquímico.

- **Objeção 2:** Parece que o espiritualismo é a única via verdadeira, sustentando que a dependência é uma enfermidade da alma e que a oração deveria substituir os tratamentos técnicos ou médicos.

- **Objeção 3:** Parece que o problema é puramente individual e centrado na vontade, sugerindo que o contexto social ou familiar é secundário diante da decisão pessoal de consumir.

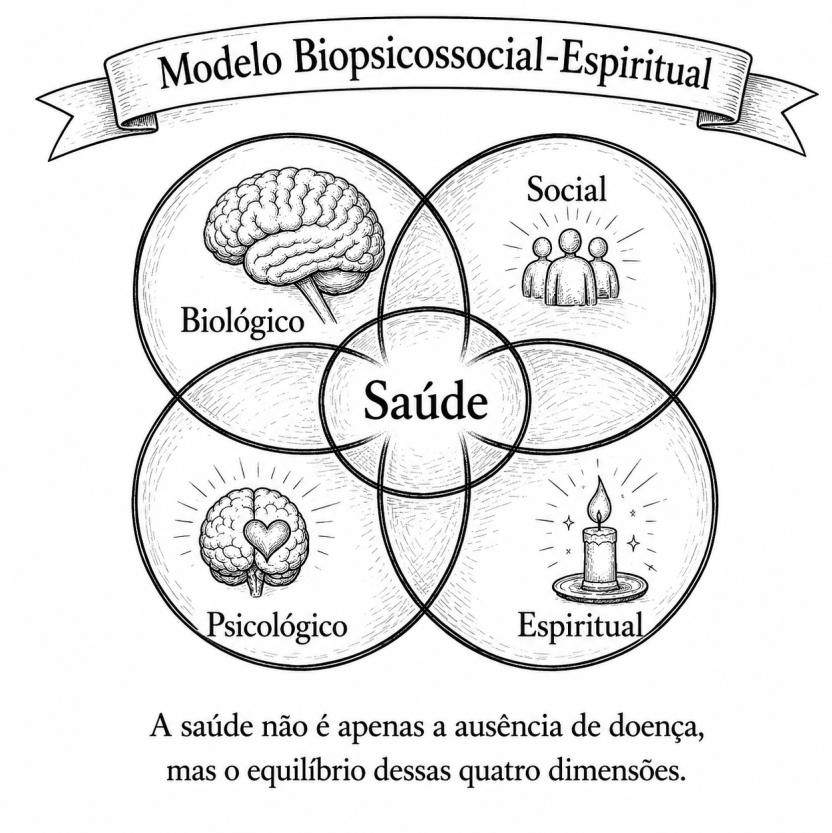


Figura 8.1: Modelo bio-psico-social-espiritual

Fundamento ou critério de discernimento

O ser humano constitui uma unidade inseparável de corpo, alma e espírito. Portanto, a resposta aos padecimentos não pode ser unilateral, mas deve ser orgânica e integral, uma vez que a dor de quem sofre abrange a totalidade de sua vida e seus vínculos.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A aplicação deste modelo integral funciona como um antídoto contra as tentações que dividem a pessoa. Este enfoque permite superar os quatro reducionismos principais:

1. Superação do biologicismo: Reconhece que, embora exista uma base neurobiológica real, o homem não é apenas um organismo, mas um espírito encarnado. A ciência médica é necessária mas insuficiente se não atende à história e à identidade do sujeito.
2. Superação do espiritualismo: Evita a ideia de que apenas rezar basta, ignorando realidades físicas como a síndrome de abstinência ou os danos neurológicos. A espiritualidade atua em diálogo com as ciências da saúde, dando sentido à recuperação.
3. Superação do individualismo: Entende que a pessoa é constitutivamente relacional. A patologia frequentemente reflete fraturas nos vínculos primários ou no tecido social, pelo que a mudança requer uma comunidade de pertencimento.
4. Superação do coletivismo: Se bem reconhece que os determinantes sociais como a pobreza e a exclusão são fundamentais, o modelo lembra que a assistência deve ser individualizada para cada pessoa concreta.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O cérebro é o órgão afetado, mas a pessoa é quem padece. Reduzir o tratamento ao biológico ignora o condutor e seu destino; a técnica deve iluminar, mas não obscurecer a compreensão integral do ser.
- **À segunda:** A graça atua sobre a natureza humana. Ignorar os meios médicos ou psicológicos sob pretexto de fé é uma forma de fideísmo que desnatura a missão de curar o homem em sua totalidade.

- **À terceira:** Nenhum sujeito nasce determinado, mas a liberdade humana está condicionada por traumas ou entornos hostis. O acompanhamento comunitário é o que permite que essa liberdade seja verdadeiramente libertada de seus condicionamentos.

8.1.5 Artigo 5: Sobre a antropologia trinitária/paulina e a psicologia das emoções

Formulação do tema

A compreensão das emoções no âmbito das dependências costuma oscilar entre um determinismo biológico e uma visão puramente espiritualista. Contudo, para compreender o sofrimento de quem padece um transtorno por uso de substâncias, é necessário recorrer a uma visão integral que reconheça a unidade do ser humano. As emoções e as paixões não são eventos isolados, mas manifestações de uma pessoa que busca, às vezes de forma errática, equilíbrio e sentido em todas suas dimensões.

Pergunta central

De que maneira a unidade de corpo, alma e espírito ilumina a compreensão das emoções e paixões na pessoa com um transtorno por uso de substâncias?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que as emoções e paixões são fenômenos puramente biológicos, resultado exclusivo de impulsos elétricos e neurotransmissores, pelo que não requereriam uma explicação antropológica ou espiritual.

- **Objeção 2:** Parece que as paixões desordenadas do usuário são exclusivamente problemas do espírito que devem ser tratados apenas mediante a vida sacramental, ignorando a estrutura psicológica da alma.

Fundamento ou critério de discernimento

O ser humano é uma unidade inseparável e sua antropologia é unitária: um espírito encarnado em que o que afeta uma dimensão impacta necessariamente as demais. Esta estrutura permite abordar a dor emocional sem fragmentar o sujeito.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A antropologia trinitária e paulina oferece uma estrutura tridimensional que permite uma compreensão profunda das emoções por meio dos seguintes fundamentos:

1. A distinção das faculdades: Reconhece-se que a alma é o assento da vida psicológica em que residem as emoções e os sentimentos. Enquanto o espírito habilita a relação com o transcendente e o corpo a relação com o mundo físico, a alma funciona como o espaço de mediação em que o sofrimento se processa e pode converter-se em uma fratura interna ou trauma.

2. Relacionalidade trinitária: Ao ser criada à imagem da Trindade, a pessoa é constitutivamente relacional. As emoções não são estados internos isolados, mas se gestam no encontro com o outro. Na dependência, o desencontro emocional costuma manifestar-se como uma desconexão desta essência relacional.

3. Unidade sistêmica das paixões: Devido à condição de espírito encarnado, um estímulo biológico como a substância inunda os centros de prazer do corpo, mas impacta diretamente na alma, alterando a capacidade de desejar e escolher livremente. As paixões são movimentos de uma pessoa integral que busca um sentido de transcendência.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora as emoções tenham um correlato biológico, este constitui apenas a matéria da emoção. Seu significado pertence à alma racional que integra a história e a identidade do sujeito. Reduzi-las à biologia ignora que, embora o cérebro seja o órgão, é a pessoa que ama e sofre.

- **À segunda:** Tratar as dependências apenas como um vazio espiritual ignora que a graça atua sobre a natureza humana. Para curar o espírito, frequentemente é indispensável curar primeiro as feridas psicológicas da alma, como as emoções traumáticas, e estabilizar o equilíbrio do corpo. A cura do Cristo roto deve ocorrer na totalidade de sua unidade trinitária.

8.1.6 Artigo 6: Sobre a natureza da relação entre o sujeito e as substâncias

Formulação do tema

O estudo do vínculo entre o indivíduo e as substâncias psicoativas (SPA) requer transcender visões reducionistas que equiparam qualquer uso com a patologia. Esta interação não é um evento isolado, mas se manifesta como um espectro dinâmico de vínculos definidos pela intencionalidade, pela frequência e pelo impacto real na autonomia da pessoa. A relação está mediada por uma interação complexa entre a farmacologia da substância, a estrutura psíquica do indivíduo e o ambiente sociocultural.

Pergunta central

Por que é fundamental compreender a natureza específica do vínculo que uma pessoa estabelece com as SPA para garantir um acompanhamento integral e humanizante?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que qualquer contato com uma substância psicoativa deve catalogar-se automaticamente como uma patologia ou dependência, independentemente da intenção ou do contexto do sujeito.
- **Objeção 2:** Parece que a relação está determinada exclusivamente pela farmacologia da substância, assumindo que o componente químico possui um poder intrínseco que anula de forma imediata a vontade de quem a consome.
- **Objeção 3:** Parece que o tipo de relação com o consumo depende unicamente de uma decisão moral ou da força de vontade, ignorando os fatores contextuais ou a dor psíquica prévia do indivíduo.

Fundamento ou critério de discernimento

A interpretação de qualquer episódio de consumo requer a análise da Tríade de Zinberg, que estabelece que a experiência biopsicossocial está determinada por três vetores interconectados: o Sujeito, a Substância e o Contexto. Sem a análise destes três elementos, qualquer diagnóstico resulta insuficiente e desumanizante.

Cfr. art. 7 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a relação sujeito-substância é um fenômeno multicausal em que o consumo costuma cumprir uma função específica dentro da organização interna do indivíduo. Este vínculo se articula sob os seguintes princípios:

1. O Contínuo do Consumo: A relação não é um estado binário, mas um espectro que inclui o uso instrumental (a substância como ferramenta para um fim específico), o recreativo ou social (sob controle de normas grupais) e o uso nocivo ou dependência, caracterizado pela neuroadaptação e pela perda da capacidade de decisão.
2. A Hipótese da Automedicação: A escolha de uma substância costuma responder a uma tentativa do sujeito de regular estados afetivos dolorosos ou compensar déficits em sua estrutura psíquica. A droga atua aqui como um substituto de funções psicológicas ausentes.
3. O Consumo como Marcador de Identidade: O uso de SPA pode integrar-se no habitus do sujeito, funcionando como um símbolo de distinção ou de pertencimento grupal. Em contextos de alta vulnerabilidade, pode ser inclusive uma resposta à violência estrutural.
4. Marcos Regulatórios Culturais: A cultura provê um andaime de controles sociais por meio de rituais e sanções que ditam a aceitabilidade do consumo. A transição rumo a um uso profano-moderno sem estes marcos aumenta significativamente o risco de abuso.

Resposta às objeções

- **À primeira:** É imperativo distinguir entre o uso e a patologia segundo o impacto na autonomia. A gravidade não reside na substância por si mesma, mas na deterioração clínica e social que o vínculo gera na pessoa.
- **À segunda:** Embora a farmacologia seja um vetor real, a significação do estímulo depende da história e do estado emocional do Sujeito e das normas do Contexto. A substância não atua sobre um organismo passivo, mas sobre uma pessoa com identidade singular.
- **À terceira:** A abordagem deve centrar-se em fortalecer a estrutura psíquica e modificar as variáveis contextuais. A verdadeira recuperação não se baseia na mera proibição, mas no fortalecimento dos laços culturais e do projeto de vida integral do indivíduo.

8.1.7 Artigo 7: Sobre a importância dos contextos culturais no consumo

Formulação do tema

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) não ocorre em um vácuo asséptico, mas está profundamente enraizado em um emaranhado de significações sociais e culturais. O entorno, ou setting, não é simplesmente um espaço físico, mas uma rede de rituais, normas e valores que condicionam a experiência do sujeito. Ignorar estas variáveis conduz a intervenções descontextualizadas que não conseguem compreender por que uma prática de consumo se sustenta ou se torna problemática em uma comunidade específica.

Pergunta central

De que maneira o contexto cultural e social determina a relação de uma pessoa com as substâncias e por que sua análise é indispensável para uma abordagem integral?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o contexto é um fator secundário, uma vez que a dependência é fundamentalmente uma enfermidade neurobiológica crônica que afeta os circuitos de recompensa independentemente da cultura do indivíduo.
- **Objeção 2:** Parece que centrar-se no entorno social é uma forma de coletivismo que dilui a responsabilidade individual, oferecendo ao sujeito uma desculpa baseada em suas circunstâncias de pobreza ou exclusão.
- **Objeção 3:** Afirma-se que as estratégias de prevenção devem ser universais e padronizadas, assumindo que um mesmo programa técnico será igualmente efetivo em diversos entornos, seja uma grande urbe ou uma comunidade rural.

Fundamento ou critério de discernimento

A experiência de consumo é o resultado de uma interação sistêmica entre três vetores: o Sujeito, a Substância e o Contexto. A cultura funciona como um andaime de controles sociais que dita a aceitabilidade ou a rejeição de certas condutas por meio de rituais e sanções que representam os juízos de valor do grupo.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A análise do contexto cultural permite compreender que o consumo é um fenômeno situado que requer uma leitura das seguintes dimensões:

1. Ritualização vs. Uso Profano: Historicamente, as culturas integraram o uso de substâncias em marcos sacramentais que limitavam seu abuso. Na modernidade, a transição rumo a um uso profano sem marcos regulatórios tradicionais aumentou o risco de consumos compulsivos.

2. O Consumo como Marcador de Identidade: O uso de SPA frequentemente se integra no habitus do sujeito, funcionando como um símbolo de distinção ou de pertencimento e coesão grupal. Em muitos setores, consumir constitui um requisito para não ficar excluído do tecido social imediato.

3. Resposta à Violência Estrutural: Em contextos de alta vulnerabilidade, o consumo pode ser uma resposta adaptativa diante da violência estrutural e da falta de acesso a direitos básicos. A substância atua aqui como um recurso para anestesiar uma realidade percebida como intolerável.

4. Capital Cultural de Recuperação: A eficácia de um processo de mudança depende de que as opções de recuperação incorporem os valores, práticas e cosmovisão da comunidade com a qual o sujeito se identifica.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a neurobiologia seja um vetor real, o cérebro processa a informação e outorga significados baseando-se na informação armazenada no ambiente. Um entorno que naturaliza o consumo dispara respostas automáticas que a farmacologia por si só não pode modificar.

- **À segunda:** Reconhecer os determinantes sociais não anula a liberdade, mas permite entender as pressões que a condicionam. O objetivo é fortalecer os recursos internos do sujeito enquanto se modificam as variáveis ambientais que asfixiam sua capacidade de escolha.

- **À terceira:** A padronização ignora a singularidade dos povos; os dispositivos mais bem-sucedidos são aqueles que validam o saber territorial e comunitário, adaptando a técnica profissional à sabedoria local.

8.1.8 Artigo 8: Sobre os elementos a considerar para avaliar um consumo de SPA

Formulação do tema

A avaliação de um consumo de substâncias psicoativas (SPA) deve transcender a mera identificação da substância ou da frequência de uso para constituir-se como um olhar integral sobre a pessoa. Não se trata de um ato estático de etiquetamento, mas de um processo dinâmico que busca compreender a função específica que o consumo cumpre na economia psíquica e social do indivíduo. Uma avaliação humanizante evita reduzir o sujeito a um diagnóstico, reconhecendo que o fenômeno do consumo se agrega a uma identidade singular e preexistente.

Pergunta central

Que elementos fundamentais devem integrar uma avaliação integral e humanizante do consumo de SPA para transcender o enfoque meramente clínico e punitivo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a avaliação deve centrar-se exclusivamente na farmacologia da substância (tipo, quantidade e pureza), uma vez que estes seriam os fatores objetivos que determinam a gravidade do dano.
- **Objeção 2:** Parece que o único critério relevante é a distinção binária entre dependência e não dependência, ignorando os riscos associados a consumos que não apresentam neuroadaptação mas sim um forte impacto social ou físico.
- **Objeção 3:** Parece que a avaliação é um ato técnico reservado a um especialista que observa de fora, em que o usuário é um objeto passivo de estudo e não um protagonista de seu próprio processo.

Fundamento ou critério de discernimento

A avaliação se fundamenta na análise da Tríade de Zinberg, a qual estabelece que a experiência de consumo é o resultado da interação entre o Sujeito, a Substância e o Contexto. Este critério sistêmico, enquadrado no modelo biopsicossocial-espiritual, impede interpretações isoladas da droga e obriga

a considerar a história vital e o entorno como componentes inseparáveis do fenômeno.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Uma avaliação completa da relação sujeito-substância deve considerar os seguintes pilares fundamentais:

1. Análise funcional e intencionalidade: É preciso identificar se o consumo tem um caráter experimental, recreativo, instrumental ou se responde a uma hipótese de automedicação. Neste último caso, o consumo funciona como um sintoma de uma fratura interna ou trauma prévio que a pessoa tenta anestesiar.
2. Localização no contínuo do consumo: Deve-se determinar em que ponto do espectro se encontra o vínculo, avaliando o grau em que a autonomia e a capacidade de decisão foram deterioradas pela neuroadaptação.
3. Estado das redes de memória: Avaliar se o consumo é disparado por redes de memória desadaptativas que armazenam vivências traumáticas. Isto permite entender o consumo como uma resposta automática diante de um entorno percebido como hostil ou intolerável.
4. Identificação do capital de recuperação: A avaliação não olha apenas o déficit, mas os recursos disponíveis: capital pessoal (saúde, habilidades), familiar/social (redes de apoio) e comunitário/cultural (sentido de pertencimento).
5. Significação cultural do ato: Analisar se o consumo é mediado por rituais comunitários ou se passou a ser um uso profano-moderno e solitário, em que a perda do marco regulador social aumenta a vulnerabilidade.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a substância seja um vetor real, seu efeito depende de como o Sujeito significa o estímulo segundo sua história. Centrar-se apenas na química é um reducionismo que ignora que o cérebro é o órgão, mas a pessoa é quem ama e sofre.
- **À segunda:** A avaliação deve contemplar o uso nocivo mesmo antes de que exista uma dependência clínica. Ignorar os riscos de consumos desregulados impede uma prevenção efetiva e o fortalecimento da autoeficácia.

- **À terceira:** O acompanhamento eficaz deve basear-se na escuta ativa e na hospitalidade, reconhecendo que a pessoa é especialista em sua própria vida. Uma avaliação que não valide a palavra do sujeito bloqueia a recuperação ao gerar uma rejeição a si mesmo.

8.2 | Trauma, Estruturas de Personalidade e Patologia Dual

Esta seção aborda a profunda relação entre a história traumática do indivíduo e o desenvolvimento de condutas dependentes, entendendo que o consumo de substâncias funciona frequentemente como uma tentativa autoterapêutica para anestesiar uma dor derivada de uma fratura interna ou um desamparo precoce. Aprofunda-se na distinção clínica entre as estruturas de personalidade psicótica, neurótica e limítrofe (borderline), analisando como o grau de consolidação do sujeito e a robustez de suas redes de memória determinam sua capacidade para processar a realidade sem recorrer a mecanismos de evasão ou desconexão. O núcleo da análise reside na patologia dual, definida como a coexistência de transtornos mentais de base com o uso problemático de substâncias, o qual exige uma abordagem especializada que não se limite a tratar os sintomas de consumo, mas que procure a cura dos traumas profundos e a estabilização do sistema nervoso desregulado. Finalmente, propõe-se um modelo de intervenção que transcende o meramente patologizante, centrando a resposta no estabelecimento de uma comunidade de apego seguro e uma cultura terapêutica que permita a integração gradual da personalidade e a restauração da dignidade da pessoa.

8.2.1 Artigo 1: Sobre a natureza manifesta do problema das dependências

Formulação do tema

A problemática do consumo de substâncias apresenta-se na atualidade como uma realidade inegável que gera um imenso sofrimento em indivíduos, famílias e comunidades. Longe de ser um fenômeno isolado ou estático, manifesta-se como uma crise que atravessa todas as camadas da sociedade, exigindo um olhar que não se detenha na superfície da substância, mas que reconheça a dor humana que subjaz ao consumo. A Igreja e as organizações sociais se enfrentam ao desafio de responder diante de um flagelo que atua de forma expansiva e desoladora.

Pergunta central

É o consumo de substâncias um problema manifesto que requer uma resposta urgente e integral por parte da Igreja e da sociedade?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o problema não é tão grave ou manifesto, devido a que muitos tipos de consumo estão naturalizados socialmente e são considerados parte da cultura do bem-estar ou da recreação.

- **Objeção 2:** Parece que a dependência é um problema que só concerne aos setores mais vulneráveis ou despossuídos, pelo que não constituiria um desafio universal para toda a comunidade eclesial.

- **Objeção 3:** Afirma-se que o verdadeiro problema é o narcotráfico e que, portanto, a solução deve ser estritamente legal e policial, deixando em segundo plano a intervenção pastoral ou educativa.

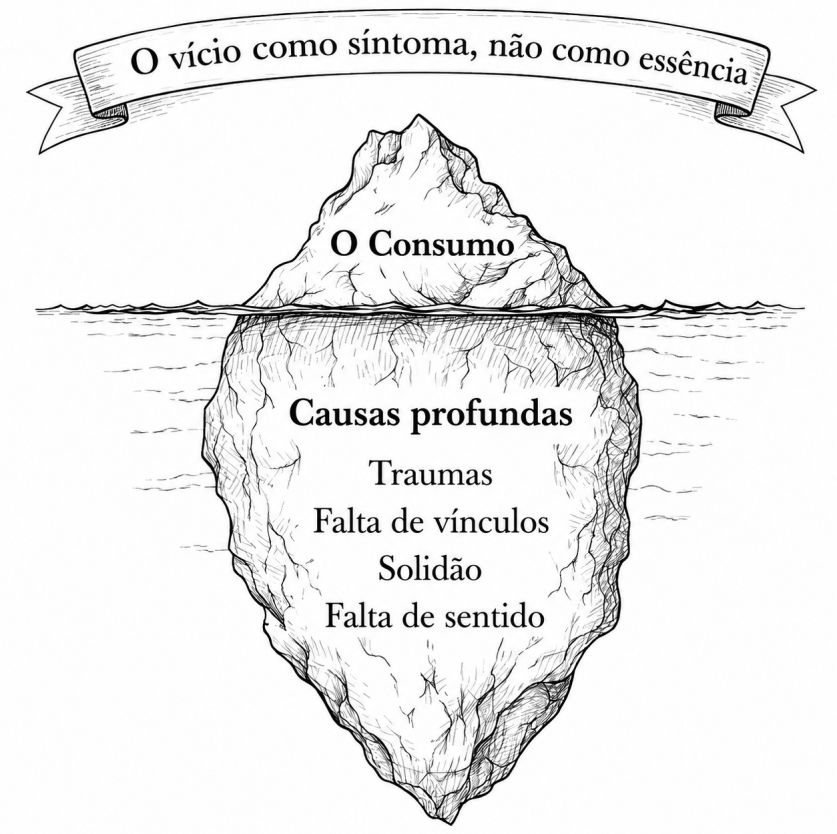


Figura 8.2: O consumo como sintoma

Fundamento ou critério de discernimento

O problema das dependências é comparável a uma mancha de óleo que invade tudo, sem reconhecer fronteiras geográficas nem humanas. Ataca por igual todos os setores sociais, o que impede que a comunidade permaneça indiferente diante de uma realidade que compromete a integridade da pessoa e a vida dos mais jovens.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A problemática dos transtornos por uso de substâncias é uma realidade crescente e multicausal que requer uma resposta imediata baseada nos seguintes pontos:

1. Crescimento global e novas substâncias: O fenômeno se expande com o aparecimento anual de centenas de novas substâncias psicoativas, cujos efeitos costumam ser desconhecidos para o consumidor, aumentando o risco de danos irreversíveis.

2. Impacto na saúde integral: O consumo contribui significativamente para a carga global de enfermidades e mortalidade prematura. Não se trata apenas da dependência, mas de ser um vetor de transmissão para patologias severas e um fator de deterioração física e mental crônica.

3. Crise de pessoas antes que de substâncias: Para além da composição química da droga, o problema manifesto reside em pessoas desoladas pela exclusão, pela falta de sentido ou pela dor profunda. O sujeito recorre à substância como um meio para escapar de uma realidade desesperançadora.

4. Custo social e cultura da morte: O fenômeno gera uma forma de dependência que reduz a produtividade e a alegria de viver, impondo uma lógica de descarte que afeta especialmente a juventude.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A naturalização de substâncias legais ou funcionais é um sintoma de uma sociedade que frequentemente nega a enfermidade até que a deterioração é absoluta. O bem-estar aparente oculta uma dependência que erosiona a liberdade do indivíduo.

- **À segunda:** Embora os setores com menos recursos sofram mais pela falta de redes de apoio, a dependência é uma pandemia transversal que atinge todas as classes sociais sem distinção.

- **À terceira:** O enfoque punitivo centrado apenas na oferta demonstrou ser insuficiente. O problema real se manifesta na demanda, a qual só pode ser abordada mediante a prevenção, a educação em valores e o acompanhamento humano da pessoa em sua singularidade.

8.2.2 Artigo 2: Sobre a distinção clínica das estruturas de personalidade e a patologia dual

Formulação do tema

Para uma abordagem profunda do sofrimento humano, não basta observar a conduta de consumo; é imperativo compreender sobre qual alicerce psíquico se apoia dita conduta. A distinção entre as diferentes estruturas de personalidade, tal como a propõe a tradição psicodinâmica estrutural, permite identificar o grau de fragilidade ou solidez com que um sujeito processa sua realidade e seus vínculos. Entender a dependência como um sintoma de uma organização mental prévia ajuda a desenhar estratégias de acompanhamento que não busquem apenas a abstinência, mas a integração de uma personalidade que se encontra fraturada.

Pergunta central

Existe uma distinção clínica clara entre as estruturas psicótica, neurótica e limítrofe, e de que maneira condicionam o aparecimento da patologia dual?

Cfr. art. 8.2 (Julgar, A psique, Trauma...)

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que não é necessário realizar distinções clínicas entre estruturas de personalidade, uma vez que o transtorno por uso de substâncias deve ser tratado como uma condição uniforme que afeta os circuitos de recompensa do cérebro por igual em todos os sujeitos.

- **Objeção 2:** Parece que centrar-se em diagnósticos de base desvia a atenção do problema principal, que é a vontade do indivíduo de abandonar o consumo e seu compromisso com um caminho moral ou espiritual.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. A patologia dual (cap. 9, dimensão biológica)

O grau de constituição subjetiva e o desenvolvimento da personalidade são critérios fundamentais para entender que a dependência não é o problema em si mesmo, mas o sintoma de uma fratura interna. A intervenção deve ser proporcional à fragilidade da estrutura sobre a qual se monta o consumo.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a distinção entre as estruturas de personalidade depende do nível de consolidação que o sujeito alcançou diante de suas vivências e de seu entorno primário. Distinguem-se três grandes organizações:

1. **Estrutura psicótica:** É a mais frágil, originada frequentemente em meios hostis ou vínculos primários deficientes que impediram a integração de redes de memória adaptativas. Diante de crises, estes sujeitos utilizam mecanismos de dissociação e desconexão, o que produz uma alteração do juízo de realidade e o aparecimento de alucinações ou delírios.

2. **Estrutura neurótica:** Apresenta uma maior solidez, tendo contado habitualmente com vínculos primários suficientemente bons que instalaram sensações de calma. Seu juízo de realidade se mantém conservado e seus mecanismos defensivos não os afastam completamente do mundo circundante.

3. **Estrutura limítrofe (borderline):** Situa-se na fronteira entre as anteriores. Caracteriza-se por uma notória impulsividade e perda de contato com a realidade em momentos de descompensação, sem chegar à fragmentação psicótica total mas sem alcançar a integração neurótica.

- **Advertência:** Esta distinção em três organizações provém do modelo psicodinâmico estrutural, uma tradição clínica de ampla difusão na América Latina que demonstrou particular utilidade para compreender a relação entre a fragilidade da personalidade e a vulnerabilidade ao consumo. É necessário assinalar que outros marcos classificatórios organizam os transtornos de personalidade de maneira diferente. O DSM-5 utiliza um sistema de categorias diagnósticas discretas (transtorno limite, transtorno antissocial, etc.) que não se ordena segundo níveis de integração estrutural. A CID-11, vigente desde 2022, adotou um modelo dimensional que avalia a severidade do transtorno de personalidade em um contínuo (leve, moderado, grave) juntamente com traços predominantes, afastando-se

significativamente do enfoque categorial. Este manual opta pela perspectiva estrutural porque permite ao acompanhante captar com rapidez o grau de fragilidade do irmão que tem diante de si e ajustar a intensidade e o tipo de sustento que oferece, o que resulta operacionalmente mais útil no território do que uma classificação por categorias diagnósticas isoladas. Não obstante, as equipes que trabalhem com profissionais formados em outros marcos encontrarão que as três organizações aqui descritas podem dialogar com esses sistemas sem contradição: o que o modelo estrutural chama de fragilidade psicótica corresponde, em termos gerais, aos níveis de severidade grave da CID-11; a estrutura neurótica aos níveis leves; e a limítrofe aos moderados.

A patologia dual é a coexistência deste quadro de base com um consumo problemático. Nestas situações, a substância cumpre uma função de sobrevivência psíquica, atuando como um anestésico diante de uma vida percebida como ameaça constante devido a traumas não processados.

† Discernimiento pastoral

Nos quadros de patologia dual, a intervenção psiquiátrica e a medicação adequada constituem frequentemente uma condição necessária para que o processo de acompanhamento possa sustentar-se. Uma pessoa com uma estrutura psicótica descompensada ou com um episódio depressivo severo não pode participar de um grupo terapêutico, elaborar sua história em um espaço de escuta nem sustentar uma experiência espiritual se seu sistema nervoso não alcançou um limiar mínimo de estabilização. A medicação psiquiátrica prescrita e supervisionada por um profissional não é uma contradição com o modelo integral que este manual propõe; é parte dele. Assim como o artigo 8.1.4 adverte que tratar as dependências apenas com oração ignorando a biologia é uma forma de espiritualismo redutor, é igualmente necessário advertir que rejeitar a medicação legítima sob o argumento de que «se substitui uma droga por outra» é uma forma de ignorância que pode custar vidas. A medicação não cura por si só — o manual foi claro em que o vínculo, a comunidade e o sentido são indispensáveis —, mas em muitos casos cria as condições biológicas mínimas para que a pessoa possa estar disponível para o encontro sanador que a comunidade lhe oferece. As equipes pastorais que acompanham pessoas com patologia dual devem articular-se com os serviços de saúde mental do território para garantir que a dimensão farmacológica do tratamento não fique desatendida por falta de acesso, por estigma institucional ou por uma concepção errada do que significa uma recuperação integral.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a neurobiologia seja real, uma abordagem que olhe apenas para a substância é ineficiente. A recuperação estável depende de curar a interioridade não integrada e compensar o quadro de base que motiva a conduta de fuga.

- **À segunda:** A dependência não é uma mera questão de vontade. Nas estruturas mais frágeis, o consumo é uma ferramenta de sobrevivência diante da dor insuportável. Por isso, a resposta deve ser uma cultura terapêutica que ofereça um apego seguro para que a personalidade possa alcançar um maior grau de integração.

8.2.3 Artigo 3: Sobre a implementação do Tratamento Informado no Trauma

Formulação do tema

A grande maioria das pessoas que apresentam transtornos por uso de substâncias atravessaram histórias de trauma complexo, negligência ou abusos na infância que marcaram suas redes de memória desadaptativas. Um tratamento informado no trauma propõe uma mudança de paradigma: não se busca unicamente tratar a conduta dependente superficial, mas abordar e curar a ferida subjetiva que a sustenta, entendendo que o consumo é a linguagem de uma dor que não pôde ser nomeada de outra maneira.

Pergunta central

Como deve implementar-se um Tratamento Informado no Trauma, reconhecendo que a dor emocional costuma preceder à dependência?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o tratamento deve centrar-se exclusivamente na abstinência e na reparação neurobiológica do cérebro, considerando que indagar no passado ou em dores emocionais é secundário diante da urgência de deter o consumo.

- **Objeção 2:** Parece que centrar-se no trauma poderia vitimizar o sujeito, tirando-lhe responsabilidade individual sobre seu processo de mudança e permitindo-lhe justificar sua conduta presente como uma consequência inevitável da dor prévia.

Fundamento ou critério de discernimento

A dependência é frequentemente um sintoma de uma fratura interna ou uma tentativa autoterapêutica de aliviar uma vida que se tornou intolerável devido a vivências traumáticas. Portanto, qualquer abordagem que ignore o mal-estar primário que precede ao consumo será ineficiente para lograr uma cura integral.

Cfr. A restauração da imagem de Deus após o trauma (cap. 7)

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que um Tratamento Informado no Trauma não busca apenas tratar a conduta, mas curar a ferida que a sustenta. Este enfoque reconhece que a recuperação real ocorre quando se estabiliza o sistema nervoso desregulado e se processa o sofrimento acumulado. A implementação deste modelo baseia-se nos seguintes pilares:

1. Prioridade da segurança: O tratamento deve garantir um ambiente física e emocionalmente seguro para evitar a revitimização. Toda a equipe deve estar capacitada para identificar gatilhos ou sinais de alerta emocional que ativem redes de memória negativas.
2. Sensibilidade e ternura: É necessário abandonar a linguagem moralizante por uma de proximidade e hospitalidade. O acompanhamento deve ser uma humanização do percurso em que a escuta seja o primeiro passo para que o sujeito possa simbolizar sua dor.
3. Enfoque na resiliência: Em vez de centrar-se apenas no déficit ou no que a pessoa perdeu, trabalha-se sobre o capital de recuperação, identificando as fortalezas e recursos que o sujeito possui para reconstruir seu projeto de vida.
4. Integração interdisciplinar: Requer-se coordenar a atenção médica, psicológica e espiritual para abordar a fenda existencial em que se instalou a dependência. O vínculo comunitário é o fator que verdadeiramente permite integrar a personalidade fraturada.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a desintoxicação seja necessária, a ciência demonstra que o estresse crônico por trauma altera os circuitos cerebrais de recompensa. Se não se trata o mal-estar primário, o cérebro seguirá buscando a substância como a única via conhecida de escape e alívio.
- **À segunda:** O enfoque no trauma não anula a responsabilidade, mas a empodera. Ao compreender que seu consumo foi um mecanismo de sobrevivência fracassado, a pessoa pode deixar de identificar-se com o estigma e começar a ver-se como um sujeito digno capaz de escolher um futuro diferente.

8.3 | O Processo de Mudança e a Dinâmica Motivacional

Esta seção aborda a recuperação como um processo dinâmico de crescimento contínuo, no qual o objetivo transcende a mera abstinência para centrar-se na melhora do funcionamento integral e na busca do máximo potencial da pessoa. Por meio do Modelo Transteórico da Mudança, compreende-se que a motivação não é um traço estático, mas um estado intencional e mutante que flui sob influências internas e externas, atravessando etapas específicas: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e finalização. Este enfoque permite reconhecer que o caminho rumo à cura não é linear, integrando a recaída não como um fracasso definitivo, mas como uma oportunidade de aprendizagem e reentrada no ciclo de mudança. Finalmente, destaca-se a importância de identificar e fortalecer o capital de recuperação —o conjunto de recursos pessoais, familiares, sociais e culturais— como o sustento necessário para que o indivíduo assuma com autonomia um projeto de vida pleno, digno e sustentável.

8.3.1 Artigo 1: Sobre as etapas do processo de mudança e suas necessidades

Formulação do tema

A recuperação nas dependências não deve entender-se como um acontecimento repentino baseado unicamente em um ato de vontade, mas como um processo de crescimento contínuo e dinâmico. A motivação para a mudança não é um traço de personalidade fixo, mas um estado intencional que flutua. Por isso, é necessário contar com um mapa que permita identificar em que momento subjetivo se encontra a pessoa para oferecer o apoio adequado às suas necessidades específicas. Entre os diversos marcos propostos pela psicologia para compreender este processo, o Modelo Transteórico da Mudança constitui uma das ferramentas mais influentes e difundidas no campo das dependências. Este manual o adota como referência organizativa principal, reconhecendo tanto seu valor pedagógico como as limitações que a investigação posterior assinalou.

Pergunta central

É o processo de mudança nas dependências um caminho linear e estático, ou compõe-se de etapas dinâmicas com necessidades de apoio específicas?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a motivação para a mudança é estática. Sob esta visão, uma pessoa possui ou não possui motivação, e se não a tem, o acompanhante não pode influir em sua decisão, sendo a falta de vontade responsabilidade exclusiva do indivíduo.
- **Objeção 2:** Parece que a recaída é um fracasso definitivo. Segundo esta lógica, se uma pessoa volta a consumir, perdeu todo o progresso prévio e deve ser considerada como alguém que abandonou seu compromisso com a mudança.
- **Objeção 3:** Parece que o processo de mudança se ajusta sempre a uma sequência de etapas ordenadas e previsíveis, o que sugeriria que toda recuperação segue um itinerário linear desde a pré-contemplação até a finalização, e que aqueles que não transitam essas etapas na ordem prevista estariam fora do modelo.

Fundamento ou critério de discernimento

A mudança é um processo dinâmico no qual as pessoas atravessam etapas previsíveis a ritmos diferentes, movendo-se para frente e para trás segundo seu nível de motivação intencional. A intervenção deve ser artesanal e ajustada ao momento que atravessa o sujeito.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A recuperação é um ciclo de aprendizagem em que o Modelo Transteórico identifica seis etapas com características e necessidades de apoio particulares:

1. **Pré-contemplação**: O indivíduo não tem intenção de mudar e frequentemente subestima o problema. A necessidade de apoio radica em gerar confiança e aumentar a tomada de consciência sobre os riscos sem exercer pressão.
2. **Contemplação**: A pessoa reconhece o problema mas experimenta ambivalência. Requer ajuda para resolver essa dualidade entre querer e não querer mudar, fortalecendo a confiança em sua capacidade de consegui-lo.
3. **Preparação**: Existe a intenção de agir em breve e foram dados pequenos passos. O apoio deve centrar-se em escolher estratégias de mudança apropriadas e negociar um plano concreto.

4. **Ação**: O sujeito modifica ativamente seu comportamento. É o momento de maior risco, em que se necessita afirmação constante das conquistas e aprendizagem de habilidades para manejar a abstinência.

5. **Manutenção**: Consolidam-se as conquistas para evitar a recorrência. O apoio se orienta a desenvolver novos estilos de vida, amizades saudáveis e metas que substituam o papel da substância.

6. **Finalização ou terminação**: A mudança se integrou totalmente por mais de dois anos e a tentação desapareceu. A pessoa já não age por vigilância, mas a partir de uma liberdade recuperada.

- **Alcances e limitações do modelo.** O Modelo Transteórico foi desenvolvido originalmente para o estudo do abandono do tabagismo, e sua generalização a outras substâncias e às dependências comportamentais foi objeto de discussão na literatura científica. Revisões posteriores questionaram que as etapas sejam tão discretas e sequenciais como o modelo original propõe; a experiência clínica e territorial confirma que muitas pessoas oscilam entre etapas, saltam-nas ou as transitam de forma simultânea. Assim mesmo, o modelo não integra adequadamente a dimensão da mudança abrupta ou conversiva —o que alguns autores denominam mudança quântica (*quantum change*)—, na qual uma experiência intensa (um encontro, uma crise, um acontecimento espiritual) precipita uma transformação profunda que não segue a lógica gradual das etapas. Esta dimensão é particularmente relevante para uma pastoral que reconhece a possibilidade da conversão e do encontro transformador com Cristo como motor de mudança radical. O modelo se oferece, portanto, como uma ferramenta de orientação que ajuda o acompanhante a situar o irmão em seu processo, mas não como um itinerário obrigatório nem como a única forma legítima de compreender a recuperação.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A motivação é dinâmica e com propósito. O papel do acompanhante não é passivo; sua tarefa é ajudar o usuário a entender suas próprias dúvidas e metas para inclinar a balança rumo à mudança.

- **À segunda:** A recaída ou recorrência é um acontecimento que dispara um novo ciclo e deve ser vista como uma oportunidade de aprendizagem pedagógica. Quem recai necessita uma avaliação para retomar o processo e reparar a confiança em si mesmo, não uma condenação que o exclua.

- **À terceira:** O modelo é um mapa, não o território. A realidade da mudança humana é mais fluida e menos previsível do que qualquer esquema de etapas. A experiência pastoral demonstra que alguns irmãos transitam as etapas de forma não linear, que outros experimentam transformações abruptas que não se encaixam na sequência prevista, e que a singularidade de cada processo de vida excede toda classificação. O valor do modelo reside em oferecer ao acompanhante uma linguagem compartilhada para identificar necessidades e ajustar sua resposta, não em prescrever um caminho único.

8.3.2 Artigo 2: Sobre a etapa de finalização ou terminação

Formulação do tema

Nos modelos de tratamento das dependências, costuma omitir-se o horizonte de chegada, mantendo o sujeito em um estado de alerta permanente. Contudo, para uma antropologia que busca o máximo potencial da pessoa, é indispensável definir um estado de integração total em que a mudança deixa de ser um esforço consciente para converter-se em uma nova natureza. A etapa de finalização representa a culminação do processo em que a liberdade se recupera plenamente e o indivíduo transcende sua identidade prévia de paciente.

Pergunta central

É necessário incluir a etapa de finalização ou terminação após a manutenção, e como se define este estado de integração da mudança?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que não é necessário incluir uma etapa de finalização, dado que os transtornos por uso de substâncias se definem como uma enfermidade crônica e recorrente, o que obrigaria o indivíduo a permanecer em um estado de vigilância perpétua durante toda sua vida.
- **Objeção 2:** Parece que a etapa de manutenção é suficiente, uma vez que consiste em consolidar as conquistas e prevenir recaídas de forma contínua; acrescentar uma etapa de terminação resulta redundante e poderia gerar uma falsa sensação de segurança no usuário.
- **Objeção 3:** Afirma-se que a recuperação é um processo de gestão ao longo de toda a vida, pelo que estabelecer um ponto final contradiz a natureza do crescimento humano contínuo e o dinamismo da psique.

Fundamento ou critério de discernimento

É fundamental contemplar a etapa de finalização para validar a capacidade do ser humano de transcender o transtorno e alcançar uma vida autodirigida. Nesta fase, a mudança se integrou de tal modo que a tentação de voltar ao comportamento anterior perdeu seu poder de determinação sobre a conduta do sujeito, coexistindo com uma liberdade recuperada e uma vigilância serena que não angustia, mas protege, permitindo que a pessoa deixe de ser um destinatário de serviços para ser um protagonista pleno em sua comunidade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A inclusão da etapa de terminação é necessária para dar conta da plenitude do desenvolvimento humano e se fundamenta nos seguintes pontos:

1. Validação do sucesso terapêutico: Evita que a pessoa fique presa em uma identidade eterna de enfermo ou pessoa dependente, o que contradiz o objetivo de alcançar o máximo potencial e reconhecer que a dignidade ontológica é superior a qualquer patologia.

2. Diferenciação da luta: Enquanto a manutenção requer um esforço consciente e uma vigilância contínua contra situações de risco, a finalização marca a passagem rumo a um estado em que a liberdade já não se experimenta como uma luta constante contra o impulso, mas como uma disposição estável do coração que, sem negar a fragilidade constitutiva da condição humana, permite ao sujeito habitar sua vida a partir do projeto e não a partir da urgência. O comportamento saudável já não é uma imposição externa ou um autocontrole tenso, mas uma escolha natural.

3. Critérios de integração total: Define-se por uma temporalidade de pelo menos dois anos de comportamento saudável ininterrupto, a ausência total de ambivalência diante do consumo e uma autoeficácia plena. O sujeito já não consome para aliviar o mal-estar, mas construiu um estilo de vida com propósito que substitui a dinâmica do consumo.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a neuroadaptação seja um dado biológico persistente, as dimensões espiritual e psicológica permitem à pessoa substituir os hábitos aprendidos por novos repertórios saudáveis que se tornam

espontâneos. A terminação celebra a liberdade recuperada diante da história clínica.

- **À segunda:** A redundância é aparente. A manutenção é um estado de alerta diante do risco, enquanto a terminação é o estado em que o plano de recuperação evoluiu rumo a um sentido de vida transcendente em que a droga já não é uma opção de resposta ao estresse ou à dor.
- **À terceira:** Se bem o crescimento humano é perpétuo, a mudança específica quanto à conduta dependente sim tem um ponto de resolução satisfatório. O objetivo do acompanhamento é que o indivíduo recupere sua autonomia total e se reintegre como um membro ativo e sadio da família humana.

8.3.3 Artigo 3: Sobre a natureza da motivação para a mudança

Formulação do tema

A motivação é o motor fundamental do processo de recuperação, mas frequentemente é mal-entendida como um recurso que o indivíduo possui ou não de forma permanente. Para um acompanhamento eficaz, é necessário compreender que a vontade de mudança não é um traço de personalidade estático, mas uma força viva que flutua e se vê influenciada pela interação entre o mundo interno do sujeito e seu entorno social.

Pergunta central

Diferencia-se a motivação para a mudança por ser um estado estático ou, pelo contrário, é um processo dinâmico e intencional influenciado por diversos fatores?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a motivação é estática, entendendo-se como um traço de personalidade. Sob esta visão, se um usuário não está motivado, o acompanhante tem poucas possibilidades de influir e a falta de avanço é responsabilidade exclusiva do indivíduo.
- **Objeção 2:** Parece que a motivação é unilateral, centrada unicamente no desejo de deixar a substância. Portanto, se uma pessoa continua consumindo, assume-se que não existe motivação alguma para a mudança.

- **Objeção 3:** Afirma-se que se a dependência afeta os centros de prazer, a motivação seria um simples reflexo bioquímico e não um processo intencional ou psicológico.

Fundamento ou critério de discernimento

A motivação não é um traço fixo, mas um estado dinâmico que pode flutuar ao longo do tempo e segundo as situações. Move-se entre metas contraditórias e varia em intensidade conforme a pessoa resolve suas dúvidas e ambivalências.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a motivação é um processo dinâmico, intencional e mutante. Reconhece que o indivíduo pode oscilar entre o desejo de recuperar-se e o impulso de consumir, vendo-se afetado por dois grupos de influências:

1. Influências internas: Incluem os estados emocionais (em que a esperança aumenta a motivação), as metas de vida (o desejo de trabalhar ou formar uma família) e as percepções cognitivas sobre os riscos e benefícios da conduta atual.
2. Influências externas: Referem-se aos vínculos sociais (família e amigos que apoiam ou minam o esforço), eventos críticos (como uma prisão ou o nascimento de um filho) e o apoio comunitário que oferece recursos para sustentar a decisão.
3. A resolução da ambivalência: A motivação dinâmica entende que é normal sentir duas personalidades em conflito. O processo de mudança avança à medida que o sujeito consegue inclinar a balança rumo a seus valores de vida superiores.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Ao entender a motivação como algo dinâmico, o papel do acompanhante deixa de ser passivo. Sua tarefa consiste em ajudar a pessoa a resolver sua ambivalência, facilitando que o desejo de mudança positiva prevaleça mediante a escuta ativa.
- **À segunda:** A motivação pode variar drasticamente entre diferentes condutas. Um usuário pode estar muito motivado para melhorar sua

saúde física mas ter uma motivação baixa para abandonar um consumo específico; o acompanhamento deve respeitar esta singularidade para trabalhar sobre o que o sujeito sim está disposto a mudar.

- **À terceira:** Embora os processos biológicos condicionem a conduta, o ser humano possui uma dimensão espiritual e volitiva que lhe permite transcender seus impulsos. O tratamento busca fortalecer o projeto de vida para que a parte racional retome o comando sobre a urgência do consumo.

8.3.4 Artigo 4: Sobre a natureza da recaída e seu valor pedagógico

Lc 22, 31-34.61-62 — *Eu roguei por ti, para que tua fé não desfaleça. E tu, quando tiveres voltado, confirma teus irmãos... E, saindo dali, chorou amargamente*

Formulação do tema

Na abordagem das dependências, a ruptura da abstinência costuma ser interpretada sob uma lógica de fracasso ou culpa moral. Contudo, para um olhar integral, é necessário compreender que o processo de mudança não é um caminho linear nem previsível. A reincidência no consumo não anula o progresso prévio, mas constitui um acontecimento crítico que, se for gerido adequadamente, permite aprofundar no conhecimento das vulnerabilidades do sujeito e fortalecer sua estratégia de recuperação.

Pergunta central

Deve a recaída ser interpretada como um fracasso definitivo do processo ou como uma oportunidade de aprendizagem e reentrada no ciclo de mudança?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a recaída é um fracasso definitivo, uma vez que se o objetivo é a abstinência e esta se rompe, o esforço prévio é considerado inútil e a pessoa teria perdido tudo o que conquistou.
- **Objeção 2:** Parece que a recaída demonstra uma falta de vontade real, sugerindo que o usuário regressou a uma etapa de negação absoluta do problema.
- **Objeção 3:** Afirma-se que a recaída justifica a interrupção do acompanhamento ou a expulsão institucional, sob a premissa de que o sujeito não está pronto para o processo.

Fundamento ou critério de discernimento

A recaída ou recorrência é um evento esperado dentro da natureza dos transtornos crônicos de saúde. Longe de ser o fim do caminho, é o acontecimento que dispara um novo ciclo de mudança, oferecendo informação vital que antes não estava disponível para o sujeito nem para sua rede de apoio.

Cfr. art. 9.3.4 (trajetórias de recuperação a partir do biológico)

Tese e desenvolvimento argumentativo

A recaída deve ser interpretada como um ponto de inflexão dinâmico e uma oportunidade pedagógica, baseando-se nos seguintes pilares:

1. Despatologização e gestão da saúde: Ao ser o transtorno por uso de substâncias uma afecção recorrente, a recaída se equipara às crises em outras enfermidades crônicas. Isto permite transferir o enfoque desde a culpa moral rumo à gestão responsável da saúde integral.

2. A recaída como mestra do processo: A recorrência revela fatores desencadeantes (lugares, pessoas ou emoções) e redes de memória desadaptativas que não haviam sido detectadas. Permite avaliar quais estratégias de enfrentamento foram ineficazes e quais devem reforçar-se.

3. Diferenciação entre abstinência e recuperação: A recuperação é um processo amplo de melhora do bem-estar. Uma pessoa pode ter um tropeço na abstinência mas manter seu compromisso com o projeto de vida, utilizando a crise para reparar a confiança em sua capacidade de mudança.

4. Reentrada consciente no ciclo: Quem recai não volta ao ponto de início de sua ignorância original. O processo prévio deixa um grau de consciência e ferramentas que facilitam uma retomada mais rápida e fundamentada do processo terapêutico.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A recaída não anula o progresso; é um evento dentro de um contínuo de melhora. O acompanhamento deve sustentar a vida do outro especialmente na queda, reconhecendo que a dignidade do sujeito é superior a seu sintoma.

- **À segunda:** A ambivalência é uma parte normal do processo de mudança. O regresso ao consumo não significa abandono de metas, mas que o sujeito enfrentou uma pressão ambiental ou interna que superou seus recursos atuais.

- **À terceira:** A comunidade deve funcionar como um hospital de campanha que cura as feridas da recaída. O abandono institucional só aumenta a desolação; a resposta deve ser oferecer um lugar seguro para voltar a começar, fortalecendo o vínculo em vez de cortá-lo.

8.3.5 Artigo 5: Sobre as armadilhas da entrevista motivacional no acompanhamento

Formulação do tema

O acompanhamento eficaz deve estar centrado na pessoa e responder às suas necessidades, evitando a moralização, as discussões e a atitude ameaçadora. Estes obstáculos criam barreiras na comunicação e provocam mal-entendidos que bloqueiam a vontade de mudança. A entrevista motivacional é uma ferramenta fundamental para resolver a ambivalência do sujeito, mas seu sucesso depende da capacidade do acompanhante para identificar e evitar certas dinâmicas que podem romper a aliança terapêutica.

Pergunta central

Existem armadilhas ou obstáculos no diálogo motivacional que os acompanhantes devem evitar para não bloquear o vínculo ou a vontade de mudança do usuário?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o acompanhante deve ser direto e confrontativo para que a pessoa rompa sua negação, pelo que assinalar os erros e as faltas morais é necessário para que o usuário tome consciência de sua realidade.

- **Objeção 2:** Parece que, devido ao estado de desorganização de quem consome, o acompanhante deve dar ordens claras e atuar como um supervisor para estabelecer a ordem necessária em sua vida.

- **Objeção 3:** Parece que a melhor forma de obter informação é mediante um interrogatório constante de perguntas e respostas, garantindo que nenhum detalhe da história de consumo permaneça oculto.

Fundamento ou critério de discernimento

O acompanhamento deve basear-se na hospitalidade e na escuta ativa, reconhecendo que a pessoa é especialista em sua própria vida. Impor uma verdade externa ou uma autoridade hierárquica anula a autonomia do sujeito e reforça o estigma que impede a cura integral.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Para manter um vínculo de confiança que facilite a mudança, é necessário evitar as seguintes armadilhas identificadas no diálogo motivacional:

1. Armadilha do interrogatório (Pergunta-Resposta): Ocorre quando o acompanhante utiliza exclusivamente perguntas fechadas, situando o usuário em um papel passivo e o acompanhante em um papel de especialista, o que impede que a pessoa explore seus próprios motivos internos.

2. Armadilha da moralização e do julgamento: Ao qualificar a conduta como má ou viciosa, gera-se uma rejeição social internalizada que produz vergonha e culpa. Estes sentimentos paralisam a recuperação e levam o sujeito a ocultar seu consumo por medo da humilhação.

3. Armadilha do especialista ou da autoridade: Agir com prepotência acadêmica ou dar ordens asfixia a liberdade do outro. O vínculo deve ser corpo a corpo, lembrando que o acompanhante é um guia ao lado e não um supervisor.

4. Armadilha da reatividade e da discussão: Tentar vencer o usuário com argumentos lógicos gera reatividade emocional. Se o acompanhante se põe na defensiva ou julga, o interlocutor deixa de compartilhar informação vital para seu processo.

5. Armadilha da interpretação excessiva: Tentar dar significados complexos ou etiquetas diagnósticas antes que o usuário possa simbolizar sua própria dor costuma levar a conclusões fechadas que ignoram a singularidade do ser.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora o limite seja necessário, o limite mais saudável é a ternura e a compreensão. A confrontação deve ser cuidadosa e baseada na realidade do vínculo, não em um julgamento condenatório que só aumenta a resistência à mudança.
- **À segunda:** O acompanhante acompanha, não manda. O objetivo é passar de uma vontade heterônoma, ditada por outros, a uma autonomia progressiva em que o sujeito assuma a responsabilidade por suas escolhas.
- **À terceira:** O interrogatório satura e afasta o sujeito. Deve-se priorizar a escuta ativa mediante a paráfrase e o reflexo de sentimentos, o que permite que apareça a história da pessoa e se fortaleça o vínculo de confiança.

8.4 | Aportes das Escolas da Psicologia

Esta seção integra as contribuições de diversas escolas da psicologia sob um Modelo Integrado de Intervenção, reconhecendo que a complexidade do ser humano e das dependências requer uma multiplicidade de enfoques e técnicas em vez de uma resposta única. Por meio da Psicologia Comportamental, compreende-se o consumo como um comportamento aprendido e capaz de ser desaprendido mediante novos repertórios saudáveis, enquanto a Terapia Cognitivo-Comportamental oferece ferramentas para identificar e alterar padrões de pensamento irracionais e impulsos. Por sua parte, a Psicoterapia Gestalt aporta um olhar holístico centrado no aqui e agora para que o indivíduo assuma a responsabilidade por suas ações, complementando-se com a Logoterapia, que se enfoca na busca de sentido e na transcendência diante do vazio existencial. Assim mesmo, o Enfoque Sistêmico reorienta a intervenção rumo à família como peça-chave para uma solução sustentável, e a Psicanálise permite aprofundar na compreensão do sujeito e seu sintoma. Finalmente, as terapias de terceira geração —entre as quais se destacam a Terapia Dialético-Comportamental, a Terapia de Aceitação e Compromisso e os enfoques baseados na atenção plena (mindfulness)— aportam uma dimensão complementar ao propor que a recuperação não consiste unicamente em modificar ou eliminar o sofrimento, mas em transformar a relação que a pessoa estabelece com sua própria dor, aprendendo a habitá-la sem que esta governe suas decisões. Este conjunto de ferramentas permite que o acompanhamento se apoie na evidência científica para ajudar cada pessoa a curar suas feridas e alcançar seu máximo potencial humano.

8.4.1 Artigo 1. Sobre o aporte da psicologia comportamental

Formulação do tema

Dentro do modelo integrado de intervenção, a psicologia comportamental aporta uma visão pragmática ao processo de recuperação. Este enfoque propõe que o consumo de substâncias não é um evento aleatório, mas um comportamento que o indivíduo aprendeu por meio de sua interação com o entorno, as práticas familiares e a cultura ambiental. Se o consumo é uma conduta modelada pela aprendizagem social, a recuperação consiste no desenho sistemático de novas experiências que permitam ao sujeito adquirir hábitos mais saudáveis.

Pergunta central

Pode a dependência ser entendida como um comportamento aprendido que é possível desaprender mediante novos repertórios saudáveis?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a dependência não é um comportamento aprendido, mas uma enfermidade fisiológica do cérebro que, ao implicar mudanças químicas permanentes, não pode desaprender-se mediante o treinamento da conduta.

- **Objeção 2:** Parece que o comportamento do usuário depende de sua força de vontade e que o consumo é uma debilidade moral que não se soluciona com novos repertórios ou aprendizagens externas.

- **Objeção 3:** Afirma-se que se a pessoa apresenta transtornos mentais ou traços dissociais, sua conduta é uma estrutura fixa e não um hábito que possa ser modificado pela aprendizagem social.

Fundamento ou critério de discernimento

Desde a perspectiva da aprendizagem social, o consumo de substâncias é um comportamento que as pessoas incorporaram da sociedade. Portanto, para lograr uma mudança sustentável, é necessário ensinar sistematicamente comportamentos alternativos que reduzam o sofrimento e promovam a autonomia.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a psicologia comportamental oferece uma via otimista para a recuperação sob a premissa de que se aprendemos a usar as drogas, também podemos aprender a deixá-las. Este aporte se desenvolve sob os seguintes pontos:

1. Substituição de repertórios: A recuperação transcende a mera abstinência para centrar-se no desenvolvimento de atividades que causem menos danos. Isto inclui a inserção em novos grupos de pares, a prática de esportes, a aprendizagem de ofícios e a integração da espiritualidade como um hábito cotidiano.

2. Treinamento em habilidades específicas: O enfoque propõe o ensino de ferramentas concretas, como habilidades de recusa para aprender a dizer não, técnicas de manejo do tempo para evitar o tédio e estratégias para deter o pensamento compulsivo.

3. O valor da repetição e da prática: Reconhece-se que dominar uma nova conduta requer tempo e esforço. A prática constante permite que a parte racional do cérebro recupere gradualmente o controle sobre os impulsos automáticos, permitindo que o sujeito aprenda inclusive com seus próprios erros.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora existam componentes biológicos reais, o ato de consumir é modelado pelo ambiente. Os novos hábitos saudáveis podem estimular os mesmos centros de prazer de forma natural, aproveitando a neuroplasticidade para substituir a dependência química por bem-estar comportamental.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

- **À segunda:** Em vez de apelar a uma vontade abstrata, identifica-se que o discernimento do sujeito pode estar deteriorado por aprendizagens prévias hostis. O acompanhamento oferece ajudas externas para fortalecer a autoeficácia e a capacidade de escolha.

- **À terceira:** O transtorno por uso de substâncias não é uma estrutura fechada, mas um fenômeno agregado. Mesmo em casos de patologia dual, o estabelecimento de normas claras e uma cultura terapêutica permite que o indivíduo aprenda novas formas de regular suas emoções e comunicar-se com os demais.

Cfr. art. 8.2 (Julgar, A psique, Trauma...)

8.4.2 Artigo 2: Sobre as ferramentas da TCC no tratamento das dependências

Formulação do tema

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se na premissa de que os pensamentos, as emoções e as condutas estão interconectados. No âmbito dos consumos, este enfoque sustenta que as crenças irracionais e os pensamentos automáticos atuam como mediadores que sustentam o comportamento dependente. Por isso, a recuperação requer não apenas uma mudança de hábito, mas

um treinamento sistemático para identificar e modificar as distorções cognitivas que levam o indivíduo a perceber-se de forma negativa ou a reagir de maneira impulsiva diante dos estímulos do entorno.

Pergunta central

São as ferramentas da Terapia Cognitivo-Comportamental efetivas para identificar e alterar os padrões de pensamento irracionais, os pensamentos automáticos e os impulsos?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que os pensamentos automáticos e impulsos não podem alterar-se mediante a técnica, pois são o resultado de mudanças neurobiológicas crônicas que anulam a capacidade de raciocínio do sujeito.
- **Objeção 2:** Parece que centrar-se nos processos cognitivos é insuficiente, uma vez que a dependência é uma enfermidade da alma que requer unicamente uma conversão espiritual e não uma análise técnica.
- **Objeção 3:** Afirma-se que a vontade é a única responsável pela mudança, pelo que nenhuma técnica de detenção de pensamento poderá evitar o consumo se não houver um compromisso moral prévio.

Fundamento ou critério de discernimento

O ser humano tem o potencial de pensar tanto racional quanto irracionalmente. As crenças que sustentam a dependência são aprendidas e, portanto, podem ser modificadas mediante a prática e o uso de ferramentas que permitam ao indivíduo reconhecer e reenquadrar seus padrões mentais.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a TCC oferece um conjunto de ferramentas eficazes que permitem ao sujeito recuperar o comando sobre sua vida psíquica, destacando-se as seguintes:

1. Debate e reenquadramento cognitivo: Consiste em identificar pensamentos irracionais absolutos, como a autodefinição negativa baseada na enfermidade, para transformá-los em afirmações positivas baseadas na realidade de suas fortalezas e seu potencial de recuperação.

2. Identificação de pensamentos totalitários: Busca-se romper o uso de etiquetas de identidade fechadas. Ensina-se que termos como paciente ou usuário descrevem um estado atual, mas não definem a essência inalienável da pessoa.

3. Técnicas de detenção do pensamento: Incluem ferramentas para interromper o ciclo de fissura, como a visualização (imaginar um interruptor de desligar), estímulos físicos leves para redirecionar a atenção ou exercícios de respiração profunda para manejar a ansiedade.

4. Surfar os impulsos (Urge Surfing): Propõe visualizar o desejo de consumo como uma onda que sobe, chega a um ponto máximo e depois se desvanece, reforçando a ideia de que os impulsos são estados transitórios e não ordens que devam ser executadas.

5. Fortalecimento da autoeficácia: Por meio da validação de pequenos sucessos, ajuda-se a pessoa a reconstruir a crença em sua própria habilidade para superar as dúvidas e sustentar a mudança.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora o dano neurobiológico afete o juízo, a repetição de novas habilidades cognitivas aproveita a neuroplasticidade. Isto permite que a parte racional do cérebro retome gradualmente o controle sobre os impulsos automáticos.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

- **À segunda:** A espiritualidade e a ciência são complementares. A TCC ajuda a curar a dor secundária, como a culpa e a vergonha, que frequentemente bloqueia o crescimento espiritual e a capacidade de sentir-se digno do amor e da misericórdia.

- **À terceira:** A vontade não é um traço estático, mas um processo dinâmico. As técnicas da TCC não substituem o compromisso pessoal, mas proporcionam estratégias de enfrentamento concretas para os momentos em que a motivação fraqueja diante da pressão interna ou externa.

8.4.3 Artigo 3: Sobre o aporte da Psicoterapia Gestalt e a responsabilidade

Formulação do tema

O comportamento dependente funciona frequentemente como uma forma de evasão afetiva ou deslocamento da realidade. Para que o processo de recuperação seja efetivo, é necessário que o sujeito passe de ser um destinatário passivo de assistência a um protagonista ativo de sua própria vida. A Psicoterapia Gestalt aporta um olhar holístico que busca integrar a unidade da pessoa, centrando-se em sua capacidade de perceber suas necessidades reais no momento presente para deixar de utilizar a substância como um mecanismo de fuga.

Pergunta central

É o enfoque do aqui e agora e a tomada de consciência uma ferramenta eficaz para que o indivíduo assuma a responsabilidade por suas ações diante da dependência?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o enfoque no aqui e agora é insuficiente, dado que a dependência está profundamente enraizada em traumas do passado e feridas da infância que requerem ser analisadas historicamente para lograr uma responsabilidade real.
- **Objeção 2:** Parece que a responsabilidade é um ato exclusivo da vontade moral e que, ao ser a dependência uma enfermidade cerebral que afeta o autocontrole, a simples tomada de consciência das emoções não basta para recuperar o comando dos atos.

Fundamento ou critério de discernimento

A recuperação requer incrementar a capacidade das pessoas para atender suas necessidades presentes. Fomentar a responsabilização das próprias ações empodera o indivíduo, permitindo-lhe reconhecer que não é um objeto que deva ser dirigido, mas um sujeito com capacidade de escolha.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A escola Gestalt contribui à cura integrando a unidade da pessoa por meio do presente, baseando-se nos seguintes pilares:

1. O Dar-se Conta (Awareness): Consiste em fomentar a consciência plena dos pensamentos, emoções e comportamentos no momento exato em que

ocorrem. Ao identificar o que sente e o que necessita durante um impulso, o indivíduo rompe a resposta automática da parte emocional dependente e permite que a parte racional intervenha.

2. O enfoque no presente: O aqui e agora não ignora o passado, mas o aborda tal como se manifesta e afeta o sujeito hoje. Isto evita que a pessoa utilize sua história prévia como uma desculpa para a inação, promovendo um estilo de vida genuíno afastado de padrões evitativos.

3. Responsabilização e empoderamento: Ao tomar consciência de necessidades reais como a fome, a solidão ou a dor, o sujeito recupera a capacidade de escolher alternativas saudáveis em vez de recorrer à substância para anestesiar sua existência.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora o trauma tenha ocorrido no passado, sua ferida sangra no presente por meio de redes de memória desadaptativas. O enfoque gestáltico permite processar essa dor hoje, evitando que o sujeito continue fugindo de sua própria história por meio do consumo.

- **À segunda:** A vontade só pode escolher o que a razão lhe apresenta como um bem. A tomada de consciência permite ao indivíduo identificar fortalezas e potencialidades que antes estavam ocultas pelo estigma ou pela culpa, fazendo com que a liberdade deixe de ser um impulso cego para converter-se em uma responsabilidade deliberada.

8.4.4 Artigo 4: Sobre o aporte da Logoterapia na reconstrução do sentido e da transcendência

Formulação do tema

Mc 8, 36 — *De que serve ao homem ganhar o mundo inteiro se perde a sua alma?*

A Logoterapia centra-se na dimensão espiritual da pessoa, partindo da premissa de que o ser humano está motivado por uma vontade de sentido. No âmbito das dependências, o consumo se apresenta frequentemente como uma tentativa de preencher uma fenda existencial ou anestesiar uma dor profunda derivada da falta de propósito. Este enfoque busca que o indivíduo transcenda sua situação de padecimento mediante a descoberta de valores que lhe permitam reconstruir sua identidade e seu projeto de vida.

Pergunta central

Ajuda a Logoterapia a reconstruir o sentido de vida, a resiliência e a capacidade de transcendência diante do vazio existencial em pessoas com transtornos por uso de substâncias?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a Logoterapia é secundária ou desnecessária, uma vez que a ciência define a dependência principalmente como uma enfermidade cerebral crônica que requer intervenções biológicas e farmacológicas para manejar a neuroadaptação.

- **Objeção 2:** Parece que o vazio existencial é um conceito demasiado abstrato que não pode ser abordado enquanto a pessoa sofra de carências materiais primárias, como a falta de teto, alimento ou saúde física.

- **Objeção 3:** Afirma-se que a recuperação deve limitar-se a objetivos clínicos mensuráveis como a abstinência e a redução de danos, fazendo com que a busca de transcendência seja irrelevante para o sucesso de um tratamento padrão.

Fundamento ou critério de discernimento

A espiritualidade é a essência do ser que impulsiona a pessoa a buscar significado. Sem esta dimensão, não existe uma reabilitação integral, uma vez que só o encontro com um sentido transcendente oferece os critérios necessários para ordenar a vida e propor um projeto que realize a pessoa em sua totalidade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A Logoterapia é fundamental para a abordagem psicológica porque interpreta a dependência como uma busca espiritual fracassada. Sua contribuição se articula nos seguintes pilares:

1. Superação do vazio existencial: Identifica a angústia vital como o espaço em que se instala o consumo para anestesiar uma existência percebida como intolerável. A cura ocorre quando o sujeito consegue processar sua dor e descobrir um para quê que dote de valor seu presente.

2. Fomento da resiliência: A capacidade de renascer das feridas traumáticas se fortalece mediante o desenvolvimento do capital humano, integrando valores, esperança e otimismo. Isto permite ao sujeito enfrentar as contrariedades da vida sem recorrer à evasão química.

3. Capacidade de transcendência: O ser humano possui uma abertura intrínseca rumo ao que está além de si mesmo. A transcendência permite ao indivíduo descentrar-se de seu próprio sofrimento para orientar-se rumo ao amor ao próximo e ao serviço, reconectando-o com Deus e com a comunidade.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a neurociência explique o funcionamento do cérebro, a Logoterapia atende à pessoa que habita esse corpo. A motivação espiritual é o motor indispensável que permite sustentar as mudanças comportamentais e biológicas a longo prazo.

- **À segunda:** O homem é uma unidade inseparável. Atender ao físico sem o espiritual deixa o sujeito em um estado de sobrevivência defensiva; a descoberta da dignidade própria é o que empodera a pessoa a transformar sua realidade material e social.

- **À terceira:** A abstinência é necessária mas insuficiente. Um tratamento humanizante busca que o sujeito alcance seu máximo potencial mediante uma vida autodirigida, o que é impossível sem a capacidade de transcender o impulso compulsivo em favor de um valor superior.

8.4.5 Artigo 5: Sobre a causalidade circular do enfoque sistêmico na família

Formulação do tema

Desde a psicologia sistêmica, a família se entende como um organismo vivo em que todos seus membros estão interconectados e se influenciam reciprocamente. O consumo de substâncias não é um evento isolado do indivíduo, mas frequentemente se converte no eixo central ao redor do qual se organiza a vida familiar. Para que uma solução seja sustentável a longo prazo, é necessário deixar de ver o usuário como o único componente do problema e compreender a rede de vínculos que sustenta ou alimenta a conduta.

Pergunta central

Permite a causalidade circular do enfoque sistêmico entender que a família se organiza ao redor do sintoma e que seu envolvimento é chave para a solução a longo prazo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o consumo de substâncias é um problema de responsabilidade estritamente individual, pelo que o tratamento deve centrar-se unicamente no sujeito, sendo a participação da família algo secundário.
- **Objeção 2:** Parece que a relação entre o consumo e a família se explica mediante uma causalidade linear, em que a dependência é um efeito simples provocado por uma causa biológica e a família é apenas uma vítima passiva.

Fundamento ou critério de discernimento

O consumo de substâncias termina sendo um sintoma funcional que cumpre um papel dentro da interação familiar. Portanto, a recuperação integral requer que o sistema colabore e se envolva na modificação de seus padrões de comunicação e convivência. A abordagem comunitária não se centra apenas na pessoa que consome, mas em desestruturar as dinâmicas relacionais que perpetuam o problema.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A aplicação da causalidade circular permite uma abordagem profunda baseada nos seguintes princípios:

1. **O consumo como sintoma funcional e desequilíbrio relacional:** O transtorno frequentemente reflete dificuldades que cumprem uma função dentro da interação familiar, seja para equilibrar, unir ou emitir um alarme no sistema. Ao passar do *por quê* ao *para quê*, descobre-se que a família aprendeu a funcionar ao redor deste sintoma. Este funcionamento costuma estar ligado a **limites familiares inadequados** (difusos ou rígidos) que dificultam o desenvolvimento da autonomia, da identidade e da regulação emocional, favorecendo condutas de risco em seus membros.

2. **A família como portadora do problema e padrões de autoridade:** Com frequência, quando os sintomas do indivíduo remitem, aparecem outros conflitos latentes nos demais membros. Isto demonstra que a família é portadora e geradora de padrões interacionais disfuncionais. Entre eles, destacam-se as **hierarquias alteradas**, em que as figuras de referência não exercem adequadamente sua função de autoridade e orientação parental, e a existência de **coalizões disfuncionais** ou alianças inadequadas que geram um profundo estresse emocional e mantêm o problema oculto sob o véu do consumo.

3. **Desadaptação às crises e repetição transgeracional:** As dinâmicas problemáticas não surgem de forma espontânea; costumam agudizar-se diante da **dificuldade de adaptação às mudanças do ciclo vital** (crises familiares, separações, adolescência ou mudanças de papéis), em que o consumo aparece como uma forma desorganizada de enfrentamento. Assim mesmo, estas respostas respondem frequentemente à **repetição de padrões transgeracionais**, em que os adultos reproduzem inconscientemente os padrões de desproteção e vulnerabilidade aprendidos em suas próprias famílias de origem.

4. **Sustentabilidade da solução:** A recuperação duradoura exige mudar os padrões interacionais de todo o grupo. A crise familiar se apresenta assim como uma oportunidade para construir novas estratégias de resolução de dificuldades que evitem que o sistema volte a ser disfuncional, curando o tecido relacional desde sua raiz.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora o indivíduo seja responsável por seu processo, sua identidade se desenvolve em relação com outros. O enfoque sistêmico não anula a responsabilidade, mas a integra em um compromisso mútuo para modificar o funcionamento do sistema (limites, hierarquias e comunicação) que condiciona o sujeito.

- **À segunda:** A causalidade linear é insuficiente para problemas complexos. A causalidade circular explica que as condutas de um alimentam as respostas dos outros em um ciclo contínuo. O consumo não é um efeito causa-efeito simples, mas um sintoma sustentado por retroalimentações relacionais; intervir na estrutura familiar permite romper esse ciclo e encontrar uma organização mais saudável.

8.4.6 Artigo 6: Sobre o aporte da psicanálise à compreensão do TUS

Formulação do tema

A psicanálise aporta uma profundidade essencial à dimensão psicológica ao transcender o meramente clínico para centrar-se no sujeito. Sob esta perspectiva, o transtorno por uso de substâncias não é considerado uma estrutura de personalidade fechada, mas um fenômeno que se agrega à identidade singular. O consumo problemático não é visto como o centro do problema, mas como uma tentativa autoterapêutica de sobrelevar uma vida que se tornou insuportável por diversas circunstâncias.

Pergunta central

A psicanálise contribui para a compreensão e resolução do problema das dependências?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a psicanálise é ineficaz para as dependências, uma vez que este campo requer respostas práticas e imediatas baseadas na modificação da conduta, enquanto a psicanálise se enfoca em reflexões sobre o inconsciente.
- **Objeção 2:** Parece que, ao ser a dependência uma enfermidade cerebral explicada pela neurobiologia, a introspecção subjetiva é irrelevante diante dos dados científicos sobre a dopamina e os circuitos de recompensa.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

- **Objeção 3:** Afirma-se que a psicanálise, ao não ser diretiva, poderia atrasar a adaptação do indivíduo a um estilo de vida saudável e ao cumprimento de normas necessárias para a reintegração social.

Fundamento ou critério de discernimento

O consumo de substâncias funciona como a linguagem de uma fratura interna ou uma dor simbólica que a pessoa não pôde nomear. Por isso, a abordagem deve permitir que o sujeito passe de ser um assistido passivo a ser o protagonista de sua própria recuperação, integrando suas feridas em um projeto de vida com sentido.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A psicanálise contribui à resolução do problema mediante os seguintes fundamentos:

1. A dependência como sintoma: Ensina-se que o consumo é um sintoma e não a causa. Ao tratá-lo deste modo, busca-se curar a ferida subjetiva subjacente, seja por trauma, abandono ou injustiça, que motiva a conduta de fuga e desconexão.
2. Respeito à singularidade: Diante da tendência de homogeneizar os pacientes sob etiquetas, defende-se que não existe um perfil único de consumidor. Cada trajetória de vida é única e requer um processo artesanal de reconstrução da história pessoal.
3. Habilitação da palavra: A ferramenta fundamental é a escuta profunda e sem julgamentos. Ao permitir que o sujeito expresse seus temores e desejos, facilita-se que assuma a responsabilidade sobre seu próprio processo de mudança.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Se bem a urgência requer intervenções breves para estabilizar o indivíduo, se não se aborda a origem subjetiva da desolação, qualquer mudança comportamental será frágil e propensa à recaída.
- **À segunda:** A neurobiologia explica o funcionamento do órgão cerebral, mas a psicanálise atende à pessoa que habita esse corpo. A ciência por si só não pode explicar o sentido que um indivíduo outorga a seu próprio sofrimento.
- **À terceira:** A verdadeira autonomia não se logra mediante a imposição de normas externas, mas por meio de uma organização interna nascida da descoberta do próprio valor. A psicanálise prepara o terreno para que a liberdade seja real e não uma mera obediência mecânica.

8.4.7 Artigo 7: Sobre o aporte das terapias de terceira geração: aceitação, regulação e compromisso com os valores

Formulação do tema

Cfr. art. 8.2 (Julgar, A psique, Trauma...)

As escolas psicológicas apresentadas nos artigos anteriores compartilham, em distinta medida, uma orientação rumo à modificação do sintoma: mudar a conduta, reestruturar o pensamento, ressignificar a história. Contudo, a experiência clínica com populações de alta complexidade —particularmente com pessoas que apresentam patologia dual, estruturas limítrofes de personalidade ou histórias de trauma crônico— demonstrou que a tentativa de controlar ou suprimir diretamente as emoções dolorosas pode resultar contraproducente quando a capacidade de regulação do sujeito está severamente comprometida. As denominadas terapias de terceira geração propõem um giro: em vez de lutar frontalmente contra o mal-estar, ensinam a pessoa a modificar a relação que estabelece com seu próprio sofrimento, desenvolvendo a capacidade de experimentar emoções difíceis sem que estas determinem automaticamente a conduta. Entre estes enfoques se destacam a Terapia Dialético-Comportamental (TDC), a Terapia de Aceitação e Compromisso (TAC) e os programas de prevenção de recaídas baseados na atenção plena (*mindfulness*).

Pergunta central

Aportam as terapias de terceira geração uma dimensão terapêutica distinta da dos enfoques já apresentados, e resulta esta dimensão relevante para o acompanhamento de pessoas com transtornos por uso de substâncias em contextos de alta vulnerabilidade?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a Terapia Cognitivo-Comportamental já cobre suficientemente o campo, dado que as terapias de terceira geração são derivações ou variantes da TCC e não aportam um paradigma qualitativamente novo para a abordagem das dependências.

- **Objeção 2:** Parece que propor a aceitação do sofrimento em vez de sua eliminação poderia interpretar-se como uma resignação passiva que desestimula a luta ativa pela recuperação e contradiz o horizonte de liberdade que o manual promove.

- **Objeção 3:** Parece que as práticas de atenção plena (*mindfulness*) provêm de tradições contemplativas orientais incompatíveis com a espiritualidade cristã que fundamenta este manual, o que as converteria em ferramentas alheias ao marco pastoral proposto.

Fundamento ou critério de discernimento

A experiência territorial confirma que muitos irmãos, especialmente aqueles com estruturas limítrofes ou histórias de trauma complexo, não conseguem sustentar os processos de mudança baseados exclusivamente no controle cognitivo ou comportamental, porque seu sistema de regulação emocional se encontra severamente danificado. Antes de poder modificar uma conduta, estas pessoas necessitam aprender a tolerar a tormenta interna sem recorrer à substância como único recurso de sobrevivência. As terapias de terceira geração oferecem ferramentas específicas para esta tarefa prévia e indispensável, complementando os aportes já desenvolvidos sem substituí-los.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que as terapias de terceira geração aportam uma dimensão terapêutica específica e complementar que resulta particularmente necessária nos contextos de alta complexidade que habita esta pastoral. Sua contribuição se articula em quatro eixos:

1. **A Terapia Dialético-Comportamental e a regulação emocional na patologia dual.** A TDC foi desenvolvida originalmente para pessoas com transtorno limite de personalidade, uma estrutura que o próprio manual identifica como prevalente nos territórios e que frequentemente coexiste com o transtorno por uso de substâncias. Seu aporte fundamental é o treinamento em habilidades de regulação emocional para sujeitos cuja intensidade afetiva desborda as estratégias convencionais. A TDC trabalha sobre quatro módulos: a tolerância ao mal-estar (aprender a sobreviver a uma crise emocional sem recorrer à substância nem à autolesão), a regulação emocional (identificar, nomear e modular estados afetivos intensos), a efetividade interpessoal (sustentar vínculos sem cair na dependência ou no conflito destrutivo) e a atenção plena (observar os próprios estados internos sem reagir automaticamente). Seu princípio organizador é a dialética entre a aceitação radical do que a pessoa é hoje e o impulso simultâneo rumo à mudança, evitando tanto a complacência quanto a exigência desmedida.

Cfr. art. 8.2 (Julgar, A psique, Trauma...)

2. **A Terapia de Aceitação e Compromisso e a ação orientada por valores.** A TAC parte da premissa de que o sofrimento psicológico é inevitável e que a tentativa de evitá-lo ou suprimi-lo costuma amplificá-lo. No contexto das dependências, este enfoque ajuda o sujeito a identificar que grande parte do consumo funciona como uma estratégia de evitação

experiencial: a substância é utilizada para não sentir o que resulta intolerável. Em vez de combater diretamente a emoção dolorosa, a TAC ensina a pessoa a observá-la, a criar uma distância funcional em relação a ela e a escolher sua conduta não em função do impulso imediato mas em função dos valores que dão sentido à sua vida. O irmão aprende que pode sentir a fissura e ao mesmo tempo decidir não consumir, não porque tenha deixado de sofrer, mas porque seu projeto de vida pesa mais que seu mal-estar transitório.

3. **A prevenção de recaídas baseada na atenção plena.** Os programas que integram práticas contemplativas de atenção plena na prevenção de recaídas treinam o sujeito na capacidade de observar seus estados internos —pensamentos, emoções, sensações corporais, impulsos de consumo— sem identificar-se com eles nem reagir de forma automática. Este treinamento fortalece a função do córtex pré-frontal como freio dos impulsos e permite ao irmão em recuperação reconhecer os sinais precoces de uma possível recaída antes que o circuito compulsivo se ative plenamente. A prática da atenção plena não substitui a oração nem a vida sacramental; opera em um registro diferente, fortalecendo a base psicológica sobre a qual a abertura espiritual pode desdobrar-se com maior profundidade.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

4. **O modelo CRAFT e o trabalho com famílias que ainda não acedem ao tratamento.** Complementarmente, o modelo de Reforço Comunitário e Treinamento Familiar (CRAFT, por suas siglas em inglês) merece uma menção específica por sua relevância para a pastoral. Este enfoque treina os familiares do sujeito que consome —frequentemente mães e esposas— em estratégias concretas para modificar a dinâmica vincular de modo que aumente a probabilidade de que a pessoa aceite ajuda, sem recorrer à confrontação agressiva nem à habilitação passiva do consumo. O CRAFT é coerente com o enfoque sistêmico desenvolvido no artigo 5 desta seção e oferece ferramentas práticas para as famílias que a pastoral acompanha desde muito antes de que o irmão aceite iniciar um processo formal.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Se bem as terapias de terceira geração compartilham raízes com a tradição cognitivo-comportamental, seu aporte específico não é uma variação técnica, mas uma mudança de posição diante do sofrimento. A TCC clássica busca modificar o conteúdo dos pensamentos; as terapias de

terceira geração buscam modificar a relação do sujeito com seus próprios pensamentos e emoções. Esta diferença é clinicamente decisiva para populações com desregulação emocional severa, onde a tentativa direta de controle cognitivo fracassa porque o sistema nervoso não pode sustentá-la. Não se trata de substituir a TCC mas de completar seu alcance.

- **À segunda:** A aceitação que propõem estes enfoques não é resignação nem passividade. É o reconhecimento lúcido de uma realidade interna como passo prévio e indispensável para agir com liberdade. A dialética da TDC o expressa com clareza: aceito radicalmente o que sou hoje e, precisamente porque o aceito, posso trabalhar para transformá-lo. Este movimento é análogo ao que a tradição espiritual cristã descreve quando fala do exame de consciência ou do discernimento inaciano: olhar a verdade interior sem fugir dela para poder responder a partir da liberdade e não a partir da compulsão.

- **À terceira:** As práticas de atenção plena, tal como são utilizadas no âmbito clínico contemporâneo, foram despojadas de seu conteúdo doutrinal budista e aplicam-se como técnicas de treinamento atencional com respaldo neurocientífico. A capacidade de observar os próprios movimentos interiores sem reagir automaticamente não é alheia à tradição cristã; é, de fato, uma disposição que os mestres da vida espiritual cultivaram durante séculos sob nomes como a *custodia cordis*, o recolhimento interior ou a oração de quietude. A atenção plena clínica e a contemplação cristã operam em registros diferentes e não devem confundir-se, mas tampouco são incompatíveis: a primeira fortalece a capacidade psicológica de observação interior que a segunda necessita como base humana para desdobrar-se.

8.5 | Capital de Recuperação, Família e Comunidade

Esta seção explora o conceito de capital de recuperação como a soma de recursos pessoais, humanos, familiares e sociais que fortalecem a capacidade de uma pessoa para sustentar um processo de mudança contínuo. Destaca-se que a família não é apenas um entorno passivo, mas um sistema dinâmico que frequentemente se organiza em torno do sintoma e cujo compromisso mútuo é chave para uma cura duradoura e sustentável. Assim mesmo, a comunidade territorial se apresenta como um dispositivo de saúde essencial, em que a proximidade, a presença e o vínculo afetivo permitem superar a fragmentação assistencial e oferecem um marco de apego seguro para a restauração da dignidade. Ao identificar e potenciar tanto os recursos internos —como a esperança, a autoeficácia e os valores— como os recursos externos —redes de apoio, fé e cultura—, este enfoque promove uma recuperação integral e relacional que devolve ao sujeito seu sentido de pertencimento a um povo e seu máximo potencial humano.

8.5.1 Artigo 1: Sobre o Capital de Recuperação e seus tipos

Formulação do tema

A recuperação de um transtorno por uso de substâncias não deve entender-se unicamente como um ato heroico de vontade individual, mas como um processo que requer um ecossistema de apoios. O conceito de capital de recuperação permite identificar o conjunto de recursos que uma pessoa tem à sua disposição para iniciar e sustentar a mudança, deslocando o olhar do que o sujeito perdeu (o déficit) rumo ao que ainda conserva ou pode desenvolver (as fortalezas).

Pergunta central

É o Capital de Recuperação um fator determinante para o sucesso do processo de mudança e como se classificam seus recursos?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o sucesso da recuperação depende exclusivamente da vontade individual e da decisão de deixar de consumir, pelo que os recursos externos ou capitais seriam fatores secundários diante do esforço pessoal.

- **Objeção 2:** Parece que o tratamento deve enfocar-se unicamente no déficit ou na enfermidade —o que está roto— e não nas fortalezas, resultando irrelevante falar de capital se o diagnóstico clínico é severo.

Fundamento ou critério de discernimento

O capital de recuperação é a soma dos recursos pessoais e sociais que fortalecem a capacidade e as oportunidades de recuperação do indivíduo. É uma ferramenta baseada nas fortalezas que reconhece que a cura é um processo sustentado por um ecossistema de apoios integrais.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que o capital de recuperação é um fator determinante que se classifica em três tipos fundamentais, permitindo uma intervenção que potencia a resiliência do sujeito:

1. Capital de Recuperação Pessoal: Divide-se em capital físico, que inclui condições materiais básicas como saúde, moradia segura, alimentação e recursos financeiros; e capital humano, que compreende atributos internos como valores, autoestima, autoeficácia, esperança e propósito de vida.

2. Capital de Recuperação Familiar e Social: Abrange as relações íntimas e familiares dispostas a participar no processo, a presença de pares em recuperação e a conexão com instituições significativas como organizações religiosas ou lugares de estudo.

3. Capital de Recuperação Comunitário e Cultural: O capital comunitário envolve políticas locais que reduzem o estigma e redes de recursos como grupos de 12 passos; o capital cultural inclui opções de recuperação que respeitam os valores e a cosmovisão da comunidade do sujeito.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a autonomia seja essencial, a recuperação é um processo intrinsecamente social e comunitário. O capital de recuperação proporciona o sustento necessário para que a decisão seja sustentável; sem uma moradia ou uma rede de apoio, o risco de recaída aumenta drasticamente pela pressão do entorno.

- **À segunda:** Centrar-se apenas na enfermidade é uma visão reducionista que ignora a dignidade do sujeito. O modelo de gestão da recuperação enfatiza as resiliências —o que resta da imagem de Deus na pessoa— para mobilizar a energia necessária rumo à construção de um projeto de vida pleno.

8.5.2 Artigo 2: Sobre os oito domínios do capital de recuperação

Formulação do tema

A sustentabilidade do processo de recuperação não pode depender de um só fator, mas da robustez de um ecossistema de recursos que rodeia o indivíduo. O bem-estar nas dependências é uma realidade multidimensional que abrange desde a saúde física e a estabilidade habitacional até o sentido de transcendência. Identificar estes domínios permite passar de uma gestão de crise a uma gestão da recuperação, em que a ausência de recursos (capital negativo) se aborda sistematicamente para evitar que o entorno atue como um gatilho da recorrência.

Pergunta central

Impactam os oito domínios do capital de recuperação de maneira determinante na sustentabilidade do bem-estar e na prevenção de recaídas?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o bem-estar é um estado puramente subjetivo que depende do estado de ânimo do indivíduo e não de recursos externos como a moradia ou o emprego.

- **Objeção 2:** Parece que a prevenção de recaídas depende unicamente do tratamento médico e da abstinência biológica, sendo os domínios sociais e culturais elementos secundários.

- **Objeção 3:** Parece que se uma pessoa apresenta um capital de recuperação negativo por falta total de recursos, a recuperação é impossível independentemente do acompanhamento que se lhe brinde.

Fundamento ou critério de discernimento

A recuperação é um processo de mudança integral para melhorar a saúde e o bem-estar. Enquanto a presença de recursos em diversos domínios fortalece o processo, sua ausência gera uma vulnerabilidade que obstrui os resultados desejados. A intervenção deve, portanto, ocupar-se de construir e potenciar estes capitais.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A sustentabilidade do bem-estar e a prevenção de recaídas organizam-se em torno de oito domínios do capital de recuperação, agrupados em três eixos fundamentais:

1. Estabilização das condições de vida: Inclui os domínios de saúde física e mental, moradia e entorno, e resolução de problemas legais. A falta de um teto estável ou o padecimento de enfermidades crônicas submergem a pessoa em uma imediatez de sobrevivência que dispara o desejo compulsivo de consumo como anestesia.

2. Reconstrução do tecido vincular: Abrange os apoios familiares e sociais, o apoio baseado em pares e a integração comunitária. Os acompanhantes pares são especialistas por experiência que demonstram a possibilidade da mudança, enquanto a integração comunitária devolve ao sujeito seu sentido de pertencimento a um povo, atuando como âncora diante da desolação.

3. Desenvolvimento do potencial humano: Compreende as destrezas vocacionais e educativas, juntamente com o significado e propósito de vida. Redescobrir um para quê permite preencher a fenda existencial em que se instalava a dependência, transformando o desejo de evasão em um projeto de vida digno e produtivo.

Resposta às objeções

- **À primeira:** O bem-estar não é apenas um sentimento; é a realização do máximo potencial e o cumprimento de papéis na comunidade. Requer condições objetivas de saúde e segurança para sustentar-se no tempo.

- **À segunda:** A ciência demonstra que se o entorno (moradia, vínculos, cultura) não muda, o cérebro neuroadaptado reagirá aos estímulos

ambientais disparando recaídas automáticas. O suporte social é uma necessidade clínica.

- **À terceira:** O capital de recuperação pode desenvolver-se mesmo se nunca existiu. A comunidade paroquial e os centros do bairro atuam como geradores de capital, proporcionando os vínculos e recursos que outras estruturas não puderam brindar.

8.5.3 Artigo 3: Sobre o papel das famílias de acolhida e dos vínculos comunitários

Formulação do tema

Muitos sujeitos que atravessam situações de consumo problemático e vulnerabilidade extrema cresceram em uma orfandade funcional, em que os vínculos primários estão rotos ou são inexistentes. Neste cenário, o acompanhamento não pode limitar-se à rede biológica, mas deve apoiar-se na comunidade como uma rede de afeto alternativa. As famílias de acolhida e os vínculos territoriais oferecem um lugar seguro que permite cobrir necessidades básicas e oferece o abraço necessário para que a pessoa volte a projetar sua vida.

Pergunta central

Cumprem as famílias de acolhida e os vínculos comunitários um papel como estratégia ativa de mudança para aqueles que carecem de rede biológica?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o acompanhamento deve centrar-se unicamente na família de sangue, uma vez que é o núcleo preventivo natural, sugerindo que sem uma rede biológica o indivíduo está destinado ao fracasso.
- **Objeção 2:** Parece que as famílias de acolhida são apenas um recurso assistencial temporário e não uma estratégia de mudança real, ao carecer do vínculo legal ou genético para transformar a identidade do sujeito.

Fundamento ou critério de discernimento

Quando a rede biológica não está presente ou não é favorável, a família somos nós. A comunidade deve constituir-se como uma rede de apoio que acompanha a partir do reconhecimento e da proximidade, entendendo que o amor incondicional é o motor que restaura a dignidade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que os vínculos comunitários e as famílias de apoio constituem uma estratégia ativa de mudança baseada nos seguintes pontos:

1. Suplência da orfandade funcional: Oferecem um entorno de cuidado em que se cobrem necessidades de alimentação e higiene juntamente com o suporte emocional, permitindo que a pessoa saia do estado de sobrevivência e comece a pensar-se a futuro.

2. Reparação do modelo vincular: Por meio da criação comunitária e figuras de apego seguro (como acompanhantes pares ou referentes de bairro), o sujeito pode desaprender modelos de violência e internalizar a confiança nos demais.

3. Geração de Capital de Recuperação: Estes vínculos atuam como nós de uma rede que recolhe os fragmentos rotos da história do indivíduo, proporcionando o sustento material e emocional para que não se sinta descartado pelo sistema.

4. Inclusão social progressiva: A comunidade facilita o acesso a direitos fundamentais (saúde, identidade, emprego) que o Estado costuma fragmentar, humanizando um percurso que de outro modo seria burocrático e solitário.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a família biológica seja ideal, as dependências são frequentemente enfermidades de isolamento extremo. Diante de sua ausência, a comunidade eclesial e do bairro deve ocupar esse papel para evitar que o sujeito fique exposto à solidão da rua e ao risco de morte.

- **À segunda:** O vínculo comunitário possui uma força terapêutica excepcional. Não busca substituir legalmente a família, mas oferecer uma família grande em que o pertencimento e o serviço mútuo permitem ao indivíduo passar de ser um assistido a ser um membro ativo e digno da sociedade.

8.5.4 Artigo 4: Sobre a gestão da tensão entre o saber profissional e o saber territorial

Formulação do tema

A resposta integral às dependências exige um equilíbrio entre o rigor científico da academia e a sabedoria empírica do território. Esta interação não deve ser vista como uma competição de saberes, mas como uma convergência necessária para abordar a complexidade do sofrimento humano. A integração do conhecimento técnico com a experiência daqueles que transitaram o caminho da recuperação permite construir uma resposta que não apenas trata o sintoma, mas acolhe a pessoa em sua totalidade.

Pergunta central

Como deve gerir-se a tensão entre o conhecimento técnico-profissional e o saber vivencial dos acompanhantes pares nas equipes multidisciplinares?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o saber profissional deve primar sobre o territorial, uma vez que só os especialistas possuem a formação acadêmica e a evidência científica necessárias para tratar transtornos de saúde complexos.

- **Objeção 2:** Parece que o saber territorial é suficiente por si só, dado que os acompanhantes pares possuem uma legitimidade e empatia nascidas da experiência que a academia não pode outorgar.

Fundamento ou critério de discernimento

A verdadeira cura ocorre quando se estabelece um marco de cultura terapêutica baseado no vínculo comunitário. A resposta eclesial incorpora a especialização técnica como um elemento insubstituível, mas a transcende ao integrá-la em um modelo biopsicossocial-espiritual em que o centro é a dignidade da pessoa.

A eficácia do acompanhante par não se explica unicamente por seu saber vivencial: radica também em que sua sola presença encarna o que a psicologia do *recovery* denomina **identidade de recuperação** —a possibilidade concreta, visível e próxima, de ser outra coisa.



Figura 8.3: A horizontalidade e complementaridade dos saberes

Tese e desenvolvimento argumentativo

A gestão da tensão entre ambos os saberes resolve-se mediante sua integração harmônica sob os seguintes princípios:

1. Reconhecimento de papéis complementares: O profissional aporta a técnica necessária para abordar patologias duais ou traumas complexos, enquanto o acompanhante par aporta a arte do acompanhamento e a capacidade de chegar à ferida do outro a partir de um lugar de igualdade.
2. Construção horizontal da rede: A equipe deve funcionar como uma família, em que a mística do serviço rompe a hierarquia entre assistente e assistido, colocando em valor o aporte específico de cada membro.
3. Diferenciação do acompanhamento: Distingue-se entre um acompanhamento inespecífico (territorial), que é transversal e humaniza o percurso, e um acompanhamento específico (profissional), que atende aspectos clínicos, diagnósticos ou legais pontuais.
4. Formação compartilhada: É fundamental que toda a equipe participe em processos de capacitação mútua em que se valide tanto a ciência como a sabedoria popular, permitindo falar um mesmo idioma espiritual e técnico.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A técnica profissional corre o risco de ser ineficaz se se aplica de forma isolada. Só ganha sentido quando o paciente se sente em um ambiente de apego seguro que o saber territorial ajuda a construir e sustentar.
- **À segunda:** O saber territorial pode ver-se desbordado por situações de alta complexidade, como o risco suicida ou descompensações psicóticas. A profissionalização dota de ferramentas críticas à equipe e protege o cuidador do desgaste emocional e da fadiga por compaixão. Requer-se, em definitivo, uma misericórdia estruturada que una a firmeza da regra com a ternura do abraço.

8.6 | Singularidade, diferenças sexuais e Novos Desafios Digitais

Esta seção aprofunda-se na singularidade do sujeito, partindo da premissa de que o transtorno por uso de substâncias é um fenômeno que se agrega à personalidade e não uma estrutura fechada que define a identidade. Ao reconhecer que não existe um perfil único do consumidor, propõe-se uma abordagem artesanal que considere as necessidades específicas de cada etapa do ciclo vital, desde a infância até o consumo tardio em adultos maiores. Analisa-se com rigor a vulnerabilidade das mulheres, que enfrentam uma dupla condenação social —pelo consumo e por não cumprir papéis tradicionais de cuidado—, além de verem-se maiormente afetadas pelo trauma complexo e pelo abandono vincular. Assim mesmo, o olhar pastoral integra a população travesti-trans, compreendendo que em suas trajetórias a identidade, a exclusão e o consumo formam uma mesma trama de sobrevivência diante da violência sistêmica. Finalmente, aborda-se o impacto das novas dependências digitais, como as apostas online, os videogames e a pornografia, reconhecendo que estas condutas alteram os centros de prazer cerebral mediante mecanismos de impulsividade e compulsividade análogos aos das substâncias químicas.

8.6.1 Artigo 1: Sobre a vulnerabilidade e barreiras da mulher no processo de mudança

Formulação do tema

A vulnerabilidade psicológica da mulher no âmbito dos consumos apresenta uma complexidade única que a distingue significativamente do varão. Esta diferença não é apenas biológica, mas está profundamente marcada pelo peso do trauma crônico, pela sobrecarga dos papéis de cuidado e por uma sanção social específica que castiga com maior severidade a mulher. Esta realidade dificulta tanto o acesso inicial aos dispositivos de saúde como a permanência no processo de recuperação.

Pergunta central

Diferencia-se a vulnerabilidade psicológica das mulheres da dos homens, e que barreiras específicas de acesso enfrentam na recuperação?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o transtorno por uso de substâncias afeta por igual homens e mulheres, uma vez que a dependência é uma enfermidade cerebral que não distingue sexo em seus mecanismos neurobiológicos de recompensa e dependência.
- **Objeção 2:** Parece que as mulheres têm maiores facilidades de acesso a tratamento, dado que a sociedade tende a ser mais protetora com as mães e existem programas estatais específicos desenhados para a infância e a família.

Fundamento ou critério de discernimento

A mulher sofre uma dupla condenação social: pelo consumo em si mesmo e por não cumprir com o papel tradicional de mãe ou cuidadora. Esta realidade se traduz em uma brecha de acesso crítica, em que as estatísticas indicam que apenas uma em cada dezoito mulheres com consumo problemático acede a tratamento, em comparação com um em cada sete homens.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a vulnerabilidade da mulher requer uma abordagem com perspectiva de gênero e sensibilidade ao trauma, baseando-se nos seguintes pilares:

Cfr. art. 9.4.3 (Julgar, As substâncias e o Organismo, Diferenças segundo..., A resposta fisiológica...)

1. Efeito telescópio: As mulheres costumam transitar de maneira mais acelerada que os homens desde o primeiro uso até o desenvolvimento de um transtorno severo e suas consequências médicas. Esta progressão biopsicológica exige intervenções precoces e especializadas.
2. O trauma complexo como precursor: A grande maioria das mulheres com dependências experimentou histórias de trauma crônico, incluindo violência física, psicológica ou abuso. O consumo funciona como uma tentativa autoterapêutica de anestesiar dores não resolvidas e desregulações emocionais profundas.
3. Sobrecarga de cuidados e estigma: A pressão cultural por ser o sustento afetivo do lar gera uma internalização da rejeição social. O medo de serem julgadas como más mães produz uma culpa e vergonha que paralisam a busca de ajuda profissional.

4. Abandono vincular e barreiras estruturais: Diferentemente dos varões, que costumam contar com o apoio de suas companheiras ou mães, as mulheres são frequentemente abandonadas por seus companheiros ao iniciar um tratamento. Além disso, existe uma carência de centros que permitam a internação com filhos, somada à ameaça de perder a guarda por parte do sistema judicial.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora os mecanismos de recompensa cerebral sejam análogos, os fatores metabólicos e o contexto de violência de gênero fazem com que o impacto seja mais devastador e rápido na mulher. Ignorar a singularidade do gênero conduz a tratamentos ineficazes que não acolhem a realidade subjetiva feminina.

- **À segunda:** A suposta proteção institucional costuma ser punitiva e burocrática em vez de curadora. A verdadeira solução requer programas receptivos ao trauma e figuras de apego seguro que ofereçam ternura em vez de julgamentos morais, garantindo que o tratamento não obrigue a mulher a escolher entre sua recuperação e sua maternidade.

8.6.2 Artigo 2: Sobre a adaptação da abordagem segundo o ciclo vital

Formulação do tema

A recuperação e a prevenção não podem ser processos padronizados que ignorem a biografia do sujeito. O desenvolvimento humano é um processo dinâmico em que as interações biológicas, psicológicas e ambientais mudam significativamente com o tempo. Por isso, o acompanhamento deve ajustar-se à trajetória vital de cada pessoa, reconhecendo que a motivação, a percepção do risco e a vulnerabilidade neurológica variam drasticamente desde a infância até a velhice.

Pergunta central

Deve a abordagem psicológica e pastoral adaptar-se segundo a etapa do ciclo vital da pessoa, ou é suficiente um modelo padrão baseado na substância?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a abordagem deve centrar-se primariamente na substância, uma vez que os efeitos neuroquímicos da droga e os critérios diagnósticos são similares independentemente da idade do indivíduo.
- **Objeção 2:** Parece que os programas de prevenção universal nas escolas são suficientes para cobrir todas as etapas iniciais, minimizando a necessidade de intervenções específicas para crianças ou adolescentes.
- **Objeção 3:** Parece que o consumo em adultos maiores é uma problemática menor ou inexistente, pelo que não se considera necessário desenvolver estratégias específicas para aqueles que superaram a idade laboral.

Fundamento ou critério de discernimento

Não existe um perfil único do consumidor. A abordagem integral exige programas apropriados para a idade e a dosagem do risco, entendendo que cada etapa evolutiva apresenta desafios e potencialidades únicos para a cura.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A abordagem deve organizar-se de forma artesanal segundo as necessidades específicas de cada etapa do ciclo vital:

1. Infância (6 a 11 anos): O foco situa-se na socialização e no desenvolvimento de habilidades básicas como a regulação de impulsos e a atenção. As intervenções devem fortalecer o apego seguro e a autoestima, reconhecendo que um início precoce (8 ou 9 anos) impede a formação sadia das redes neuronais.
2. Adolescência (12 a 17 anos): É a etapa de maior risco biológico porque o córtex pré-frontal —o freio do cérebro— ainda não amadureceu, enquanto o sistema de recompensa é altamente sensível. O trabalho deve centrar-se na resistência à pressão de grupo, na autoeficácia e na construção de uma identidade independente da substância.
3. Vida Adulta: O tratamento se orienta rumo à recuperação de papéis sociais, à inclusão laboral, à reeducação financeira e à reconstrução de vínculos familiares danificados por anos de consumo, buscando uma autonomia progressiva.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

4. Adultos Maiores: É fundamental abordar o consumo tardio, frequentemente ligado à aposentadoria, à solidão ou ao luto. A motivação para a mudança nesta etapa vincula-se à busca de sentido diante do fim da vida e ao manejo de uma metabolização mais lenta das substâncias.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a molécula seja a mesma, o impacto em um cérebro em desenvolvimento causa deficiências cognitivas permanentes que não ocorrem igualmente em um adulto, o que exige estratégias pedagógicas e clínicas diferenciadas.
- **À segunda:** A prevenção universal é necessária mas insuficiente para grupos de alta vulnerabilidade, como filhos de pessoas com transtornos por uso de substâncias, que requerem intervenções que abordem diretamente o trauma e as carências emocionais.
- **À terceira:** O consumo na terceira idade é uma realidade invisibilizada pelo estigma. O acompanhamento deve devolver a dignidade existencial aos adultos maiores, integrando-os na comunidade para que não enfrentem sua dependência na solidão do isolamento social.

8.6.3 Artigo 3: Sobre a abordagem das dependências digitais

Formulação do tema

A abordagem das denominadas dependências digitais —que incluem os videogames, as apostas online e a pornografia— exige compreender a transição dos transtornos do impulso rumo às dependências comportamentais. Nestes quadros, produz-se uma disfunção no sistema de recompensa cerebral em que a liberação de dopamina reforça hábitos compulsivos de maneira análoga ao que ocorre com as substâncias químicas. Não se trata simplesmente de um uso excessivo da tecnologia, mas de uma alteração na capacidade de regulação que compromete a liberdade do sujeito diante do dispositivo.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

Pergunta central

Devem as dependências digitais abordar-se sob os mesmos critérios psicológicos que as dependências a substâncias, considerando que ativam circuitos cerebrais similares?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que as condutas digitais não podem considerar-se dependências reais, pois nelas não existe o ingresso de uma molécula externa ao organismo que produza um impacto neurobiológico verificável.
- **Objeção 2:** Parece que estas condutas são simples problemas de falta de disciplina ou impulsividade, especialmente em jovens, e que não apresentam uma síndrome de abstinência biológica como o das drogas.
- **Objeção 3:** Afirma-se que a única solução efetiva diante do risco do ambiente digital é a proibição total da tecnologia para evitar o isolamento e a manipulação que este entorno propicia.

Fundamento ou critério de discernimento

Embora não medie uma substância química ingerida, estas condutas alteram os centros de prazer e recompensa do cérebro de forma similar às drogas. A abordagem deve reconhecer que o ambiente digital pode expor a pessoa à dependência e à perda de contato com a realidade concreta, requerendo uma reeducação da vontade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que o tratamento das dependências digitais requer um enfoque integral que considere a dinâmica da compulsão e o mal-estar subjacente, baseando-se nos seguintes pilares:

1. Diferenciação entre impulsividade e compulsividade: A impulsividade é motivada pela busca de prazer imediato, enquanto a compulsividade busca evitar ou reduzir emoções negativas. O tratamento deve identificar em que ponto o prazer se transforma em uma necessidade de evasão.
2. Identificação da dor primária: O enfoque psicológico não deve ficar na conduta externa, mas indagar no mal-estar emocional, no fracasso ou na incerteza que o indivíduo tenta anestesiar por meio do dispositivo.
3. Manejo da dor secundária: A evasão digital gera um novo nível de sofrimento marcado pela culpa, pela vergonha e pela ansiedade social. Trabalhar estes sentimentos é essencial para romper o ciclo de consumo digital.

4. Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): Utiliza-se para ajudar o sujeito a enfrentar suas realidades internas e tolerar o mal-estar sem buscar o refúgio imediato da tela, fortalecendo seu compromisso com valores de vida reais.

5. Atenção ao estresse digital e FOMO: A abordagem deve tratar o alerta constante e o medo de ficar fora da conexão (Fear of Missing Out), que geram sobrecarga de informação e uma ansiedade persistente pela aprovação externa.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora não haja químicos externos, o cérebro processa estas experiências mediante processos neuroplásticos. A exposição constante a estímulos digitais muda fisicamente os circuitos cerebrais de maneira similar à aprendizagem de qualquer hábito adictivo.

- **À segunda:** A experiência clínica demonstra que os usuários apresentam obsessão mental e sintomas físicos de abstinência, como irritabilidade ou mal-estar, quando não acedem à rede. O desenho destas plataformas busca precisamente vencer o autocontrole, especialmente em adolescentes com um córtex pré-frontal ainda imaturo.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

- **À terceira:** O objetivo não é a supressão da tecnologia, mas o desenvolvimento de uma cidadania digital responsável. Busca-se que a parte racional do cérebro recupere o comando sobre os impulsos emocionais, transformando a tecnologia em uma ferramenta para o estudo e o encontro humano.

8.7 | Habilidades de Acompanhamento e Autocuidado

Esta seção aprofunda-se na arte do acompanhamento, em que se propõe a escuta ativa e empática não apenas como uma técnica, mas como o primeiro medicamento capaz de humanizar o percurso de quem sofre e reconhecer sua dignidade como terra sagrada. Detalham-se habilidades fundamentais como a paráfrase, o resumo e a afirmação, orientadas a despertar a autoeficácia e o protagonismo da pessoa em seu próprio processo de transformação. De maneira complementar e vital, a seção aborda a urgência de cuidar daqueles que cuidam, reconhecendo a vulnerabilidade do curador ferido e a necessidade imperante de prevenir o esgotamento profissional ou a fadiga por compaixão em contextos de alta complexidade. Finalmente, reivindica-se o descanso e o estabelecimento de limites saudáveis como dimensões essenciais da missão, instando os agentes pastorais a deixar-se sustentar pela comunidade para que o serviço seja sustentável e reflita sempre a ternura do encontro humano.



Figura 8.4: A escuta ativa

8.7.1 Artigo 1: Sobre a natureza da escuta ativa e o trabalho interior do acompanhante

Tg 1, 19 — *Saibam, meus queridos irmãos, que cada um deve estar disposto a escutar, e ser lento para falar e para irar-se*

Formulação do tema

A escuta ativa é proposta como o primeiro medicamento no processo de recuperação, sendo uma habilidade complexa que transcende o simples silêncio. Requer uma receptividade intensa, concentração e paciência para constituir-se como um ato de hospitalidade rumo ao coração do outro. Não se trata de uma técnica mecânica, mas de uma disposição espiritual e psicológica que busca humanizar o percurso de quem sofre, reconhecendo sua história como uma terra sagrada que deve ser tratada com máximo respeito.

Pergunta central

Quais são os componentes essenciais da escuta ativa e que obstáculos internos deve trabalhar o acompanhante para lograr um vínculo sanador?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que escutar é um processo meramente passivo que consiste em guardar silêncio enquanto o outro fala, pelo que não se requereria uma formação específica nem uma atitude deliberada.
- **Objeção 2:** Parece que a função principal do acompanhante é ser um conselheiro que deve ter respostas preparadas; centrar-se apenas em escutar poderia atrasar a intervenção corretiva necessária.
- **Objeção 3:** Assume-se que o conteúdo da comunicação é unicamente verbal, pelo que prestar atenção aos sinais físicos ou à linguagem corporal seria secundário diante da literalidade das palavras.

Fundamento ou critério de discernimento

A escuta ativa é uma ferramenta fundamental desenhada para que a pessoa se sinta atendida e considerada. Não busca impor uma verdade externa, mas permitir que apareça a história de vida do sujeito, validando sua palavra como o eixo de sua própria transformação.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A escuta ativa fundamenta-se em componentes técnicos precisos e em um trabalho profundo sobre a interioridade do acompanhante:

1. Componentes técnicos:
    - Atenção ativa: Implica preocupar-se por todos os níveis de comunicação (verbal e não verbal), comunicando presença mediante o contato visual e gestos de alento.
    - Paráfrase: Consiste em repetir o conteúdo expresso utilizando as próprias palavras para verificar a compreensão e demonstrar que a mensagem foi captada.
    - Reflexo de sentimentos: O acompanhante tenta perceber e expressar o estado emocional do outro, demonstrando empatia ao compartilhar a compreensão de seu ponto de vista sem julgá-lo.
    - Resumo: Reúne os pontos principais da conversa para evitar mal-entendidos e preparar o sujeito para o próximo passo em seu processo.
2. Obstáculos internos do acompanhante: O vínculo sanador exige remover barreiras como a reatividade emocional, a autorreferencialidade (pensar na própria resposta enquanto o outro fala) e os preconceitos que levam a qualificar as ações alheias como viciosas.

Resposta às objeções

- **À primeira:** A escuta é ativa porque requer uma participação dinâmica do sistema nervoso e a vontade de sintonizar com o mundo interior alheio. Não é ausência de ação, mas uma presença plena e consciente.
- **À segunda:** O objetivo não é ser um sábio que dá lições, mas um guia ao lado. A pessoa cura quando pode simbolizar sua própria dor por meio da palavra, recuperando sua autonomia em vez de receber ordens.
- **À terceira:** A comunicação é integral. Os sinais não verbais frequentemente revelam mais sobre o sofrimento do que o discurso racionalizado; por isso, a atenção ao corporal é indispensável para captar a totalidade da mensagem.

8.7.2 Artigo 2: Sobre a autoeficácia, a afirmação e a persuasão social

Formulação do tema

A recuperação das dependências requer que o sujeito recupere a confiança em sua própria capacidade para gerar mudanças. O desenvolvimento da autoeficácia não é um processo que ocorra no isolamento, mas se nutre constantemente da interação com o entorno e com o acompanhamento. Por meio da afirmação e da persuasão social, o acompanhante atua como um espelho que devolve ao indivíduo uma imagem de suas próprias fortalezas, permitindo-lhe transitar da paralisia da dúvida rumo a uma atitude de protagonismo em seu projeto de vida.

Pergunta central

Influi o desenvolvimento da autoeficácia, mediado pela afirmação e pela persuasão social, de maneira determinante no fortalecimento do processo terapêutico?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a autoeficácia é um traço inato da personalidade ou uma força de vontade interna que o sujeito possui ou não possui, pelo que os estímulos externos ou as palavras do acompanhante não teriam um impacto real na conduta.
- **Objeção 2:** Parece que a afirmação constante poderia ser contraproducente, uma vez que ao ressaltar aspectos positivos em alguém que cometeu erros graves corre-se o risco de minimizar a enfermidade ou fomentar uma falsa confiança que ignore os riscos de recaída.
- **Objeção 3:** Parece que a persuasão social é um recurso superficial que não aborda as modificações estruturais no cérebro causadas pelo consumo; sem uma reparação biológica prévia, nenhuma palavra de alento poderá restaurar a capacidade de decidir.

Fundamento ou critério de discernimento

A autoeficácia é a crença de uma pessoa em sua habilidade para ter sucesso em uma situação particular. Receber estímulo verbal e afirmação de outros ajuda a superar as dúvidas e incrementa a capacidade de tomar ação, transformando a motivação de um estado flutuante a um compromisso firme com a mudança.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que o desenvolvimento da autoeficácia é o motor da mudança no processo terapêutico, manifestando-se por meio dos seguintes eixos:

1. A afirmação como validação do ser: Afirmar implica realizar declarações sinceras e positivas que validam a pessoa para além de seus atos. Esta prática reforça os pequenos sucessos, fortalece a aliança terapêutica e demonstra que o acompanhante reconhece o esforço e o valor intrínseco do sujeito.

2. A persuasão social como antídoto à dúvida: Em contextos de exclusão, o usuário costuma internalizar mensagens de fracasso. A palavra do acompanhante atua como uma força externa que permite ao indivíduo reconsiderar seu potencial, acreditando em suas habilidades para triunfar antes mesmo de que ele próprio possa percebê-las.

3. Prevenção do desalento: Ao enfatizar as experiências que demonstram fortaleza, a afirmação ajuda a pessoa a transitar do sentimento de não mereço para uma convicção de posso fazê-lo, o que é vital para sustentar o esforço nas etapas iniciais da recuperação.

4. Sustentabilidade em etapas críticas: Tanto na fase de ação como na de manutenção, a afirmação constante ajuda a normalizar a ambivalência e fortalece a capacidade de gerir novas estratégias de enfrentamento sem recorrer à substância.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a autoeficácia seja uma crença interna, nutre-se de modelos e mentores. A motivação interna frequentemente se desperta por meio da persuasão social de alguém que confia no usuário, proporcionando o impulso necessário para que o sujeito comece a confiar em si mesmo.

- **À segunda:** A afirmação não ignora a realidade da enfermidade, mas separa a conduta da identidade. Transformar pensamentos irracionais de culpa em afirmações baseadas em fortalezas é um requisito indispensável para que a pessoa assuma a responsabilidade por seu próprio processo.

- **À terceira:** Se bem o cérebro está afetado, o estímulo verbal e a confiança comunitária atuam como reforçadores que facilitam a aprendizagem de novos hábitos. Aproveita-se a neuroplasticidade para que a parte racional do cérebro retome o comando sobre os impulsos emocionais, estabilizando assim a conduta saudável.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

8.7.3 Artigo 3: Sobre a introspecção e o diário de emoções

Formulação do tema

A introspecção e o uso de ferramentas como o diário de emoções são propostos como instrumentos de humanização do percurso. Não são meros exercícios intelectuais, mas atos de olhar para dentro para realizar uma reflexão profunda sobre os sentimentos e o comportamento. Esta prática é um ponto essencial para o crescimento pessoal, permitindo que o indivíduo encontre paz e plenitude ao aprofundar em seu próprio ser e na verdade de sua história.

Pergunta central

Têm a introspecção e o uso de ferramentas como o diário de emoções uma importância fundamental para o autoconhecimento e a recuperação do paciente?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que a introspecção não é conveniente para pessoas com transtornos por uso de substâncias, pois ao possuírem redes de memória carregadas de trauma, olhar para dentro só aumentaria sua angústia e desespero.

- **Objeção 2:** Parece que o uso de ferramentas escritas é ineficaz ou excludente, dado que muitos pacientes em situação de vulnerabilidade extrema apresentam um baixo nível de escolaridade ou deterioração cognitiva que os impede de realizar reflexões escritas.

- **Objeção 3:** Afirma-se que o mais importante é o serviço e a ação comunitária sob a premissa de que o trabalho cura, pelo que a reflexão interna seria um exercício secundário diante da urgência da reintegração social.

Fundamento ou critério de discernimento

A introspecção é o ato de reflexão interna necessário para o crescimento pessoal. O autoconhecimento ajuda a aprofundar no próprio ser para encontrar um sentido de vida transcendente, transformando o indivíduo de um objeto de assistência em um sujeito consciente de sua dignidade.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A introspecção e o registro emocional são fundamentais para a recuperação porque permitem abordar a raiz do sofrimento sob os seguintes pilares:

1. Identificação da fratura interna: Permite que o paciente deixe de ver a droga como o problema central e comece a entendê-la como um sintoma de uma dor profunda ou abandono prévio. Sem este exercício, o tratamento apenas toca a superfície sem curar a causa.
2. Facilitação do dar-se conta: O registro de emoções ajuda a identificar condutas negativas e pensamentos rígidos. Este processo converte o sujeito em um protagonista que assume a responsabilidade por sua própria história.
3. Ordenamento do mundo interno: O diário funciona como uma âncora diante do caos da vida da rua. Ao nomear o que sente, o paciente permite que a parte racional do cérebro recupere o controle sobre os impulsos emocionais.
4. Vinculação com a transcendência: Desde a perspectiva pastoral, a introspecção se eleva ao exame de consciência, em que a pessoa reconhece a presença de Deus em sua jornada e fortalece sua vontade para a mudança.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora olhar o trauma seja doloroso, a cura integral só é possível mediante a ressignificação desses eventos. A comunidade deve proporcionar o lugar seguro para que esta introspecção não seja um ato solitário, mas um processo acompanhado e contido.
- **À segunda:** A ferramenta deve ser artesanal e flexível. Em casos de baixa escolaridade, a introspecção pode facilitar-se mediante o diálogo empático, a arte ou o acompanhamento de pares que ajudem o sujeito a pôr em palavras o que sente.

- **À terceira:** Não há oposição entre ação e introspecção, pois o ser humano é uma unidade de corpo e alma. O serviço comunitário ganha seu verdadeiro sentido quando nasce de um coração que se conhece a si mesmo e descobriu sua dignidade diante de Deus.

8.7.4 Artigo 4: Sobre a necessidade vital do autocuidado para os agentes pastorais

Formulação do tema

O acompanhamento a pessoas em situações de vulnerabilidade extrema e consumo problemático implica um elevado custo emocional que, se não se gerir adequadamente, deriva em esgotamento profissional, fadiga por compaixão ou vazio existencial. Aqueles que realizam este trabalho encontram-se em um cenário de alta complexidade em que a frustração pode ser frequente. Por isso, o autocuidado não deve considerar-se um complemento opcional, mas uma dimensão intrínseca e vital da missão que garante que o serviço seja humanizante e sustentável no tempo.

Pergunta central

É vital integrar um módulo de autocuidado para os agentes pastorais com o fim de prevenir o desgaste por empatia, o burnout e a fadiga por compaixão?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o acompanhamento é um sacrifício total que deve assumir-se como uma participação na cruz de Cristo, pelo que o cansaço do agente seria uma entrega necessária que não requereria um módulo de autocuidado.

- **Objeção 2:** Parece que os recursos e o tempo devem centrar-se exclusivamente no usuário, considerando que o bem-estar dos agentes pastorais é um luxo ou uma distração da urgência de salvar vidas.

- **Objeção 3:** Afirma-se que a fé e a oração são suficientes para sustentar o cuidador, sugerindo que o esgotamento se deve unicamente a uma falta de vida espiritual e não a uma necessidade de estratégias psicológicas de cuidado.



Figura 8.5: Cuidar de quem cuida

Fundamento ou critério de discernimento

O descanso é uma necessidade humana e espiritual ordenada pelo próprio Cristo para aqueles que estão no centro do serviço. O acompanhamento integral exige que o agente gerencie sua própria vida e reconheça seus limites para evitar que a tocha da esperança se apague, entendendo que o direito ao ócio é uma dimensão essencial da missão.

Tese e desenvolvimento argumentativo

A integração de um módulo de autocuidado é um ato de justiça e responsabilidade missionária que se fundamenta nos seguintes pilares:

1. Sustentabilidade da missão: Para cuidar bem é imperativo que o agente preserve sua própria saúde. O esgotamento extremo impede a continuidade da tarefa e faz com que o serviço se torne insustentável, afetando a qualidade do acompanhamento a longo prazo.

2. Prevenção do trauma secundário: Os cuidadores estão expostos a um estresse pós-traumático derivado de carregar com a dor e as feridas dos usuários. Contar com protocolos de detecção de burnout e fadiga por compaixão permite processar este impacto e evita que os agentes pastorais somatizem o sofrimento alheio.

3. Identidade do curador ferido: O acompanhante deve reconhecer sua própria vulnerabilidade e necessidade de ternura. Aceitar as próprias chagas permite que o pastor se deixe cuidar pela comunidade, evitando situar-se em uma posição de superioridade que bloqueie o vínculo real.

4. Qualidade do cuidado: Um agente pastoral desgastado perde a capacidade de escuta ativa e de empatia. O autocuidado permite realizar as pausas necessárias para assegurar que o encontro com o outro seja sempre um gesto de amor e não uma carga mecânica ou burocrática.

5. Estabelecimento de limites saudáveis: O cuidado implica aprender a dizer não e a retirar-se ao banco de reservas quando as forças fraquejam, reconhecendo que ninguém pode sozinho e que a comunidade é o suporte último da tarefa.

Resposta às objeções

- **À primeira:** Embora a entrega generosa seja valiosa, Deus não pede sacrifícios que destruam a própria vida. Cuidar de si mesmo é uma forma de honrar o dom da vida e garantir que o serviço possa continuar sem que o cuidador se quebre.
- **À segunda:** O autocuidado é uma estratégia de saúde mental indispensável, não um luxo. Investir no bem-estar da equipe garante que sempre haja mãos disponíveis e mentes claras para atender a emergência social de forma eficaz.
- **À terceira:** A fé não anula a biologia nem as leis da psique. É necessário integrar a vida espiritual com hábitos saudáveis, exercício e apoio entre pares para que a saúde integral do agente esteja em ótimas condições para a missão.

CAPÍTULO 9

As substâncias e o organismo

Formulação do tema: As substâncias e o organismo.

O estudo da relação entre o ser humano e as substâncias químicas implica compreender como certos componentes externos interagem com a estrutura biológica mais complexa do homem: seu sistema nervoso. Esta interação não é um evento isolado, mas um processo farmacológico e metabólico que altera a percepção e o comportamento do indivíduo.

9.1 | Definição e Classificação das Substâncias

Uma **substância psicoativa (SPA)** é qualquer composto químico que, ao ser introduzido no organismo, **afeta o funcionamento do sistema nervoso central (SNC)**, modificando o comportamento, a percepção ou o estado de ânimo. Para atuar diretamente sobre os neurônios, estas substâncias devem ser capazes de **atravessar a barreira hematoencefálica (BHE)**, uma fronteira biológica que protege o cérebro e que resulta impermeável para a maioria dos compostos químicos.

Segundo o efeito específico que provocam ao interagir com o cérebro, classificam-se atualmente em seis grupos fundamentais: **estimulantes, depressores, opioides, alucinógenos, dissociativos e canabinoides**.

É fundamental reconhecer que substâncias legais como o **álcool, a nicotina e a cafeína** são substâncias psicoativas, uma vez que cumprem estritamente com o critério biológico de alterar o SNC, independentemente de sua aceitação social. Na atualidade, o risco sanitário se agravou com o aparecimento de **novas substâncias psicoativas (NSP)** e **opioides sintéticos como o fentanil**, cuja potência é **até cem vezes superior** à das drogas tradicionais, elevando o perigo de morte por sobredose devido à sua dosagem imprevisível e ao seu uso frequente como adulterante oculto.

9.1.1 Artigo 1: Definição das substâncias psicoativas (SPA)

Formulação do tema: A interação química com o sistema nervoso

O estudo da relação entre o ser humano e as substâncias implica compreender como certos componentes externos conseguem interagir com a estrutura biológica mais complexa do homem: seu sistema nervoso. Esta interação não é um evento aleatório, mas um processo farmacológico definido pela capacidade de uma molécula para alterar a percepção, o humor e o comportamento do indivíduo.

Pergunta central

O que define uma substância como «psicoativa» e o que diferencia sua passagem pelo organismo da de um medicamento comum?

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o termo se refere unicamente às drogas ilícitas**, associando a psicoatividade apenas com substâncias proibidas.
2. **Parece que estas substâncias só afetam a «mente»**, sem ter uma repercussão real no restante do organismo físico.
3. **Parece que não há diferença entre uma SPA e qualquer medicamento comum** (como um antibiótico), uma vez que ambos são ingeridos para produzir um efeito na saúde.
4. **Parece que as dependências comportamentais são equivalentes**, pois alteram o prazer sem necessidade de um químico externo.

Fundamento ou critério de discernimento

Contra isto, o critério científico estabelece que uma SPA é um componente que afeta o sistema nervoso central (SNC) mediante uma capacidade farmacológica específica: a de cruzar defesas biológicas que outros componentes não podem atravessar.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que as substâncias psicoativas são componentes químicos de **estrutura molecular pequena e lipossolúveis** (solúveis em gorduras). Estas duas características são as que lhes outorgam a *chave* técnica para cruzar a **barreira hematoencefálica (BHE)**, uma membrana protetora composta por células unidas de forma muito ajustada que restringe o fluxo de químicos rumo ao cérebro.

Embora a lipossolubilidade e o tamanho molecular pequeno constituam a via de acesso predominante das SPA ao tecido cerebral, a farmacologia reconhece também outros mecanismos de passagem através da BHE, como o transporte ativo e o transporte facilitado, mediante os quais certas moléculas são transferidas por proteínas transportadoras especializadas. Assim mesmo, a BHE não é uniformemente impermeável em todas as regiões do cérebro: determinadas zonas denominadas órgãos circunventriculares apresentam uma barreira mais permeável, o que permite o intercâmbio de sinais químicos entre o sangue e o sistema nervoso central. Estas precisões não alteram o critério geral aqui exposto, mas completam o panorama para o leitor que deseje aprofundar na matéria.

Feita esta precisão, convém assinalar que a maioria dos medicamentos comuns é hidrossolúvel (dissolvem-se em água) e possui moléculas grandes que a BHE bloqueia efetivamente. As SPA, por outro lado, aproveitam sua afinidade com as membranas gordurosas da barreira para aceder diretamente ao tecido cerebral. Uma vez dentro, atuam das seguintes formas:

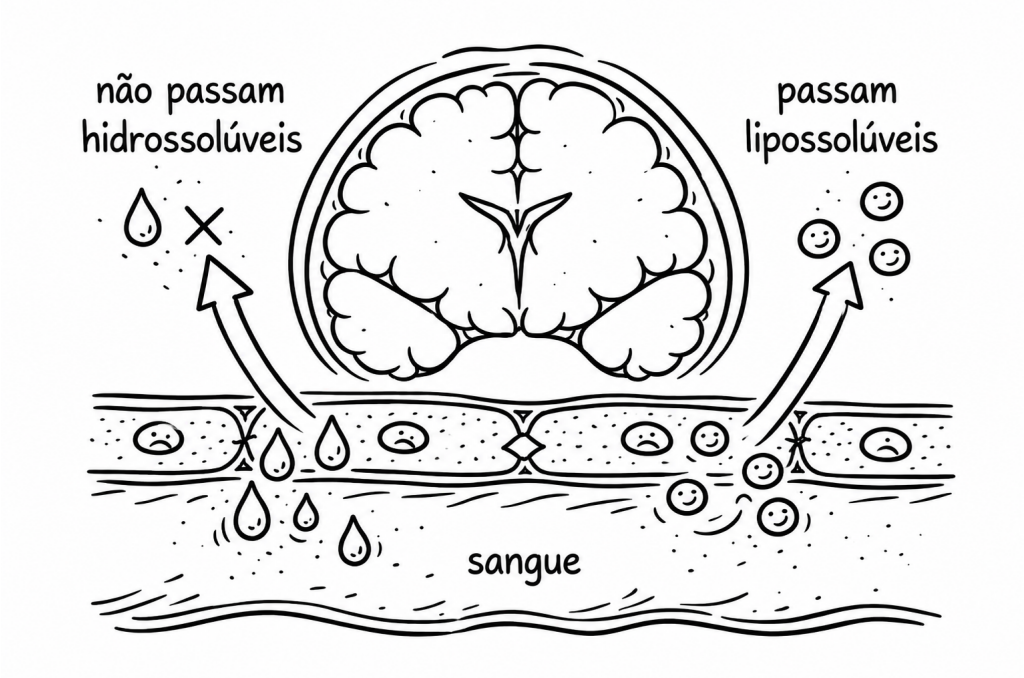


Figura 9.1: Barreira Hematoencefálica

Uma vez que atravessam esta barreira, as substâncias psicoativas atuam das seguintes formas:

- **Interferência na comunicação:** Alteram a maneira em que os neurônios enviam, recebem e processam os sinais dos neurotransmissores no espaço intersináptico.
- **Classificação funcional:** Segundo seu efeito, dividem-se em **estimulantes, depressores, opioides, alucinógenos, dissociativos e canabinoides**.
- **Processo metabólico:** O corpo busca neutralizá-las por meio do fígado e dos rins. O impacto de uma substância não é permanente; sua duração está sujeita a um cronômetro biológico denominado **meia-vida**, cuja dinâmica técnica se analisa em profundidade no capítulo de farmacocinética.

Resposta às objeções

1. **À primeira:** A psicoatividade é um critério biológico, não jurídico. Álcool, nicotina e cafeína cumprem com todos os requisitos de uma SPA.

2. **À segunda:** Embora atuem no cérebro, as SPA se distribuem por todo o corpo, causando danos sistêmicos no fígado, rins e sistema imunológico, assim como em outros órgãos e sistemas do corpo.

3. **À terceira:** A diferença é estrutural. Os medicamentos hidrossolúveis (como muitos antibióticos) não passam a BHE, enquanto as SPA são lipossolúveis e acedem diretamente ao centro de comando.

4. **À quarta:** A definição técnica de SPA requer necessariamente a presença de um **componente químico externo** que ingresse na corrente sanguínea, algo que não ocorre nas condutas dependentes.

9.1.2 Artigo 2: Classificação segundo o efeito específico no sistema nervoso central

Formulação do tema: A classificação funcional das substâncias.

O estudo das substâncias psicoativas requer uma taxonomia clara que permita compreender não apenas a composição química, mas a reação específica que provocam ao interagir com o cérebro humano. Dado que o sistema nervoso central (SNC) é o centro de toda a atividade humana, é fundamental discernir como cada grupo de substâncias altera as funções vitais, o humor e o juízo do indivíduo. Contudo, toda classificação é uma ferramenta pedagógica que simplifica uma realidade mais complexa: muitas substâncias produzem efeitos que cruzam as fronteiras de uma só categoria, e a experiência concreta de consumo depende sempre da interação entre o sujeito, a substância e o contexto (Tríade de Zinberg).

Cfr. art. 7 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

Pergunta central: Como se classificam as substâncias psicoativas segundo seu efeito no sistema nervoso central?

Busca-se determinar se existe uma distinção funcional entre os diversos componentes químicos que, ao cruzar a barreira hematoencefálica, modificam a operação natural dos neurônios e dos circuitos de recompensa, e se dita distinção pode organizar-se em categorias nítidas.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que todas as substâncias produzem o mesmo efeito de *bem-estar***, pelo que dividi-las em categorias é desnecessário, uma vez que o usuário busca sempre a euforia ou o escape independentemente do nome químico.
2. **Parece que as substâncias legais, como o álcool ou a cafeína, não deveriam incluir-se**, pois sua aceitação social e comercialização cotidiana as afasta da categoria de *drogas* perigosas.
3. **Parece que os medicamentos receitados por médicos perdem seu caráter psicoativo**, uma vez que seu fim terapêutico (como acalmar a dor) eliminaria o risco de ser classificados como substâncias de abuso.
4. **Parece que uma classificação em categorias fixas é suficiente para compreender o fenômeno**, assumindo que cada substância pertence de forma unívoca a um só grupo e que os limites entre as categorias são nítidos e definitivos.

Fundamento ou critério de discernimento

As fontes estabelecem que **a forma em que uma droga afeta uma pessoa depende diretamente de como esta altera a atividade do SNC**. Esta classificação científica é uma guia geral que permite identificar se a substância acelera, inibe, bloqueia a dor, distorce a realidade, despersonaliza ou altera a memória e a percepção do tempo daquele que a consome. Não obstante, dado que a pessoa é uma unidade indivisível e que a experiência de consumo é sempre situada, a classificação deve entender-se como um mapa orientativo que facilita o discernimento, não como um sistema de compartimentos estanques.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que as substâncias psicoativas se classificam em sete grupos fundamentais segundo sua ação predominante no organismo:

Classificação	Efeitos no SNC	Exemplos
Estimulantes	Têm a propriedade de **aumentar a atividade do SNC**. Geram um estado de alerta intenso, maior energia e euforia, elevando simultaneamente a frequência cardíaca e a respiração.	Cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína
Depressores	Atuam de forma inversa, pois **diminuem a atividade do SNC**. Induzem sensações de relaxamento e bem-estar, mas também podem causar sonolência e lentidão nos reflexos.	Álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos
Opioides	Sua ação primária é **depressora**: produzem uma **inibição seletiva do SNC orientada ao bloqueio da dor**. São analgésicos potentes que geram também uma intensa sensação de euforia e bem-estar, o que explica seu alto potencial adictivo. Podem induzir também o sono. Classificam-se em uma categoria própria —separada dos depressores gerais— devido a que atuam sobre um sistema de receptores específico (o sistema opioide endógeno) e a que seu perfil clínico de risco, especialmente a depressão respiratória letal, exige uma abordagem de emergência diferenciada.	Morfina, heroína, fentanil, codeína
Alucinógenos	São substâncias que **produzem distorções sensoriais profundas e alteram o estado de ânimo e o pensamento**. Provocam que a pessoa perceba imagens ou sensações que parecem reais mas não o são.	LSD, psilocibina (cogumelos), mescalina (peiote)
Dissociativos	São substâncias que **produzem a sensação de separação mente-corpo, analgesia e despersonalização**.	Cetamina, PCP

Classificação	Efeitos no SNC	Exemplos
Empatógenos	São substâncias que **potenciam intensamente a empatia emocional, a sociabilidade e a sensação de conexão afetiva com os demais**, combinando efeitos estimulantes suaves com uma alteração significativa da percepção emocional. Seu mecanismo principal envolve uma liberação massiva de serotonina.	MDMA (ecstasy), MDA
Canabinoides	São substâncias que **produzem relaxamento, alteração da memória e percepção do tempo**.	Cannabis (THC)

Precisões necessárias sobre a classificação. Esta taxonomia cumpre uma função pedagógica indispensável, mas deve ler-se com três advertências:

1. **Os opioides como subtipo especializado dos depressores.** Farmacologicamente, os opioides exercem uma ação depressora sobre o SNC. Se são classificados em uma categoria à parte não é porque seu mecanismo seja oposto ao dos depressores, mas porque atuam sobre um sistema de receptores próprio (mu, kappa, delta) e porque a especificidade de seu risco clínico —particularmente a crise respiratória por sobredose— demanda protocolos de intervenção de emergência diferenciados (como a administração de naloxona). Esta distinção tem um valor prático direto para as equipes territoriais.

2. **O cannabis como substância de efeitos cruzados.** O cannabis não se encaixa limpamente em nenhuma das outras categorias porque produz simultaneamente efeitos depressores (relaxamento, sonolência), estimulantes suaves (euforia inicial, aumento do apetite) e levemente alucinógenos (alteração da percepção sensorial e temporal), segundo a variedade, a dose e o contexto do consumo. Esta complexidade farmacológica é uma das razões pelas quais se classifica em uma categoria própria e é também o que dificulta a prevenção: seu perfil polifacético alimenta a percepção errônea de que se trata de uma substância «suave» ou controlável.

3. **Nenhuma categoria é um compartimento hermético.** Na prática clínica e territorial, muitas substâncias produzem efeitos que cruzam as fronteiras de uma só categoria. Os empatógenos, por exemplo, combinam propriedades estimulantes com alterações perceptivas. Algumas

substâncias mudam de perfil segundo a dose: o álcool em doses baixas pode produzir desinibição (efeito aparentemente estimulante) antes que predomine sua ação depressora. Esta fluidez reforça a necessidade de avaliar sempre a experiência de consumo desde a Tríade de Zinberg (sujeito-substância-contexto) e não unicamente desde a molécula.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** Embora muitas substâncias coincidam em ativar a dopamina, seus mecanismos são distintos e por vezes opostos. Enquanto um estimulante como a cocaína inunda os receptores impedindo a recaptação, um depressor inibe a resposta física, e um empatógeno como o MDMA provoca uma liberação massiva de serotonina que altera a percepção emocional. Compreender estas diferenças é vital para o acompanhamento pastoral informado, para a identificação de situações de risco no território e para o diálogo com as equipes de saúde.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

2. **À segunda objeção:** A natureza biológica da substância prevalece sobre seu status legal. O **álcool**, embora socialmente aceito, é um depressor que debilita o sistema imunológico e causa uma alta mortalidade global.

3. **À terceira objeção:** Os medicamentos psicotrópicos e analgésicos opioides são seguros sob prescrição, mas seguem sendo substâncias psicoativas. Se se consumem em doses maiores ou de forma diferente à prescrita, produzem euforia e geram **Transtornos por Uso de Substâncias (TUS)**, convertendo-se em um risco sanitário grave. Por essa razão é importante compreender a relação que a pessoa estabelece com as substâncias.

4. **À quarta objeção:** A classificação é uma ferramenta de orientação, não uma ontologia das substâncias. A realidade bioquímica é mais fluida do que qualquer tabela. O que o agente pastoral e o profissional necessitam não é memorizar categorias rígidas, mas compreender que cada grupo indica um perfil predominante de risco e de dano que orienta a resposta. Um irmão que consome uma substância depressora enfrenta perigos distintos de quem consome um estimulante, e essa diferença tem consequências práticas diretas para o acompanhamento e para a articulação com os serviços de saúde.

9.1.3 Artigo 3: Riscos das novas substâncias psicoativas (NSP) e opioides sintéticos

Formulação do tema: O desafio da síntese química moderna.

A evolução do mercado de substâncias passou de componentes naturais ou derivados tradicionais a uma era de desenho químico industrial. O aparecimento das **novas substâncias psicoativas (NSP)** e a proliferação de **opioides sintéticos** representam uma ruptura nos esquemas de prevenção e tratamento, pois sua interação com o organismo não segue os padrões conhecidos das drogas tradicionais.

Pergunta central: Que riscos apresentam as novas substâncias psicoativas (NSP) e os opioides sintéticos como o fentanil em comparação com as drogas tradicionais?

Questiona-se se estas substâncias são simplesmente variantes das já conhecidas ou se sua natureza sintética e seu modo de distribuição introduzem perigos qualitativa e quantitativamente superiores para a vida humana.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o risco é equivalente ao das drogas tradicionais**, uma vez que todas causam dependência e alteram o sistema nervoso central (SNC) de maneira similar.

2. **Parece que, ao não estar muitas delas sob fiscalização internacional imediata, sua periculosidade é menor** ou pelo menos não foi plenamente demonstrada pelos organismos reguladores.

3. **Parece que o problema se limita à vontade do usuário**, que decide consumir uma substância sem importar se é natural ou sintética, assumindo o mesmo tipo de risco recreativo.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, contra isto, as fontes assinalam que o surgimento destas substâncias ocorre a uma **velocidade sem precedentes (cerca de 500 novas por ano)** e que os consumidores desconhecem a **dosagem e quantidade** dos componentes, o que os expõe a riscos sanitários gravíssimos e frequentemente letais.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que as NSP e os opioides sintéticos apresentam riscos significativamente maiores que as drogas tradicionais devido a três pilares fundamentais: sua potência extrema, seu caráter imprevisível e a dificuldade de resposta médica.

- **Potência desproporcional:** Os opioides sintéticos, especificamente o **fentanil**, têm uma potência que pode ser até **cem vezes superior à da morfina ou da heroína**. Isto implica que só se requer uma **quantidade mínima** para produzir efeitos, o que reduz drasticamente a margem entre o efeito desejado e a dose letal.
- **O perigo da adulteração oculta:** Diferentemente das drogas tradicionais, os opioides sintéticos são utilizados frequentemente como um **adulterante barato e potente** que se acrescenta a outras drogas como a heroína ou a cocaína, ou se convertem em pílulas que imitam analgésicos receitados. O usuário consome estas substâncias sem saber o que está ingerindo.
- **Impacto crítico em funções vitais:** Substâncias como os opioides afetam o **tronco encefálico**, que controla funções básicas como a frequência cardíaca e a respiração. Isto explica por que as sobredoses destas substâncias reduzem substancialmente a respiração até causar a **morte por asfixia** de forma muito rápida.
- **Obstáculos para o atendimento de emergência:** Muitos comprimidos vendidos como ecstasy ou metanfetamina são na realidade **«coquetéis químicos»**. Isto gera que os serviços de emergência se encontrem na **impossibilidade de identificar a substância** exata, dificultando a administração de um tratamento adequado para salvar a vida do paciente.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** Embora todas afetem o SNC, a **velocidade de ação e a intensidade da neuroadaptação** são maiores nas sintéticas. Enquanto uma droga tradicional tem efeitos conhecidos, as NSP podem causar intoxicações graves com doses que o usuário não pode medir, aumentando exponencialmente o risco de morte súbita.

2. **À segunda objeção:** O termo «novas» não significa que sejam inofensivas, mas que começaram a circular recentemente e seu **potencial adictivo é pouco conhecido**. O fato de que não estejam sujeitas a fiscalização internacional imediata é um desafio legal, mas não diminui sua toxicidade real.

3. **À terceira objeção:** Não é uma questão de vontade pura, uma vez que estas substâncias geram uma **hiperatividade no circuito de recompensa** muito mais violenta que as naturais, «ensinando» ao cérebro a buscá-las de maneira compulsiva e anulando a capacidade do córtex pré-frontal para «frear» o impulso.

9.1.4 Artigo 4: O cannabis e a baixa percepção de risco

Formulação do tema: Uma substância tão consumida quanto subestimada.

O cannabis é hoje a substância ilícita de maior consumo na América Latina, especialmente entre adolescentes e jovens. Sua origem vegetal, sua presença histórica em diversas culturas e os processos de legalização ou despenalização em vários países instalaram em amplos setores da população —incluindo famílias e agentes pastorais— a percepção de que se trata de uma substância inofensiva ou significativamente menos perigosa que outras. Esta percepção constitui hoje um dos principais obstáculos para a prevenção efetiva nos territórios.

Pergunta central: É o cannabis uma substância de baixo risco?

Questiona-se se a evidência científica respalda a percepção social dominante que o apresenta como inofensivo, ou se pelo contrário seus efeitos sobre o organismo —especialmente sobre o cérebro em desenvolvimento— requerem uma resposta pastoral informada e serena.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o cannabis é inócuo por ser natural**, uma vez que provém de uma planta e não de um laboratório químico, o que o distinguiria das drogas sintéticas realmente perigosas.

2. **Parece que não gera dependência real**, dado que não produz uma síndrome de abstinência físico comparável ao do álcool ou da heroína,

o que levaria a concluir que seu consumo pode deter-se em qualquer momento por uma simples decisão da vontade.

3. **Parece que sua legalização em vários países avaliza sua inocuidade**, uma vez que se os Estados o permitem é porque a evidência científica não justifica proibi-lo.

4. **Parece que é menos danoso que o álcool**, substância legal e socialmente aceita que gera mais mortes e deterioração, o que tornaria inconsistente preocupar-se com o cannabis enquanto se tolera o primeiro.

5. **Parece que o uso medicinal do cannabis demonstra que é uma substância segura**, uma vez que se a medicina o utiliza com fins terapêuticos, não pode considerar-se uma droga perigosa.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, contra isto, a neurociência estabelece que o cannabis é uma substância psicoativa cujo princípio ativo, o **tetrahidrocanabinol (THC)**, atua diretamente sobre o cérebro alterando funções cognitivas, emocionais e perceptivas. Sua origem vegetal não modifica sua capacidade de gerar dependência nem de produzir danos neurológicos documentados, especialmente em cérebros que ainda não completaram seu desenvolvimento. Diante disto, a resposta pastoral não deve ser o pânico mas a informação clara: do mesmo modo que um pai acompanha seu filho se o encontra consumindo álcool, deve estar preparado para acompanhá-lo se o encontra consumindo cannabis, com a mesma serenidade e a mesma firmeza.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que o cannabis apresenta um perfil de risco real e documentado que a percepção social subestima. Este perfil se articula nos seguintes pontos:

- **Dependência psicológica real:** Embora a dependência física do cannabis seja menos intensa que a do álcool ou dos opioides, a dependência psicológica é clinicamente significativa. Aproximadamente 9% dos consumidores desenvolvem um Transtorno por Uso de Cannabis, porcentagem que ascende a 17% naqueles que iniciam o consumo na adolescência. A pessoa sente que não pode relaxar-se, dormir ou enfrentar a vida cotidiana sem a substância, o que dificulta seriamente a cessação do consumo sem acompanhamento.

- **Impacto no cérebro adolescente:** Como se desenvolveu na seção 9.4.1, o cérebro não completa sua maturação até os 25 anos. O cannabis interfere diretamente nesse processo, afetando os circuitos de memória, atenção e regulação emocional. O início precoce do consumo é o preditor mais sólido de uma dependência severa e duradoura, e pode gerar déficits cognitivos que persistem além da cessação do consumo.
- **Risco de psicose em pessoas vulneráveis:** O THC pode desencadear episódios psicóticos em pessoas com predisposição genética —especialmente antecedentes familiares de esquizofrenia ou transtornos psicóticos— que podem cronificar-se. Este risco se agravou porque as variedades atuais contêm concentrações de THC até **dez vezes superiores** às de décadas anteriores, tornando obsoletas as comparações com o consumo histórico.
- **Impacto na saúde mental geral:** Independentemente da predisposição genética, o consumo regular de cannabis está associado a um aumento da ansiedade, da depressão e da desmotivação crônica, especialmente em adolescentes. Este fenômeno, conhecido como **síndrome amotivacional**, caracteriza-se por uma perda progressiva do interesse pelos vínculos, pelo estudo e pelos projetos de vida.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A origem natural de uma substância não determina sua inocuidade. A cocaína é extraída da folha de coca e a heroína do ópio. O que define o risco é o mecanismo de ação sobre o organismo, não a procedência botânica.
2. **À segunda objeção:** A ausência de dependência física intensa não equivale à ausência de dependência. A dependência psicológica é clinicamente real e suficientemente significativa para dificultar seriamente a cessação do consumo sem acompanhamento especializado.
3. **À terceira objeção:** As decisões legislativas respondem a critérios políticos, econômicos e sociais, não exclusivamente sanitários. A legalidade de uma substância não é um aval científico de sua inocuidade: o álcool e o tabaco são legais e estão entre as principais causas de mortalidade evitável no mundo.
4. **À quarta objeção:** A comparação com o álcool não diminui o risco do cannabis; o que demonstra é que o álcool também é mais perigoso do que

a sociedade reconhece, tema que se desenvolve na seção 9.1.5. O dano de uma substância não neutraliza nem justifica o dano de outra.

5. **À quinta objeção:** Existe uma distinção técnica fundamental entre o uso medicinal e o uso recreativo do cannabis. A medicina utiliza principalmente o **canabidiol (CBD)**, um componente sem efeito psicoativo significativo, sob prescrição controlada e em doses precisas para condições específicas como a epilepsia refratária ou a dor crônica. O consumo recreativo, por outro lado, busca os efeitos do THC em doses variáveis e incontroladas. Equiparar ambos os usos é tão inexato quanto equiparar o uso médico da morfina com o consumo de rua da heroína.

9.1.5 Artigo 5: Inclusão de substâncias legais (álcool, tabaco e cafeína) na categoria de SPA

Formulação do tema: A natureza técnica da psicoatividade diante da legalidade.

No âmbito social, costuma existir uma brecha entre a percepção popular do que é uma «droga» e a definição científica de uma substância psicoativa. Enquanto as substâncias proibidas carregam preconceitos e estigmas, aquelas cuja comercialização é permitida —como o café, o tabaco ou o álcool— gozam de uma aceitação que frequentemente invisibiliza seu impacto real na estrutura biológica. Esta distinção legal obscurece o fato de que **o organismo não diferencia entre licitude ou ilicitude** ao processar componentes químicos.

Pergunta central

A categoria de «psicoativa» responde a uma convenção jurídica ou é uma qualidade biológica determinada pela interação da substância com o sistema nervoso central (SNC)?

Posturas ou objeções existentes

1. Parece que não são SPA, uma vez que sua venda livre e regulamentada indicaria que não possuem a periculosidade das substâncias proibidas.
2. Parece que o álcool é apenas um complemento social ou litúrgico, o qual o afastaria da definição de uma substância que modifica o comportamento.
3. Parece que o uso de cafeína e nicotina são meros hábitos, pois não produzem intoxicações bizarras de forma imediata.

4. Parece que incluí-las na mesma lista que substâncias ilícitas dilui a gravidade de problemas sociais como o narcotráfico.

Fundamento ou critério de discernimento

Contra isto, aplica-se o critério técnico unívoco estabelecido no artigo 1.1: uma substância é psicoativa se afeta o SNC e modifica o comportamento, a percepção ou o estado de ânimo. Sob esta definição clínica, a nicotina, a cafeína e o álcool incluem-se estritamente na categoria de SPA, pois **a farmacologia prevalece sobre o status jurídico**.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que o álcool, o tabaco e a cafeína são substâncias psicoativas porque possuem a capacidade de alterar os processos bioquímicos cerebrais mediante os mecanismos já descritos:

- **Capacidade de acesso cerebral:** Assim como as substâncias analisadas anteriormente, estas moléculas são pequenas e lipossolúveis, o que lhes permite **atravessar a barreira hematoencefálica** e atuar diretamente sobre os neurônios.
- **Classificação funcional (segundo 1.2):** O álcool atua como um **depressor** do SNC, reduzindo a frequência cardíaca e a respiração; enquanto a nicotina e a cafeína operam como **estimulantes**, incrementando a energia e o estado de alerta.
- **Poder adictivo:** As três substâncias ativam os circuitos de recompensa e podem gerar **dependência e síndrome de abstinência** (tremores, ansiedade e insônia) quando se cessa sua ingestão.
- **Impacto na saúde pública:** A legalidade não reduz sua toxicidade. O álcool é responsável por aproximadamente **2,6 milhões de mortes anuais** no mundo (4,7 % de todos os óbitos), superando o impacto sanitário de muitas drogas ilícitas.

Cabe assinalar que a categoria «tabaco» já não designa um único formato de consumo. A emergência dos cigarros eletrônicos (*vapers*), dos dispositivos de tabaco aquecido (como o IQOS) e dos sachês de nicotina (*nicotine pouches*) representa novos vetores de entrega da mesma substância psicoativa —a nicotina— com uma apresentação comercial que costuma associar-se a menor dano

e maior aceitação social. Esta percepção de baixo risco, análoga à que se analisa no artigo 9.1.4 sobre o cannabis, constitui em si mesma um fator de vulnerabilidade: a acessibilidade, a normalização e a ausência de odor próprio do cigarro tradicional facilitam o início e a invisibilização do consumo, especialmente em adolescentes. Desde o critério biológico que fundamenta este manual, trata-se da mesma substância e do mesmo mecanismo adictivo, independentemente do dispositivo que a entregue.

Resposta às objeções

1. **À primeira:** A legalidade não modifica a farmacologia; o organismo metaboliza estas substâncias baseando-se em sua composição química, não em seu status jurídico.

2. **À segunda:** Embora o álcool goze de legitimidade social, seu consumo abundante debilita o sistema imunológico e é um fator de risco para enfermidades graves.

3. **À terceira:** A cafeína e a nicotina cumprem os requisitos da psicoatividade ao alterar efetivamente o humor, o ritmo cardíaco e a percepção interna. Esta classificação não implica nenhum julgamento moral sobre o consumo de café: quem experimentou o mal-estar de um dia sem ele compreende, em escala menor, o mesmo mecanismo biológico que subjaz a toda dependência. É precisamente essa experiência cotidiana que pode converter-se em uma porta de empatia rumo àqueles que acompanhamos.

4. **À quarta:** Incluí-las permite entender que o problema não é apenas a substância, mas o **vínculo que o sujeito estabelece com ela** para tentar preencher «vazios existenciais» ou «anestesiar uma vida insuportável».

9.2 | A farmacocinética: o caminho da substância no organismo

A **farmacocinética** é o ramo da farmacologia que estuda os processos químicos complexos que o organismo realiza, desde que uma substância ingressa no organismo até sua eliminação. Em termos simples, analisa «o que o corpo faz com a droga» desde o momento de sua ingestão, sua passagem à corrente sanguínea, sua distribuição, metabolismo e eliminação. Um conceito fundamental neste estudo é a **meia-vida da substância**, que mede o tempo necessário para que o corpo elimine a metade da dose original, dado essencial para determinar a duração dos efeitos e os tempos requeridos para uma desintoxicação completa.

Costuma-se usar uma regra mnemônica para lembrar os processos que compõem a farmacocinética, e é a palavra LADME (liberação, absorção, distribuição, metabolismo e eliminação).

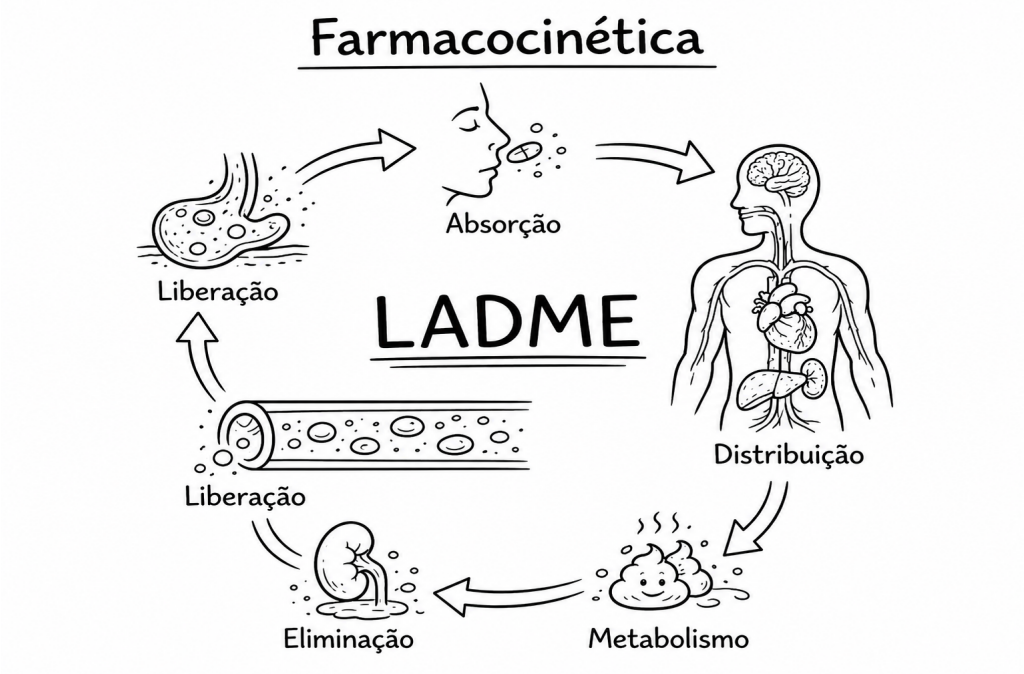


Figura 9.2: Farmacocinética (LADME)

9.2.1 Artigo 1. As vias de administração e a velocidade de ação

Formulação do tema

A análise da farmacocinética exige precisar como a via de entrada de uma substância psicoativa (SPA) condiciona o tempo de latência e a intensidade de seus efeitos no Sistema Nervoso Central (SNC). Existe uma tendência na divulgação preventiva de estabelecer comparações lineares e absolutas entre a via inalada (fumada) e a via intravenosa (injetada), afirmando categoricamente que a primeira é sempre mais rápida que a segunda. Contudo, a evidência clínica contemporânea adverte que esta afirmação constitui uma simplificação excessiva de um fenômeno condicionado por variáveis fisiológicas e pela cinética do pico plasmático, uma nuance que o manual deve incorporar para evitar apresentar como dados firmes o que na ciência médica é uma discussão aberta e complexa.

Pergunta central

É correto afirmar de forma absoluta que a via fumada é mais rápida que a injeção intravenosa, ou deve a velocidade de ação interpretar-se em função da cinética do pico plasmático e das variáveis técnicas de administração?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o manual deve sustentar a primazia cronológica da via fumada (estimada popularmente em uma faixa de 7 a 10 segundos) diante da via intravenosa (estimada de 15 a 30 segundos), uma vez que isto ressalta a periculosidade de substâncias de combustão imediata como o crack ou a pasta base.

- **Objeção 2:** Parece que a injeção intravenosa, ao pular as barreiras de absorção e ingressar diretamente na corrente sanguínea, deveria ser catalogada de forma unívoca como a via de chegada mais veloz ao cérebro em todos os casos, aninhando qualquer equiparação com a via pulmonar.

Fundamento ou critério de discernimento

O realismo científico e a precisão técnica são indispensáveis para fundamentar a autoridade do manual no diálogo interdisciplinar. A farmacocinética não pode reduzir-se a uma tabela estática de segundos fixos; deve compreender-se como uma interação dinâmica entre a maquinaria biológica do sujeito e a formulação química da substância (Tríade de Zinberg). A distinção clinicamente relevante não reside unicamente na velocidade cronológica absoluta, mas na morfologia da curva de concentração da substância no sangue.

Cfr. art. 7 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que qualificar a via fumada como univocamente mais rápida que a intravenosa é um erro de simplificação, e que ambas as vias devem apresentar-se como rotas de velocidade extrema cujos efeitos se diferenciam pela cinética de seu pico plasmático por meio de três precisões teóricas:

1. **Variabilidade das faixas clínicas da via intravenosa:** Os tempos que habitualmente se atribuem à via intravenosa (15-30 segundos) representam a faixa superior das estimativas analisadas em laboratórios. Abundantes fontes clínicas reportam que a chegada da substância ao cérebro mediante injeção IV pode ocorrer em um lapso de 10 a 15 segundos, o qual equipara de forma real —e por vezes supera— os tempos da via inalada.

2. **Dependência de fatores mecânicos e fisiológicos na inalação:** A velocidade de absorção pelos capilares pulmonares não é um valor constante. Esta dimensão depende diretamente da técnica de inalação do usuário, seu volume pulmonar útil, a profundidade e retenção da tragada de fumaça, assim como da temperatura de combustão da substância. Portanto, não se pode estabelecer uma cifra fixa aplicável a todos os sujeitos.

3. **A verdadeira distinção: o *onset* ou pico de concentração plasmática:** O que a ciência verifica não é que a via fumada «chegue antes» em termos de tempo absoluto, mas que produz um *pico de concentração plasmática* muito mais abrupto e vertical (*onset* mais íngreme). Ao inalar, a substância passa diretamente dos alvéolos ao ventrículo esquerdo do coração e daí ao cérebro, pulando a circulação venosa sistêmica. Isto gera uma onda química concentrada que impacta massivamente nos circuitos

de recompensa, criando um reforço subjetivo (a «pedrada» ou *rush*) de enorme potência adictiva, um mecanismo morfológico muito distinto do da injeção venosa, que se distribui de maneira mais diluída no retorno sanguíneo geral antes de alcançar a árvore arterial.

Resposta às objeções

1. **À primeira:** Se bem é louvável alertar sobre a severidade e o dano do crack ou da pasta base, utilizar dados cronológicos inexatos debilita a credibilidade do texto. O manual resulta muito mais rigoroso se explica que a periculosidade da via fumada radica na brusquidão com que sequestra o sistema dopaminérgico devido à verticalidade de seu pico plasmático, e não em uma corrida de segundos disputada com a via injetada.

2. **À segunda:** Embora a injeção IV deposite a totalidade da dose no sangue de forma imediata, o circuito circulatório venoso impõe um percurso físico que matiza a velocidade de chegada ao tecido cerebral. Reconhecer que a via pulmonar pode competir em velocidade com a intravenosa devido a seu acesso direto à circulação arterial é um dado que permite compreender com maior precisão o altíssimo potencial adictivo das substâncias fumadas e a urgência clínica que seu consumo representa.

9.2.2 Artigo 2: Ação ativa do organismo para gerir uma substância psicoativa: a farmacocinética

Formulação do tema: A resposta biológica ativa diante de uma SPA.

O encontro entre o ser humano e uma substância psicoativa (SPA) não é uma recepção passiva de efeitos alteradores. Pelo contrário, o organismo humano possui uma **inteligência biológica** que se ativa de forma imediata diante da presença de componentes estranhos para tentar recuperar seu equilíbrio interno. Este processo não se limita ao momento do efeito subjetivo, mas abrange um percurso complexo que vai desde que a substância toca o organismo até que é completamente eliminada.

Pergunta central: O que o organismo faz com uma SPA?

Questiona-se se o corpo é um recipiente passivo que apenas experimenta os efeitos da substância, ou se pelo contrário desdobra uma **atividade química própria** para gerir sua entrada, trânsito e saída.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o organismo não faz nada ativamente**, mas simplesmente espera que a substância perca sua força química de maneira natural ou espontânea.
2. **Parece que o processo é igual para todas as pessoas**, independentemente de sua idade, estado físico ou histórico de consumo.
3. **Parece que a substância se dirige unicamente ao cérebro**, dado que se define por seu efeito psicoativo, sem afetar outros tecidos ou órgãos.
4. **Parece que uma vez que termina o efeito no cérebro, o organismo já concluiu sua labor**, assumindo que a substância desapareceu por completo do sistema.

Fundamento ou critério de discernimento

A **farmacocinética** é o ramo da ciência que estuda precisamente esta atividade: a forma em que o corpo gere a entrada, o trânsito e a saída de uma substância. Distingue-se da **farmacodinâmica**, que estuda o impacto dessa substância sobre o organismo. Desde o instante em que se ingere uma SPA, o organismo inicia um processo sequencial e irreversível para processá-la e expulsá-la, composto por quatro etapas: **liberação, absorção, distribuição e metabolismo-eliminação**.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que o organismo atua como um **processador químico ativo** que busca defender seu equilíbrio interno diante de qualquer estímulo que altere seus processos fisiológicos. Este processo se desdobra nas seguintes etapas:

- **Liberação:** É a fase inicial na qual o princípio ativo da SPA se separa de seu suporte físico (comprimido, fumaça, pó) para ficar em um estado molecular que o corpo possa absorver. A velocidade desta liberação

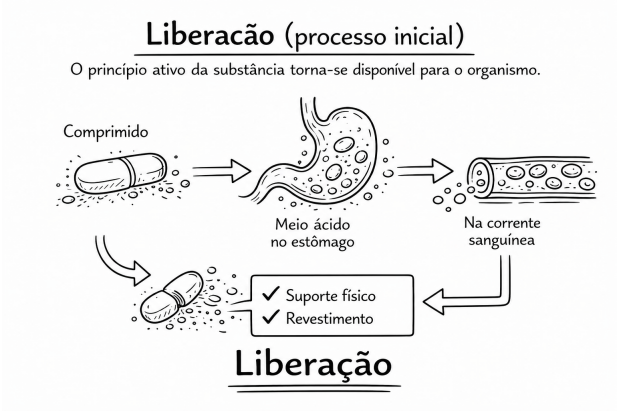


Figura 9.3: Liberação

é determinante: uma liberação instantânea —como ocorre ao fumar— gera um impacto cerebral máximo e um maior potencial adictivo; uma liberação lenta —como a de um adesivo— reduz esse efeito reforçador.

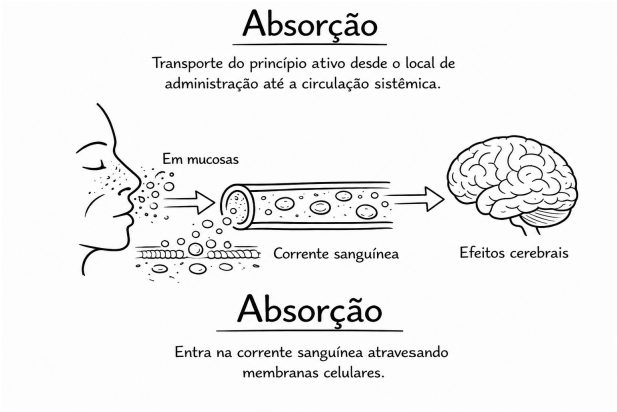


Figura 9.4: Absorção

- **Absorção:** É o processo pelo qual o princípio ativo atravessa as membranas celulares para ingressar na corrente sanguínea. A via de administração é o fator externo mais determinante: fumar permite uma absorção em 7 a 10 segundos por meio dos alvéolos pulmonares, enquanto a via oral pode demorar entre 20 e 30 minutos devido ao trânsito digestivo. A idade, o histórico de consumo e as propriedades químicas da substância condicionam também a eficácia deste processo.

- **Distribuição:** Uma vez no sangue, a substância não permanece estática nem se dirige exclusivamente ao cérebro. O sistema circulatório a transporta rumo a diversos tecidos e órgãos —fígado, rins, tecido adiposo— segundo a afinidade química de cada molécula. Esta ação sistêmica explica que as consequências do consumo não sejam apenas neurológicas,

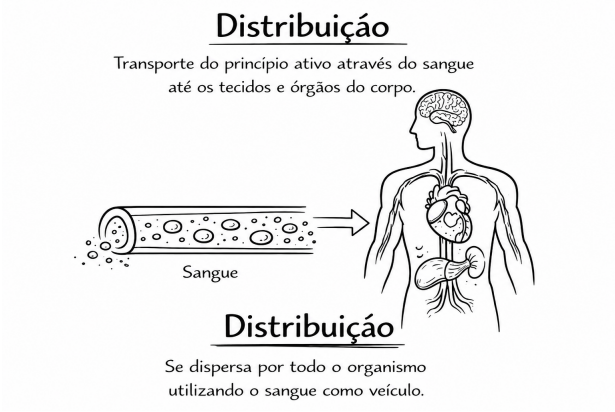


Figura 9.5: Distribuição

mas que afetem o organismo em seu conjunto.

- **Barreira hematoencefálica e acesso ao cérebro:** Para alcançar o tecido neuronal, a SPA deve atravessar a **barreira hematoencefálica (BHE)**, uma membrana protetora de células fortemente unidas que filtra seletivamente os componentes da corrente sanguínea. Só podem cruzá-la substâncias com **molécula pequena** e **lipossolubilidade** (solubilidade em gorduras). Esta é precisamente a característica que define as SPA: sua capacidade para atravessar esta fronteira biológica e interferir diretamente na comunicação entre neurônios. Uma vez dentro, depositam-se no tecido adiposo, o que explica por que o organismo pode permanecer impregnado delas muito tempo depois do consumo.

- **Metabolismo e eliminação:** Uma vez que a SPA cumpriu seu recorrido, o organismo inicia o processo de neutralizá-la e expulsá-la. O **fígado** é o principal órgão metabolizador: transforma quimicamente a substância em metabólitos menos ativos ou inativos que possam ser eliminados. A expulsão final se produz principalmente por meio dos **rins** (urina), embora também intervenham o suor, a bile e o ar exalado. A velocidade deste processo depende da natureza química da substância, da idade do indivíduo e do estado de seus órgãos. O uso repetido pode sobrecarregar estes sistemas, deteriorando progressivamente sua capacidade de resposta.

- **Metabolismo e eliminação:** Uma vez que a SPA cumpriu seu percurso, o organismo inicia o processo de neutralizá-la e expulsá-la. O fígado é o principal órgão metabolizador: transforma quimicamente a substância em metabólitos menos ativos ou inativos que possam ser eliminados. A expulsão final se produz principalmente por meio dos rins (urina), embora também intervenham o suor, a bile e o ar exalado. Para medir o tempo deste processo utiliza-se o conceito de **meia-vida**: o período que

o organismo necessita para eliminar a metade da dose original, dado que determina tanto a duração dos efeitos como o tempo real de desintoxicação. Este processo não é uniforme: as crianças e os adultos maiores metabolizam mais lentamente, o uso repetido pode sobrecarregar o fígado e os rins deteriorando sua capacidade de resposta, e a variável do sexo é especialmente crítica, uma vez que a maior proporção de tecido adiposo na mulher torna mais lenta a eliminação total, exigindo processos de desintoxicação mais prolongados.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** O organismo não é passivo. O metabolismo é um **processo químico complexo e constante** que converte as substâncias em resíduos para serem eliminados por meio de diversos fluidos e vias corporais. O corpo trabalha ativamente desde o primeiro momento de contato com a SPA.

2. **À segunda objeção:** O processo varia significativamente segundo o perfil do indivíduo. Fatores como a **idade** —crianças e adultos maiores processam mais lento—, o **histórico de consumo** e a **vulnerabilidade biológica** determinam a eficácia com que o corpo absorve, distribui e elimina a substância.

3. **À terceira objeção:** Embora o efeito buscado seja cerebral, a farmacologia demonstra que as SPA se distribuem por múltiplos órgãos durante seu trânsito, o que explica as consequências físicas e médicas do consumo prolongado além do sistema nervoso central.

4. **À quarta objeção:** A cessação do efeito mental não implica a limpeza total do organismo. O metabolismo e a eliminação são processos que demandam tempo e dependem do estado do fígado e dos rins. O corpo pode permanecer **impregnado da substância** no tecido adiposo durante um tempo prolongado, o que exige processos de desintoxicação que vão muito além do desaparecimento subjetivo dos efeitos.

9.2.3 Artigo 3: A lipossolubilidade como fator crítico no armazenamento de drogas

Formulação do tema: A afinidade química e a permanência orgânica

O estudo da farmacocinética revela que o impacto de uma substância não depende unicamente de sua potência, mas de sua capacidade para integrar-se nos tecidos do hospedeiro. A estrutura molecular das substâncias psicoativas (SPA) define se estas simplesmente circulam pela corrente sanguínea ou se encontram refúgio nas reservas lipídicas do corpo, estendendo sua presença biológica muito além do desaparecimento dos efeitos psíquicos imediatos.

Pergunta central: O que significa que uma substância seja lipossolúvel e por que é um fator crítico no armazenamento de drogas no corpo?

Questiona-se se a solubilidade é um mero detalhe técnico do laboratório ou se é a causa fundamental da dificuldade para lograr uma desintoxicação total e das diferenças biológicas nos processos de recuperação entre varões e mulheres.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que as drogas se eliminam por completo do corpo em poucos dias,** uma vez que os efeitos mentais de euforia ou sedação costumam durar apenas algumas horas.

2. **Parece que a gordura corporal é um tecido inerte** que não tem relação com o processo da dependência, o qual se associa comumente apenas ao cérebro ou ao sangue.

3. **Parece que o metabolismo e armazenamento de substâncias é idêntico para todos os seres humanos**, sem que o gênero ou a composição física do indivíduo altere a velocidade de limpeza orgânica.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, contra isto, a ciência ensina que **a maioria das substâncias psicoativas é lipossolúvel**, o que significa que têm a propriedade de dissolver-se facilmente em gorduras. Este critério é essencial para compreender como as SPA atravessam defesas biológicas que outros fármacos não podem cruzar e como conseguem permanecer «impregnadas» no organismo.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a **lipossolubilidade** é a característica molecular que permite a uma substância atravessar as membranas celulares compostas por lipídios, sendo o fator crítico no armazenamento pelas seguintes razões biológicas:

- **Acesso ao cérebro:** Por serem solúveis em gordura, estas substâncias podem cruzar a **barreira hematoencefálica**, uma membrana protetora que bloqueia os medicamentos hidrossolúveis (como os antibióticos) mas permite a passagem de moléculas pequenas e lipossolúveis, dando-lhes acesso direto aos neurônios.
- **Depósito no tecido adiposo:** As SPA não permanecem unicamente no sangue; devido a sua afinidade química, depositam-se no **tecido adiposo (gordura)** que rodeia os órgãos e as veias.
- **Diferenciação por gênero:** O corpo da **mulher** está rodeado de tecido adiposo de forma sistêmica, enquanto nos homens se concentra principalmente no ventre e nas costas. Por isso, as substâncias permanecem **mais tempo impregnadas nas mulheres**, dificultando sua desintoxicação e recuperação em comparação com os varões.
- **Fenômeno de re-liberação:** A gordura atua como um reservatório que mantém a substância guardada; diante de estímulos como o **calor intenso ou a mobilização de gorduras**, o corpo pode liberar estes resíduos de volta à corrente sanguínea inclusive meses depois do último consumo.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** Embora os efeitos mentais desapareçam, a substância segue presente. Uma desintoxicação de poucos dias só limpa o sangue, mas não consegue eliminar a droga acumulada no sistema adiposo, o que requer processos de recuperação mais prolongados.
2. **À segunda objeção:** A gordura é um ator dinâmico na dependência. O fenômeno da «viagem seca» demonstra que a substância armazenada no tecido adiposo pode reaparecer no sangue meses depois, provocando sintomas de consumo sem ter ingerido a droga novamente.

3. **À terceira objeção:** O armazenamento é desigual. Devido a que as SPA são lipossolúveis, a maior proporção de gordura corporal nas mulheres as torna biologicamente mais suscetíveis a uma impregnação profunda e duradoura, o que demanda estratégias de tratamento com perspectiva de gênero.

9.2.4 Artigo 4: A lipossolubilidade das substâncias e o fenômeno da *viagem seca*: entre a persistência biológica e o condicionamento psíquico

Formulação do tema

A análise da farmacocinética exige precisar como certas substâncias psicoativas (SPA) se armazenam no organismo devido a sua afinidade com os tecidos gordurosos. É frequente escutar nos dispositivos territoriais a descrição da *viagem seca* ou *flashback*, definida popularmente como o reaparecimento repentino dos efeitos psicoativos meses depois de ter suspendido o consumo, atribuindo-o de forma categórica à liberação da substância acumulada no tecido adiposo. Se bem a lipossolubilidade é um fato científico inquestionável, a afirmação de que sua liberação a partir da gordura produza efeitos clínicos significativos carece de consenso absoluto. Resulta necessário julgar como apresentar este fenômeno com a devida cautela científica, evitando propor como certezas firmes o que na medicina atual constitui uma hipótese em revisão.

Pergunta central

Deve o manual apresentar a re-liberação de substâncias a partir do tecido adiposo como a causa comprovada e definitiva da *viagem seca*, ou corresponde situar este fenômeno dentro de um modelo multifatorial que contemple a sensibilização de receptores e o condicionamento psicológico?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o manual deve sustentar com firmeza que a *viagem seca* é causada diretamente pela gordura acumulada que se libera meses depois (por exemplo, durante o exercício físico ou a perda de peso),

uma vez que isto oferece uma explicação biológica simples e de forte impacto pedagógico para alertar sobre a persistência orgânica do dano.

- **Objeção 2:** Parece que relativizar a causa biológica do *flashback* reduziria o fenômeno a uma mera sugestão psicológica ou espiritual do sujeito, desestimando a base material do sofrimento que experimenta o irmão em recuperação.

Fundamento ou critério de discernimento

A honestidade intelectual e o realismo científico são virtudes pastorais que protegem a autoridade do manual. Apresentar com certeza absoluta um mecanismo biológico debatido debilita a fundamentação técnica do texto ante a academia. O discernimento nos convida a reconhecer que a fragilidade do ser humano é integral; as marcas que deixa o consumo não se limitam a um depósito de gordura inerte, mas configuram complexas redes de memória no sistema nervoso e na psique, as quais interagem dinamicamente com o contexto.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que, se bem a lipossolubilidade e o depósito no tecido adiposo são dados farmacológicos firmes (especialmente notórios em substâncias como o cannabis), a afirmação de que a re-liberação a partir da gordura gere efeitos psicoativos clinicamente relevantes meses depois deve apresentar-se com cautela, integrando outros mecanismos contemporâneos por meio de três precisões teóricas:

1. **O caráter subclínico da re-liberação lipídica:** A evidência clínica atual adverte que, se bem durante processos metabólicos como a lipólise (perda de peso ou exercício intenso) se liberam vestígios da substância acumulada na gordura rumo à corrente sanguínea, os níveis alcançados são geralmente subclínicos. Isto significa que as concentrações resultantes se situam muito abaixo do limiar necessário para reativar de forma massiva os efeitos psicoativos originais no tecido cerebral.

2. **A sensibilização de receptores no Sistema Nervoso:** O fenômeno dos *flashbacks* —comum em trajetórias vinculadas a alucinógenos como o LSD e outras SPA— encontra uma explicação muito mais sólida na

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

neuroplasticidade desadaptativa. O consumo crônico gera uma hipersensibilidade ou alteração persistente nos receptores neuronais. Diante de determinados estímulos estressantes ou fadiga extrema, estes receptores podem ativar-se de forma anômala, evocando parcialmente a percepção do consumo sem necessidade de que a substância esteja fisicamente circulando no organismo.

Cfr. art. 7 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

3. **A potência do condicionamento psicológico e ambiental:** O marco da Tríade de Zinberg (sujeito-substância-contexto) lembra que os estímulos ambientais operam sobre a memória afetiva. O regresso às esquinas de consumo, um aroma, uma música ou um estado de angústia existencial similar ao que precedia à intoxicação podem gatilhar uma resposta psicofisiológica que simule o efeito da droga. A mente e o coração do irmão, condicionados pelo hábito passado, revivem a experiência devido à profundidade do padrão de aprendizagem armazenado.

Resposta às objeções

1. **À primeira:** A rigorosidade do manual não diminui sua força preventiva. É muito mais profundo explicar às comunidades e às carteiras do Estado que a dependência modifica as estruturas da percepção e os centros de alerta psíquica do indivíduo (tornando-o vulnerável a reviver a viagem por meio de gatilhos ambientais), do que sustentar uma teoria puramente mecânica sobre a gordura corporal que a ciência clínica qualifica como controversa ou débil.

2. **À segunda:** Atribuir a *viagem seca* à sensibilização de receptores e ao condicionamento não retira gravidade ao fenômeno nem o torna uma ilusão. Ao contrário, fundamenta neurobiológica e psicologicamente o porquê um irmão que leva meses sem consumir pode sofrer crises repentinas ao habitar o mesmo território de desproteção. Isto justifica a necessidade de uma pastoral que cure a orfandade por meio do enraizamento, provendo um ambiente seguro e uma família comunitária estáveis em que a memória afetiva possa começar a curar-se.

9.3 | A farmacodinâmica. O impacto da substância no organismo

Se na seção anterior analisamos a farmacocinética (o caminho da substância e a reação do corpo diante dela), a farmacodinâmica se enfoca no **impacto estrutural e funcional** que o componente químico gera ao infiltrar-se no sistema nervoso central. Nesta etapa, a substância deixa de ser um passageiro na corrente sanguínea para converter-se em um agente ativo que altera a comunicação mais íntima de nossas células.

9.3.1 Artigo 1: O sistema de recompensa e a ilusão do desejo: além da *molécula do prazer*

Formulação do tema

A descrição tradicional do circuito de recompensa mesolímbico costuma identificar a dopamina de maneira quase exclusiva como a *molécula do prazer*, reduzindo a engrenagem neurobiológica a uma mera busca de gratificação hedônica. Contudo, a neurociência contemporânea superou significativamente esta leitura reducionista. A evidência clínica atual demonstra que o sistema dopaminérgico não medeia o desfrute ou gozo real da substância, mas os mecanismos de antecipação, motivação e atribuição de importância aos estímulos ambientais. Resulta indispensável julgar como apresentar este circuito sem cair em simplificações conceituais, permitindo que o manual compreenda a verdadeira anatomia do desejo desordenado.

Pergunta central

De que maneira deve definir-se o circuito dopaminérgico mesolímbico: como o sistema do prazer hedônico ou como o motor da saliência motivacional e do querer compulsivo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o manual deve sustentar a definição popular da dopamina como a molécula do prazer, dado que isto simplifica a peda-

gogia preventiva e permite denunciar com maior facilidade a armadilha hedonista que propõe o mercado de consumo.

- **Objeção 2:** Parece que a distinção entre os mecanismos químicos do desejo e os do desfrute real é um detalhe técnico acessório que não aporta valor substancial ao discernimento pastoral e espiritual do agente territorial.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. A dependência como busca espiritual fracassada (cap. 7)

O realismo antropológico e a visão tomista das paixões ensinam que o ser humano possui um apetite concupiscível que pode descarrilhar-se, obcecando-se com a captura de um objeto (um querer cego) inclusive quando este deixou de saciar ou reportar deleite autêntico à alma. Esta dissociação científica se alinha perfeitamente com o conceito de *escravidão química* exposto pelo Magistério da Igreja, em que a vontade fica acorrentada à busca de um ídolo que já não oferece consolo mas desolação.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que o circuito mesolímbico deve apresentar-se como um sistema de saliência motivacional e não como um mero termômetro de prazer, distinguindo com clareza entre a força do impulso por conseguir a substância (*wanting*) e o agrado hedônico real de seu consumo (*liking*), por meio de três dimensões teóricas:

1. **A dopamina como motor da antecipação:** A neurociência atual verifica que a liberação massiva de dopamina ocorre diante da expectativa do consumo e da preparação da conduta de busca. Não é a substância em si a que gera a maior onda dopaminérgica, mas os sinais do entorno que anunciam sua chegada, operando como um motor de fixação atencional.

2. **A dissociação entre o querer e o gostar:** Os processos de deleite e gozo hedônico (*liking*) estão mediados no organismo por sistemas neuroquímicos distintos, vinculados aos opioides endógenos e aos endocanabinoides. No transtorno por uso de substâncias (TUS), o circuito do agrado se desgasta rapidamente por habituação, enquanto o circuito dopaminérgico do querer compulsivo (*wanting*) se hipertrofia, prendendo o sujeito em um loop de perseguição ansiosa.

3. **O sequestro da saliência motivacional:** O circuito mesolímbico funciona originalmente como um atribuidor de relevância que diz ao indivíduo quais estímulos são vitais para sua sobrevivência, como o alimento, a hidratação ou o encontro social. O consumo crônico altera este mecanismo de avaliação, provocando que o cérebro atribua uma importância máxima e deformada à substância, subordinando de forma trágica as necessidades fundamentais do ser social.

Resposta às objeções

1. **À primeira:** Reduzir a dependência ao prazer debilita a denúncia contra o consumismo. O relato do mercado afirma que o consumo é igual à felicidade; explicar que a neurobiologia desmonta essa ilusão demonstrando que a dependência é um *querer sem desfrutar* desmascara a falsidade dos paraísos artificiais de forma muito mais contundente para a prevenção comunitária.

2. **À segunda:** Longe de ser um tecnicismo vazio, esta distinção enriquece o juízo pastoral. Permite ao agente compreender que o irmão preso no consumo não é um buscador de prazer imoral, mas uma pessoa cuja bússola motivacional interna foi sequestrada, requerendo o andaime de um amor responsável em comunidade para recuperar sua liberdade original.

9.3.2 Artigo 2: Interação direta da molécula com a maquinaria biológica

Formulação do tema: A ação da substância sobre a biologia

. Uma vez que a substância percorreu o caminho da absorção e distribuição, entramos na dimensão do que o componente químico faz ao corpo. Enquanto a farmacocinética se ocupa do «trânsito», este novo campo analisa a interação direta entre a molécula externa e a maquinaria biológica do ser humano, centrando sua atenção em como se altera a comunicação mais íntima de nossas células.

Pergunta central: O que faz uma substância psicoativa (SPA) com o organismo?

Questiona-se se a substância é um agente que simplesmente produz sensações passageiras ou se possui a capacidade de intervir e modificar de maneira estrutural e funcional a operação natural dos sistemas biológicos e órgãos do sujeito.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a SPA só afeta a vontade ou o caráter**, sugerindo que o efeito é meramente comportamental e que o organismo permanece biologicamente igual antes e depois do consumo.
2. **Parece que o efeito se limita exclusivamente ao cérebro**, ignorando que o corpo é uma unidade e que a substância circula por toda a corrente sanguínea rumo a outros tecidos.
3. **Parece que a substância atua de forma isolada**, como se não interagisse com os sinais químicos naturais que o corpo já possui para sua sobrevivência.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, contra isto, as substâncias psicoativas são componentes que **afetam o funcionamento do sistema nervoso central (SNC)** e têm a capacidade de **alterar os processos bioquímicos dos tecidos e órgãos do corpo**. Este impacto não é superficial, mas interfere com a forma em que as células se comunicam e processam a informação necessária para a vida.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que uma SPA atua sobre o organismo interferindo na comunicação neuronal e alterando a homeostase (equilíbrio dinâmico) de diversos sistemas orgânicos. Este processo se desenvolve por meio de três mecanismos fundamentais:

- **A imitação química (O «impostor»):** Substâncias como os canabinoides ou os opioides possuem uma estrutura química similar à dos neurotransmissores naturais. Graças a esta **chave de ação** (complementaridade estrutural), enganam os receptores e se aderem aos neurônios

para ativá-los; contudo, ao serem «chaves falsas», provocam o envio de mensagens anormais que o cérebro não pode regular.

- **A interferência na reciclagem (A «inundação»):** Estimulantes como a cocaína atuam sobre os transportadores encarregados da **recaptação** (a reciclagem química). Ao bloquear este processo, impedem que a dopamina regresse a seu neurônio de origem, causando que o espaço intersináptico se **inunde** e os receptores se saturem de forma anormal, forçando o cérebro a adaptar-se a níveis de estimulação não naturais.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

- **Impacto sistêmico e bioquímico:** Para além do cérebro, a farmacologia demonstra que as SPA alteram os processos bioquímicos de outros órgãos. O consumo abundante debilita o **sistema imunológico**, tornando o sujeito mais suscetível a infecções e afetando diretamente funções no fígado e nos rins devido à toxicidade dos componentes e seus adulterantes.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A ação da substância não é apenas moral ou comportamental; existem **mudanças biológicas visíveis** e indicadores físicos (sinais) como a alteração da frequência cardíaca, mudanças na atividade cerebral captadas no diagnóstico por imagem, e danos em tecidos específicos.

2. **À segunda objeção:** Embora seu nome enfatize a «psicoatividade» (cérebro), a substância se distribui por todo o organismo. Produz consequências médicas sistêmicas que incluem enfermidades cardiovasculares, respiratórias, renais e hepáticas, demonstrando que **o corpo é uma unidade** que sofre o impacto de forma integral.

3. **À terceira objeção:** As SPA não trabalham no vazio. Utilizam sua **chave de ação** para infiltrar-se na linguagem química natural do corpo e sequestrar a maquinaria existente (receptores). Ao enviar mensagens anormais por meio da rede neuronal, desequilibram as funções vitais que o organismo realiza de forma autônoma para sua sobrevivência.

9.3.3 Artigo 3: Sobre a definição da dependência: entre o modelo neurobiológico e a integridade do sujeito

Formulação do tema

O estudo da farmacodinâmica e o impacto das substâncias no organismo costuma apoiar-se de forma predominante no modelo do National Institute on Drug Abuse (NIDA), o qual define a dependência como *uma enfermidade cerebral, crônica e recorrente*. Se bem esta formulação gozou de amplo respaldo institucional e foi historicamente influente para contrariar estigmas morais simplistas, a comunidade neurocientífica e clínica contemporânea adverte que um apego absoluto a este enfoque resulta reducionista. Resulta indispensável discernir como apresentar a perspectiva do NIDA sem ignorar os debates atuais que enriquecem a compreensão do transtorno, resguardando a agência da pessoa (sua capacidade para agir de maneira independente, tomar suas próprias decisões e ser o protagonista ativo de sua própria história) e mantendo a coerência com a visão integral que sustenta este texto.

Pergunta central

Deve o manual definir a dependência de maneira exclusiva como uma *enfermidade cerebral, crônica e recorrente*, ou corresponde situar esta formulação dentro do debate científico atual a fim de preservar o modelo biopsicossocial-espiritual?

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o manual deve adotar de maneira irrestrita a definição tradicional do NIDA**, dado que relativizar seu caráter de *enfermidade cerebral* poderia interpretar-se como um retrocesso rumo a posturas moralistas que culpabilizam o usuário por sua falta de vontade ou de controle sobre sua conduta.

2. **Deve-se catalogar a dependência como uma afecção médica** qualitativamente distinta de qualquer outro processo comportamental, porque há suficientes evidências biológicas da alteração no espaço intersináptico, do sequestro do sistema de recompensa e do comprometimento de funções do córtex pré-frontal.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

3. **Parece que há que sustentar a terminologia de enfermidade cerebral** porque introduzir nuances críticas ou debates epistemológicos em torno do termo de enfermidade cerebral debilitaria a clareza do manual diante das carteiras do Estado e dos marcos técnicos internacionais de saúde pública.

Fundamento ou critério de discernimento

Em sintonia com o esforço realizado no capítulo 8 por superar os reducionismos fragmentários, e em fidelidade à antropologia que sustenta que a pessoa é uma unidade indivisível, afirma-se que os fatores sociais e psicológicos não são meros *acompanhantes* secundários de uma patologia orgânica, mas elementos co-constitutivos do próprio transtorno. A neurobiologia oferece um suporte valioso para entender o sintoma final observável, mas a compreensão e a abordagem definitivas exigem um olhar holístico que não subordine a subjetividade e a história da pessoa a um determinismo estritamente materialista.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Deve-se dizer que a definição da dependência como uma *enfermidade cerebral* constitui uma perspectiva relevante mas parcial, a qual deve situar-se com cuidado dentro do debate contemporâneo por meio de três dimensões fundamentais:

- **A moderação do próprio paradigma institucional.** O próprio NIDA foi matizando sua formulação original. Os investigadores que mais contribuíram para cunhar a definição reconhecem atualmente que as condições socioeconômicas, o trauma, o estresse crônico e o entorno cultural não operam como variáveis externas de acompanhamento, mas como forças biograficamente constitutivas da desregulação do sistema nervoso central. O consenso científico emergente assinala que a dependência é um fenômeno que se produz na intersecção da biologia, da biografia e do entorno, e não exclusivamente dentro do crânio do indivíduo.

- **A dependência como padrão de aprendizagem profundo.** Desde as próprias neurociências propôs-se que a dependência é melhor compreendida como um padrão de aprendizagem profundo e persistente do que como uma enfermidade em sentido médico estrito. As mudanças neuroplásticas que produz o transtorno por uso de substâncias (TUS) são da mesma natureza que as que gera qualquer aprendizagem intensa e absorvente. Não se trata de um processo patológico qualitativamente alheio às leis do cérebro, mas de uma manifestação extrema de sua flexibilidade adaptativa. Esta distinção não diminui em absoluto a gravidade do sofrimento nem a realidade do dano biológico; o que muda é a natureza da esperança. Porque se o cérebro possui a capacidade de aprender a dependência por meio da repetição intensa, possui assim mesmo a potência de desaprender e traçar novos caminhos. A recuperação não consiste

então em *reparar um órgão roto*, mas em acompanhar uma reaprendizagem profunda, que é precisamente o que a comunidade e o vínculo estão chamados a oferecer.

- **A preservação da agência diante do fatalismo biológico.** O uso absolutista da linguagem de *enfermidade cerebral* encerra o risco paradoxal de solapar a agência do sujeito. Ao reduzir seu padecimento a um cérebro irremediavelmente condicionado pela cronicidade orgânica, pode-se alimentar um sentimento de fatalismo e indefesa que debilita a motivação para a mudança e o protagonismo da pessoa em seu próprio processo de reintegração. A experiência pastoral nos territórios confirma esta tensão: quando se diz a um irmão que seu cérebro está *enfermo para sempre*, corre-se o risco de entregar-lhe uma identidade de enfermo crônico que anula a possibilidade do despertar espiritual e do projeto de vida que este manual busca promover.

Resposta às objeções

1. **À primeira:** Sustentar um olhar matizado e complexo não implica desproteger o sujeito nem voltar ao julgamento moral de delinquência ou pecado. Ao contrário, descentrar o peso exclusivo da «enfermidade cerebral» permite enfocar o olhar na orfandade funcional, no trauma e na dor de comunidades inteiras que a pastoral está chamada a acolher. A causa do consumo não é a debilidade moral do indivíduo nem um cérebro defeituoso, mas uma trama de feridas que envolve a pessoa, sua história e seu entorno de maneira indivisível.

2. **À segunda:** A indiscutível alteração biológica dos neurotransmissores é o correlato físico de um sofrimento existencial que frequentemente a precede e a sustenta. A neuroplasticidade, que o modelo de «enfermidade cerebral» invoca para explicar o dano, é precisamente a base da esperança biológica para a recuperação: o mesmo mecanismo que permitiu ao cérebro aprender a dependência é o que permite a reconstrução de circuitos orientados ao sentido e à vida. A biologia não fecha o horizonte; abre-o.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

3. **À terceira:** Longe de tirar clareza técnica, a adoção de uma visão integral situa o manual na vanguarda das discussões clínicas e institucionais contemporâneas, em que a própria comunidade científica está transitando rumo a modelos mais complexos que o esquema de enfermidade cerebral pura. Isto é plenamente coerente com um documento concebido em chave

de atualização contínua, capaz de dialogar de maneira horizontal com a academia e com a realidade do território.

9.3.4 Artigo 4: Trajetórias de recuperação: a recaída como parte do processo

Formulação do tema: A cronicidade e o fenômeno da recaída.

No imaginário social, a recaída no consumo de substâncias costuma interpretar-se como um fracasso definitivo do tratamento ou uma evidência de que a pessoa «não pode» recuperar-se. Esta leitura gera consequências pastorais graves: o agente que a adota abandona o acompanhamento, e a pessoa que a internaliza abandona a esperança. A ciência do *recovery* propõe uma leitura radicalmente distinta: a recuperação não é um evento único nem um ponto de chegada, mas uma **trajetória não linear** em que os momentos de dificuldade fazem parte do processo, não o interrompem.

Pergunta central: É a recaída o fim do processo de recuperação, ou faz parte esperada das trajetórias de cura no TUS?

Questiona-se se a recaída invalida o caminho percorrido e obriga a começar do zero, ou se pode compreender-se como um evento clínico dentro de um processo que continua e que, com o acompanhamento adequado, conduz à recuperação sustentada.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a recaída invalida todo o processo prévio**, como se o esforço e o tempo de abstinência anterior não contassem e tivesse que reiniciar-se do princípio.

2. **Parece que aqueles que recaem demonstram insuficiente motivação ou capacidade de mudança**, o que levaria a reduzir o acompanhamento ou a considerar o caso como «sem solução».

3. **Parece que há pessoas que sencillamente «não podem recuperar-se»**, porque o padrão de recaídas repetidas é interpretado como evidência de uma condição irremediável.

Fundamento ou critério de discernimento

As investigações sobre trajetórias de *recovery* documentam que a grande maioria das pessoas com TUS alcança uma recuperação estável em um horizonte de cinco anos, embora os caminhos sejam substancialmente distintos entre si. O que as trajetórias têm em comum não é a ausência de recaídas, mas a **direção geral rumo à recuperação**. A recaída é um evento clínico que assinala a necessidade de ajustar o acompanhamento, não um sinal de que o processo fracassou.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a recuperação no TUS é um processo não linear em que a recaída é um evento esperado e manejável, não o fim do caminho. Como ilustra a figura, pessoas com trajetórias muito distintas —recuperação precoce e sustentada, recuperação com uma recaída significativa, recuperação progressiva com dificuldades prolongadas— convergem em um horizonte comum de estabilidade.

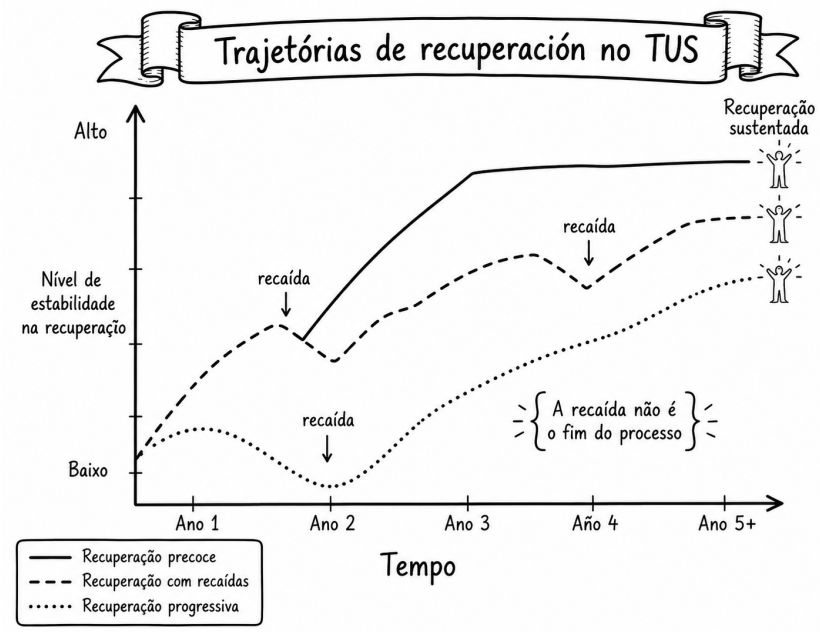


Figura 9.6: Trajetórias de recuperação no Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). *Elaboração própria baseada no modelo de cronicidade e recovery do National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2024).*

Esta compreensão tem consequências pastorais diretas. O acompanhante que entende a recaída como parte do processo não abandona a pessoa no momento de maior vulnerabilidade —que é precisamente quando mais se

necessita presença—, mas ajusta o acompanhamento à nova situação. A recaída é um **sinal, não uma sentença**.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A recaída não apaga o aprendido nem anula o tempo de recuperação prévio. As modificações neurobiológicas, os vínculos reconstruídos, as ferramentas adquiridas e a história de recuperação permanecem. A recaída exige um ajuste, não um reinício do zero.

2. **À segunda objeção:** As trajetórias de *recovery* documentadas mostram que a recaída ocorre também em pessoas com alta motivação e compromisso real com o processo. Não é um indicador de falta de vontade, mas uma expressão da complexidade biológica, psicológica e social do TUS. Reduzir o acompanhamento nesse momento é o erro mais custoso que pode cometer um agente pastoral ou clínico.

3. **À terceira objeção:** Não existem pessoas «irrecuperáveis». As investigações a longo prazo mostram que inclusive aqueles que atravessam múltiplas recaídas ao longo de anos alcançam, em sua maioria, recuperação sustentada. O que varia é o tempo e o tipo de acompanhamento necessário. A pastoral da esperança não abandona ninguém no caminho.

9.3.5 Artigo 5: Alteração estrutural da neurotransmissão no espaço intersináptico

Formulação do tema: A infiltração no sistema de comunicação cerebral.

O cérebro humano funciona como um computador biológico sumamente complexo em que milhares de milhões de células, chamadas neurônios, se organizam em circuitos e redes para controlar cada uma de nossas funções. Contudo, este sistema não é impenetrável; as substâncias psicoativas (SPA) têm a capacidade de infiltrar-se nesta linguagem química, distorcendo as mensagens que definem quem somos e como percebemos a realidade.

Pergunta central: De que maneira a SPA altera a neurotransmissão e o espaço intersináptico?

Questiona-se se o impacto das substâncias é uma simples amplificação do prazer ou se se trata de uma alteração estrutural na forma em que os neurônios trocam informação nesse espaço microscópico de separação.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que as drogas simplesmente acrescentam sensações novas**, sem modificar o «idioma» ou os processos naturais com os quais o cérebro já conta para funcionar.

2. **Parece que todas as substâncias atuam sob o mesmo mecanismo na sinapse**, sugerindo que não há diferença entre como uma substância deprime ou estimula o sistema.

3. **Parece que a mensagem química se transmite com normalidade**, assumindo que a droga só aumenta o volume do sinal, mas não seu conteúdo.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, o cérebro se comunica mediante neurotransmissores que viajam por meio do **espaço intersináptico** para aderir-se a receptores, funcionando como uma **chave em uma fechadura**. As SPA logram seu efeito precisamente porque **interferem com a forma em que os neurônios enviam, recebem e processam estes sinais**.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a alteração no espaço intersináptico interrompe a comunicação normal, uma vez que o sinal químico não pode ser cancelado nem limitado. Ao verem-se saturados pela 'inundação' ou enganados pelo 'impostor', os receptores forçam o cérebro a uma **neuroadaptação**: uma resposta defensiva em que o neurônio reduz seu número de fechaduras (receptores) para tentar proteger-se do excesso de estímulo, o que inicia o processo de tolerância.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A SPA não só acrescenta sensações, mas altera o processo de comunicação básica. Ao interferir com os transportadores ou imitar neurotransmissores, a substância **sequestra a maquinaria existente** para enviar sinais distorcidos.

2. **À segunda objeção:** Existem mecanismos diferenciados. Enquanto umas substâncias **ativam os neurônios por imitação** (como os opioides), outras os forçam a **liberar quantidades excessivas** de químicos naturais ao impedir sua limpeza na sinapse (como os estimulantes).

3. **À terceira objeção:** A mensagem não é a mesma. As substâncias que imitam os neurotransmissores naturais ativam as redes de forma viciada ou errática, produzindo uma comunicação que o cérebro não pode regular por si só e que termina 'rompendo' o equilíbrio dos circuitos de sobrevivência.

9.3.6 Artigo 6: O paradoxo da vontade cativa: o querer compulsivo sem agrado hedônico

Formulação do tema

As crônicas territoriais recolhem de maneira constante o testemunho dilacerante de irmãos em situação de consumo crônico que expressam com lucidez: *Já não desfruto a substância, aborreço-a, mas não posso deixar de buscá-la.* Diante do olhar social condenatório que assume que a pessoa em situação de dependência continua consumindo por puro deleite ou persistência hedonista, faz-se necessário discernir como a alteração do sistema de saliência motivacional consome a escravidão do sujeito. O manual deve integrar este fenômeno para dotar de realismo científico e pastoral a abordagem das fases mais severas da dependência.

Pergunta central

Deve a perseverança no consumo crônico interpretar-se como uma busca contínua de prazer ou como a manifestação de um transtorno do querer compulsivo dissociado do gozo real?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que se um indivíduo expõe sua saúde, seus vínculos e sua dignidade na busca de uma substância é porque o prazer físico obtido segue sendo superior a qualquer outro estímulo, o que situaria o problema exclusivamente na debilidade da vontade diante do deleite corporal.
- **Objeção 2:** Parece que sustentar que uma pessoa age movida por um querer compulsivo que já não lhe produz agrado desdibuja sua responsabilidade moral, reduzindo o pecado do consumo a um automatismo biológico alheio ao livre-arbítrio.

Fundamento ou critério de discernimento

Este doloroso cenário encontra sua iluminação teológica na descrição paulina da contradição interna do ser humano: *Não faço o bem que quero, mas o mal que não quero* (Rm 7, 19). O magistério eclesial atual retoma esta intuição ao definir a dependência severa como uma perda da liberdade originária, em que as paixões desordenadas e o sequestro neurobiológico anulam a intencionalidade do sujeito, deixando-o preso em uma inércia materialista que esvazia sua existência de todo propósito vital.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a dependência severa é fundamentalmente um transtorno do querer compulsivo (*wanting*) e não do agrado hedônico (*liking*), o que representa a consumação da escravidão química por meio de três precisões clínicas e pastorais:

1. **A validação do sofrimento do irmão:** A evidência científica contemporânea valida a verdade do testemunho territorial. Devido aos mecanismos de tolerância orgânica, o prazer que a substância produzia nas etapas iniciais diminui de forma drástica até desaparecer; contudo, o impulso motivacional dopaminérgico se independiza do desfrute, obrigando o sujeito a executar a conduta de busca apesar do sofrimento e da dor secundária que esta lhe gera.

2. **A tirania da atenção sequestrada:** O circuito mesolímbico descarrilhado satura a atenção do indivíduo. Embora a razão e o coração do irmão reconheçam a destruição de seu projeto de vida, a saliência de incentivo atribuída mecanicamente à substância opera como uma força cega que nubla o córtex pré-frontal, o freio biológico dos impulsos, impedindo a deliberação consciente.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

3. **A desvitalização das exigências originais:** Ao ficar o sistema de recompensa preso neste monólogo químico do querer compulsivo, a busca de sentido, o projeto de vida e a abertura ao transcendente ficam anestesiados. O sujeito já não decide em liberdade; é a inércia do circuito danificado que gere sua energia vital, confirmando que a dependência não é uma festa hedonista, mas o sepulcro da agência humana.

Resposta às objeções

1. **À primeira:** A ideia de que quem padece um TUS crônico consome por prazer é uma crença infundada que a própria neurobiologia desmente e que o estigma social utiliza para justificar o descarte. A ciência demonstra que o que sustenta a conduta é a tirania do circuito dopaminérgico da antecipação hipertrofiado, coexistindo com um vazio absoluto de deleite físico, o que transforma a experiência em um tormento existencial crônico.

2. **À segunda:** Reconhecer a fratura da vontade não anula a responsabilidade, mas fundamenta a necessidade urgente de uma graça libertadora e de uma rede de cuidados comunitários. A pessoa conserva sua dignidade ontológica intacta, mas sua liberdade está aleijada; portanto, a comunidade organizada atua como o andaime afetivo externo indispensável para restaurar sua capacidade de decidir e devolver-lhe o protagonismo de sua história por meio de uma pedagogia da ternura.

9.3.7 Artigo 7: Comprometimento de funções vitais no tronco encefálico, amígdala e córtex pré-frontal

Formulação do tema: A arquitetura da vontade e da sobrevivência

O cérebro humano não é uma massa uniforme, mas um sistema de circuitos interconectados que regulam desde os batimentos do coração até as decisões mais complexas. As substâncias psicoativas (SPA) não impactam o sistema nervoso ao acaso, mas alteram zonas específicas responsáveis por manter a vida e permitir a autonomia do indivíduo.

Pergunta central

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

Que funções vitais ficam comprometidas quando as drogas afetam o tronco encefálico, a amígdala ou o córtex pré-frontal? Questiona-se se o impacto é uma alteração passageira ou se representa uma degradação dos mecanismos biológicos essenciais para a sobrevivência.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o dano cerebral se limita à memória**, assumindo que as funções físicas automáticas estão protegidas.

2. **Parece que a incapacidade para deixar de consumir é uma falha moral**, ignorando que o cérebro sofre mudanças físicas que anulam biologicamente a capacidade de frear impulsos.

3. **Parece que as sobredoses são eventos acidentais**, sem compreender que se originam pela depressão química dos centros de controle vital.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, a ciência confirma que a dependência é uma enfermidade cerebral porque as substâncias mudam sua estrutura e funcionamento de maneira duradoura. O consumo altera zonas necessárias para a vida e impulsiona um uso compulsivo que escapa ao controle voluntário.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que o comprometimento destas três áreas cerebrais põe em risco a integridade física e a liberdade do indivíduo devido à alteração de circuitos específicos:

- **Tronco encefálico (O regulador da vida):** Controla funções automáticas como a frequência cardíaca, a respiração e o sono. Substâncias como os **opioides** afetam este setor, o que explica por que uma sobredose pode deter a respiração e causar a morte.
- **Amígdala estendida (O centro do estresse):** Gere a ansiedade e a irritabilidade. Sob consumo crônico, este circuito se torna hipersensível; quando a droga falta, o mal-estar é tão profundo que a pessoa já não consome por prazer, mas para aliviar um estado de estresse insuportável.
- **Córtex pré-frontal (O «freio» do cérebro):** É a zona responsável por pensar, planejar e tomar decisões. Ao ver-se danificada, a pessoa perde o controle de seus impulsos e prioriza o consumo acima de qualquer responsabilidade familiar ou laboral.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** O comprometimento do tronco encefálico demonstra que as drogas afetam a mecânica básica da vida (respiração e pulso), não só a memória.
2. **À segunda objeção:** O que se interpreta como «falta de vontade» é uma alteração física no córtex pré-frontal. Como esta zona termina sua maturação por volta dos **25 anos**, o indivíduo (especialmente o jovem) carece do equipamento biológico completo para avaliar riscos.
3. **À terceira objeção:** A sobredose é a evidência máxima do impacto no tronco encefálico, em que se «apagam» as funções vitais ao inundar os receptores cerebrais.

9.4 | Diferenças segundo a etapa no ciclo vital, por sexo e por contexto

Esta seção explora como a vulnerabilidade biológica e social não é um fenômeno uniforme, reconhecendo que o impacto das substâncias psicoativas (SPA) varia profundamente segundo o ciclo vital, o sexo e o contexto do indivíduo. Analisa-se a singularidade da mulher, que apresenta uma maior sensibilidade fisiológica pelo efeito telescópio e sua distribuição de tecido adiposo. Assim mesmo, aborda-se a fragilidade crítica das infâncias e adolescências, cujo desenvolvimento neuronal —especificamente do córtex pré-frontal— culmina recém por volta dos 25 anos, bem como a realidade invisibilizada do consumo tardio em adultos maiores. Finalmente, o estudo situa-se no contexto territorial, avaliando o impacto do narcotráfico, da situação de rua e da exclusão estrutural, fatores que obrigam a transcender o enfoque meramente clínico rumo a um acompanhamento integral, humanizado e situado na realidade dos mais descartados.

Cfr. art. 9.4.3 (Julgar, As substâncias e o Organismo, Diferenças segundo..., A resposta fisiológica...)

9.4.1 Artigo 1: Vulnerabilidade biológica aumentada em adolescentes e jovens

Formulação do tema: A imaturidade do centro de comando.

A adolescência e a juventude não são apenas etapas de transição social; são períodos de uma profunda metamorfose biológica. Durante estes anos, o cérebro atravessa um processo de refinamento estrutural que determina como o indivíduo processará o prazer, o risco e o autocontrole. Quando uma SPA interfere neste desenho «em construção», o impacto é mais severo e duradouro do que em um adulto.

Pergunta central: Por que os adolescentes e jovens são biologicamente mais vulneráveis ao desenvolvimento de um transtorno por uso de substâncias (TUS)?

Questiona-se se esta fragilidade responde a uma falta de disciplina ou de vontade, ou se existem razões fisiológicas específicas que explicam por que a transição rumo à dependência é muito mais rápida neles.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o consumo é apenas uma questão de vontade**, assumindo que um jovem tem a mesma capacidade racional que um adulto para avaliar riscos e dizer «não».
2. **Parece que um jovem de 18 ou 20 anos já possui maturidade suficiente** para discernir os riscos do consumo, uma vez que legalmente já é considerado adulto na maioria das sociedades.
3. **Parece que a precocidade do consumo não influi na gravidade**, acreditando que provar drogas em idades precoces é apenas uma anedota e não um fator que altere permanentemente a estrutura neuronal.
4. **Parece que o entorno social é o único culpado**, assumindo que a estrutura do cérebro não desempenha um papel relevante na rapidez com que se desenvolve uma dependência.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, contra isto, a neurociência estabelece que o cérebro continua desenvolvendo-se até os **25 anos**. O **córtex pré-frontal** —responsável por avaliar situações, tomar decisões razoadas e controlar os impulsos— é a última zona a amadurecer. O consumo precoce de SPA ocorre portanto em um órgão que ainda não terminou de instalar seus mecanismos de controle, o que gera uma brecha crítica entre a capacidade de sentir e a capacidade de decidir.

Cfr. Influências macro nas capacidades de criação (cap. 6)
Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a vulnerabilidade dos jovens se assenta em três pilares neurobiológicos críticos que o acompanhante pastoral deve conhecer:

- **Imaturidade do córtex pré-frontal (o «freio» biológico):** Esta zona é a última a amadurecer, completando seu desenvolvimento ao redor dos 25 anos. Ao não estar conectada completamente com as emoções, o adolescente carece de um **freio biológico efetivo** que lhe permita medir consequências a longo prazo, ficando dominado pelo impulso e pela busca de gratificação imediata. Existe aqui uma brecha crítica entre a lei e a biologia: embora a maioridade legal se fixe aos 18 anos, o centro neurológico de avaliação de riscos não está consolidado até por volta dos 25.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

- **Alta neuroplasticidade e aprendizagem anômala:** O cérebro jovem é extremamente plástico para facilitar a aprendizagem. Devido a que as SPA utilizam os mesmos processos da memória, o cérebro jovem «aprende» a ser dependente com uma velocidade e uma força que não ocorrem no cérebro maduro. O consumo antes dos 25 anos pode deixar também **deficiências permanentes** na estrutura neuronal que ainda não havia terminado de consolidar-se.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

- **Hiper-reatividade do circuito de recompensa:** Em um cérebro sedento de novidades, as rajadas massivas de dopamina provocadas pelas SPA —até dez vezes superiores ao natural— «ensinam» ao organismo a priorizar a substância acima de qualquer outra aprendizagem sadia, instalando a dependência com uma rapidez desmedida.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** Não é apenas vontade. A imaturidade do «freio» cerebral gera uma incapacidade orgânica para a inibição; o sistema físico do jovem simplesmente não responde ao desejo de deter-se diante do estímulo massivo da substância.

2. **À segunda objeção:** Existe uma brecha crítica entre a lei e a biologia. Tratar um jovem como um adulto maduro em termos biológicos é um erro técnico: a neurociência demonstra que o centro de avaliação de riscos não está consolidado até os 25 anos, independentemente do que estabeleça a legislação.

3. **À terceira objeção:** A precocidade é determinante. A aprendizagem adictiva antes dos 18 anos se grava na arquitetura cerebral com uma força desmedida, fazendo com que a dependência seja mais severa, mais duradoura e potencialmente geradora de danos estruturais permanentes.

4. **À quarta objeção:** O entorno é crucial, mas a **vulnerabilidade biológica potencia os riscos ambientais**. Um cérebro em desenvolvimento exposto a um entorno de oferta de drogas é incomparavelmente mais propenso a sofrer uma neuroadaptação do que um cérebro maduro nas mesmas circunstâncias.

9.4.2 Artigo 2: Influência da neuroplasticidade na rapidez da aprendizagem adictiva

Formulação do tema: A maleabilidade biológica como fator de risco.

O cérebro humano não nasce como uma estrutura rígida, mas como um órgão em constante remodelação que se adapta às experiências do entorno. Esta capacidade, fundamental para a sobrevivência e a aquisição de conhecimentos, alcança seu ponto máximo durante a infância e a adolescência. Contudo, no contexto das substâncias psicoativas (SPA), esta flexibilidade biológica se transforma em uma vulnerabilidade crítica, permitindo que o circuito adictivo se instale com uma velocidade e profundidade que não ocorre no cérebro adulto.

Pergunta central: Que papel desempenha a neuroplasticidade na rapidez com que o cérebro jovem aprende a conduta adictiva?

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

Questiona-se se a rapidez com que um jovem desenvolve um transtorno por uso de substâncias (TUS) é simplesmente uma falta de maturidade comportamental ou se responde a uma propriedade física do cérebro que acelera a aprendizagem do hábito adictivo acima de outras aprendizagens sadias.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a aprendizagem de um hábito negativo leva o mesmo tempo para todos**, assumindo que a repetição de uma conduta gera dependência com a mesma rapidez em um adolescente que em um adulto de 40 anos.
2. **Parece que a neuroplasticidade é um processo exclusivo para aprendizagens positivas**, como idiomas ou música, e que não intervém na formação de patologias como a dependência.
3. **Parece que a dependência é apenas uma escolha voluntária**, ignorando que existem mudanças físicas tangíveis na estrutura neuronal provocadas pelo estímulo da droga.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, as fontes definem a **neuroplasticidade** como a habilidade do cérebro de mudar fisicamente com base nos estímulos aos quais é submetido. A ciência da prevenção indica que o transtorno por uso de substâncias é considerado um **fenômeno paralelo aos processos da aprendizagem**, o que significa que o cérebro «aprende» a ser dependente utilizando os mesmos mecanismos que usa para memorizar informação.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a **neuroplasticidade é o fator que acelera a transição rumo à dependência** no cérebro jovem, funcionando como um acelerador biológico da enfermidade pelas seguintes razões:

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

- **A dependência como aprendizagem anômala:** O cérebro aprende a ser dependente usando os mesmos mecanismos que usa para memorizar informação, mas a uma velocidade muito maior. Devido a que as SPA liberam ondas de dopamina muito maiores que as naturais, o cérebro jovem —que é extremamente plástico— adapta-se fisicamente à droga em um período muito mais curto que o de um adulto.
- **Persistência da aprendizagem precoce:** O que o cérebro assimila antes dos 17 anos por meio da formação de novas conexões tende a permanecer muito mais tempo. Por isso, a «aprendizagem» da dependência na juventude se grava com uma força desmedida na arquitetura cerebral que está se consolidando.
- **Substituição de circuitos sadios:** A rajada massiva de dopamina muda a conectividade dos neurônios, facilitando que o jovem repita o consumo de forma automática. Isto desloca a aprendizagem de habilidades sociais e emocionais necessárias para a vida adulta, sequestrando a capacidade de crescimento do indivíduo.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** O cérebro adolescente está «programado» para mudar intensamente diante dos estímulos; portanto, o período de exposição necessário para tornar-se dependente é **muito mais curto** em comparação com um adulto.
2. **À segunda objeção:** A neuroplasticidade é um **mecanismo biológico neutro**. O cérebro não tem a capacidade de distinguir se um estímulo é 'bom' (como aprender um idioma) ou 'mau' (como o consumo de SPA); simplesmente se adapta fisicamente ao estímulo mais potente. Neste caso, a intensidade química da droga ganha a corrida diante dos estímulos naturais.

3. **À terceira objeção:** Embora o início seja uma decisão, a neuroplasticidade converte essa conduta em uma **mudança estrutural permanente**. Como o 'freio' cerebral (córtex pré-frontal) ainda não terminou de amadurecer por volta dos **25 anos**, o jovem fica sem ferramentas físicas para deter um hábito que seu cérebro já aprendeu em um nível biológico profundo.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

9.4.3 Artigo 3: A resposta fisiológica diferenciada e o efeito segundo o sexo biológico

Formulação do tema

Historicamente, os estudos sobre a dependência e a toxicocinética das substâncias psicoativas (SPA) centraram-se maioritariamente em sujeitos masculinos, o que gerou uma profunda brecha de conhecimento sobre como o consumo afeta de maneira distinta as mulheres. Contudo, a fisiologia humana não é neutra; o sexo biológico determina variáveis críticas e inapeláveis na absorção, no metabolismo, na distribuição, na permanência e na eliminação das substâncias no organismo.

Pergunta central

Que diferenças vinculadas à condição sexual existem na resposta fisiológica diante das SPA e por que o organismo feminino apresenta uma maior vulnerabilidade estrutural e metabólica rumo ao dano sistêmico e à dependência? Questiona-se se o impacto orgânico das drogas é uniforme entre sexos ou se responde a mecanismos anatômicos específicos que aceleram a cronicidade do transtorno na mulher.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a resposta às drogas depende exclusivamente da dose e do peso corporal**, assumindo que um homem e uma mulher de igual tamanho reagirão da mesma forma e que o impacto orgânico é uniforme se se ajustam as dimensões físicas.

2. **Parece que o tecido adiposo é um componente passivo e irrelevante na dependência**, acreditando que as drogas só atuam enquanto circulam na corrente sanguínea e que, uma vez limpa a sangue em poucos dias, o corpo fica completamente livre da substância.

3. **Parece que a rapidez com que se desenvolve uma dependência ou a maior sensibilidade da mulher é uma questão puramente comportamental ou psicológica**, ignorando a existência de fatores metabólicos e anatômicos demonstrados que aceleram o processo de deterioração.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, a evidência científica e a prática clínica confirmam que as variáveis biológicas alteram radicalmente a farmacocinética das SPA segundo o sexo. A maioria das substâncias psicoativas possui uma alta lipossolubilidade, o que significa que se dissolvem e depositam com facilidade nos tecidos gordurosos. Este critério técnico, somado às diferenças na composição hídrica e metabólica, fundamenta o que cientificamente se define como o *efeito telescópio*: a tendência demonstrada da mulher a progredir de forma muito mais rápida que o homem desde o uso inicial até o desenvolvimento de um Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) e o aparecimento de consequências médicas graves.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que as diferenças sexuais na resposta fisiológica são profundas, persistentes e se assentam em quatro pilares biológicos fundamentais:

- **Níveis de água corporal e concentração plasmática:** As mulheres têm, proporcionalmente, menos água no corpo do que os homens. Ao terem menos sangue e menos água para dissolver a substância, diante de doses iguais de SPA, esta alcança níveis de **toxicidade mais altos** no sangue da mulher, elevando drasticamente o risco de danos orgânicos prematuros como a cirrose hepática.
- **Distribuição sistêmica do tecido adiposo como ímã biológico:** Enquanto o varão concentra a gordura principalmente em zonas localizadas (ventre e costas), o corpo da mulher possui tecido adiposo distribuído de forma sistêmica em todo seu organismo. Ao serem as SPA lipossolúveis, as moléculas da droga são atraídas magneticamente por este tecido, transformando a anatomia feminina em um grande reservatório biológico e dinâmico.
- **Impregnação prolongada e dificuldade na desintoxicação:** Esta acumulação generalizada nos depósitos de gordura provoca que a carga química permaneça impregnada no organismo da mulher durante muito

mais tempo do que no do varão. A toxicidade persiste de forma latente e não se elimina com uma simples limpeza de sangue de poucos dias, o que retarda e complexifica significativamente o processo natural de desintoxicação biológica.

- **O efeito telescópio e a velocidade do dano estrutural:** Como consequência direta da convergência entre uma maior concentração hídrica imediata e uma retenção lipídica prolongada, a transição rumo à dependência severa e à deterioração estrutural dos órgãos ocorre em um período de tempo notavelmente menor na mulher, consolidando uma vulnerabilidade metabólica que condiciona toda a abordagem clínica.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** Não basta avaliar o peso corporal; a proporção interna de água e gordura varia estruturalmente por sexo, o que altera de maneira radical a farmacocinética, elevando a concentração da substância na corrente sanguínea da mulher e acelerando a progressão rumo ao dano físico.

2. **À segunda objeção:** O tecido gorduroso não é passivo; funciona como um **reservatório dinâmico**. O fenômeno clínico da **«viagem seca»** demonstra que o corpo pode liberar de volta à corrente sanguínea substâncias que ficaram acumuladas nas gorduras inclusive meses depois do último consumo, confirmando que a aparente limpeza sanguínea inicial não equivale a uma desintoxicação total.

3. **À terceira objeção:** A rapidez da deterioração ou sensibilidade feminina tem uma base orgânica e anatomofisiológica demonstrada por meio do efeito telescópio. A velocidade na cronicidade do transtorno não responde a fatores psicológicos ou comportamentais isolados, mas a variáveis metabólicas objetivas que aceleram a destruição dos tecidos e fixam a dependência biológica.

9.4.4 Artigo 4: Riscos biológicos na gravidez

Formulação do tema: A vulnerabilidade do início da vida.

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) durante a gestação não representa apenas um risco para a saúde materna, mas constitui uma **intrusão química** em um organismo em formação que carece de mecanismos de defesa próprios. Esta problemática marca o desenvolvimento físico e cognitivo da criança antes que esta tenha a oportunidade de nascer em um entorno saudável.

Pergunta central

Que riscos específicos apresenta a gravidez e que consequências tem para o recém-nascido diante do consumo de SPA? Questiona-se se o dano se limita ao momento do parto ou se gera sequelas permanentes na estrutura cerebral e na qualidade de vida do infante.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a placenta atua como um filtro infalível**, sugerindo que o feto está protegido das toxinas externas.
2. **Parece que as substâncias «legais» (tabaco ou álcool) são menos danosas** que as ilegais, minimizando o impacto de um consumo ocasional.
3. **Parece que a síndrome de abstinência só afeta os adultos**, ignorando que um bebê pode nascer com dependência física severa.

Fundamento ou critério de discernimento

Cfr. Abordagens diferenciadas para mulheres (cap. 6) e Espiritualidade na mulher (cap. 7)

Contudo, as fontes técnicas estabelecem que as SPA atravessam diretamente a corrente sanguínea rumo ao feto. Ao serem substâncias em sua maioria **lipossolúveis**, passam facilmente as membranas da placenta e chegam diretamente ao cérebro e aos órgãos em formação.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que o consumo de SPA durante a gravidez gera riscos críticos e diferenciados com consequências diretas para o recém-nascido:

- **Riscos gerais:** Restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer e alta probabilidade de desenvolver **déficits cognitivos** e problemas de conduta a longo prazo.

- **Álcool:** É tóxico durante os nove meses; o bebê pode nascer com o **transtorno do espectro alcoólico fetal (TEAF)**, que inclui anomalias faciais e disfunções cerebrais permanentes.
- **Cocaína:** Pode provocar descolamento da placenta, hemorragias graves e malformações cardíacas no feto.
- **Tabaco:** Expõe o feto a 7.000 substâncias tóxicas, causando malformações como lábio leporino e alterando permanentemente o crescimento dos pulmões.
- **Heroína e Opioides:** Os bebês nascem com **dependência física** e podem morrer por causa da síndrome de abstinência se não recebem tratamento especializado imediato.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A placenta não filtra as SPA; sua natureza lipossolúvel lhes permite cruzar esta barreira com a mesma facilidade com que cruzam a barreira hematoencefálica do adulto.
2. **À segunda objeção:** O álcool e o tabaco são sumamente nocivos. O álcool é tóxico durante toda a gestação e o tabaco reduz drasticamente a oxigenação fetal.
3. **À terceira objeção:** A **síndrome de abstinência neonatal** é uma realidade clínica grave; os bebês nascem com tremores e convulsões, cuja vida corre um risco iminente nos primeiros dias após o parto.

9.4.5 Artigo 5: Consequências do consumo de álcool em neonatos (SAN e TEAF)

Formulação do tema: A marca química no início da vida

O impacto das substâncias psicoativas (SPA) durante a gravidez debilita o desenvolvimento biológico do feto desde sua etapa mais precoce. Devido a que as SPA atravessam a **barreira placentária** e chegam diretamente à corrente sanguínea do feto, o bebê pode nascer com complicações que marcam sua estrutura física e seu funcionamento neurológico por toda a vida.

Pergunta central

O que é a síndrome de abstinência neonatal (SAN) e o transtorno do espectro alcoólico fetal (TEAF)? Questiona-se se estes quadros são dificuldades passageiras ou se representam patologias crônicas derivadas de danos estruturais irreversíveis causados pela toxicidade das substâncias.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a abstinência do bebê é apenas uma irritabilidade temporária** que desaparece poucos dias após o parto sem deixar sequelas.

2. **Parece que só as drogas ilegais causam estes transtornos,** assumindo que substâncias legais como o álcool ou o tabaco têm efeitos mínimos no recém-nascido.

3. **Parece que o dano por álcool só ocorre no último trimestre**, sugerindo que o consumo precoce é menos arriscado para o desenvolvimento fetal.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, os registros clínicos demonstram que o álcool é tóxico durante os **nove meses de gestação** e que substâncias como a heroína geram uma dependência física real no bebê. O recém-nascido carece da **maturidade metabólica** necessária para processar os resíduos químicos de forma autônoma, pelo que estes quadros requerem intervenções especializadas imediatas.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a SAN e o TEAF são as manifestações mais graves da exposição pré-natal a substâncias, com consequências diretas para o neonato:

- **Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN):** É um conjunto de sintomas que ocorrem quando um bebê nasce com dependência física. Manifesta-se com uma **hiperatividade autonômica**, irritabilidade extrema, tremores e problemas de sono. Diferentemente dos adultos, os recém-nascidos podem morrer por causa da abstinência se não recebem tratamento especializado em cuidados intensivos.

- **Transtorno do espectro alcoólico fetal (TEAF):** Engloba os danos permanentes causados pela ingestão de álcool em qualquer etapa da gravidez. Produz **deficiência intelectual irreversível**, atrasos no crescimento e anomalias faciais características que limitam as expectativas de vida e a inserção social futura da criança.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A abstinência neonatal não é um mal-estar menor, mas uma crise biológica severa que pode incluir epilepsias e malformações cardíacas, exigindo cuidados intensivos para estabilizar o sistema nervoso do infante.

2. **À segunda objeção:** O tabaco e o álcool são sumamente danosos. A fumaça do tabaco reduz o oxigênio fetal e causa malformações como o lábio leporino, enquanto o álcool é a causa principal de deficiências cognitivas preveníveis.

3. **À terceira objeção:** Não existe um nível seguro de consumo de álcool. Por ser tóxico durante todo o processo gestacional, inclusive o consumo precoce interfere com a formação de órgãos críticos e com o desenvolvimento da motricidade.

9.4.6 Artigo 6: Maior vulnerabilidade biológica na pobreza e no estresse crônico

Formulação do tema: A cicatriz biológica da exclusão

A vulnerabilidade diante das dependências não depende unicamente da genética ou de uma escolha individual; está profundamente ligada ao entorno. Em contextos de exclusão, a biologia do sujeito não permanece indene; pelo contrário, o ambiente de carência escreve uma **«biografia química»** no cérebro, alterando os mecanismos naturais do prazer e da recompensa muito antes do primeiro contato com uma substância.

Pergunta central

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

De que maneira a pobreza extrema e o estresse crônico afetam biologicamente os receptores de dopamina (D2), aumentando a suscetibilidade à dependência? Questiona-se se a escassez e a tensão da sobrevivência são fatores externos passageiros ou se têm a capacidade de modificar a densidade dos neurorreceptores, criando um terreno fisiológico fértil para o transtorno.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a pobreza é apenas um fator social**, sem impacto real na arquitetura química dos neurônios.
2. **Parece que o estresse não altera o sistema de recompensa de forma permanente**, sugerindo que o cérebro recupera seu equilíbrio imediatamente se o ambiente melhora.
3. **Parece que a suscetibilidade à dependência é igual para todos**, assumindo que a biologia do prazer funciona igual em um entorno seguro que em um de privação extrema.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, desde a pastoral definimos a dependência como o sintoma de uma fratura interna ou uma dor profunda que o indivíduo tenta compensar. Existe uma relação direta entre as vivências traumáticas em lares pobres e a alteração física de neurorreceptores específicos como o **D2**.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a pobreza extrema e o estresse crônico atuam como agentes disruptores da homeostase química do cérebro por meio dos seguintes mecanismos:

- **Diminuição dos receptores D2:** O estresse constante da sobrevivência provoca biologicamente uma baixa na densidade dos receptores D2. Isto gera um **«vazio biológico»** em que o sistema de recompensa é incapaz de processar o prazer de estímulos naturais.
- **A droga como compensação autoterapêutica:** Diante deste déficit de prazer, as SPA aparecem como uma forma de anestesiar a amargura e a ansiedade.

- **Ativação do sistema de alerta:** O estresse crônico mantém o indivíduo em um estado de hipervigilância nervosa, empurrando o cérebro a buscar desesperadamente uma via de escape ou anestesia na droga.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A pobreza se traduz em uma alteração orgânica visível. O maltrato e a insatisfação das necessidades básicas influem na expressão dos genes e debilitam a solidez da personalidade.

2. **À segunda objeção:** O estresse prolongado na infância afeta a maturação do **córtex pré-frontal** até os **25 anos**, deixando deficiências estruturais que dificultam a capacidade de dizer «não» ao impulso.

3. **À terceira objeção:** Não existe igualdade biológica diante do risco. O **«capital de recuperação»** de uma pessoa em pobreza é menor, e seu sistema nervoso já está condicionado por um entorno hostil que acelera a passagem rumo à dependência severa.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

9.5 | Comorbidade e Saúde Integral

Esta seção, intitulada **Comorbidade e Saúde Integral**, aprofunda-se na complexidade dos sujeitos que enfrentam simultaneamente a dependência e outros padecimentos críticos, como a **patologia dual** e enfermidades infecciosas associadas à pobreza. Define-se a patologia dual como a coexistência de um transtorno psiquiátrico de base (psicose, neurose ou personalidade limite) com o consumo problemático, em que a substância costuma funcionar como um **tentativa autoterapêutica** para anestesiar traumas profundos e uma realidade vivida como insuportável. Assim mesmo, o manual aborda o impacto da **tuberculose (TB) e do HIV**, afecções que atuam como marcadores de vulnerabilidade e que, ao não serem atendidas adequadamente por um sistema de saúde fragmentado, derivam em mortes vergonhosas e totalmente preveníveis. O eixo central desta seção é a **saúde integral biopsicossocial e espiritual.**

Cfr. art. 8.2 (Julgar, A psique, Trauma...)

9.5.1 Artigo 1: A patologia dual

Formulação do tema: A intersecção entre a mente e a dependência

A abordagem das dependências evoluiu rumo a uma compreensão clínica que reconhece a complexidade da saúde mental humana. Na maioria dos casos, o consumo de substâncias não se apresenta de forma isolada, mas se entrelaça com padecimentos psíquicos preexistentes ou desencadeados pelo mesmo uso.

Pergunta central

Cfr. art. 8.2 (Julgar, A psique, Trauma...)

O que é a patologia dual e por que 50% das pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) também apresentam um transtorno mental coocorrente? Questiona-se se a dependência e os transtornos mentais são eventos independentes ou se existe uma raiz comum —biológica, psicológica e social— que explique esta alta coincidência.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que a dependência é o único problema real**, e que os sintomas mentais são efeitos passageiros da intoxicação que desaparecerão ao deixar a droga.
2. **Parece que devem ser tratados por separado**, em instituições distintas e com especialistas que não se comuniquem entre si.

3. **Parece que a coincidência é apenas «má sorte» genética**, ignorando o papel da história de vida e dos traumas do indivíduo.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, desde a pastoral definimos a dependência não apenas como uma enfermidade, mas também como o sintoma de uma **«fratura interna»** ou uma dor profunda que o indivíduo tenta compensar. As investigações confirmam que aproximadamente **50% das pessoas com TUS** padecem ao menos um transtorno mental, o que obriga a uma abordagem integral biopsicossocial e espiritual.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que a **patologia dual** é a coexistência de dois quadros clínicos: um transtorno psiquiátrico de base (como psicose, neurose ou personalidade limite) e um consumo problemático de SPA. Esta coocorrência se fundamenta nos seguintes pilares:

- **Tentativa autoterapêutica:** A substância cumpre a função de **anestesiar uma vida intolerável**, dolorosa ou ameaçadora devido a traumas prévios. O consumo é uma via imediata para reduzir a angústia e a desregulação emocional.
- **Vulnerabilidades compartilhadas:** O consumo e os problemas de saúde mental afetam as **mesmas áreas do cérebro**, pelo que uma predisposição psiquiátrica aumenta a propensão biológica à dependência.
- **Redes de memória desadaptativas:** Vivências traumáticas mal processadas ativam respostas de luta ou fuga; a droga aparece como uma ferramenta de **«fuga»** diante de um mundo percebido como hostil.
- **Círculo vicioso da desconexão:** O TUS causa uma desconexão espiritual e pessoal que gera um vazio interior, agravando o quadro psiquiátrico inicial.
- **Modelos explicativos da relação entre ambos os transtornos:** A investigação clínica identificou quatro modelos que explicam como se articula a patologia dual.

    1. O **modelo de fatores comuns** sustenta que ambos os transtornos compartilham raízes genéticas, neurobiológicas e sociais —como o início precoce do consumo ou a condição socioeconômica desfavorável—

que predispõem o indivíduo a desenvolver os dois quadros simultaneamente.

2. O **modelo do TUS secundário** propõe que um transtorno mental primário triplica o risco de desenvolver uma dependência, uma vez que a pessoa usa a substância para paliar seu sofrimento psíquico.
3. O **modelo do transtorno mental secundário** inverte a relação: é o consumo sustentado que gera mudanças neuroadaptativas que desencadeiam a patologia mental.
4. O **modelo bidirecional** integra os anteriores, reconhecendo que ambos os transtornos se potenciam mutuamente, agravando o estado do paciente e complexificando qualquer intervenção.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** O consumo problemático raramente é o problema em si mesmo; é uma tentativa de sobrelevar um quadro de base descompensado. Ignorar a patologia mental subjacente faz com que o tratamento seja ineficiente e inapropriado.

2. **À segunda objeção:** A fragmentação assistencial é um erro técnico. Os pacientes duais requerem uma estratégia em que o sistema de saúde e a comunidade trabalhem em rede, humanizando o percurso de cura por meio do acompanhamento afetuoso.

3. **À terceira objeção:** Embora existam fatores genéticos (40-60%), a interação com o entorno é determinante. A **pobreza estrutural** e os vínculos de apego inseguros debilitam a personalidade, criando a «fenda existencial» em que se instala a patologia dual.

9.5.2 Artigo 2: O impacto no sistema imunológico

Formulação do tema: A fragilidade orgânica e a vulnerabilidade social

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) não é apenas um fenômeno cerebral; representa uma agressão sistêmica que debilita as defesas do organismo. Esta problemática situa o indivíduo em uma intersecção em que a saúde física se vê comprometida tanto pela ação química direta quanto pelas condições de marginalidade e exclusão que costumam acompanhar o consumo problemático.

Pergunta central

Como afeta o consumo de SPA o sistema imunológico e que relação tem com enfermidades infecciosas como o HIV, a tuberculose e as hepatites? Questiona-se se a prevalência destas infecções é uma consequência biológica inevitável ou se responde a uma dinâmica complexa em que o consumo altera a tomada de decisões e a capacidade do corpo para defender-se.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o HIV e a hepatite são riscos exclusivos daqueles que se injetam drogas**, minimizando o risco para outras vias de consumo.
2. **Parece que a tuberculose é uma enfermidade vinculada apenas ao adensamento populacional**, sem uma relação intrínseca com o impacto das substâncias.
3. **Parece que a falta de medicamentos é a única causa de morte**, assumindo que o sistema de saúde formal é suficiente por si só sem considerar o abandono do tratamento.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, a ciência confirma que o consumo de SPA debilita o sistema imunológico, tornando a pessoa significativamente mais suscetível a enfermidades graves. O HIV e a tuberculose (TB) atuam como marcadores de vulnerabilidade que não apenas estão vinculados à pobreza, mas a perpetuam.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que o consumo de SPA impacta a saúde imunológica por meio de três níveis críticos de vulnerabilidade:

- **Impacto Biológico Direto:** O uso crônico debilita a resposta imune, facilitando que patógenos como o bacilo da TB prosperem. Em drogas injetáveis, o risco é extremo: estima-se que 12,6% dos usuários vivem com HIV e mais da metade com hepatite C.
- **Alteração da Conduta de Risco:** A diminuição da inibição e os efeitos cognitivos negativos conduzem a um aumento de condutas de risco (como relações sexuais sem proteção), multiplicando as infecções de transmissão sexual.

- **Barreiras Sistêmicas e Abandono:** O maior perigo não é a infecção em si, mas que o transtorno por uso de substâncias (TUS) leva a abandonar os tratamentos (TAR ou esquemas para TB). O sistema formal costuma falhar ao não atender à complexidade de quem vive na rua, resultando em mortes absolutamente preveníveis.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** O risco de HIV em pessoas com TUS é **quatro vezes maior** que na população geral, inclusive sem injeção, devido à desregulação emocional e comportamental que provoca o consumo.

2. **À segunda objeção:** Existe uma relação estreita; o consumo gera uma deterioração física e neurológica tal que o indivíduo perde a noção do autocuidado, permitindo que a TB progrida como coinfecção junto ao HIV.

3. **À terceira objeção:** O medicamento não garante a saúde sem uma **rede de cuidados comunitários**. Como veremos mais adiante no capítulo da dimensão social, e no das propostas da Parte 4 (Agir), o acompanhamento par e os dispositivos de atenção diferenciada logram sucessos terapêuticos superiores a **92%**, superando a rigidez do sistema hospitalar tradicional.

9.5.3 Artigo 3: Impacto do consumo de substâncias psicoativas na saúde geral

Formulação do tema: A degradação sistêmica do organismo

O uso crônico de substâncias psicoativas (SPA) não apenas altera a química cerebral, mas submete o corpo a uma agressão constante que degrada órgãos e sistemas vitais. Quando este consumo ocorre em contextos de marginalidade e situação de rua, o dano biológico se potencia exponencialmente: a falta de moradia, a desnutrição e a ausência de redes de cuidado transformam enfermidades tratáveis em condições mortais.

Pergunta central

Quais são as consequências colaterais na saúde física (bucal, gástrica, respiratória) derivadas da marginalidade e do uso crônico de substâncias? Questiona-se se estes danos são efeitos secundários menores ou se constituem uma patologia sistêmica que requer uma abordagem integral, dado que a exclusão fragmenta a capacidade do sujeito para cuidar de sua própria vida.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que o dano físico é causado unicamente pela toxicidade da droga**, ignorando que fatores como o frio, a falta de higiene e a fome são determinantes no aparecimento destas enfermidades.

2. **Parece que os problemas bucais ou gástricos são superficiais**, assumindo que o único foco de atenção deve ser o sistema nervoso central e a desintoxicação neurológica.

3. **Parece que o sistema de saúde tradicional é suficiente para tratá-los**, sem considerar que a burocracia e o estigma atuam como barreiras que impedem completar os tratamentos.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, os dados territoriais indicam que a marginalidade e o consumo crônico geram **«gastos catastróficos»** em saúde e reduzem drasticamente a expectativa de vida. A falta de uma moradia estável agudiza problemas que vão desde enfermidades cutâneas até crises respiratórias e gástricas graves.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que as consequências físicas nestas populações são profundas e se manifestam em três áreas críticas que o acompanhante deve monitorar:

- **Saúde Bucal e Dental:** O impacto químico das SPA e o descuido extremo provocam feridas, enfermidades das gengivas e cáries severas. Durante a abstinência, as dores dentárias se exacerbam, convertendo-se em um gatilho do consumo para «anestesiar» a dor.

- **Saúde Gástrica e Metabólica:** A má nutrição e o uso crônico derivam em úlceras gastrointestinais e enfermidades do fígado. O sistema digestivo perde a capacidade de absorver nutrientes essenciais, o que retarda qualquer tentativa de recuperação neurológica.
- **Saúde Respiratória e TB:** O consumo fumado (crack, pasta base) causa dano direto no tecido pulmonar. A vulnerabilidade imunológica facilita a proliferação da **tuberculose (TB)**, que costuma apresentar-se como coinfecção junto ao HIV em contextos de rua.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** A substância inicia o dano, mas a situação de rua impede que o corpo se recupere. Fatores como a intempérie fazem com que uma infecção respiratória comum se converta em uma pneumonia fatal em pessoas com baixas defesas.
2. **À segunda objeção:** Estes problemas não são menores; a má saúde bucal e gástrica impede a nutrição adequada, o que torna impossível a reparação dos circuitos cerebrais danificados. São sinais visíveis de uma enfermidade que afeta todo o ser.
3. **À terceira objeção:** O sistema formal tem um «teto» porque apenas medica, mas não oferece a rede de cuidados necessária para garantir que alguém na rua complete um tratamento. Só o **acompanhamento comunitário** pode «alinhavar» estas respostas fragmentadas para salvar a vida do sujeito.

9.5.4 Artigo 4: Dependências comportamentais (Jogo, tecnologia e pornografia)

Formulação do tema: A expansão do conceito de dependência.

Historicamente, o conceito de dependência limitava-se ao consumo de substâncias químicas externas. Contudo, a ciência moderna e a prática pastoral revelaram que o cérebro humano pode desenvolver vínculos adictivos com certas condutas —como o jogo, a pornografia ou o uso excessivo de tecnologias— de uma maneira assombrosamente similar às drogas tradicionais. Esta realidade obriga a olhar para além da substância e compreender a vulnerabilidade de

nossa própria arquitetura cerebral diante de estímulos de desenho digital ou comportamental.

Pergunta central

Por que as dependências comportamentais ativam os mesmos circuitos neurobiológicos que as substâncias químicas? Questiona-se se é possível falar de uma «enfermidade» quando não existe a ingestão de um químico externo ou se o cérebro é capaz de gerar sua própria «droga interna» diante de estímulos específicos, replicando o ciclo de dependência.

Posturas ou objeções existentes

1. **Parece que estas condutas são simples passatempos ou falta de disciplina**, uma vez que não existe um químico que atravesse a barreira hematoencefálica para alterar os neurônios.

2. **Parece que não se pode falar de dependência real se não há uma síndrome de abstinência físico**, como o que ocorre com o álcool ou a heroína.

3. **Parece que a «dependência da tecnologia» é um termo exagerado**, uma vez que estas ferramentas são fundamentais para a vida moderna e não podem comparar-se com o dano das drogas.

Fundamento ou critério de discernimento

Contudo, o cérebro humano está «cabeado» para repetir atividades prazerosas mediante o sistema de recompensa. Manuais especializados como o DSM-5 já classificam o jogo patológico dentro dos transtornos adictivos, reconhecendo que as condutas podem gerar deteriorações clínicas e funcionais idênticas às das substâncias.

Tese e desenvolvimento argumentativo

Respondemos que as dependências comportamentais ativam os mesmos circuitos porque sequestram a maquinaria natural do prazer e da aprendizagem do cérebro:

- **Ativação do Circuito de Recompensa:** Assim como as drogas, condutas como as apostas online ou os videogames geram uma hiperatividade nos gânglios basais. Embora não haja uma substância externa, estas atividades alteram os centros de prazer mediante estímulos psicológicos intensos que disparam a dopamina interna.

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

- **Da Impulsividade à Compulsividade:** Estas condutas costumam iniciar por busca de prazer, mas com o tempo se tornam compulsivas, impulsionadas pela necessidade de evitar emoções negativas como o estresse ou a ansiedade, o que é idêntico ao ciclo da dependência química.

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

- **Falha no «Freio» Cerebral:** O uso persistente destas tecnologias ou jogos debilita a capacidade do córtex pré-frontal para controlar os impulsos. Isto explica por que a pessoa perde a autonomia e não pode deter a conduta apesar das consequências negativas em sua vida.

Resposta às objeções

1. **À primeira objeção:** Embora não ingresse um químico externo, o estímulo visual ou interativo dispara uma cascata de neurotransmissores naturais que alteram a comunicação neuronal de forma tão potente como uma droga.

2. **À segunda objeção:** A experiência clínica mostra que existe um **síndrome de abstinência comportamental** caracterizado por irritabilidade, ansiedade e pensamentos obsessivos quando se interrompe o acesso ao jogo ou ao dispositivo.

3. **À terceira objeção:** Não se trata da ferramenta, mas do uso. O desenho de muitas plataformas digitais busca expressamente «engajar» o usuário, aproveitando a **neuroplasticidade** do cérebro —especialmente o dos jovens— para instalar circuitos de dependência rápidos e severos.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

CAPÍTULO 10

Caminhos de Integração

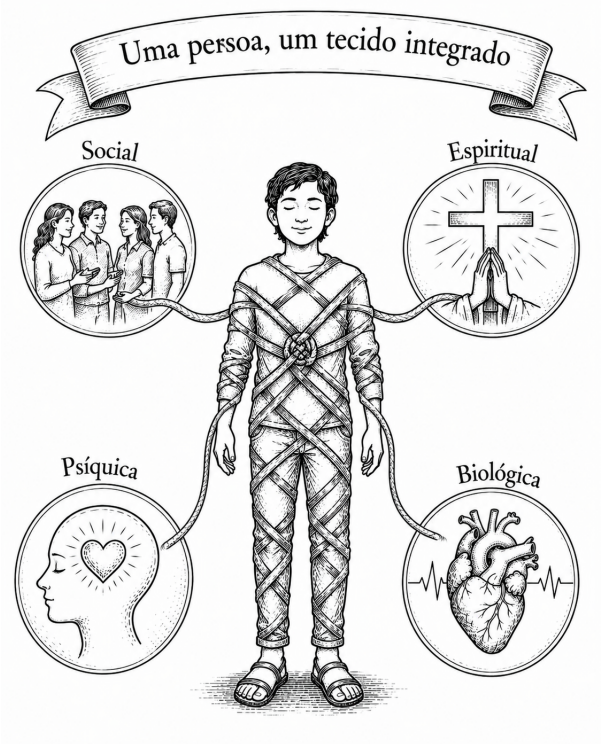


Figura 10.1: As quatro dimensões do tecido integral

Ao longo dos capítulos anteriores, oferecemos elementos para o discernimento desdobrados em quatro grandes dimensões: o ser social, o espírito humano, a psique e as substâncias e o organismo. Cada dimensão iluminou um aspecto essencial da pessoa que padece um transtorno por uso de substâncias, e cada uma gerou suas próprias perguntas, suas próprias tensões e seus próprios

critérios de resposta. Mas a pessoa não é a soma de suas dimensões. É uma unidade viva, e o sofrimento da dependência a atravessa inteira.

Este capítulo não acrescenta uma dimensão a mais ao mapa: percorre-o em sua totalidade para mostrar como se conectam. Sua função é integradora. As tabelas que seguem cruzam os temas fundamentais do acompanhamento com cada uma das quatro dimensões, permitindo que o agente pastoral possa situar-se com precisão quando enfrenta uma situação concreta: o que está olhando, a partir de qual ângulo o está olhando, e que outros olhares poderiam enriquecer sua resposta. Os artigos que as acompanham oferecem critérios de discernimento para as tensões que nenhuma tabela pode resolver por si só.

Este capítulo é também o umbral entre o Julgar e o Agir. Quem percorreu este discernimento não sai com um protocolo, mas com um olhar. E esse olhar é o que torna possível que o Agir tenha sentido.

Uma das tensões mais importantes que percorre os capítulos anteriores merece ser nomeada antes de avançar. O capítulo dedicado à psique sustenta que o transtorno por uso de substâncias não é uma estrutura de personalidade fechada mas um fenômeno que se agrega à identidade singular do sujeito; sua dignidade e sua potência de mudança são anteriores e superiores ao transtorno. O capítulo dedicado às substâncias e ao organismo reconhece que o consumo crônico produz modificações neurobiológicas persistentes que condicionam a conduta e dificultam a recuperação. Como pode algo «agregar-se» à identidade sem defini-la se ao mesmo tempo altera de maneira duradoura a biologia do sujeito? A resposta reside na antropologia que vertebra este manual: a pessoa é uma unidade indivisível de corpo, alma e espírito, mas essa unidade não é uma equivalência. O que ocorre no corpo é real e não pode ignorar-se, mas a pessoa não se reduz a seu corpo. A dependência modifica o cérebro — isso é um fato biológico —, mas a pessoa que habita esse cérebro conserva uma identidade, uma dignidade e uma vocação que transcendem a modificação orgânica. Do mesmo modo que uma cicatriz se agrega ao corpo sem converter-se no corpo, o transtorno se agrega à biografia sem converter-se na identidade. A cicatriz é real, dói, condiciona, mas não define quem é o que a leva. E a mesma neuroplasticidade que permitiu ao cérebro aprender a dependência é a que permite traçar novos caminhos: não porque o dano se apague como se nunca tivesse existido, mas porque o cérebro humano está desenhado para continuar aprendendo enquanto viva. Essa é a base biológica da esperança que este manual propõe.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

10.1 | Fundamentos antropológicos

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Dignidade Humana	Direitos humanos; o direito a ser chamado pelo próprio nome diante do estigma. *(§6.1.2)*	Dignidade ontológica inalienável por ser imagem de Deus; superior a qualquer pecado. *(§7.1.3)*	Autoeficácia e reconhecimento da pessoa como sujeito e não como objeto de assistência. *(§8.1.1)*	Deterioração física e cognitiva que compromete a saúde geral mas não o valor do ser. *(§9.5.3)*
Liberdade	A rua como falsa liberdade; a liberdade real exige condições mínimas de justiça social. *(§6.6.1)*	Potencialidade inalienável; a dependência é uma «escravidão química» que obscurece mas não apaga a liberdade original. *(§7.2.4)*	Recuperação da autonomia e capacidade de decidir diante da impulsividade do consumo. *(§8.4.3)*	Sequestro do sistema de recompensa; o córtex pré-frontal (freio biológico) se vê danificado. *(§9.3.6)*
Identidade	Economia popular e solidária como motores de identidade e dignidade laboral. *(§6.6.4)*	Essência do ser; marca sagrada inalienável. *(§7.1.1)*	Pessoa Primeiro: o transtorno não é a identidade, é uma condição agregada. *(§8.1.1)*	neuroplasticidade que permite «reprogramar» a identidade rumo à saúde. *(§9.4.3)*
Transcendência	Caridade social: o afeto familiar que se abre ao serviço do povo. *(§6.7.1)*	Capacidade radical de ir além de si mesmo rumo a Deus e ao próximo. *(§7.3.1)*	Sentido de vida que permite tolerar o mal-estar sem evasão química. *(§8.4.4)*	O cérebro que cura não se fecha sobre si mesmo: a neuroplasticidade o abre rumo a novos vínculos. *(§9.4.3)*

Continua...

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Sentido da Vida	Pertencimento a um povo; protagonismo social como antídoto ao descarte. *(§6.3.2)*	Propósito vital como força motora da identidade. *(§7.1.2)*	Logoterapia: descoberta de valores diante do cansaço de existir. *(§8.4.4)*	Homeostase: equilíbrio químico que permite ao sujeito estar em paz. *(§9.3.3)*
Vazio Existencial	Invisibilidade social e falta de horizontes nos «Nem-Nem» (jovens que não estudam nem trabalham). *(§6.2.6)*	Patologia do espírito nascida da falta de valores e propósito vital. *(§7.3.4)*	A droga como sutura fracassada para uma vida percebida como insuportável. *(§8.4.6)*	Diminuição de receptores D2 em contextos de estresse crônico, criando um «vazio biológico». *(§9.3.6)*

10.2 | Base biológica

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Substância Psicoativa	Contextos culturais que ritualizam ou profanam o uso de substâncias. *(§8.1.7)*	Tentativa de preencher uma sede de infinito com respostas materiais. *(§7.3.2)*	Modificação da percepção, do humor e do comportamento. *(§8.1.6)*	Componente químico que atravessa a barreira hematoencefálica e altera o SNC. *(§9.1.1)*
Substâncias Legais	O consumo de álcool e tabaco está profundamente ritualizado em contextos sociais e familiares. *(§6.1.7)*	Normalização do álcool e do tabaco como «evangelho do bem-estar». *(§7.3.5)*	A distinção legal/ilegal não determina o nível de dano; importa a relação do sujeito. *(§8.1.6)*	O álcool e o tabaco atuam sobre o SNC com os mesmos mecanismos de dependência. *(§9.1.4)*

Continua...

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Sistema de Recompensa	Território digital (videogames, apostas) que ativa os mesmos circuitos que as drogas. *(§6.1.4)*	Consumismo que satura o desejo de plenitude com prazeres imediatos. *(§7.3.5)*	Da impulsividade à compulsividade; adaptação por insensibilidade. *(§8.3.1)*	Gânglios basais hiperativados; rajadas massivas de dopamina. *(§9.3.6)*
córtex pré-frontal	Captação da infância (soldadinhos) aproveitando a imaturidade biológica dos menores. *(§4.5)*	Capacidade de discernimento espiritual para escolher o bem diante do mal. *(§7.2.4)*	Funções executivas: planejar, avaliar riscos e controlar impulsos. *(§8.1.2)*	Maturação tardia até os 25 anos; é o freio biológico das decisões. *(§9.4.2)*
Neuroplasticidade	Vínculos sadios que atuam como novos estímulos para o cérebro plástico. *(§6.2.1)*	Possibilidade de «ressurreição» biológica; o cérebro pode aprender a curar-se. *(§7.4.3)*	Desaprendizagem de condutas nocivas; criação de novas redes adaptativas. *(§8.4.2)*	Cada encontro genuíno deixa uma marca física: é a biologia da esperança. *(§9.4.3)*

Cfr. art. 9.3.1 (Julgar, As substâncias e o organismo, A farmacodinâmica..., Art. 1...)

Cfr. art. 3 (Julgar, As substâncias e o organismo, Definição..., Riscos...)

10.3 | Dinâmicas psicológicas

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Trauma	Exclusão social e pobreza estrutural como cenários de trauma complexo e desproteção. *(§6.6.1)*	Trauma como véu que oculta a imagem de Deus e gera orfandade espiritual. *(§7.2.2)*	O consumo funciona como tentativa autoterapêutica para anestesiar a dor. *(§8.2.3)*	Redes de memória desadaptativas que desregulam o sistema autônomo (cortisol). *(§9.5.1)*

Continua...

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Memória	Memória comunitária do bairro como ferramenta de empoderamento. *(§6.5.4)*	Memória terapêutica: reconhecer as raízes para projetar o futuro. *(§7.4.1)*	Reprocessamento de vivências traumáticas; alinhavar a história rota. *(§8.2.3)*	Redes de memória desadaptativas armazenadas no sistema límbico. *(§9.2.8)*
Emoções	Emoções gestadas no vínculo com o outro; relacionalidade trinitária. *(§8.1.5)*	Coração como centro unificador de razão e sentimento; busca de plenitude. *(§7.2.3)*	Regulação emocional; uso de diário de emoções para a introspecção. *(§8.7.3)*	Gatilhadas por amígdala e circuitos de estresse diante de redes de memória negativas. *(§9.3.7)*
Medo e Ansiedade	Terror imposto pelo narcotráfico; fronteiras invisíveis no bairro. *(§4.13)*	Desolação existencial que nubla a visão de um futuro com esperança. *(§7.3.3)*	Trauma: percepção do mundo como uma ameaça constante. *(§8.2.3)*	Hipersensibilidade da amígdala diante da falta de substância. *(§9.3.7)*
Saúde Mental	Sistema de saúde fragmentado que expulsa os pacientes complexos. *(§4.8)*	Fratura da transcendência; orfandade emocional profunda. *(§7.3.1)*	Coexistência de TUS com transtornos psiquiátricos (psicose, neurose, limite). *(§8.2.2)*	Desregulação do sistema nervoso central; vulnerabilidade genética. *(§9.5.1)*
Discernimento	Ação política: discernir que estruturas danam o bem comum. *(§6.7.1)*	Sabedoria espiritual para distinguir falsas soluções do mercado. *(§7.7.5)*	Processo de mudança: passar da ambivalência à decisão intencional. *(§8.3.3)*	Recuperação da parte racional (córtex pré-frontal) para avaliar riscos. *(§9.3.7)*

10.4 | Vínculos e comunidade

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Vínculos Primários	A família como escola de fraternidade e antídoto ao individualismo. *(§6.2.2)*	Mediação humana necessária para reconhecer-se amado por Deus. *(§7.2.1)*	Reparação de redes de memória desadaptativas causadas por negligência. *(§8.2.3)*	Apego seguro que regula biologicamente os níveis de cortisol. *(§9.4.9)*
Família	Escola de fraternidade; suporte diante das influências macroeconômicas. *(§6.2.2)*	Igreja doméstica; primeiro lugar de transmissão de valores e sentido. *(§7.2.1)*	Enfoque sistêmico: a família se organiza em torno do sintoma. *(§8.4.5)*	Fatores biológicos hereditários de vulnerabilidade. *(§9.4.1)*
Entorno Comunitário	Bairro como família comunitária; criação comunitária diante do individualismo. *(§6.2.4)*	Impossibilidade de vivência espiritual isolada; mística do encontro. *(§7.9.2)*	Capital de recuperação familiar; o papel das famílias de acolhida. *(§8.5.3)*	Estresse crônico ambiental que condiciona a expressão dos genes. *(§9.4.9)*
Cultura do Encontro	Antídoto contra o individualismo; reocupação de espaços democráticos. *(§6.1.1)*	Espontaneidade da reconexão no encontro com os irmãos. *(§7.4.1)*	Vínculo de apego seguro em centros do bairro e paróquias. *(§8.5.3)*	Redução do estresse biológico mediante a hospitalidade afetiva. *(§9.4.9)*
Acompanhamento	Acompanhamento inespecífico no território (rua, cárcere, hospital). *(§6.7.3)*	Caminho de Emaús; acompanhar sem julgar para restaurar a esperança. *(§7.5.1)*	Escuta ativa, empatia e validação emocional. *(§8.7.1)*	Abordagem técnico-profissional necessária para estabilizar a bioquímica danificada. *(§9.5.3)*

Continua...

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Escuta Ativa	Hospitalidade da escuta diante da frieza dos sistemas burocráticos. *(§6.1.1)*	Valor da palavra e do testemunho na geração de confiança filial. *(§7.5.4)*	Técnicas de paráfrase e reflexo para que o sujeito simbolize sua dor. *(§8.7.1)*	Regulação do sistema nervoso por meio da presença segura do outro. *(§9.3.7)*
Saber Profissional vs. Territorial	O agente pastoral territorializado possui um capital de conhecimento que se invisibiliza. *(§6.5.5)*	O conhecimento espiritual do acompanhante do bairro tem autoridade própria. *(§7.5.4)*	Tensão entre o modelo clínico e o saber comunitário; gestão de paridade. *(§8.5.4)*	O saber técnico-clínico é necessário para compreender os processos bioquímicos. *(§9.5.3)*

10.5 | Estruturas sociais

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Pobreza	Exclusão estrutural; falta de terra, teto e trabalho (as 3 T). *(§6.3.2)*	Desolação espiritual por falta de pertencimento e raízes em um «povo». *(§7.3.4)*	Estresse crônico que diminui receptores de dopamina, facilitando a dependência. *(§9.4.9)*	Desnutrição e debilitamento do sistema imunológico diante de SPA tóxicas. *(§9.4.9)*
Justiça Social	Denúncia de estruturas de pecado (narcotráfico) que escravizam o povo. *(§6.7.1)*	Caridade política: defesa dos direitos dos mais rotos. *(§7.9.5)*	Superação da invisibilidade social que gera vazio existencial. *(§8.1.3)*	Acesso equitativo à saúde neonatal para prevenir deficiências. *(§9.4.7)*

Continua...

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Narcotráfico	Narcopolítica e corrupção institucional; o narco como organizador do bairro. *(§4.13)*	Cultura da morte; mercadores de morte que lucram com a dor. *(§5.8.1)*	Terror e medo que fragmentam a subjetividade e o território. *(§8.2.1)*	Produção de NSP e fentanil; adulteração tóxica de substâncias tradicionais. *(§9.1.3)*
Estigma	Etiquetagem social que expulsa o jovem do sistema educativo. *(§6.2.6)*	Desqualificação moral que faz o sujeito sentir-se indigno de Deus. *(§7.1.3)*	Identidade internalizada de «dependente» que sabota a autoeficácia. *(§8.1.3)*	Segregação sanitária em hospitais que impede o tratamento médico. *(§9.5.3)*
Território Digital	Novo cenário de risco; cidadania digital e desconexão familiar. *(§6.1.4)*	Desconexão espiritual por virtualização e solidão profunda. *(§7.3.5)*	FOMO; ansiedade pela aprovação externa constante. *(§8.6.3)*	Ludopatia online; alteração de circuitos de prazer por notificações. *(§9.5.4)*
Mobilidade Humana	A interculturalidade exige que a pastoral adapte suas linguagens e metodologias. *(§6.6.5)*	O desenraizamento do migrante gera uma orfandade espiritual. *(§7.3.4)*	Os lutos migratórios não resolvidos constituem um fator de risco específico. *(§8.2.3)*	Rupturas do habitat biológico e vulnerabilidade. *(§9.4.9)*

10.6 | Populações específicas

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Infância	Órfãos funcionais; captação por bandos delitivos (soldadinhos). *(§4.5)*	Impacto da falta de amor do lar; semente espiritual ferida. *(§7.2.2)*	Falta de figuras protetoras; aprendizagem adictiva acelerada por plasticidade. *(§8.6.2)*	Idade de início média aos 9 anos; cérebro vulnerável em construção. *(§9.4.2)*

Continua...

Cfr. art. 9.4.3 (Julgar, As substâncias e o Organismo, Diferenças segundo..., A resposta fisiológica...)

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Mulher e Consumo	Feminização da pobreza; a mulher como tecelã de cuidados no bairro. *(§6.6.2)*	Restauração da imagem de Deus após traumas de gênero. *(§7.8.3)*	Dupla condenação e culpa materna; barreiras específicas de acesso a tratamento. *(§8.6.1)*	Efeito telescópio; maior tecido adiposo e metabolismo diferenciado. *(§9.4.4)*
Maternidade	Proteção da família diante da ameaça de perda de guarda. *(§6.6.3)*	Madraças comunitárias; mística da hospitalidade maternal. *(§7.8.4)*	Reparação do vínculo materno após o trauma e o consumo. *(§8.6.1)*	Riscos biológicos na gravidez; síndrome de abstinência neonatal. *(§9.4.7)*
População Travesti-Trans	Exclusão sistêmica; prostituição vinculada ao consumo por sobrevivência. *(§4.11)*	Essência fragilizada; refúgio em crenças alternativas por rejeição religiosa. *(§7.1.3)*	Conflitos de identidade e brecha entre imagem mental e realidade física. *(§8.6.1)*	Dano físico acelerado por condições extremas de rua e violência. *(§4.10)*
Cárceres	Extensão da vulnerabilidade do bairro; a droga como moeda de troca. *(§4.12)*	O «abismo da liberdade» após o egresso; necessidade de redenção. *(§7.4.4)*	Medo do diagnóstico psiquiátrico por temor a penas mais longas. *(§8.2.2)*	Superlotação e má saúde física que agrava os transtornos neurológicos. *(§9.5.3)*

10.7 | Respostas pastorais e espirituais

Amoris Laetitia N°291

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Misericórdia	Caridade política: incidência em estruturas de justiça. *(§6.7.1)*	Sacramentos como remédio para os feridos. *(§7.6.1)*	Aceitação incondicional que permite curar a autoestima. *(§8.7.1)*	Hospital de campanha: atenção física urgente antes de perguntar. *(§9.5.3)*

Continua...

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Mesa Compartilhada	O centro do bairro como lar de famílias que comem juntas. *(§6.5.1)*	Eucaristia: alimento para os fracos; sinal de fraternidade. *(§7.6.2)*	Cura a fratura interna do descarte ao sentir-se convidado e valioso. *(§8.5.1)*	Recuperação da nutrição física básica em comunidade. *(§9.5.2)*
Chamar pelo Nome	Vínculo diante da desumanização administrativa. *(§6.1.2)*	Reconhecimento da dignidade ontológica única e irrepetível. *(§7.1.3)*	Saída do anonimato; superação da identidade de «dependente». *(§8.1.3)*	Reconhecimento do sujeito biológico singular, não padronizado. *(§9.3.3)*
Fé Encarnada	Uma Igreja que sai ao encontro do excluído no território. *(§6.7.3)*	A espiritualidade se mede por sua encarnação em vínculos concretos. *(§7.5.6)*	Coerência entre valores e ações como fator de saúde psíquica. *(§8.7.2)*	A fé verificada no serviço regula o estresse do acompanhante. *(§9.4.9)*

10.8 | A ética do cuidado como critério transversal

10.8.1 Artigo 1: Abstencionismo ou Redução de danos?

Formulação do tema

Lc 10, 33-34 — *Mas um samaritano que ia de caminho chegou aonde ele estava, e, ao vê-lo, comoveu-se. Aproximando-se, atou-lhe as feridas, deitando-lhes azeite e vinho*

Na prática pastoral concreta, os agentes que acompanham pessoas com transtornos por uso de substâncias costumam encontrar-se diante de uma disjuntiva que se percebe como inevitável: optar pelo modelo abstencionista —que orienta todo o processo rumo à supressão total do consumo como condição de recuperação— ou pelo enfoque de redução de danos —que prioriza a diminuição dos riscos associados ao consumo sem exigir a abstinência como requisito de acesso ao acompanhamento—. Esta tensão, longe de ser meramente técnica, tem consequências pastorais profundas, pois define quem é acompanhado e em que condições. O desafio consiste em discernir se esta tensão constitui uma verdadeira contradição que obriga a escolher, ou se existe um critério superior capaz de integrá-la sem dissolver nenhum dos dois polos.

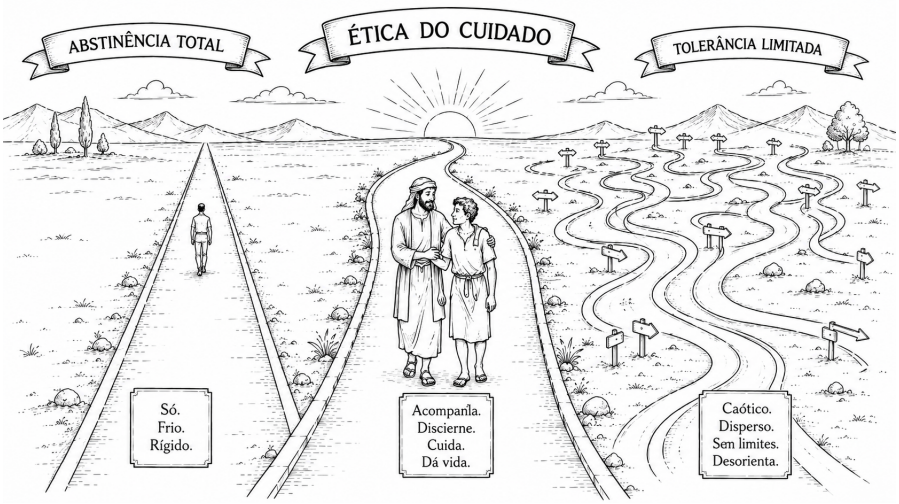


Figura 10.2: A ética do cuidado entre o abstencionismo e a redução de danos

Pergunta central

Devem os agentes pastorais escolher entre o modelo abstencionista e o enfoque de redução de danos, ou existe um critério de discernimento capaz de orientar a ação sem forçar essa escolha?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que o enfoque de redução de riscos e danos implica um abandono da pessoa, uma vez que ao não orientar o processo rumo à abstinência total renuncia à aspiração de sua recuperação plena. Aceitar o consumo como dado permanente seria conformar-se com menos do que o irmão merece, privando-o da possibilidade de alcançar sua máxima dignidade e autonomia.

- **Objeção 2:** Parece que o modelo abstencionista abandona igualmente a pessoa, uma vez que ao condicionar o acompanhamento à conquista da abstinência, termina soltando quem não a alcança. O que recai, o que não pode ou não quer deixar de consumir, fica sem rede. A exigência do resultado se converte, nos fatos, em uma forma de exclusão encoberta.

- **Objeção 3:** Parece que ambas as lógicas são incompatíveis entre si, e que a pastoral não pode sustentar-se na ambiguidade. Manter os dois enfoques simultaneamente geraria confusão nas equipes, incoerência nos dispositivos e desconfiança naqueles que são acompanhados. Seria necessário, portanto, optar por um ou outro paradigma com clareza institucional.

Fundamento ou critério de discernimento

O erro de fundo nas três objeções é o mesmo: supor que o critério primeiro do acompanhamento pastoral é o resultado clínico —a abstinência alcançada ou o dano reduzido— quando na realidade o critério primeiro é a dignidade da pessoa. A **ética do cuidado** não é um ponto médio entre dois modelos técnicos, mas um paradigma de outra ordem: afirma que o acesso ao acompanhamento não pode estar condicionado por nenhum resultado prévio, mas unicamente pela condição de ser humano ferido que necessita ser acompanhado.

Este critério não é uma novidade pastoral, mas a tradução operativa do que este manual propôs desde o princípio: a imagem do Retábulo de Isenheim, em que os enfermos do mosteiro de Santo Antão não eram recebidos uma vez sãos nem uma vez dispostos a curar-se, mas na crueza de sua chaga aberta. A Igreja como *hospital de campanha*, na expressão do Papa Francisco, não pede méritos para abrir a porta; cura primeiro, e acompanha o processo sem antecipar seu desenlace. Diz Francisco: *a comunidade evangelizadora mete-se com obras e gestos na vida cotidiana dos demais, encurta distâncias, abaixa-se até a humilhação se é necessário, e assume a vida humana, tocando a carne sofredora de Cristo no povo.*

Evangelii Gaudium N° 24

Deste critério, a abstinência é um **horizonte desejável e legítimo**, não uma condição de inclusão. E a redução de danos é uma **ferramenta válida em determinados trechos do processo**, não uma capitulação diante do fenômeno. Ambos os enfoques são instrumentos a serviço do cuidado, e o discernimento pastoral consiste em saber quando e como desdobrar cada um, sem absolutizar nenhum.

A ética do cuidado é transversal porque não pertence a nenhuma dimensão exclusiva da abordagem —não é apenas social, nem apenas clínica, nem apenas espiritual— mas opera como o solo a partir do qual todas as respostas se articulam. Quem cuida não escolhe entre aspirar ao melhor para o outro e acompanhá-lo onde está: faz as duas coisas ao mesmo tempo, na ordem que a situação concreta exige.

Respostas às objeções:

- **À primeira:** O enfoque de redução de danos não abandona a pessoa quando está orientado pela ética do cuidado, mas a sustenta no trecho do processo em que a abstinência ainda não é possível. Abandonar seria retirar-se. Reduzir o dano é permanecer ao lado. A aspiração à recuperação plena não se nega; sustenta-se inclusive quando o caminho é mais longo e tortuoso do que o esperado.

- **À segunda:** O modelo abstencionista não abandona a pessoa quando não confunde o horizonte com o requisito. A abstinência como meta orienta o processo; a abstinência como condição o fecha. Uma pastoral que solta o irmão que recai não está sendo fiel ao ideal de recuperação, mas traindo-o: a misericórdia estruturada —como se desenvolveu neste manual— sabe que o vínculo não se rompe diante da fragilidade, mas se fortalece precisamente aí.

- **À terceira:** A aparente incompatibilidade entre ambos os modelos se dissolve quando se compreende que nenhum dos dois é o paradigma, mas ferramentas dentro de um paradigma maior. Não há contradição entre sustentar a abstinência como horizonte e acompanhar quem ainda não pode alcançá-la. A ambiguidade que deve evitar-se não é a de usar diferentes ferramentas segundo o momento, mas a de não ter critério claro sobre para que se usam. Esse critério é o cuidado da pessoa concreta, em sua história singular, sem abandoná-la em nenhum trecho do caminho.

10.8.2 Artigo 2: Sobre o acompanhamento a quem não reconhece seu problema

Lc 15, 20 — *Quando ainda estava longe, seu pai o viu e comoveu-se profundamente; correu ao seu encontro, abraçou-o e beijou-o*



Figura 10.3: O Pai misericordioso

Formulação do tema

Na prática pastoral concreta, um dos momentos mais difíceis não é o do irmão que pede ajuda, mas o do irmão que não a pede. A pessoa que consome sem reconhecer o dano, que rejeita o acompanhamento ou que simplesmente não tem consciência de necessitá-lo, coloca o agente pastoral diante de uma pergunta

que não admite resposta fácil: tem sentido sustentar um vínculo quando o outro não o reconhece como tal? É legítimo aproximar-se de quem não deu sinais de querer ser acompanhado? Ou deve o agente esperar que o sujeito expresse sua necessidade antes de atuar? O discernimento pastoral requer clareza sobre qual é o fundamento do vínculo e em que momento nasce o desejo de mudança.

Pergunta central

Pode o agente pastoral sustentar um acompanhamento significativo com quem não reconhece seu problema nem manifesta desejo de mudança, ou deve esperar que emerja essa motivação para iniciar o processo?

Posturas ou objeções existentes

- **Objeção 1:** Parece que não se pode acompanhar quem não pede ajuda, uma vez que toda intervenção não solicitada viola a autonomia da pessoa. Impor-se sobre alguém que não reconhece sua situação como problemática seria uma forma de paternalismo que desconhece sua capacidade de decidir sobre sua própria vida, reproduzindo a mesma lógica de controle que a pastoral pretende superar.

- **Objeção 2:** Parece que sustentar o vínculo com alguém que consome sem reconhecer o problema equivale a habilitar esse consumo. Se o agente permanece ao lado sem exigir nenhuma mudança, poderia estar enviando a mensagem implícita de que a situação é tolerável, convertendo-se inadvertidamente em cúmplice de um processo que destrói o irmão.

- **Objeção 3:** Parece que sem motivação não há processo possível. O Modelo Transteórico da Mudança ensina que o sujeito em etapa de pré-contemplação não está pronto para modificar sua conduta; portanto, todo esforço do acompanhante seria prematuro e inútil, um gasto de energia que não produz resultado e que pode terminar esgotando o agente e frustrando o acompanhado.

Fundamento ou critério de discernimento

O erro compartilhado pelas três objeções é supor que o vínculo vem depois da motivação, quando na realidade ocorre exatamente o inverso: **a presença significativa é a condição de possibilidade do desejo de mudança**. Ninguém pode desejar o que nunca experimentou nem sequer como possibilidade. E a possibilidade de uma vida diferente não emerge de uma decisão abstrata, mas

do encontro concreto com alguém que te vê, te chama pelo nome e permanece ao lado sem condições.

Este princípio não é uma novidade pastoral: é o que o Retábulo de Isenheim traz pintado desde o século XVI. João e a Madalena não estavam ao pé da cruz porque o Cristo crucificado lhes tivesse pedido que ficassem. Permaneceram porque seu amor não necessitava ser solicitado para sustentar-se. Essa presença que não exige reciprocidade imediata é precisamente o modelo do acompanhamento pastoral nos momentos de maior escuridão.

Desde a psicologia do apego, a ciência confirma o que a fé já sabia: a presença regulada de outro significativo cria as condições neurobiológicas para que emerja o desejo. O cérebro ferido pelo consumo e pelo abandono não pode gerar motivação no vazio; necessita primeiro experimentar que existe alguém que não se vai, que não julga, que chama pelo nome. Esse vínculo sustentado no tempo atua como andaime sobre o qual a pessoa, paulatinamente, começa a falar, a nomear o que padece e a reconhecer nessa presença o primeiro sinal de que algo melhor é possível.

O agente pastoral que se aproxima sem esperar que o outro peça não viola sua autonomia: **constrói-a**. Porque a autonomia não é um dado prévio que há que respeitar de fora, mas uma capacidade que se desenvolve no vínculo. Um sujeito arrasado subjetivamente pelo consumo, pelo abandono e pelo estigma não tem autonomia plena no sentido abstrato do termo; tem, em compensação, a possibilidade de recuperá-la se alguém permanece suficientemente perto e o suficiente tempo para que o desejo e a autonomia tenham lugar.

Respostas às objeções:

- **À primeira:** A presença significativa não impõe nem intervém sobre o outro; oferece vínculo. Não há violação da autonomia em ficar ao lado, em chamar pelo nome, em não abandonar. A autonomia que se invoca como argumento para não aproximar-se é com frequência a indiferença disfarçada de respeito. O agente pastoral não espera que o outro peça para aproximar-se, porque sabe que pedir requer ter experimentado previamente que alguém pode responder.

- **À segunda:** Sustentar o vínculo não é aprovar o consumo. A presença significativa não diz «está bem o que fazes», mas «não te solto embora o que fazes te destrua». Essa distinção é a que separa a cumplicidade do acompanhamento. O Retábulo de Isenheim não pinta João e a Madalena aprovando a crucifixão; pinta-os resistindo-se a abandonar o crucificado.

A permanência ao lado do que sofre é um ato de denúncia do sofrimento, não de aceitação de suas causas.

- **À terceira:** O Modelo Transteórico da Mudança não diz que o sujeito em pré-contemplação não pode avançar; diz que não pode avançar sozinho. A etapa de pré-contemplação não é um muro, é um umbral. E os umbrais se cruzam quando há alguém do outro lado. A motivação não precede ao vínculo: **nasce dele**. O agente que permanece nesse trecho aparentemente estéril não está desperdiçando energia; está semeando no único solo em que o desejo de mudança pode germinar.

10.9 | Respostas práticas

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Prevenção	Espaços promocionais (esporte/arte) para «chegar antes» do narco. *(§6.5.3)*	Educação em valores e capacidade de dizer «não» ao desumanizante. *(§7.5.2)*	Fortalecimento da autoeficácia e habilidades de recusa. *(§8.7.2)*	Intervenção temporã para proteger o cérebro infantil. *(§9.4.2)*
Recaída	Rede de apoio para não abandonar o irmão que cai. *(§6.4.3)* e *(§8.5.3)*	A misericórdia como força para levantar-se; não é um fracasso moral. *(§7.7.4)*	Oportunidade pedagógica dentro do ciclo de mudança. *(§8.3.4)*	Memória celular e «viagem seca» por substâncias no tecido gorduroso. *(§9.2.8)*
Limite Sadio	O limite colocado a partir do vínculo, não do controle; a norma comunitária como abraço protetor. *(§6.3.3)*	A gratuidade de Deus não é desordem; o limite expressa um amor que cuida impedindo a autodestruição. *(§6.3.3)*	O limite sadio reduz a ansiedade e treina a vontade mediante metas gradativas e previsíveis. *(§8.3.1)*	A estrutura previsível regula o sistema nervoso autônomo e diminui o cortisol do estresse crônico. *(§9.4.9)*

Continua...

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Substitutivas	Rejeição da liberalização como solução; a abstinência como horizonte, não como condição de acesso ao cuidado. *(§5.9.2)* e *(§10.8.1)*	A liberdade plena como vocação do espírito; o acompanhamento não renuncia a esse horizonte embora o caminho seja gradativo. *(§7.4.4)*	A redução de danos como ferramenta válida no trecho em que a abstinência ainda não é possível; a autonomia como meta do processo. *(§8.3.2)* e *(§10.8.1)*	Intervenção farmacológica orientada a preservar a vida e estabilizar o sujeito para que o processo integral possa sustentar-se. *(§9.3.3)*
Trabalho	Cooperativismo diante do dinheiro fácil do narcotráfico. *(§6.3.1)*	O trabalho como participação na obra criadora de Deus. *(§7.4.4)*	Desenvolvimento de habilidades vocacionais; superar o papel de assistido. *(§8.7.2)*	Recuperação de ritmos circadianos e energia física por ofícios. *(§9.5.3)*
Autocuidado	Sustentabilidade da rede comunitária; cuidado dos que cuidam. *(§6.7.2)*	Teologia do descanso; o direito ao ócio que glorifica a Deus. *(§7.7.3)*	Manejo do burnout e da fadiga por compaixão. *(§8.7.4)*	Prevenção do esgotamento biológico do acompanhante. *(§9.5.3)*
Gratidão	Cultura do encontro celebrada na comunidade agradecida. *(§6.1.1)*	Motor de cura profunda; reconhecimento de milagres cotidianos. *(§7.7.4)*	Redução da ansiedade; enfoque nas fortalezas. *(§8.7.3)*	Redução de níveis de cortisol e melhora imunológica. *(§9.5.2)*

10.10 | Dimensões do processo

Tema	A dimensão social	O espírito humano	A psique	As substâncias e o organismo
Lógica do Tempo	Processos artesanais diante da lógica de franquia institucional. *(§6.5.2)*	Amizade com o tempo; respeito pela história sagrada do outro. *(§7.7.2)*	Etapas do processo de mudança; não se pode forçar a maturação. *(§8.3.1)*	Cronômetro biológico: meia-vida de eliminação e processos lentos. *(§9.2.10)*
Imediatismo	Cultura do descarte que prioriza o consumo imediato. *(§5.6)*	Falso absoluto do mercado que oferece felicidade mágica instantânea. *(§7.3.5)*	Impulsividade digital que erode a espera. *(§8.6.3)*	Velocidade de ação: substâncias fumadas chegam ao cérebro em 7 segundos. *(§9.2.1)*
Comorbidade	Barreiras burocráticas que impedem o acesso à saúde pública. *(§4.7)*	Unção dos enfermos em situações-limite de saúde física. *(§7.6.5)*	Somatização do sofrimento; abandono do tratamento por desolação. *(§8.2.1)*	Enfermidades marcadoras: TB, HIV, dano bucal e dental. *(§9.5.1)*

O discernimento não é um exercício abstrato. Tem um destino concreto: a pessoa que está do outro lado, com sua história singular, sua chaga aberta e seu desejo ainda não de todo desperto. Tudo o que se iluminou nesta parte do manual —a dignidade, a liberdade, o vínculo, o trauma, a biologia, o espírito— converge em um só gesto pastoral: o de ficar ao lado sem soltar.

O Agir que vem não é a aplicação mecânica do que se aprendeu no Julgar. É sua verificação na carne da história real. Ali, na paróquia, na escola, no cárcere, na rua, o agente descobrirá que os critérios aprendidos necessitam ser encarnados cada vez de novo, em cada pessoa, em cada momento. Isso não é uma debilidade do método: é sua maior virtude. Um manual que pudesse dizer ao agente exatamente o que fazer em cada situação não o estaria formando, estaria substituindo-o.

O que este manual oferece é algo mais valioso que um protocolo: um olhar capaz de ver o outro como um ser completo, roto mas não morto, perdido mas não sem destino. Com esse olhar, oferecemos propostas para nosso Agir.

PARTE IV

Agir

A resposta pastoral

Quando Marcelo chegou pela primeira vez à capela, ninguém sabia demasiado dele. Alguns o haviam visto perambular pelo bairro havia meses. Dormia onde podia: às vezes na casa de um amigo, outras num vão de porta, outras diretamente na estação. Tinha trinta e tantos anos, embora o corpo parecesse bem mais velho. Caminhava depressa, sempre de cabeça baixa e com um casaco cinza mesmo quando fazia calor.

Entrou uma tarde de chuva. No salão paroquial estavam terminando a catequese e preparando o lanche para as crianças. Marcelo ficou parado perto da porta, sem jeito, como se estivesse pronto para ir embora a qualquer momento. Uma mulher que servia o leite com achocolatado o olhou e simplesmente perguntou:

—Quer comer alguma coisa?

Marcelo assentiu sem falar muito. Comeu rápido. Depois ficou sentado sozinho, olhando as crianças correrem de um lado ao outro enquanto uma catequista as repreendia porque estavam jogando bola dentro do salão.

Ninguém lhe perguntou logo o que consumia. Ninguém lhe pediu explicações. Ninguém lhe falou de tratamento. Primeiro houve uma cadeira. Depois um prato de comida. Depois alguém que começou a se lembrar do seu nome.

Com o tempo começou a aparecer cada vez com mais frequência. Às vezes ajudava a mover mesas antes do lanche. Outras vezes desaparecia durante dias inteiros. Quando voltava, trazia no corpo o cansaço da rua, os olhos perdidos e o cheiro misturado da fumaça, do vinho e das noites sem dormir. As recaídas eram constantes. Havia semanas em que parecia estar melhor e de repente voltava a se perder. Mais de uma vez roubou coisas pequenas para consumir. Também mentiu muitas vezes. Alguns na comunidade se cansavam. Outros desconfiavam. Alguns perguntavam se realmente valia a pena continuar insistindo.

Mas o pároco repetia algo simples:

— As pessoas são mais importantes que seus piores momentos.

Marcelo havia começado a consumir muito jovem. Primeiro álcool. Depois cocaína. Depois pasta base ou crack. Havia passado por trabalhos temporários, brigas familiares, noites em delegacias e períodos de rua. Sua mãe havia morrido fazia anos. Com sua filha quase não tinha relação. Havia muito tempo que vivia sentindo que atrapalhava em todos os lugares.

Num sábado, enquanto preparavam a sopa comunitária, uma senhora mais velha lhe pediu ajuda para carregar umas sacolas de verduras. Marcelo a acompanhou até a cozinha e ela, sem saber muito da sua história, lhe disse:

—Obrigada, filho, ainda bem que você chegou porque sozinha eu não conseguia.

Essa frase ficou ressoando dentro dele por dias.

«Filho».

Fazia muitíssimo tempo que ninguém o chamava assim.

A comunidade começou lentamente a se tornar parte da sua vida. Não de maneira perfeita. Não como nas histórias arrumadinhas. Houve conflitos, cansaço, discussões e momentos muito duros. Uma noite chegou espancado depois de uma briga. Outra vez tiveram que levá-lo ao hospital porque quase não podia respirar. Mais adiante apareceu chorando porque um amigo do bairro havia morrido consumindo.

E a paróquia continuou ali. Às vezes com palavras. Às vezes sem saber o que dizer. Às vezes simplesmente estando.

Marcelo começou a participar de algumas celebrações. No começo ficava atrás, perto da porta. Depois se animou a ler uma intenção na missa. Mais adiante ajudava a arrumar as cadeiras após os encontros. Um verão começou a acompanhar as crianças no acampamento paroquial.

Não foi uma recuperação linear. Nunca são. Ainda havia dias ruins. Ainda existia o medo de voltar a cair. Ainda convivia com feridas profundas.

Mas alguma coisa havia começado a mudar.

Já não estava sozinho.

E nessa experiência simples —uma capela aberta, uma comunidade que conhece seu nome, uma mesa compartilhada, alguém que o espera quando desaparece, alguém que volta a procurá-lo quando cai— Marcelo começou lentamente a recuperar algo que acreditava perdido havia anos: a sensação de que sua vida valia a pena.

Tempo depois, durante uma reunião, alguém lhe perguntou o que havia sido o mais importante para ele em todo esse processo.

Marcelo ficou pensando um bom tempo antes de responder.

Depois disse devagar:

—Eu vim porque estava com fome... mas acabei ficando porque aqui senti que se um dia eu não aparecesse,

A história de Marcelo não é um caso de sucesso clínico. É uma história de vínculo. Ninguém lhe aplicou um protocolo. Ninguém lhe desenhou um itinerário terapêutico desde o primeiro dia. Alguém lhe perguntou se queria comer, e depois se lembrou do seu nome. Foi só isso — e foi suficiente para que algo começasse a se mover.

As propostas que seguem nesta parte do manual nascem dessa mesma lógica. Não são receitas nem modelos fechados. São caminhos que distintas comunidades percorreram, desde a paróquia até a escola, desde o bairro até o cárcere, animadas por uma convicção comum: que o primeiro gesto pastoral não é técnico, mas humano, e que a ética do cuidado não é um princípio abstrato mas uma decisão concreta que se toma cada vez que alguém chega, cada vez que alguém cai, cada vez que alguém volta.

O agente que percorre estas páginas encontrará ferramentas, critérios e experiências. Mas a pergunta que orienta tudo continua sendo a mesma que se fez naquela tarde de chuva: *quer comer alguma coisa?*

CAPÍTULO 11

Propostas pastorais por âmbito

Esta primeira parte recolhe orientações e propostas concretas que qualquer comunidade pode colocar em prática nos distintos âmbitos onde se desdobra a vida pastoral. Não são modelos fechados nem protocolos fixos. São caminhos experimentados que cada comunidade deverá inculturar em seu próprio território.

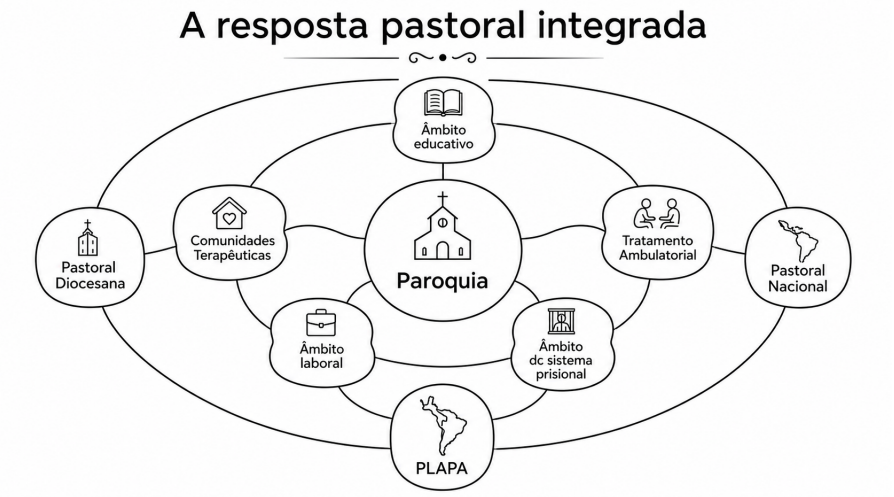


Figura 11.1: Os anéis de resposta pastoral

11.1 | Âmbito paroquial

Se o diagnóstico do nosso tempo nos revela uma crise de vínculos e um profundo sentido de orfandade, a resposta da paróquia não pode limitar-se somente

ao culto, à gestão de programas ou à abertura de dispositivos técnicos. A paróquia, antes que uma instituição que oferece serviços, está chamada a ser uma comunidade que gera vida. O agir pastoral no mundo das dependências consiste, essencialmente, em oferecer uma filiação e um pertencimento ali onde o consumo deixou isolamento e vazio.

Esta missão se torna concreta quando a paróquia consegue constituir-se como uma verdadeira casa. O primeiro gesto desta transformação é a disposição de saída, que se manifesta na porta de entrada e no trabalho de rua. Uma comunidade que não espera que o sofredor bata em sua porta, mas que sai para buscá-lo nas margens, nas esquinas e nos becos onde a vida dói. Esta proximidade se traduz em gestos de uma simplicidade radical: caminhar o território, compartilhar um pedaço de paz e receber a vida como vem, sem perguntas, sem condições e sem julgamentos prévios.

Uma vez que o vínculo se estabelece, a hospitalidade inicial encontra seu curso na criação de grupos e espaços compartilhados. Partimos da certeza de que ninguém se salva sozinho; em um mundo que tende à fragmentação, a paróquia oferece a roda e o encontro como âmbitos em que a palavra volta a ter lugar. Este processo se sustenta mediante o acompanhamento pessoal, um vínculo de fidelidade e paciência que consiste em caminhar ao lado de cada vida única, sustentando a mão nos momentos de maior fragilidade e acompanhando com paciência os tempos de cada processo.

A recuperação também passa pelo cotidiano e pelo simples. A vida comunitária —compartilhar a mesa, organizar as tarefas do dia, celebrar os vínculos— devolve à pessoa o sentido de dignidade e de pertencimento a algo maior que seus próprios problemas. Neste marco, as oficinas e atividades de prevenção (o esporte, a arte, os ofícios) não são entretenimentos, mas ferramentas para que cada um possa desdobrar suas capacidades e voltar a projetar um futuro. A espiritualidade atravessa todo este movimento, não como uma imposição, mas como uma oferta de sentido que convida a descobrir um Deus que caminha no simples e que é fonte de esperança.

Entendemos que os processos de recuperação e integração são caminhos de longo alento, marcados por avanços e quedas. Por isso, o agir paroquial implica não soltar a mão e estar dispostos a começar de novo as vezes que forem necessárias. Este cuidado se estende necessariamente às famílias, que sofrem o desgaste da dor e necessitam ser acolhidas em sua angústia. Finalmente, a paróquia reconhece que não é uma ilha; sabe-se parte de uma rede comunitária e busca articular esforços com clubes, centros de saúde e organizações do bairro, entendendo que o território se cuida entre todos. Quando a comunidade consegue ser esse espaço de acolhida e cuidado, converte-se em um sinal de que

a vida, apesar de tudo, sempre pode voltar a brotar.

Entendemos que há algumas ações que costumam ser parte da resposta pastoral de nossas paróquias. É importante que esses espaços entendam como acompanhar aqueles que sofrem por estes problemas.

11.1.1 Espaços de escuta e acompanhamento espiritual:

Cada vida é única e necessita um vínculo próximo que a sustente. Acompanhar é caminhar ao lado, com paciência e fidelidade.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Encontros pessoais
- Visitas
- Estar atentos
- Acompanhar em trâmites ou momentos difíceis.

11.1.2 Grupos, oficinas e atividades que dão vida:

O fazer ajuda a curar e prevenir. Aprender, criar, mover-se, descobrir capacidades abre caminhos novos.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Oficinas de ofício
- Esporte
- Música
- Arte
- Apoio escolar
- Espaços onde cada um possa desdobrar seus talentos

11.1.3 Trabalho com famílias:

As famílias também sofrem e necessitam ser acompanhadas. Cuidar delas é fortalecer o coração de cada processo.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Encontros de pais
- Espaços de escuta
- Orientação
- Estar próximos em momentos de crise

11.1.4 A liturgia:

A liturgia é o grande momento de encontro das comunidades paroquiais, em que se expressa a fé e sua compreensão. Por essa razão é importante que estes problemas de nossa gente vão entrando em diálogo com nossa oração comunitária e celebração.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Incorporar estes temas na homilia
- Jornadas penitenciais
- Adorações eucarísticas

11.1.5 Os retiros espirituais:

Muitas de nossas paróquias oferecem os chamados retiros de impacto (Cenáculo, Emaús, etc.) apoiados em testemunhos de vida que geram identificação. É importante que estes retiros tenham lugar para receber a vida rota da pessoa que consome ou de seus familiares.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Incorporar testemunhos de pessoas que atravessaram estes problemas e os superaram.
- Planejar instâncias de acompanhamento grupal para aquelas pessoas que depois de fazer o retiro querem repensar sua vida.
- Propor aos que fazem os retiros ações de serviço concreto com pessoas em situação de rua, ou exclusão social grave.

11.1.6 O trabalho de rua:

A Igreja sai ao encontro, não espera. Vai buscar, torna-se próxima, mete-se na vida do bairro e abre suas portas para que todos tenham um lugar.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Rotas de rua
- Missão no bairro
- Estar nas esquinas
- Abrir a paróquia com alguma comida ou bebida para compartilhar
- Receber sem perguntas nem condições.

11.1.7 Os Centros do Bairro

Uma porta aberta no bairro

O consumo problemático de substâncias não é apenas um problema de saúde individual: é, antes de tudo, um sintoma de exclusão. Detrás de cada pessoa que consome há quase sempre uma história de orfandade afetiva, de direitos violados, de vínculos rotos. Por isso, uma resposta que se limite ao clínico ou ao espiritual sem enraizar-se no território em que essa pessoa vive, trabalha e sofre, chega sempre tarde e chega sempre de fora.

A paróquia tem uma vantagem que nenhum outro ator do sistema possui: já está no bairro. Não chega ao território; vive nele. Conhece as famílias, conhece a história, conhece os nomes. Essa inserção prévia é o recurso mais valioso com o qual conta para construir uma resposta pastoral ao consumo problemático, e é o fundamento sobre o qual se pode montar um centro do bairro.

Um centro do bairro não é um centro de saúde, nem uma comunidade terapêutica, nem um refeitório. É algo diferente e mais básico: um espaço de acolhida e vínculo a partir do qual se articula tudo o mais. É, para usar uma imagem da linguagem esportiva, o meio-campo: por ali passa a bola. Dali se chega aos recursos do sistema e dali se volta. Sem esse nó territorial, as intervenções ficam fragmentadas e as pessoas ficam sozinhas no trajeto entre um dispositivo e outro.

Três eixos: proximidade, gestão e acompanhamento

A metodologia do centro do bairro se sustenta sobre três eixos que não são etapas mas atitudes permanentes e simultâneas.

Proximidade. O primeiro gesto não é técnico mas humano: fazer lugar. Receber a vida como vem, sem condicionar o acesso a nenhum requisito prévio. A pessoa que chega —ou que se vai buscar— não necessita estar pronta para mudar, nem ter tomado uma decisão, nem ter resolvidos seus problemas básicos. Chega como é, com suas feridas abertas, com sua história inteira. O centro do bairro a recebe assim, e começa a partir daí.

Esta proximidade se constrói com gestos concretos: um prato de comida, um nome lembrado, uma visita ao domicílio, o acompanhamento a uma consulta médica. Não são gestos auxiliares ao acompanhamento: são o acompanhamento mesmo em suas primeiras formas. A inclusão real, não discursiva, é sempre corpo a corpo. Cada pessoa é sagrada; nenhuma vida está sobrando.

Um elemento chave da proximidade é o **olhar integral**. O centro do bairro não se ocupa de uma parte da pessoa —seu consumo, sua saúde, sua causa judicial— mas de sua história completa. Busca conhecer sua família, sua moradia, seus vínculos, a rede de contenção com a qual conta ou que lhe falta. Este olhar de conjunto é possível precisamente porque o centro está no bairro e pode ver o que nenhum especialista externo pode ver.

Gestão. O segundo eixo é a articulação em rede. O centro do bairro não substitui o sistema de saúde, a escola, os organismos judiciais ou os programas estatais: conecta-os com a pessoa. Muitas vezes o que falha não é a existência dos recursos mas o acesso a eles. A burocracia expulsa; os horários excluem; os formulários amedrontam. O centro do bairro atua como interface entre a pessoa e o sistema, acompanhando-a em cada trâmite, cada encaminhamento, cada internação, cada egresso.

Esta função de nó na rede é insubstituível. Sem ela, uma pessoa que egressa de uma comunidade terapêutica fica sozinha. Com ela, tem um lugar para o qual voltar, alguém que a espera, uma rede que a sustenta enquanto reconstrói sua vida.

Acompanhamento. O terceiro eixo é a continuidade do vínculo no tempo. Os processos de recuperação do consumo problemático são longos, não lineares, atravessados por recaídas e retrocessos. O sistema formal de saúde trabalha por episódios; o centro do bairro trabalha por histórias. Sustenta o vínculo antes do problema, durante o tratamento e depois do egresso. Não há um momento em que o acompanhamento termine; há momentos em que se torna mais ou

menos intenso segundo o que a pessoa necessita.

Quem sustenta o centro

O centro do bairro não requer uma equipe de profissionais para funcionar. Sua força está nos **voluntários com enraizamento territorial** — pessoas do próprio bairro que conhecem o território porque vivem nele — e nos **acompanhantes pares**: pessoas que atravessaram elas mesmas situações de consumo e exclusão, e que por isso têm uma credibilidade e uma proximidade que nenhum técnico externo pode igualar.

O acompanhante par não acompanha desde a teoria mas desde a experiência da dor, da queda e da possibilidade real de recomeçar. Sua presença diz o que nenhum discurso pode dizer: que a mudança é possível porque já ocorreu em alguém de carne e osso, desse bairro, com essa história.

O papel do agente pastoral ou do referente eclesial é sustentar a mística do conjunto, garantir que o centro não perca sua identidade de acolhida incondicional, e articular com as redes mais amplas — paroquiais, diocesanas, institucionais.

O centro como espaço espiritual

O consumo problemático é, entre outras coisas, uma enfermidade espiritual. Não no sentido moralista do termo, mas no mais profundo: a pessoa que consome perdeu com frequência a convicção de que sua vida vale a pena ser vivida. Perdeu o sentido, a alegria, a paixão por existir.

Por isso o centro do bairro não é apenas um dispositivo social: é um espaço em que se gesta sentido. Onde alguém te chama pelo nome e isso já é um ato espiritual. Onde a comunidade diz com sua presença que nenhuma vida está sobrando. Onde se reaviva, aos poucos e sem pressa, a paixão por viver.

A paróquia que abre um centro do bairro não está oferecendo um serviço adicional: está sendo o que desde sempre foi chamada a ser. Um lugar onde os excluídos encontram lugar. Uma família grande que recebe a vida como vem.

11.1.8 Como começar

Não é preciso ter tudo resolvido para começar. É preciso um espaço físico — pode ser uma sala no salão paroquial — , um grupo pequeno de pessoas dispostas a receber, e a decisão de não julgar quem chegue. O resto se constrói

caminhando.

Alguns passos concretos para o início:

Cfr. Gn 4, 9 — *Onde está o teu irmão?*

- **Mapear o território:** Quem são as pessoas em situação de consumo no bairro? Onde estão? Que recursos existem já na zona — centros de saúde, programas municipais, organizações comunitárias?
- **Identificar referentes:** Há pessoas na comunidade com experiência de recuperação que poderiam acompanhar como pares? Há voluntários com enraizamento no bairro dispostos a formar-se?
- **Abrir o espaço:** Um horário fixo, um lugar conhecido, uma porta que esteja sempre aberta. A regularidade gera confiança; a confiança gera vínculo; o vínculo gera processo.
- **Articular com a rede:** Conhecer os dispositivos disponíveis no território — centros de saúde, comunidades terapêuticas, programas de emprego, defensorias — e construir relações concretas com seus referentes. O centro do bairro não pode fazer tudo sozinho; sua força está em ser o nó de uma rede que sim pode.
- **Formar-se:** O acompanhamento de pessoas com consumo problemático requer ferramentas. A formação dos agentes não é um luxo mas uma condição de sustentabilidade. Sem ela, o desgaste faz com que os voluntários abandonem e o centro se feche.

11.1.9 O abraço às infâncias

Em algumas realidades onde a idade de início do consumo tem uma média de 9 anos, a paróquia não pode esperar que o problema se manifeste na adolescência; deve *chegar antes* através de espaços promocionais que fortaleçam a construção do ser social.

O agir paroquial com as infâncias fundamenta-se no paradigma da *criação comunitária*. Este modelo entende que quando as famílias são muito disfuncionais ou estão muito rotas, a criação não é uma tarefa confinada exclusivamente à esfera da intimidade familiar biológica, mas é uma responsabilidade compartilhada por toda a comunidade. A paróquia deve constituir-se como uma *família grande* que oferece amparo e pertencimento ali onde os laços primários se encontram fragilizados.

Critérios e ações para o trabalho paroquial

Para que este acompanhamento seja efetivo e transformador, propõem-se as seguintes linhas de ação:

- **Priorizar o primário:** Antes de qualquer abordagem pedagógica ou espiritual profunda, a comunidade deve assegurar o direito à alimentação, à higiene e ao abrigo. O banho, a mesa compartilhada e o abraço são os primeiros medicamentos que devolvem a dignidade à criança.
- **Espaços específicos de escuta:** É necessário que dentro da paróquia existam lugares em que as crianças tenham sua própria voz e equipes específicas que as olhem. O acompanhante da criança não deve ser o mesmo que acompanha a mãe ou o pai, para evitar vieses e garantir que a criança se sinta protagonista de seu próprio processo.
- **A pedagogia da ternura:** O limite sadio no acompanhamento às infâncias é a ternura. Deve-se atuar com uma paciência infinita, reconhecendo que uma criança que foi vulnerada está *voltando a nascer* e necessita modelos de autoridade que não se baseiem no castigo, mas no exemplo e no perdão.

Papéis fundamentais no território

A comunidade desdobra sua força curadora através de figuras chave que a paróquia deve identificar e potenciar. Trata-se das **Famílias de apoio**. Nesta proposta algumas famílias da comunidade se abrem para colaborar com o colégio, a terapia ou inclusive para hospedar temporariamente crianças em situações de crise, somando braços e afeto à rede de criação.

Finalmente, a paróquia deve trabalhar sempre pelo fortalecimento do vínculo familiar de origem, evitando a sobreintervenção que fragmenta a criança ou a separação forçada que aprofunda o dano. Trata-se de acompanhar os adultos responsáveis para que recuperem sua capacidade de cuidado, enquanto a Igreja atua como o tecido de sustento que não deixa ninguém sozinho na tarefa de criar.

11.1.10 A proposta preventiva dos «3 C»

Diante da dor e do sofrimento que atravessam tantos bairros, a prevenção não pode reduzir-se somente a campanhas informativas ou intervenções esporádicas. A prevenção é, antes de tudo, a decisão de chegar antes, de *primerear*. É sair

ao encontro antes que o sofrimento se torne mais profundo e as propostas de morte ocupem o lugar que a comunidade deixou vazio. É ir buscar a ovelha perdida, e trabalhar para que as outras não se percam.

A paróquia, entendida como Igreja entre as casas, está chamada a olhar o bairro com olhos de misericórdia e com coração de família. Ali onde a vida transcorre —na rua, na praça, na esquina, na escola, no campinho— a comunidade cristã descobre também seu lugar de missão. O bairro é a paróquia, e a paróquia está chamada a organizar-se para cuidar da vida.

Neste caminho, muitas comunidades foram descobrindo que a prevenção requer gerar espaços concretos de pertencimento, identidade e cuidado. Não basta somente denunciar o avanço do narcotráfico ou advertir sobre os riscos do consumo. É necessário construir propostas reais de vida, capazes de acompanhar cotidianamente crianças, adolescentes.

Por isso foram nascendo as *3C da Vida*: Capela, Colégio e Clube. Três dimensões profundamente unidas entre si, que expressam uma comunidade que se organiza para receber a vida como vem e acompanhá-la em todas suas etapas.

As 3C da Vida: As três «C» expressam uma mesma intuição pastoral: construir espaços sadios e felizes em que crianças e adolescentes possam crescer acompanhados, desdobrar suas potencialidades e descobrir que suas vidas têm valor.

A Capela oferece comunidade e sentido. O Colégio abre horizontes e oportunidades. O Clube gera pertencimento, identidade e cuidado cotidiano. As três juntas formam uma trama comunitária que acompanha a vida integralmente.

Por isso as «3C da Vida» apresentam-se como resposta concreta às «3C da morte»: Rua, Cárcere e Cemitério. Ali onde a cultura do descarte propõe abandono e desesperança, a comunidade cristã responde organizando a esperança e construindo cultura do encontro.

As três «C» não são programas isolados nem estruturas independentes. São expressões de uma Igreja que quer fazer-se família em meio ao bairro, uma Igreja que recebe a vida como vem e se organiza para que nenhum jovem se perca.

11.1.11 Os grupos de Autoajuda

O que é um grupo de autoajuda

Um grupo de autoajuda define-se como um ponto de encontro em que pessoas que enfrentam uma problemática similar —seja luto, dependências, separação matrimonial ou enfermidades crônicas— compartilham seus desafios, dificuldades e estratégias de enfrentamento. Estes espaços caracterizam-se pela horizontalidade e reciprocidade entre seus membros; todos se consideram iguais e possuem uma autoridade única baseada na experiência vivida. Diferentemente de uma terapia dirigida por especialistas, o grupo centra-se no acompanhamento mútuo e no apoio entre pares.

Vantagens de um grupo de autoajuda

A participação nestes grupos oferece benefícios significativos para o bem-estar integral da pessoa:

- **Redução do isolamento:** Ao conectar-se com pessoas em situações similares, a pessoa deixa de sentir-se estigmatizada ou sozinha em sua dor.
- **Gestão emocional:** Ajuda a reduzir a ansiedade, melhora a autoestima e fomenta a esperança ao ver o progresso de outros que atuam como modelos.
- **Empoderamento:** Fortalece a capacidade dos integrantes para resolver seus próprios problemas e compartilhar informação atualizada sobre sua condição.
- **Baixo custo e alta eficácia:** É um modelo de intervenção social acessível que requer pouco investimento e gera um alto impacto comunitário.

Por que um grupo de autoajuda na paróquia

A paróquia é um lugar ideal para estes grupos porque encarna a missão da Igreja como um hospital de campanha e um centro de cura integral. Desde uma perspectiva teológica, estes grupos vivem a sinodalidade, entendida como o caminho que percorrem juntos os membros do Povo de Deus. Implementar estes grupos na paróquia permite:

Amoris Laetitia N°291

- Aproveitar a confiança institucional e a proximidade da Igreja com seus membros.
- Desestigmatizar a saúde mental, tratando-a como uma condição médica que requer cuidado e não como uma debilidade de caráter.
- Transformar a dor em uma oportunidade para o encontro com Cristo e o crescimento em comunidade.

Que tipos de grupos de autoajuda existem

Existem diversas comunidades de recuperação baseadas principalmente no modelo dos doze passos, classificadas segundo a área de intervenção:

- **Para a pessoa com dependência ou conduta compulsiva:**
  - **AA (Alcoólicos Anônimos):** O grupo pioneiro focado na recuperação do alcoolismo.
  - **NA (Narcóticos Anônimos):** Para aqueles que buscam libertar-se da dependência a qualquer tipo de droga.
  - **Jogadores Anônimos:** Focado na dependência do jogo e das apostas.
  - **Dependentes de Amor e Sexo Anônimos:** Para a recuperação de condutas sexuais compulsivas.
- **Para familiares e amigos:**
  - **Al-Anon:** Grupos para adultos afetados pelo alcoolismo de um ente querido.
  - **Alateen:** Espaços específicos para adolescentes que convivem com familiares alcoólicos.
  - **Nar-Anon:** Para familiares de pessoas com dependência de drogas.
- **Outros grupos de apoio mútuo:** Como o Grupo Ressurreição para pessoas em luto.

O programa dos 12 passos

O programa dos 12 passos é um modelo de ajuda mútua entre pares desenhado para superar condutas adictivas e disfuncionais. Baseia-se em um conjunto de princípios reitores que buscam um despertar espiritual e uma mudança de vida integral através das seguintes etapas:

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

11.1.12 A catequese

Em praticamente todas as paróquias, capelas e organizações vinculadas à nossa Igreja Católica, há algum processo de catequese. Trata-se de uma enorme quantidade de população que entrega sua fé a Deus, que se abre à inspiração do Espírito Santo, e se prepara para caminhar com Cristo em sua vida cotidiana.

Que melhor oportunidade para que todas estas pessoas e grupos questionem sua relação com o consumo de SPA, e o modo em que veem as pessoas com

problemas de consumo a fim de minimizar os processos de estigmatização. A partir de uma pedagogia da confiança, do afeto e da corresponsabilidade familiar e comunitária, podem-se abordar temas específicos relacionados às drogas.

Iluminados pela Palavra de Deus, nos processos de catequese relaciona-se a prevenção do consumo de drogas com a identidade cristã. Educa-se na liberdade interior, na promoção de vínculos sadios, capazes de resistir àquelas dinâmicas pessoais e sociais que conduzem a distintas formas de escravidão.

Os temas a desenvolver, adaptados a cada idade, processo grupal e particularidades, são:

- O amor de Deus.
- O agradecimento e cuidado do corpo como dom de Deus e amor para consigo mesmo.
- A compreensão e cuidado das emoções.
- A construção e manejo de relações sadias no casal, na família e nos amigos.
- A influência das pressões sociais e de grupo para o consumo de drogas.
- A compreensão cristã da liberdade e das possíveis escravidões, entre elas o consumo de drogas e os problemas relacionados.
- O discernimento diante das tentações, especificamente em relação com o consumo de SPA.
- O amor de Deus como misericórdia e inspiração para mudar quando erramos.
- O amor de Deus nos processos de perdão quando fomos danificados por atos próprios e alheios.
- A missão de cuidar-nos e cuidar dos outros em seu caminho de salvação.

Para que as atividades sejam realizáveis na prática, é importante oferecer materiais pastorais simples, participativos e adaptáveis a diversos âmbitos eclesiais. O formato de itinerário ajuda a dispor de sugestões, que depois sejam adaptadas à realidade de cada grupo. Pode gerar-se um processo em si mesmo, ou intercalar com outros itinerários de catequese.

A metodologia e enfoque sugerido é o seguinte:

- Reforçar a identidade cristã e a capacidade de dizer «não» ao mal com liberdade interior.
- Encontros muito visuais e participativos.
- Clima de confiança e afeto.
- Vocabulário positivo, simples e concreto.
- Iluminar com a Palavra de Deus.
- Adaptar às distintas etapas da vida: infância, adolescência, juventude e vida adulta.
- Em grupos de crianças e adolescentes, integrar pais ou referentes adultos em algumas sessões.
- Adequar os temas, materiais e dinâmicas pedagógicas às diferenças que pode haver entre homens e mulheres nas situações relacionadas ao consumo de drogas. Isto pode incluir distintas dimensões, como o impacto no corpo, o processamento cognitivo e emocional, a construção da identidade, e os contextos sociais que atravessam cada pessoa em seu ser homem ou mulher.

11.1.13 O clube paroquial: uma comunidade que gera pertencimento

Em muitos bairros, a esquina aparece como um dos principais espaços de identidade e pertencimento para adolescentes e jovens. Mas muitas vezes esse pertencimento fica atravessado por propostas de violência, consumo, delito ou desesperança. Diante disso, os clubes paroquiais surgem como uma resposta concreta da comunidade organizada para cuidar da vida.

Os clubes paroquiais nascem muitas vezes de maneira simples: um jogo no campinho do bairro, uma escolinha de futebol, uma aula de boxe, uma oficina de dança no salão paroquial ou uma atividade recreativa organizada por jovens da comunidade. Mas quando a comunidade sustenta esses pequenos gestos ao longo do tempo, começam a transformar-se em verdadeiros espaços de encontro, cuidado e pertencimento.

Um clube paroquial é uma comunidade que utiliza o esporte, o jogo, a arte e a vida compartilhada como ferramentas para acompanhar e cuidar da vida de crianças e adolescentes do bairro.

Com o tempo, esses pequenos espaços vão crescendo e consolidando-se. Aparecem treinos semanais, times por idades, torneios, viagens, acampamentos, celebrações, camisas, bandeiras e cores que expressam uma identidade compartilhada e fortalecem o sentimento de pertencimento.

Mas o central não é a atividade em si mesma. O mais importante é o vínculo que se gera ao redor dela. Os treinadores, professores e referentes não são apenas quem ensina um esporte: são adultos significativos que escutam, acompanham, acolhem e ajudam a crescer.

O clube paroquial não nasce para selecionar os melhores nem para formar esportistas de alto rendimento. Nasce para que nenhuma criança fique de fora. Para que todos tenham um lugar em que serem esperados, reconhecidos e acompanhados.

Por isso suas regras costumam ser diferentes das de muitos clubes tradicionais: mensalidades gratuitas, inscrição flexível, propostas inclusivas e uma lógica em que ninguém fica de fora por não render ou por não «ser bom» esportivamente.

A camisa, o escudo, a bandeira, as cores, as viagens, os torneios e as celebrações vão gerando algo muito mais profundo: o sentimento de fazer parte de uma família.

Ali onde muitas crianças estavam sozinhas, sem atividades, sem adultos que as olhassem ou acompanhassem, o clube converte-se em presença cotidiana. Um lugar em que alguém pergunta como estão, coloca limites, escuta, aconselha e abraça.

Em muitos contextos atravessados pelo narcotráfico, não basta oferecer atividades isoladas ou somente aos fins de semana. As organizações criminosas disputam todos os dias o coração, o tempo e o sentido de vida de nossos jovens. Por isso a prevenção necessita presença sustentada, espaços abertos durante a semana e processos comunitários que acompanhem a vida cotidiana.

O clube aparece então como uma resposta concreta diante do isolamento e da cultura do descarte. Enquanto a lógica do narcotráfico organiza a morte, a violência e a exclusão, a comunidade organizada propõe encontro, jogo, amizade, cuidado e pertencimento.

Os treinos deixam de ser simplesmente práticas esportivas para transformar-se em espaços de acompanhamento. As pré-temporadas, as viagens e os acampamentos convertem-se em tempos de convivência e comunidade. A competição deixa de centrar-se unicamente em ganhar e passa a expressar outros valores: jogar juntos, não deixar ninguém de fora, aprender a compartilhar e celebrar inclusive em meio às dificuldades.

Através do esporte, da arte e da cultura, os clubes convertem-se também em verdadeiras escolas de liderança positiva. Muitos jovens que cresceram participando desses espaços logo assumem tarefas de acompanhamento, coordenação ou formação de outras crianças do bairro, transformando-se eles mesmos em referentes comunitários.

Assim, o clube paroquial torna-se muito mais que um espaço recreativo. É uma estratégia pastoral e comunitária para chegar aos que estavam ficando sozinhos. Uma forma concreta de organizar a esperança e disputar o território a partir da ternura, da presença e do cuidado da vida.

A importância do Voluntariado

A Pastoral de Dependências nas instâncias diocesanas e paroquiais não sustenta sua fecundidade na mera contratação de serviços profissionais, mas na vocação e no compromisso de seu voluntariado. O voluntário não é um colaborador secundário nem um recurso assistencial de emergência; constitui a missão base e o coração mesmo da Pastoral em todas as Instâncias de Comunhão Eclesial.

Assumir a centralidade do voluntariado implica reconhecer que o testemunho samaritano da Igreja se encarna em homens e mulheres da própria comunidade que oferecem seu tempo e sua vida para abraçar os mais vulneráveis. É esta rede de proximidade gratuita a que sustenta o dia a dia dos centros do bairro, configurando a mística do «lar» e da «família estendida» antes de estruturar os mecanismos específicos de suporte, supervisão e contenção institucional para as equipes operadoras.

11.1.14 Cuidar dos que cuidam

Fundamentação e Sentido

O cuidado dos agentes pastorais é um elemento central do serviço. Nele decide-se a qualidade do acompanhamento oferecido na missão.

Princípios desde o Magistério e a Humanidade

A proposta de cuidado sustenta-se sobre cinco princípios fundamentais que permitem humanizar a tarefa e prevenir o esgotamento emocional ou *burnout*:

- **Cultura do encontro:** Reconhecer a vulnerabilidade própria e do outro através de um olhar terno que pergunte genuinamente pelo estado do

companheiro.

- **A ternura como força:** Entender que a ternura é a linguagem dos mais pequenos e uma ferramenta transformadora em contextos de dor.
- **Reconhecimento da própria ferida:** Aceitar que o cuidador também é uma pessoa vulnerável e *rota* psicoespiritualmente, o que permite um acompanhamento mais horizontal e humano.
- **O descanso como parte da missão:** Seguindo o mandato de Marcos 6, 31 («Vinde descansar um pouco»), o descanso não é uma interrupção da tarefa, mas uma condição necessária para poder sustentá-la no tempo.
- **Gestão de limites e culpa:** Aprender a traçar limites saudáveis e soltar o que não depende de si mesmo, trabalhando a culpa que gera deter-se. Neste sentido, a oração da Serenidade é uma guia importante:

> *Senhor,*
> *concedei-me a Serenidade*
> *para aceitar as coisas*
> *que não posso mudar,*
> *a coragem,*
> *para mudar as que posso*
> *e a sabedoria*
> *para reconhecer a diferença*

Estratégias de Ação Paroquial

Para que o cuidado seja efetivo, a paróquia deve institucionalizar espaços e protocolos concretos:

- **Encontros Fraternos («Parar para seguir»):** Realizar reuniões mensais das equipes para compartilhar a vida, rezar e processar as frustrações próprias do território, reforçando a consciência de trabalho em rede.
- **Apostolado do Tempo:** Criar uma rede de leigos voluntários que substituam temporariamente o cuidador primário em tarefas administrativas ou de acompanhamento básico, permitindo-lhe tomar descansos breves ou atender assuntos pessoais.

- **Protocolos de Emergência (Guias ABC):** Estabelecer guias claras de ação diante de crises para que o agente saiba como atuar sem receber todo o impacto emocional de forma desordenada.
- **Supervisão e Formação Contínua:** Oferecer espaços de escuta com profissionais ou pares com experiência para supervisionar o trabalho, orientar a vocação e evitar que o sofrimento dos assistidos se leve de forma pessoal ao lar.
- **Recursos Espirituais e Lúdicos:** Fomentar o uso de manuais de espiritualidade específicos (orações, música), assim como experiências de conexão com a natureza ou atividades recreativas que ofereçam um «respiro para a alma».

Conclusão

Cuidar dos que cuidam a partir da paróquia implica passar de uma atenção centrada unicamente no sucesso do tratamento a um olhar integral que valorize a saúde física, mental e espiritual de seus servidores. Somente através de uma comunidade que se cuida a si mesma em rede, é possível sustentar a esperança nos lugares em que o descarte e o sofrimento parecem prevalecer.

11.1.15 O acompanhamento do luto: permanecer quando a morte chega

Na pastoral de dependências, a morte não é uma possibilidade distante: é uma companheira frequente. Irmãos que morrem por sobredose numa esquina. Jovens assassinados por dívidas com o narco. Mães que encontram seus filhos sem vida num quarto. Pessoas em situação de rua cuja morte não chega aos jornais. A experiência territorial confirma que muitos agentes pastorais e famílias convivem com uma sucessão de perdas que raramente encontram um espaço de elaboração e consolo.

Não obstante, o luto pela morte de uma pessoa com dependência possui características que o distinguem de outros lutos e que a comunidade paroquial necessita compreender para poder acompanhar:

- **Um luto estigmatizado.** A família que perde um filho por sobredose ou por violência associada ao consumo carrega uma dupla dor: a perda e a vergonha. A sociedade costuma emitir um juízo implícito —«algo devem ter feito errado», «foi ele que quis»— que isola os enlutados e lhes

nega o direito ao consolo público que se outorga naturalmente diante de outras mortes. Esta solidão do luto é uma das formas mais cruéis do descarte.

- **Um luto antecipado e prolongado.** Muitas famílias começam a fazer luto muito antes da morte física. A deterioração progressiva do irmão, os desaparecimentos, as internações, as recaídas sucessivas vão gerando uma perda gradativa da pessoa que conheciam. Quando a morte chega, às vezes se experimenta como um alívio que imediatamente gera culpa. Outras vezes chega como a confirmação de uma dor que se vinha carregando em silêncio durante anos.
- **Um luto sem fechamento.** Em contextos de violência territorial, muitas famílias não recuperam o corpo, não sabem exatamente o que ocorreu, ou a morte fica impune. A impossibilidade de fechar o ciclo agrava o sofrimento e pode cronificá-lo.
- **Um luto que alcança a equipe pastoral.** Os agentes que acompanham pessoas com consumo problemático perdem irmãos com os quais caminharam durante meses ou anos. Essas mortes deixam marcas profundas que, se não se elaboram, se acumulam até produzir um esgotamento emocional que pode levar ao abandono da tarefa.

A teologia do luto que este manual propõe está pintada desde o século XVI no Retábulo de Isenheim. A cena do enterro de Jesus, descrita no capítulo 3, mostra a Igreja que permanece quando a eficácia emudeceu. Maria, João e a Madalena não tentam ressuscitar o crucificado; sustentam-no, choram-no e preparam seu corpo com reverência. Essa é a imagem de uma comunidade que não abandona seus mortos nem quem os chora. Como diz o manual: *a Igreja é uma mãe que não solta a mão de seus filhos, nem sequer quando o mundo já lhes deu sepultura.*

Alguns gestos concretos podem ser:

- **Liturgias memoriais.** Celebrações periódicas —ao menos uma vez ao ano— em que a comunidade paroquial nomeie e lembre as pessoas que morreram por causas vinculadas ao consumo no território. Estes espaços litúrgicos cumprem uma função dupla: honram a memória dos falecidos e rompem o isolamento das famílias ao tornar público e comunitário uma dor que costuma viver-se na clandestinidade da vergonha.
- **Grupos de acompanhamento para famílias em luto.** Espaços regulares em que mães, pais, irmãos e parceiros que perderam alguém

pela dependência possam compartilhar sua experiência com outros que atravessam a mesma realidade. Estes grupos não requerem condução profissional especializada, embora a articulação com um profissional de saúde mental para os casos de luto complicado seja recomendável. O que sim requerem é um referente formado em escuta ativa e um compromisso de confidencialidade e não julgamento.

- **Acompanhamento personalizado no momento da morte.** Quando a comunidade fica sabendo da morte de um irmão em situação de consumo, o gesto pastoral mais importante é estar presente: acudir, acompanhar a família nos trâmites, oferecer a celebração das exéquias sem condições e sem julgamento. Em muitos casos, a família teme que a Igreja a rejeite ou a julgue; a presença incondicional nesse momento pode ser o início de um vínculo de confiança que sustente o processo de luto posterior.

- **Santuários da memória.** Alguns centros do bairro e comunidades da região criaram espaços físicos —uma parede, um altar, um canto— em que se colocam os nomes ou as fotos dos que já não estão. Estes santuários funcionam como um gesto comunitário que diz: esta pessoa existiu, foi amada, e sua vida teve um valor que a morte não apaga.

- **Espaços de elaboração para a equipe pastoral.** Os agentes que perdem irmãos necessitam um espaço próprio para processar essas mortes. Isto não se resolve com uma oração rápida ao final de uma reunião; requer momentos dedicados em que a equipe possa nomear a quem perdeu, expressar o que sente e receber o sustento de seus pares. Esta dimensão articula-se diretamente com o desenvolvido na subseção anterior sobre o cuidado dos que cuidam.

O acompanhamento do luto não é um agregado menor à pastoral de dependências. É a prova de fogo da ética do cuidado: se a Igreja acompanha apenas enquanto há esperança de recuperação e se retira quando chega a morte, então sua presença estava condicionada ao resultado e não à dignidade da pessoa. Permanecer ao lado da família que perdeu seu filho —sem explicações fáceis, sem moralismos, sem a tentação de encontrar-lhe um sentido imediato ao sem-sentido— é o ato pastoral mais desnudo e mais verdadeiro que uma comunidade pode oferecer. É o que fazem Maria, João e a Madalena na predela (parte inferior) do Retábulo: ficar.

11.2 | Âmbito educativo

11.2.1 A prevenção escolar

Falar de prevenção no âmbito escolar exige, antes de tudo, ampliar o olhar. Se reduzimos a prevenção à transmissão de informação sobre substâncias ou a intervenções esporádicas diante de emergentes —como podem ser as «oficinas sobre dependências»— corremos o risco de ficar na superfície do problema. A experiência e a reflexão acumulada nos convidam a compreender que os consumos problemáticos não constituem um fenômeno isolado, mas muitas vezes a expressão de uma crise mais profunda: fragilidade nos vínculos, debilitamento do tecido comunitário e, em numerosos casos, um vazio de sentido na vida das pessoas.

Neste marco, a escola ocupa um lugar privilegiado. Não porque deva resolver por si só uma problemática tão complexa, mas porque é um dos espaços privilegiados em que se configuram hábitos, vínculos, olhares sobre a vida e projetos de futuro. Quando uma escola faz bem o que lhe é próprio, torna-se profundamente preventiva.

Agora bem, quando uma escola faz bem o que lhe é próprio? Poderíamos dizer, sinteticamente, que quando contém, acompanha e habilita a projeção vital. Vamos nos deter brevemente em cada uma dessas dimensões essenciais da tarefa educativa.

Contenção e acompanhamento

A prevenção na escola começa, antes de mais nada, por uma atitude: a da presença, da proximidade e do vínculo. Estar, escutar, sustentar, habilitar a palavra. Muitas vezes, o primeiro gesto preventivo não é uma intervenção estruturada, mas a capacidade de um adulto significativo de gerar confiança e reconhecimento.

A partir daí, a prevenção se desdobra como construção de uma verdadeira cultura institucional do cuidado. Não se trata simplesmente de somar atividades isoladas, mas de revisar práticas, climas e dinâmicas cotidianas: como nos vinculamos?, que lugar damos à palavra dos estudantes?, como abordamos os conflitos?, que experiências de pertencimento oferecemos?

Em linha com o desenvolvido neste manual, sabemos que muitas vezes as dependências afundam suas raízes numa profunda orfandade afetiva, no debilitamento dos vínculos e na dificuldade para encontrar sentido. Não se trata somente de «não saber algumas coisas», mas de uma disposição existencial: a pessoa experimenta um vazio que termina cristalizando na percepção de um mundo

hostil ou inabitável. Então aparece o consumo como uma saída ilusória, uma forma de evasão.

Diante desta experiência negativa do mundo, a escola pode converter-se num lugar habitável, um espaço que convoque a estar presentes. E isto ocorre, sobretudo, através dos vínculos cotidianos. São especialmente os adultos de referência —docentes e pessoal não docente— que podem gerar um clima de amabilidade e reconhecimento, em que os estudantes possam fazer-se presentes com suas histórias, muitas vezes atravessadas por dores e angústias.

A escola funciona muitas vezes como um verdadeiro «hospital de campanha». Ali chegam crianças, adolescentes e também adultos com feridas profundas. Mas para que essas feridas possam ser acolhidas e acompanhadas, é necessário que os adultos não passem de largo, que não fiquem entrincheirados unicamente em questões funcionais ou burocráticas que terminam gerando distância e indiferença.

Em contextos de fragmentação social, esta presença adquire uma importância decisiva. Muitas crianças e adolescentes crescem hoje em ambientes em que os adultos referentes deixaram de ser figuras protetoras para tornar-se invisíveis ou ausentes. A isto se soma que, em numerosos contextos vulneráveis, o narcotráfico avança buscando cooptar crianças e jovens. Ali a tarefa de contenção e proteção que realizam as escolas torna-se urgente. Algo similar ocorre com os riscos associados ao «território digital», incluídas as novas formas de dependência vinculadas ao uso problemático de telas e dispositivos. Em muitos casos, as escolas estão transformando-se num dos poucos âmbitos capazes de ajudar a regular estes consumos.

Uma criança passa grande parte de sua vida na escola. Por isso é importante que durante esse tempo possa fazer-se presente com sua história e sua realidade; que possa explorar sua interioridade e fazê-lo desde uma experiência de convivência amável com os demais. Em definitivo, são os outros que tornam habitável o mundo. Cada pessoa necessita sentir-se reconhecida e valorizada pelo que é —e não somente pelo que poderia chegar a ser—. Ali se fortalece a confiança, que constitui o solo firme sobre o qual se desdobra a trajetória vital. Em contraste com a «dependência» —entendida aqui como aquilo que obtura ou silencia— a escola deve ser um espaço para a «dicção»: um lugar em que cada estudante possa encontrar e expressar sua própria voz.

Ao contrário, quando alguém atravessa a experiência escolar como um anônimo, como alguém não reconhecido, a escola não só deixa de prevenir, mas pode converter-se num âmbito que predispõe à evasão. Ainda mais, quando as relações do entorno escolar se tornam hostis (pela violência ou o bullying, a

indiferença, a competição desmedida, etc.), é provável que tudo isto seja caldo de cultura para condutas adictivas: assim a escola gera a tendência à evasão, ao não querer habitar e estar presentes.

Quando a escola consegue constituir-se verdadeiramente em Comunidade Educativa, os vínculos conformam uma potente rede de contenção e cuidado. A confiança prevalece então sobre a lógica do mero controle. Nesse marco, a escola transforma-se em promotora de uma autêntica Cultura do Cuidado. Isto exige, evidentemente, uma articulação inteligente entre as distintas instâncias de acompanhamento: desde quem recebe na portaria até os docentes, tutores e equipes de orientação. A prevenção nunca é uma tarefa individual; é sempre uma construção coletiva.

E embora muitas vezes não tenhamos todas as respostas, sim podemos construí-las junto a outros. Por isso é fundamental compreender que a prevenção não se esgota dentro da escola. A articulação com as famílias, as organizações comunitárias e outros atores do território amplia o alcance das ações e fortalece as redes de cuidado. A escola torna-se assim um nó dentro de uma trama mais ampla capaz de sustentar as pessoas em suas múltiplas dimensões.

A projeção vital

O outro grande elemento que torna preventiva a escola é sua capacidade para colaborar na projeção vital dos estudantes: isto é, na maneira como uma pessoa imagina, orienta e organiza sua vida rumo ao futuro.

A projeção vital tem a ver com o sentido que cada um dá à sua existência, com os horizontes rumo aos quais quer caminhar e com aquilo que considera valioso. Não se limita unicamente a metas concretas —«quero estudar determinada carreira» ou «quero ter tal trabalho»—, mas inclui perguntas muito mais profundas: que tipo de pessoa quero chegar a ser, que vínculos desejo construir, que valores quero encarnar, que marca gostaria de deixar, como imagino uma vida plena e significativa.

A escola é, neste sentido, um lugar privilegiado para desenvolver uma verdadeira «pedagogia da esperança». Talvez este seja hoje um de seus maiores desafios. Os horizontes de projeção aparecem muitas vezes debilitados ou diretamente cancelados. Por um lado, vivemos bombardeados por situações dolorosas e relatos sociais atravessados pelo desencanto. Por outro, a realidade costuma apresentar-se como fechada sobre si mesma, sem transcendência nem promessa.

Mas a escola necessita da esperança como de um insumo essencial. Educamos porque esperamos; e esperamos algo bom das pessoas e do porvir. A escola

está chamada a ser um antídoto diante da falta de horizontes.

Há aqui uma questão sutil, embora profundamente significativa: quando a proposta educativa aparece vazia de sentido, sem cor, insalubre ou inclusive «indigesta», também pode produzir dano. Além de favorecer, em muitos casos, a evasão escolar, gera ceticismo a respeito da própria possibilidade de projetar a vida. Ali onde alguém deveria encontrar inspiração e sentido, encontra algo que o adormece e desalenta.

Por isso, uma das funções essenciais da escola consiste em abrir horizontes, animar-se a perguntar pelos fins e não unicamente pelos meios. A educação não pode reduzir-se a oferecer ferramentas ou habilidades para sobreviver; deve também oferecer sentidos que permitam aspirar a uma vida plena.

Os estudantes necessitam poder reconhecer-se como protagonistas de seu próprio projeto vital. Um projeto que alcança plenitude quando se pensa desde a perspectiva do serviço, da comunhão e da abertura aos demais. Só assim cada pessoa pode dar «fruto em abundância».

Ações e orientações concretas

Compartilhamos aqui algumas ações e orientações concretas que já se praticam em muitas de nossas escolas, e que revestem caráter preventivo.

Gerar na escola espaços de escuta: Escutar a tempo pode mudar uma história. A escola deve ser um lugar em que alguém possa falar e ser acolhido. **Alguns gestos concretos podem ser:**

- As tutorias
- Os espaços de diálogo
- A disponibilidade dos docentes
- Dispor lugares onde as pessoas possam aproximar-se

Apostar na comunidade educativa Uma escola que cuida gera pertencimento. Quando alguém se sente parte, protege-se mais a vida. **Alguns gestos concretos podem ser:**

- Atividades de integração entre alunos, pais, docentes, pessoal não docente, diretores

- Espaços de participação
- Cuidado do clima entre todos.

Protagonismo dos jovens: Os jovens não são apenas destinatários, são protagonistas. Podem cuidar-se entre eles e ser parte da resposta.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Grupos de pares
- Líderes juvenis
- Projetos impulsionados por estudantes

Trabalho com as famílias: A escola e a família necessitam-se mutuamente. Juntas podem sustentar melhor as crianças.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Encontros com pais
- Espaços de diálogo
- Acompanhamento

Formação de docentes: O educador é chave. Necessita ferramentas, mas também sustento para sua tarefa.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Capacitações
- Espaços de reflexão
- Acompanhamento institucional

Articulação com o território: A escola não está sozinha. Faz parte de uma rede mais ampla de cuidado.

Alguns gestos concretos podem ser:

- Vínculo com paróquias
- Centros do bairro

- Encaminhamentos acompanhados.

Sem dúvida, nesta e outras questões, a escola pode e costuma enfrentar-se com seus limites. E isso a obriga tanto a rever-se criticamente quanto a evitar fechar-se atrás de muralhas que, embora pretendam protegê-la, terminam asfixiando-a.

Num contexto atravessado por múltiplas fragilidades, a escola está chamada a ser sinal e espaço de cuidado. Não a partir de uma lógica de vigilância ou controle, mas a partir de uma proposta que humanize, vincule e dê sentido.

Ali onde existe uma verdadeira comunidade educativa, existe também um âmbito profundamente preventivo.

11.2.2 As universidades

Quando falamos de uma Universidade lembramos seus três papéis principais:

Docência: é a transmissão do conhecimento.

Pesquisa: é a produção do conhecimento.

Extensão: é a relação com o Território.

Embora habitualmente nos enfoquemos mais na Docência, é urgente lembrar que os três devem estar coordenados. Quando a Universidade se afasta dos territórios, sua pesquisa não se coloca a serviço de suas necessidades e sua docência termina repetindo os mesmos conhecimentos, muitas vezes descontextualizados. Ao contrário, quando estes três papéis estão bem integrados e se complementam, a Universidade contribui para o Desenvolvimento Humano Integral de um modo muito mais pleno. Por essa razão, tentaremos dar conta de cada um destes papéis em sua relação com nosso tema.

A Universidade não pode permanecer alheia ao problema da droga nem às realidades da pobreza, porque se trata de uma das problemáticas mais complexas do tecido social contemporâneo. Por isso é fundamental a intervenção universitária através da formação, do compromisso social, da pesquisa interdisciplinar e da extensão.

A visão institucional deve assumir a abordagem dos consumos desde uma perspectiva de saúde pública e direitos humanos, rejeitando a criminalização e promovendo a integração do sujeito à comunidade através do conhecimento

e do acompanhamento. Deve compreender e transmitir que a pessoa que consome é um sujeito de direitos, e quais são as consequências disso. Assim mesmo, esta ação alinha-se diretamente com os compromissos globais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), os quais fazem parte do plano de ação global adotado pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), impactando de maneira frontal na Erradicação da Pobreza (ODS 1), na Saúde e Bem-Estar (ODS 3), na Igualdade de Gênero (ODS 5), na Inovação e Infraestrutura (ODS 9), na Redução das Desigualdades (ODS 10) e na construção de Paz, Justiça e Instituições Eficazes (ODS 16).

Quando a Universidade inclui em sua oferta acadêmica estes temas, multiplicam-se os referentes que respondem à problemática. Portanto, se o diagnóstico que fazem nossas comunidades no território evidencia uma grande desproporção entre o problema e as respostas, é necessário incidir nas Universidades para que incorporem de forma transversal estes temas em sua agenda acadêmica. Outra das tarefas importantes é o aporte de insumos baseados em evidência para o debate público e a compreensão do marco jurídico de cada país. Os atores de base, voltados por completo às urgências do território, não contam com os tempos institucionais para a atualização formativa. É importante que a universidade supere essa distância, transferindo os saberes e as ferramentas científicas que fortaleçam e deem segurança à valiosa ação que eles já realizam em suas comunidades.

A Docência

A universidade não deve apenas formar os referentes territoriais mas também os profissionais que se tornarão especialistas. Tradicionalmente pensou-se este papel para médicos, psicólogos, assistentes sociais, advogados ou enfermeiros. Contudo, diante da complexidade das dependências e das vulnerabilidades sociais, todas as carreiras universitárias e disciplinas devem comprometer-se ativamente neste desafio, formando profissionais sensíveis e tecnicamente preparados. Deste modo, a instituição assume este compromisso transversal como um aporte direto ao cumprimento global dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

A oferta acadêmica deve expandir-se mediante a transversalidade dos diferentes campos do saber. A seguir, vejamos alguns exemplos:

- **Carreiras de Educação e Licenciaturas:** Têm o potencial de desenhar e executar oficinas educativas e pedagógicas (tais como ensino de língua materna, línguas estrangeiras, literatura, cultura, entre outros) adaptadas

para pessoas em processo de tratamento.

- **Engenharias e Carreiras Técnicas:** Podem promover oficinas práticas (como mecânica, informática ou elétrica, entre outras) orientadas a capacitar e qualificar a mão de obra, abrindo caminhos de inserção laboral.

- **Carreiras de Ciências Econômicas e Administração:** Têm a capacidade de ministrar oficinas de empreendedorismo e finanças pessoais, capacitando os participantes na criação de cooperativas e microempreendimentos que assegurem sua autonomia econômica.

- **Carreiras de Artes, Design e Comunicação:** Podem implementar oficinas de arteterapia, música e design como ferramentas de expressão emocional, além de colaborar no desenho de campanhas comunitárias de prevenção sem estigmas.

- **Todas as áreas do conhecimento:** Têm a capacidade de desenvolver disciplinas e projetos que promovam dinâmicas para fortalecer a baixa autoestima, motivar a continuidade dos estudos e estimular o acesso à educação superior.

O estudo universitário deve outorgar protocolos para que a prevenção seja mais bem-sucedida e os tratamentos mais seguros, com rigor científico. A Universidade deve ensinar aos futuros profissionais que a abordagem não é igual numa escola, numa fábrica ou num juizado, mas que se deve formar com ferramentas específicas que se adaptem à realidade de cada pessoa e a cada contexto.

Por último, o conhecimento universitário é a melhor defesa contra o castigo. Um profissional formado sabe que o consumo é um tema de saúde e não um delito. Isto garante que os programas tratem as pessoas com dignidade, respeitem sua privacidade e busquem sua recuperação, cumprindo sempre com as leis vigentes em cada território.

A Pesquisa

É urgente desenvolver uma proposta metodológica que desenhe as bases para uma linha de pesquisa aplicada que vincule os dispositivos territoriais com a academia e os organismos públicos, orientada a gerar dados científicos capazes de incidir de forma efetiva nas políticas de drogas vigentes.

- **Deslocamento Epistemológico:** É necessário reduzir a atual desproporção rumo aos enfoques neurocientíficos reducionistas que isolam o fenômeno no cérebro individual. Esse conhecimento é importante, mas não o único necessário.
- **Objetivos Estratégicos:**
  1. *Incidência Política:* Surge da articulação de dois afluentes complementares: a construção do poder comunitário desde as bases e o domínio da linguagem técnico-institucional das políticas públicas baseadas em evidência.
  2. *Chegar Antes:* É urgente desenvolver uma pesquisa com enfoque preventivo para identificar alertas precoces nas trajetórias de infâncias e juventudes.
  3. *Respostas para os Consumos:* É necessário diagnosticar, mapear e documentar as dinâmicas e padrões de consumo reais nos bairros periféricos.
- **Complementaridade Metodológica:** Urge promover um diálogo horizontal entre a universidade e o território mediante uma metodologia mista:
  - *Pesquisa Quantitativa:* Produção de dados estatísticos rigorosos, fundamentais para demonstrar a escala do problema e disputar orçamentos estatais.
  - *Pesquisa Qualitativa (Teoria Fundamentada):* Adoção do enfoque da *Grounded Theory* sob a premissa metodológica de «ir desprovido a escutar» o território, permitindo que as categorias analíticas e terapêuticas emerjam diretamente da voz dos coordenadores e protagonistas do bairro.

A partir desta abordagem, a discussão e avaliação dos resultados obtidos nas aulas e oficinas territoriais permite entender como a educação atua como um pilar fundamental para a reconstrução de vidas. A interação direta e o intercâmbio de experiências acadêmicas de caráter científico-cultural geram um valioso banco de dados para futuras pesquisas, fomentando o desenvolvimento da ciência e a reflexão sobre o papel do sistema de ensino como um instrumento real de inclusão social.

- **Coconstrução de Indicadores Comunitários:** Consiste no desenvolvimento conjunto de métricas dinâmicas de avaliação para auditar

os processos comunitários. Este indicador supera o viés estatal estático (centrado unicamente na abstinência ou no egresso clínico) para medir processos de inclusão real: regularização documental, restabelecimento de laços familiares, controles de saúde, revinculação escolar e desenvolvimento de autonomia laboral em cooperativas.

A Extensão Universitária

A relação da Universidade com o território não deve ser assistencialista, mas baseada na transferência de conhecimentos e na ação direta nos diversos ambientes da sociedade. Por isso, os projetos de extensão podem e devem implementar-se em qualquer espaço comunitário, priorizando aqueles com maiores índices de exclusão social, tais como escolas públicas, centros comunitários, refeitórios populares, assentamentos informais e espaços de vulnerabilidade crítica. A articulação realiza-se tanto com os atores que já operam no território (líderes comunitários, referentes do bairro e ONGs) quanto diretamente com os habitantes destas zonas.

A ideia é capacitar estes referentes e comunidades mediante a entrega de dados estatísticos, estudos de campo e relatórios atualizados, permitindo o desenho de intervenções estratégicas, inteligentes, baseadas em evidência e adaptadas às realidades mais postergadas.

Deve-se prover as organizações territoriais de ferramentas metodológicas para que possam realizar seus próprios levantamentos, permitindo uma detecção precoce de novas tendências de consumo ou riscos emergentes em zonas específicas. É importante traduzir as pesquisas universitárias em guias práticas e protocolos de ação simples que sirvam como suporte técnico para que o líder do bairro saiba como atuar, a quem recorrer e como sustentar o acompanhamento em contextos de alta vulnerabilidade.

Através desta vinculação de extensão, consegue-se ressignificar vidas por meio da extensão universitária, alcançando resultados fundamentais baseados em cinco pilares essenciais:

1. **Elevação da autoestima e redução do sentimento de marginalização:** Mostra às pessoas participantes (como ocorre, por exemplo, com as mulheres em situação de vulnerabilidade e dependência) seu verdadeiro potencial e valor pessoal, combatendo os estigmas e os preconceitos.

2. **Aumento do compromisso com o próprio processo de recuperação:** A aprendizagem contínua desperta o interesse por novas oportuni-

dades de educação e de trabalho.

3. **Promoção da interação social e do intercâmbio de saberes:** Cria um ambiente de apoio mútuo através da convivência e do diálogo horizontal entre as comunidades e a equipe universitária voluntária.

4. **Capacitação das participantes:** Oferece conhecimentos práticos e técnicos para assegurar uma reintegração social e econômica muito mais autônoma na sociedade.

5. **Contribuição a uma formação docente mais sensível e humana:** Permite aos acadêmicos e futuros professores desenvolver habilidades empáticas e ferramentas pedagógicas desenhadas especificamente para ambientes complexos de ensino.

11.3 | O âmbito laboral

No coração de nossas comunidades e propostas pastorais, o trabalho é compreendido como uma necessidade. O trabalho constitui o eixo fundamental sobre o qual se reconstrói o reconhecimento da dignidade humana e se cura a urdidura social danificada pela exclusão profunda. *«Abraçar a vida como vem»* implica receber cada irmão e irmã em sua realidade total, assumindo o compromisso de acompanhá-los de maneira integral desde sua primeira chegada em situação de rua ou consumo problemático, até lograr sua plena inclusão social e laboral.

O trabalho, além de ser indispensável para a dignidade, *ajuda a tecer relações de intercâmbio e ajuda mútua, permite sentir-se colaborador de Deus para cuidar e desenvolver este mundo, e faz sentir-se útil à sociedade e solidário com seus entes queridos.* Para quem habitou as margens do descarte e da vulnerabilidade, o modo sobrevivência consome toda sua energia diária; o trabalho formal ou comunitário interrompe essa lógica destrutiva, devolvendo-lhe a certeza de ser protagonista de sua própria história.

Portanto, é necessário desenvolver estratégias orientadas a garantir de forma efetiva o acesso ao direito sagrado do **Trabalho**, integrando-o como uma ferramenta terapêutica e pedagógica dentro do itinerário de recuperação. Não se trata de atividades paralelas à pastoral, mas da pastoral mesma encarnada na mesa, na oficina, na cooperativa e nas finanças solidárias, promovendo uma economia social centrada na vida, que cuida da Casa Comum e respeita os processos da comunidade.

11.4 | A Pastoral Diocesana

O problema das dependências não reconhece fronteiras paroquiais. Afeta famílias de toda a diocese, transborda a capacidade de resposta de uma só comunidade e exige um olhar que possa abarcar o território em seu conjunto. Por isso, a organização da pastoral em nível diocesano não é uma opção administrativa, mas uma necessidade pastoral.

Uma resposta diocesana permite, em primeiro lugar, conhecer com maior precisão a realidade do território: identificar as zonas mais afetadas, os recursos já existentes e os vazios que ficam sem cobrir. Sem esse mapa, cada paróquia atua de maneira isolada, repetindo esforços ou deixando sem atenção quem mais o necessita.

Em segundo lugar, a dimensão diocesana torna possível articular uma rede de acompanhamento que nenhuma paróquia poderia sustentar sozinha. Comunidades terapêuticas, grupos de famílias, equipes de formação e espaços de prevenção em colégios podem coordenar-se e complementar-se quando há uma instância que os convoca e os sustenta.

Finalmente, a Igreja particular —a diocese— é o lugar próprio da communio eclesial. É ali onde o bispo, como pastor, pode impulsionar uma resposta unitária que reflita a opção de toda a Igreja local pelos mais vulneráveis. Uma pastoral diocesana de dependências é, nesse sentido, uma expressão concreta da sinodalidade: caminhar juntos rumo a quem mais o necessita.

11.4.1 Missão

Que a Igreja cuide de seus filhos:

A pastoral de dependências reflete o chamado da Igreja a cuidar de cada um de seus filhos, abraçando especialmente aqueles que mais o necessitam, e desenvolvendo estratégias preventivas para que os mais jovens não comprometam sua vida em caminhos que os danifiquem. Este cuidado integral não se limita apenas ao apoio espiritual, mas se estende às dimensões físicas, emocionais e sociais de cada pessoa, de cada família e comunidade. Através desta pastoral a Igreja se esforça por proteger e curar aqueles que caíram no abismo da dependência, oferecendo ferramentas para sua recuperação, acompanhamento constante e esperança em uma vida nova, ao mesmo tempo em que implementa medidas de prevenção adequadas para evitar que mais pessoas sofram estas escravidões.

Que a Igreja seja a família dos mais rotos:

A pastoral de dependências deve ser o rosto acolhedor de uma Igreja samaritana que não teme abraçar aqueles que estão mais feridos pela vida. Como uma mãe que acolhe seus filhos mais frágeis, a Igreja está chamada a ser refúgio e consolo para aqueles que, por diversas circunstâncias, caíram na escravidão das dependências. Esta pastoral converte-se assim em uma expressão concreta do amor incondicional de Deus, construindo uma família espiritual em que os mais rotos são vistos, escutados, acompanhados e integrados na comunidade, em seu processo de cura e redenção. Nesse sentido, o Papa Bento XVI dizia: *A Igreja é a família de Deus no mundo.*

Bento XVI, *Deus caritas est* (2005).

Que a Igreja aprofunde sua opção pelo Evangelho da vida:

A pastoral de dependências deve ser um testemunho vivente da opção da Igreja pelo Evangelho da Vida, proclamando com força que cada vida é sagrada e digna de ser amada, defendida e restaurada. Num mundo que muitas vezes tende a marginalizar e excluir os mais vulneráveis, esta pastoral reafirma o compromisso da Igreja com a defesa de toda vida humana, desde seu início até seu fim natural. Aprofundar nesta opção significa promover a vida plena, combatendo não apenas as dependências, mas também as estruturas de pecado e exclusão que as alimentam.

11.4.2 Visão

dade:

A visão da pastoral de dependências fundamenta-se na identidade da Igreja como comunidade de fé, esperança e amor, que responde às realidades do mundo desde sua própria missão. Embora a proposta eclesial não se assemelhe à dos centros de saúde, que abordam as dependências desde um enfoque clínico e assistencial, a Igreja não renega da importância destas instituições e perspectivas. Em vez disso, compreende que sua tarefa é complementar à delas, oferecendo um acompanhamento espiritual e aportando seu olhar integral e comunitário. A Igreja promove a dignidade humana e o respeito pela vida em todas suas etapas, apresentando em sua ação pastoral o caminho de amor de Jesus. Isto se manifesta tanto na prevenção, que busca chegar antes à vida das crianças e jovens, quanto no acompanhamento das pessoas que já transitam pelos caminhos da dependência, convidando-as a voltar a Deus e à Igreja. Assim, a Igreja converte-se em um farol de esperança para aqueles que sofrem em razão das dependências, criando uma comunidade que promove a inclusão, a solidariedade e o cuidado mútuo no processo de cura.

A pastoral de dependências deve entender-se como um esforço integral e transversal que transcende as fronteiras dos ministérios tradicionais e se estende a todas as áreas da vida da Igreja. Isto implica que, além das ações diretas que

possa realizar, esta pastoral deve colocar-se a serviço da catequese, das escolas, dos grupos juvenis e das famílias, oferecendo apoio e recursos para abordar a problemática das dependências e sua prevenção de maneira integral. A transversalidade desta pastoral reflete-se na colaboração com diferentes grupos e ministérios, criando uma rede de apoio que permite abordar as dependências desde múltiplos ângulos. Assim, a Igreja converte-se em um testemunho de sinodalidade, em que cada um contribui segundo seus dons e vocações a serviço do bem comum e do cuidado dos mais vulneráveis.

11.4.3 Objetivos

1. Sensibilizar as comunidades eclesiais acerca do problema e da resposta que oferece a Igreja.

2. Promover respostas preventivas e assistenciais nas paróquias, colégios e instituições eclesiais.

3. Identificar as distintas instituições e atores das dioceses que estão respondendo a este tema.

4. Tecer redes entre essas instituições e atores que estão respondendo entre si, e os outros espaços pastorais da diocese.

5. Desenvolver respostas assistenciais ou preventivas ali onde for necessário.

6. Produzir uma Reflexão católica e diocesana sobre este problema e seus caminhos de solução que permita enriquecer o olhar.

7. Anunciar o Evangelho da Vida, no momento histórico que nos toca, e os contextos eclesiais em que se desenvolve nossa diocese.

8. Incidir nas políticas públicas e na opinião geral desde uma perspectiva humana baseada no Evangelho.

9. Reunir todas as respostas assistenciais, preventivas, de acompanhamento e reintegração social que se dão nas paróquias, escolas, comunidades e instituições da diocese.

10. Formar e acompanhar os agentes pastorais da diocese para que contem com ferramentas adequadas.

11.4.4 Atividades

1. Organizar encontros para a sensibilização da sociedade, organização das respostas preventivas e assistenciais, e integração das redes pastorais.
2. Colocar-se a serviço das outras pastorais, oferecendo informação acerca dos problemas do consumo e dependência ao álcool, drogas, jogo, pornografia e outras dependências comportamentais, assim como de sua prevenção e tratamento.
3. Tornar próximos e disponíveis os recursos da Igreja e da sociedade civil à comunidade diocesana.
4. Realizar jornadas de discernimento, análise e reflexão em ordem a desenvolver um olhar próprio, expresso na própria linguagem religiosa.
5. Desenvolver um diálogo social e político em ordem a incidir nas políticas públicas.
6. Organizar instâncias de formação contínua para os agentes pastorais da diocese, incluindo cursos, encontros e materiais adaptados ao contexto local.
7. Gerar espaços regulares de acompanhamento e revisão para as equipes que trabalham nesta pastoral, cuidando da saúde integral daqueles que acompanham.

11.5 | O âmbito da carceragem

A pastoral carcerária faz missão no denominado mundo da carceragem, o qual abarca não apenas a pessoa privada de sua liberdade, mas todo seu ambiente: família, poder judicial, pessoal penitenciário e de segurança, assim como as áreas técnicas de educação, saúde, sociais, trabalho e jurídica. A relação com este mundo circundante tem como fim acompanhar as pessoas de maneira integral, portanto também acompanha a superar as dependências dentro do presídio e orientar no caminho rumo à liberdade.

A equipe de pastoral carcerária é integrada por agentes pastorais e catequistas com formação específica no contexto de encerramento, junto com a presença de profissionais como acompanhantes terapêuticos. Esta composição facilita o diálogo e o trabalho conjunto com o pessoal penitenciário e as famílias, permitindo uma abordagem integral que, entre outros aspectos, busca evitar a supermedicação das pessoas detidas.

A aproximação a esta realidade se realiza através de diversas iniciativas:

- Levam-se adiante oficinas com saída laboral no plano da laboroterapia. Estes espaços respondem à preocupação de quem está por recuperar a liberdade a respeito de suas futuras possibilidades de emprego. As oficinas funcionam como âmbitos de confiança em que se escuta os encarcerados e se estabelecem vínculos que servem de ponte entre eles e o pessoal. O trabalho é artesanal, com grupos reduzidos de entre dez e doze pessoas para garantir uma atenção devida a cada indivíduo.
- Assim mesmo, propiciam-se almoços terapêuticos no presídio, dos quais participam as pessoas detidas junto ao pessoal penitenciário, psicólogos especializados e a equipe de pastoral. Esta atividade favorece um clima de maior confiança e melhora o trato cotidiano dentro do presídio. A labor da pastoral é um serviço missionário aberto a todos sem distinção, portando uma mensagem de esperança e proximidade.
- O trabalho com as famílias considera-se uma das chaves fundamentais. É frequente que os vínculos se fragmentem pelo cansaço ou outros motivos, o qual afeta profundamente o processo de quem está privado de liberdade. Ao comunicar-se com as famílias, ajuda-se a restabelecer esses laços rotos e a que possam sustentar seus entes queridos nos tratamentos. Neste sentido, a participação de grupos de apoio de familiares de dependentes resulta muito significativa.

A tarefa pastoral busca mostrar a cada pessoa o amor de Deus em cada ação empreendida. Para isso, oferecem-se instâncias de espiritualidade adaptadas ao contexto de encerramento, como os retiros de evangelização kerygmática, que oferecem uma proposta de sentido e uma oportunidade de vida nova.

Finalmente, busca-se a construção de uma cadeia solidária mediante a articulação com redes externas, nas quais estão incluídos distintos espaços assistenciais. Esta rede é vital para assegurar a continuidade do tratamento e o acompanhamento quando uma pessoa egressa da prisão ou deve continuar sua condenação em um entorno comunitário. Trata-se de uma resposta integral que coloca em primeiro lugar a pessoa, acolhendo a vida tal como vem.

11.6 | Comunidades Terapêuticas

A comunidade terapêutica é um modelo de atenção residencial dirigido a pessoas com transtornos por uso de substâncias que busca compreender a pessoa

não unicamente desde o consumo, mas desde a totalidade de sua história, suas emoções, seus vínculos familiares, seu entorno social, sua saúde física e sua dimensão espiritual. No marco deste manual, a comunidade terapêutica compreende-se como uma expressão concreta da família comunitária desenvolvida no capítulo 6: um espaço seguro, estruturado e restaurativo em que o irmão roto encontra teto, mesa, nome e vínculo. Não é um hospital nem um cárcere; é um lar temporário que busca reparar o que a orfandade funcional danou, oferecendo as condições de apego seguro que permitam a integração gradual de uma personalidade fraturada.

O Retábulo de Isenheim que abre este manual nos recorda que os antonianos não eram apenas monges orantes: eram cuidadores que abriram seu mosteiro para receber os doentes de ergotismo. Essa decisão de converter um espaço de oração em um espaço de acolhida é o gesto fundante de toda comunidade terapêutica de inspiração cristã. A comunidade terapêutica é o mosteiro antoniano de nosso tempo: um lugar em que a vida ferida é recebida tal como vem, e em que o cuidado do corpo, a restauração da alma e o despertar do espírito ocorrem em um mesmo processo cotidiano.

Durante muitos anos, os problemas de dependência foram abordados unicamente desde perspectivas moralistas ou punitivas, em que o consumo era interpretado exclusivamente como uma falta de vontade ou um problema de conduta. Contudo, como desenvolveu extensamente a seção do Julgar, as dependências são fenômenos complexos e multifatoriais em que intervêm elementos biológicos, psicológicos, familiares, sociais e existenciais. Por esta razão, uma comunidade terapêutica deve oferecer uma abordagem integral que permita trabalhar todas as áreas deterioradas da vida da pessoa, evitando qualquer um dos reducionismos que o artigo 8.1.4 identificou como tentações permanentes do campo.

11.6.1 As dimensões do processo residencial

A abordagem residencial desdobra as quatro dimensões que este manual propôs como constitutivas da pessoa. Não como compartimentos estanques mas como facetas de uma mesma unidade que se trabalham de maneira simultânea na convivência diária:

A dimensão biológica

O consumo prolongado de substâncias gera alterações físicas, neurológicas e comportamentais que afetam o funcionamento geral do indivíduo. Muitas

pessoas ingressam em processos residenciais com afetações importantes no sono, na alimentação, na saúde física, no manejo de impulsos e na regulação emocional. Por isso, a comunidade terapêutica deve promover hábitos saudáveis mediante rotinas estruturadas, alimentação adequada, atividade física, higiene pessoal, descanso e seguimento médico quando seja necessário.

O objetivo não é unicamente lograr abstinência, mas restaurar o bem-estar físico e a capacidade funcional da pessoa. Como desenvolveu o capítulo 9, a neuroplasticidade que permitiu ao cérebro aprender a dependência é a mesma que permite traçar novos caminhos: as rotinas saudáveis não são um regulamento disciplinar mas uma pedagogia biológica do reaprendizado. Assim mesmo, quando a patologia dual o requer, a comunidade deve garantir o acesso à atenção psiquiátrica e à medicação necessária para a estabilização do sistema nervoso, articulando-se com os serviços de saúde do território.

Cfr. art. 6 (Julgar, Brevíssimo Glossário)

Cfr. art. 8.2 (Julgar, A psique, Trauma...)

A dimensão psicológica

Muitas pessoas apresentam antecedentes de trauma, abandono, violência, rejeição, baixa autoestima, perdas afetivas, problemas de identidade, ansiedade, depressão ou dificuldades severas para manejar emoções. O consumo de substâncias aparece frequentemente como uma tentativa autoterapêutica de anestesiar um sofrimento emocional que se tornou intolerável. Por esta razão, o processo terapêutico não pode limitar-se à conduta observável: deve enfocar-se no autoconhecimento, no reconhecimento emocional, no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, na responsabilidade pessoal e na reconstrução da autoestima.

A terapia individual, o trabalho grupal, a psicoeducação e o acompanhamento contínuo convertem-se em ferramentas fundamentais para promover mudanças internas reais e sustentáveis. Nos casos de patologia dual — que como assinala o capítulo 8.2.2 são a norma e não a exceção nos territórios —, a abordagem deve curar a fratura interna que sustenta o consumo, não apenas tratar o sintoma visível.

A dimensão social

A pessoa faz parte de um ambiente que pode influir positiva ou negativamente em seu processo de recuperação. Muitas vezes existem dinâmicas familiares disfuncionais, vínculos violentos, exclusão social, desemprego, pobreza, falta de oportunidades ou círculos de consumo que perpetuam a dependência. Por isso, a comunidade terapêutica deve converter-se em um laboratório de convivência

em que a pessoa possa aprender novas formas de relação baseadas no respeito, na responsabilidade, na sã comunicação e no cumprimento de normas.

Esta dimensão inclui necessariamente o trabalho com a família, entendida desde o enfoque sistêmico do artigo 8.4.5 como um sistema que frequentemente se organiza ao redor do sintoma e cuja transformação é condição para que a recuperação seja duradoura. Os encontros familiares, os grupos de pais e as intervenções vinculares não são um complemento do processo residencial: são parte constitutiva dele. Assim mesmo, o modelo deve incluir processos de reintegração social e laboral que permitam à pessoa reconstruir seu projeto de vida, reconhecendo — como fundamentou o capítulo 6.3 — que o trabalho é uma dimensão sagrada da identidade humana e não um prêmio que se outorga ao final do percurso.

A dimensão espiritual

Muitas pessoas que atravessam processos de dependência experimentam um profundo vazio existencial, perda de propósito, desesperança e desconexão consigo mesmas. O capítulo 7 deste manual analisou esta realidade como uma fratura da transcendência: o ser humano possui uma abertura constitutiva ao divino que, quando fica bloqueada pelo trauma e pelo consumo, deixa o sujeito em um estado de orfandade espiritual que nenhuma intervenção puramente técnica pode preencher.

A comunidade terapêutica de inspiração cristã deve ser um espaço em que o despertar espiritual possa ocorrer em liberdade. Isto não significa impor práticas religiosas como condição de permanência — a participação deve promover-se sempre desde o convite e o acompanhamento humano, nunca desde a coerção ou o apontar —, mas criar as condições para que a busca de sentido encontre curso. A Lectio Divina, a adoração eucarística, a confissão, os retiros, os momentos de oração comunitária, as atividades de serviço e o trabalho sobre o perdão são ferramentas que o capítulo 7 fundamentou como caminhos de reconexão com a transcendência.

O acompanhamento espiritual pode ajudar a fortalecer valores como a honestidade, o perdão, a gratidão, a humildade, a empatia e o sentido de vida. Pode oferecer ferramentas para ressignificar o sofrimento, fortalecer a resiliência e fomentar a construção de uma identidade baseada em valores e objetivos que transcendam a lógica do consumo. A finalidade não é gerar dependência religiosa, mas contribuir para o crescimento integral da pessoa. Como ensina o artigo 7.1.4, a espiritualidade universal é a porta; a vida comunitária e sacramental é a casa a que essa porta pode abrir-se. O irmão que não professa uma fé pode

encontrar no clima espiritual da comunidade — o silêncio, o cuidado, a beleza, o ritmo da vida compartilhada — o solo em que sua própria busca comece a germinar.

11.6.2 A dignidade e a vida cotidiana como processo terapêutico

Muitas pessoas que ingressam em uma comunidade terapêutica chegam tendo experimentado uma deterioração progressiva de sua dignidade, sua autoestima, seus vínculos e sua percepção de si mesmas. Com frequência aparecem sentimentos intensos de culpa, vergonha, rejeição, fracasso pessoal e desesperança. A pessoa deixa de ver-se como alguém valioso e começa a identificar-se unicamente a partir de seu consumo ou de seu histórico de vida. Nenhuma pessoa pode sustentar mudanças reais se continua percebendo-se como alguém sem valor ou sem esperança.

Por esta razão, a comunidade terapêutica não funciona unicamente como um lugar de internação, mas como um espaço de aprendizagem e transformação em que a dignidade se experimenta no concreto. Cada atividade cotidiana converte-se em uma oportunidade para fortalecer hábitos, valores e habilidades para a vida: levantar-se em um horário determinado, preparar o café da manhã, limpar um espaço compartilhado, aprender um ofício, resolver um conflito com um companheiro, pedir desculpas, assumir uma responsabilidade. A pessoa necessita experimentar que pode voltar a ser útil, capaz, respeitada e valorizada dentro de uma comunidade. Como desenvolveu o artigo 6.1.2, o ato de chamar pelo nome é o gesto fundamental de restauração da dignidade ontológica. Na comunidade terapêutica, esse gesto se repete centenas de vezes ao dia.

O trato respeitoso e a existência de normas claras mas humanizadas fazem parte do que o manual denomina misericórdia estruturada: um marco de convivência que não é nem a rigidez do quartel nem a anomia da rua, mas a firmeza amorosa de um lar que cuida porque coloca limites e coloca limites porque cuida.

11.6.3 Critérios de discernimento para uma comunidade terapêutica fiel ao Evangelho

Nem toda comunidade terapêutica que se declare cristã responde automaticamente ao espírito deste manual. O esquema das quatro dimensões que organiza o Julgar oferece um critério de discernimento prático: quando uma proposta residencial desenvolve uma dimensão mas nega alguma outra, o que está negando é a correta compreensão da pessoa humana. Concretamente:

- Uma comunidade que trabalhe o espiritual mas rejeite a atenção médica ou psiquiátrica incorre no espiritualismo reducionista que o artigo 8.1.4 critica.
- Uma comunidade que trabalhe o biológico e o comportamental mas proíba ou ignore a dimensão espiritual incorre no biologicismo que o mesmo artigo assinala.
- Uma comunidade que isole o residente de todo contato com sua família e seu território contradiz a compreensão relacional do ser humano que o capítulo 6 fundamenta.
- Uma comunidade que utilize a humilhação, o castigo físico ou a coerção religiosa como ferramentas «terapêuticas» nega a dignidade ontológica que o artigo 7.1.3 declara inalienável.

Estes critérios não são um julgamento externo sobre as comunidades existentes, muitas das quais realizam uma tarefa admirável com recursos escassos. São uma bússola que o manual oferece para que cada comunidade possa avaliar-se a si mesma com honestidade e crescer rumo a uma maior integralidade.

11.6.4 Sustentabilidade e abertura ao território

A sustentabilidade econômica constitui um dos pilares fundamentais para o adequado funcionamento e a permanência de uma comunidade terapêutica. Um centro dessas características requer recursos constantes para cobrir necessidades básicas como alimentação, infraestrutura, manutenção, serviços, atenção profissional, atividades terapêuticas e programas de reintegração social. Por essa razão, resulta indispensável desenvolver uma administração responsável, transparente e organizada, que permita garantir estabilidade financeira e continuidade nos processos de atenção.

No entanto, a sustentabilidade não deve depender unicamente de cotas econômicas ou recursos internos, mas também da capacidade de estabelecer vínculos e alianças com diferentes setores da sociedade. A articulação com instituições estatais, municípios, organizações não governamentais, empresas privadas, comunidades paroquiais, associações comunitárias e grupos de voluntariado pode se converter em uma ferramenta chave para fortalecer o funcionamento do projeto. Essas alianças permitem gerar apoios materiais, profissionais e humanos que beneficiem diretamente as pessoas acompanhadas.

Historicamente, muitas comunidades terapêuticas permaneceram isoladas ou invisibilizadas, gerando desconhecimento e estigmatização em relação às pessoas

em recuperação. É necessário promover uma maior abertura e integração com o território, permitindo que a comunidade circundante conheça o trabalho realizado, participe ativamente e compreenda que a reabilitação das dependências também constitui uma responsabilidade social coletiva. A comunidade terapêutica não é um mundo à parte: é um nó dentro da rede de cuidado que este manual propõe, e sua eficácia depende em grande medida da qualidade de suas conexões com o tecido territorial.

11.6.5 A articulação com o modelo ambulatorial

Tal como se desenvolve na seção seguinte, a comunidade terapêutica e o tratamento ambulatorial não são alternativas excludentes, mas momentos de um contínuo de cuidado. Uma pessoa pode iniciar seu processo em um acompanhamento ambulatorial paroquial, requerer em um momento de crise uma internação em uma comunidade terapêutica, e regressar ao dispositivo ambulatorial para sustentar seu processo no território. Outra pessoa pode egressar da comunidade e encontrar no acompanhamento ambulatorial a rede de contenção de que necessita para não permanecer no vazio que este manual descreveu como «o abismo da liberdade».

O ingresso a uma comunidade terapêutica não deve ser pensado como a única resposta possível nem como um destino permanente. O desafio da pastoral é construir a articulação entre dispositivos para que a pessoa não fique presa em um só nem caia nos vazios entre eles. A ética do cuidado exige que o trânsito entre modalidades seja acompanhado e que nenhum trecho do caminho fique sem rede.

11.7 | O Modelo de Tratamento Ambulatorial: Flexibilidade e centralidade vincular

Dentro do desenho institucional das respostas comunitárias, é fundamental diversificar as modalidades de atenção para não reduzir a intervenção exclusivamente a esquemas residenciais ou de internação. O **Tratamento Ambulatorial** constitui-se como uma estratégia institucional prioritária, viável e de alto impacto, que em muitos contextos da região representa a única modalidade de acompanhamento acessível para a maioria das pessoas com consumos problemáticos.

11.7.1 Por que o modelo ambulatorial é prioritário

O tratamento ambulatorial não é uma versão reduzida ou de menor hierarquia do tratamento residencial. É uma modalidade com identidade própria cuja relevância se fundamenta em três realidades:

- **Acessibilidade territorial:** Em grande parte da América Latina, as comunidades terapêuticas residenciais são escassas, custosas ou geograficamente inacessíveis para as populações mais vulneráveis. O modelo ambulatorial permite desdobrar uma resposta ali onde a pessoa vive, sem exigir um desenraizamento que muitos sujeitos —especialmente mulheres com filhos sob seus cuidados, trabalhadores informais ou adolescentes escolarizados— não podem sustentar.
- **Preservação dos vínculos:** Ao permitir que a pessoa não seja desvinculada de seu entorno cotidiano, o tratamento ambulatorial trabalha com a trama relacional real do sujeito. Não se trata de curá-lo em um ambiente protegido para depois devolvê-lo a um território que permanece inalterado; trata-se de acompanhar a transformação do sujeito e de seu entorno de maneira simultânea, o que é coerente com o enfoque sistêmico desenvolvido neste manual.
- **Coerência com a ética do cuidado:** O modelo ambulatorial encarna de maneira natural o princípio de não condicionar o acesso ao acompanhamento. A pessoa não precisa internar-se para ser acompanhada; basta que chegue. Essa flexibilidade é especialmente relevante para quem se encontra em etapas iniciais do processo de mudança (pré-contemplação e contemplação), onde a exigência de uma internação pode funcionar como barreira de acesso que termina afastando o irmão em vez de recebê-lo.

11.7.2 A quem se dirige

Uma concepção frequente, porém equivocada, limita o tratamento ambulatorial aos casos «menos graves» ou «menos compulsivos». Embora seja verdade que algumas situações requerem a contenção de um dispositivo residencial —especialmente quando existe risco vital, descompensação psiquiátrica aguda ou ausência total de rede de apoio—, a evidência e a experiência territorial mostram que o modelo ambulatorial pode acompanhar eficazmente um espectro amplo de situações:

- Pessoas em etapas iniciais de consumo problemático, nas quais a intervenção precoce pode prevenir a cronificação do transtorno.

- Pessoas que egressam de um dispositivo residencial e necessitam de um acompanhamento de transição que sustente as conquistas alcançadas e previna a recaída no território.
- Pessoas com patologia dual estabilizada que requerem um seguimento sustentado no tempo sem necessidade de internação.

Cfr. art. 8.2 (Juzgar, La psiquis, Trauma...)

- Mulheres com filhos sob seus cuidados que não podem aceder a uma internação sem perder o vínculo com suas crianças ou arriscar a guarda.
- Adolescentes escolarizados cuja desvinculação do sistema educativo agrava o dano em vez de repará-lo.
- Pessoas em situação de rua ou extrema vulnerabilidade, para as quais a primeira tarefa é a aproximação vincular e a redução de danos, antes que qualquer processo formal seja possível.

O critério de encaminhamento não deve se basear unicamente na gravidade do consumo, mas em uma avaliação integral que considere o capital de recuperação do sujeito, a presença ou ausência de rede vincular, a existência de patologia dual e as condições concretas de vida.

11.7.3 Os componentes do dispositivo ambulatorial

Um tratamento ambulatorial integral não é uma consulta clínica isolada. Deve estruturar-se como um itinerário de acompanhamento que integre os seguintes componentes:

- **Acompanhamento individual:** Espaços regulares de escuta e seguimento onde a pessoa possa elaborar sua história, identificar suas vulnerabilidades e construir um projeto de vida. Esse acompanhamento pode ser realizado por profissionais de saúde mental ou por acompanhantes pares formados, segundo a complexidade do caso.
- **Trabalho grupal:** Grupos terapêuticos, grupos de autoajuda ou espaços de encontro entre pares que ofereçam pertencimento, contenção e a possibilidade de aprender com a experiência de outros. O grupo funciona como um laboratório de vínculos saudáveis onde a pessoa pode ensaiar novas formas de se relacionar.
- **Trabalho com a família:** O enfoque sistêmico desenvolvido neste manual exige que o dispositivo ambulatorial inclua um componente familiar

ativo. Não se acompanha somente a pessoa que consome, mas a rede vincular que a sustenta ou a expulsa. Os encontros familiares, os grupos de pais e as intervenções domiciliares fazem parte constitutiva do processo.

- **Atenção psiquiátrica e médica:** Nos casos de patologia dual ou de deterioração física significativa, o dispositivo deve garantir o acesso a avaliação e seguimento psiquiátrico, assim como à atenção das comorbidades médicas. A articulação com os serviços de saúde do território é indispensável.

- **Atividades promocionais e comunitárias:** Oficinas de ofícios, atividades esportivas, artísticas e recreativas que ofereçam alternativas concretas ao tempo vazio e que fortaleçam as habilidades sociais e a autoeficácia. Esses espaços, que o manual desenvolveu sob o paradigma de «chegar antes», não são complementos do tratamento: são parte do tratamento.

- **Acompanhamento espiritual:** Para quem o deseje, a oferta de espaços de oração, leitura orante, retiros breves ou acompanhamento pastoral pode fortalecer a dimensão do sentido e da transcendência que o capítulo 7 desenvolveu como constitutiva da recuperação.

11.7.4 A paróquia e o centro de bairro como sede natural

Uma das fortalezas do modelo ambulatorial é que pode desdobrar-se nos espaços que a Igreja já possui no território. A paróquia, a capela, o centro de bairro ou o Lar de Cristo podem funcionar como sedes de um dispositivo ambulatorial que não requer uma infraestrutura hospitalar para operar. O que requer é uma equipe formada, uma organização dos tempos e a decisão institucional de abrir as portas a essa modalidade de acompanhamento.

Isso não significa que a paróquia se converta em um centro de saúde mental. Significa que pode oferecer os componentes comunitários do acompanhamento —grupos, oficinas, escuta, atividades, espiritualidade— articulando-se com os serviços profissionais de saúde do território para os componentes que excedem sua competência. O modelo ambulatorial paroquial funciona como um nó da rede, não como um substituto dos serviços especializados.

11.7.5 A relação entre o modelo ambulatorial e o residencial

Ambulatorial e residencial não são alternativas excludentes, mas momentos de um contínuo de cuidado. Uma pessoa pode iniciar seu processo em um acompanhamento ambulatorial paroquial, requerer em um momento de crise

uma internação breve em uma comunidade terapêutica, e regressar ao dispositivo ambulatorial para sustentar seu processo no território. Outra pessoa pode egressar de uma comunidade terapêutica e encontrar no dispositivo ambulatorial a rede de contenção de que necessita para não permanecer no vazio que este manual descreveu como «o abismo da liberdade».

O desafio da pastoral é construir essa articulação para que a pessoa não fique presa em um só dispositivo nem caia nos vazios entre dispositivos. A ética do cuidado exige que o trânsito entre modalidades seja acompanhado e que nenhum trecho do caminho fique sem rede.

11.7.6 Os desafios do modelo ambulatorial

A honestidade pastoral exige reconhecer que o modelo ambulatorial enfrenta dificuldades próprias:

- **A aderência:** Ao não contar com a contenção física de um espaço residencial, o risco de abandono do processo é maior. A chave para sustentar a aderência é a qualidade do vínculo: uma pessoa não deixa de ir a um lugar onde se sente recebida pelo nome.
- **O manejo das crises:** O dispositivo ambulatorial deve ter protocolos claros para situações de crise —recaída, ideação suicida, descompensação psiquiátrica— que incluam a articulação com serviços de emergência e a possibilidade de encaminhamento transitório a um dispositivo residencial.
- **A formação da equipe:** O acompanhamento ambulatorial exige uma equipe que combine o saber profissional com o saber territorial, tal como foi desenvolvido na seção sobre a gestão da tensão entre ambos os saberes. Os acompanhantes pares, os referenciais comunitários e os profissionais da saúde devem trabalhar em uma horizontalidade que respeite as competências de cada um.
- **A coordenação em rede:** O modelo ambulatorial não pode operar de maneira isolada. Requer articulação com os serviços de saúde, os órgãos de proteção social, o sistema educativo e o sistema judiciário. Essa articulação é com frequência o elo mais fraco e o que mais esforço institucional demanda.

Em síntese, o tratamento ambulatorial não é um recurso de segunda linha para os casos que não alcançam a gravidade de uma internação. É a modalidade que melhor encarna a vocação territorial desta pastoral: acompanhar o irmão onde

vive, com quem vive e na realidade que vive, sem arrancá-lo de sua história nem esperar que a crise seja tão grave que não reste outra opção senão a internação. Se a paróquia é o hospital de campanha que o Papa Francisco propõe, o dispositivo ambulatorial é sua sala de atendimento permanente.

11.8 | A Pastoral Nacional

11.8.1 O porquê de uma Pastoral Nacional

A criação de uma Pastoral Nacional responde à urgência de reunir as distintas respostas que a Igreja já oferece por meio de projetos, serviços e comunidades, superando a dispersão de esforços para atuar como um corpo orgânico e sinodal. É imperativo encontrar um piso comum de acordo entre as diversas experiências locais, unificando critérios, diretrizes e linguagens que fortaleçam a identidade eclesial da rede.

Essa estrutura é o canal para transmitir o olhar da Igreja universal e nacional, integrando o Magistério pontifício sobre as dependências com as orientações da Conferência Episcopal diante dos desafios específicos do próprio país. É necessário criar uma mística de cuidado da vida que reconheça a sacralidade de cada pessoa e promova uma «pedagogia do cuidado» frente à cultura do descarte.

Da mesma forma, a Pastoral Nacional atua como um motor para fomentar o surgimento de novas respostas pastorais, assim como o crescimento das existentes, impulsionando a criatividade e novos projetos nos territórios onde a vida está mais ameaçada. Finalmente, tem a missão de desenvolver uma voz profética fundada e com fundamentos na Doutrina Social da Igreja; uma voz que denuncie com valentia as estruturas de pecado e o narcotráfico, oferecendo critérios claros sobre temas sensíveis como as políticas públicas de cuidados e a segurança cidadã, sempre a partir da defesa da dignidade humana.

11.8.2 A mística que nos anima

Nossa mística fundamenta-se na centralidade de Jesus Cristo, que sai ao encontro nos irmãos partidos e sofredores. Anima-nos o espírito do bom samaritano, que impulsiona a Igreja a deter-se, aproximar-se e curar as feridas de quem ficou à beira do caminho, oferecendo uma «terapia do amor». Esse labor vive-se a partir da pedagogia do cuidado e da misericórdia, reconhecendo em cada pessoa descartada o rosto sofredor de Cristo. Não se trata apenas de um serviço técnico, mas de um ato de culto e de comunhão mística que busca devolver a

esperança e o sentido da vida por meio de uma espiritualidade encarnada no cotidiano.

11.8.3 A transversalidade do trabalho da Pastoral Nacional

A Pastoral Nacional de Dependências não é um compartimento estanque, mas uma ação transversal de toda a ação evangelizadora. Oferece insumos essenciais a diversas áreas:

- **Pastoral da Juventude:** Proporcionando ferramentas para a prevenção e o acompanhamento, de modo particular nas periferias existenciais onde os jovens são mais vulneráveis.
- **Pastoral Familiar:** Fortalecendo a família como o primeiro espaço de prevenção e acompanhamento.
- **Pastoral da Saúde:** Integrando a abordagem bio-psico-social-espiritual na atenção integral da pessoa.
- **Pastoral Social e Cáritas:** Articulando a luta contra a exclusão e a promoção do desenvolvimento humano integral.
- **Catequese:** Incluindo conteúdos preventivos que sarem e promovam valores para a vida.
- **Outros:**

11.8.4 A voz profética e a incidência nas políticas públicas

Uma equipe focada no tema tem a tarefa de estudar, refletir e oferecer insumos à Conferência Episcopal para denunciar as estruturas de pecado. Essa voz profética deve assinalar com valentia e prudência os problemas do narcotráfico, do crime organizado e da corrupção que impõem a lei do mais forte nos territórios. A Pastoral deve incidir na esfera pública exigindo às autoridades a vigência do Estado de Direito, o acesso universal à saúde e políticas de cuidados que priorizem a reabilitação em detrimento da criminalização. É a voz daqueles cuja voz não é escutada em um sistema que privilegia o lucro sobre a vida humana.

Da mesma forma, a pastoral nacional pode, se necessário, ser o órgão de denúncias. Quem está no território não pode denunciar ali, pelo risco que corre sua própria vida. A pastoral pode instrumentalizar os meios para canalizar essas denúncias nos órgãos apropriados, se for necessário.

11.8.5 A Organização

A estrutura organizativa reúne referenciais de distintas dioceses sob um modelo de gestão eclesial integrado e sinodal. Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento das pastorais diocesanas. Os referenciais territoriais nomeados em cada diocese podem trabalhar articuladamente com referenciais temáticos, reunindo na pastoral diversos olhares:

- **Colégios e Universidades:** Como aliados em programas preventivos e radares precoces de risco.
- **Paróquias e Capelas:** Por meio de equipes de prevenção locais que recebem a vida como vem.
- **Hospitais e Centros de Saúde:** Integrando fé e ciência em equipes interdisciplinares.
- **Dispositivos de tratamento:** Como as comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda ou Lares de Cristo, que oferecem acompanhamento e/ou espaços de acolhida imediata.

Assegura-se uma composição mista de bispos, clérigos, religiosas/os e leigas/os especialistas para garantir tanto a identidade eclesial quanto a competência técnica.

11.8.6 Marco Metodológico (Reconhecer, Interpretar, Escolher)

Seguindo o paradigma do Caminho de Emaús, a metodologia é processual e comunitária:

- **Reconhecer (A Escuta):** Implica estar presentes nas transições vitais das pessoas, escutando suas feridas sem juízos em centros de escuta e dispositivos de baixa exigência.
- **Interpretar (O Anúncio e a Formação):** Oferecer uma chave de leitura a partir do Evangelho que dê sentido à existência, iluminando a realidade com a Palavra de Deus e o Magistério.
- **Escolher (O Envio e a Missão):** Transformar a pessoa recuperada em uma testemunha audaz, reconhecendo especialmente o carisma dos acompanhantes pares que caminham corpo a corpo com outros.

11.8.7 Ações concretas que a pastoral pode desenvolver

Para que a Pastoral Nacional não seja apenas uma declaração de princípios, mas uma realidade efetiva, propõem-se as seguintes linhas de ação prioritárias:

- **Formação Integral e Permanente:** Estabelecer um plano nacional de capacitação técnica e espiritual para bispos, sacerdotes e agentes pastorais.
- **Rede de Equipes Locais:** Fomentar que em cada diocese exista uma pastoral diocesana que funcione como dinamizadora local da pastoral.
- **Mapeamento de respostas:** tanto eclesiais quanto as oferecidas pelos Estados e pelas organizações da sociedade civil.
- **Dispositivos de Acompanhamento:** Priorizar a criação de **Centros de Escuta** e dispositivos de baixa exigência onde se receba a vida como vem, oferecendo uma acolhida imediata e misericordiosa sem requisitos prévios.
- **Acompanhantes Pares:** Formalizar e reconhecer dentro da estrutura pastoral o carisma dos **acompanhantes pares**, integrando pessoas recuperadas para que caminhem corpo a corpo com quem inicia seu processo de libertação.
- **Encontros:** Organizar e promover encontros de reflexão, transmissão de experiências e olhares. Estes fortalecem o sentido de pertencimento e de corpo frente à missão.
- **Produção de Materiais:** Elaborar materiais de prevenção, formação e informação (gráficos e audiovisuais) adaptados à cultura local, para serem integrados de forma transversal na catequese e na pastoral ordinária.
- **Comunicação e presença pública:** Desenvolver uma estratégia de comunicação que permita à pastoral ocupar espaço em meios massivos e redes sociais, oferecendo uma narrativa humanizante sobre as dependências que dispute o relato de criminalização e estigma. Inclui porta-vozes formados, materiais audiovisuais e vínculos com jornalistas comprometidos com os direitos humanos.
- **Ambientes Seguros:** Implementar de forma irrenunciável **protocolos de proteção de menores** e códigos de conduta para todos os agentes pastorais, assegurando que cada espaço eclesial seja um ambiente sadio, transparente e livre de abusos.

- **Incidência e Monitoramento:** Organizar uma base de dados nacional e um centro de estudos e documentação que permita seguir a evolução da problemática no país, oferecendo insumos fundamentados para a voz profética da Conferência Episcopal e o diálogo com o Estado.
- **Alianças Institucionais:** Estabelecer protocolos de enlace permanente com o Sistema Nacional de Saúde nos casos em que seja possível, organismos internacionais (como CICAD/OEA) e outras redes regionais para assegurar uma resposta integrada e profissional.

11.8.8 Síntese operativa

Para sua operatividade, a Pastoral Nacional define-se como um organismo de serviço da Conferência Episcopal com as seguintes prioridades:

1. **Identidade:** Definição clara como rede de acompanhamento e prevenção sob o amparo da PLAPA/CELAM e organismos nacionais.
2. **Plano de Formação:** Criação de escolas nacionais de formação técnica e espiritual para agentes pastorais.
3. **Protocolos de Cuidado:** Implementação estrita de códigos de conduta e proteção de menores para garantir ambientes seguros.
4. **Relações Institucionais:** Enlace permanente com o Sistema Nacional de Saúde, organismos internacionais (como CICAD/OEA) e redes regionais de pastoral.

11.9 | A Pastoral Latino-Americana de Acompanhamento e Prevenção das Dependências PLAPA

Compartilhamos a seguir o documento de unidade que deu origem à Pastoral Latino-Americana de Acompanhamento e Prevenção das Dependências (PLAPA). Nele aparecem todas as expressões de desejo que inundam nossa rede, assim como os posicionamentos que deram à luz este manual.

Declaração no marco do Encontro continental

Rumo a uma Pastoral Latino-Americana de Dependências

Documento de Unidade

Convocados pelo Conselho Episcopal Latino-Americano (CELAM), compartilhando em espírito sinodal, reunimo-nos virtualmente nos dias 15, 16 e 17 de fevereiro de 2023, representantes de diversos projetos pastorais, serviços e comunidades eclesiais dedicados a dar resposta ao sofrimento das dependências, provenientes de 13 países de nossa América para refletir e analisar a oportunidade de dar vida a uma Pastoral de Dependências Latino-Americana.

Sabemos que as dependências são um problema multicausal e complexo. E que, diante da luta por acompanhar o padecimento de nossos irmãos, percorremos caminhos comuns que nos irmanam no abraço e na esperança. Ao mesmo tempo, aprendemos uns dos outros as boas práticas. Por isso...

Dizemos SIM a:

- A dignidade da pessoa, inalienável dignidade de filha de Deus na qual não importa como estejamos ou o que tenhamos feito, sempre vale a pena, sempre há esperança. A pessoa em consumo é considerada sempre sujeito de direitos.
- Que o sujeito da pastoral de dependências é aquela pessoa partida e descartada da sociedade, que anseia por uma libertação e necessita mudar a dependência pela autonomia, que perdeu o sentido da vida, ficou com sua autoestima ferida, com uma grande dor que a atravessa.
- Que nossa pastoral compreende o ser humano integralmente, como um sujeito bio-psico-social-espiritual.
- Que também são sujeitos desta Pastoral a família e a comunidade.
- A importância dos acompanhantes pares: como construção de irmão/irmã para a pessoa em consumo. São aqueles que, tendo transitado um processo de recuperação de suas próprias dependências, estão em condições de acompanhar corpo a corpo aqueles que recém iniciam seu processo.
- Novas formas de se vincular, enfatizando um projeto de vida integral.

Reconhecemos que:

- É necessário destacar o dano que o consumo gera na pessoa, na família, na sociedade.
- Focalizamos na reparação, reintegração e reconstrução da pessoa.
- Há naturalização de alguns consumos, como o álcool, entre outros.

- Temos que dar maior importância ao trabalho preventivo, colocando ênfase nos valores da vida.
- Preocupa-nos a facilidade de acesso a substâncias, drogas sintéticas, psicofármacos e liberalização de seu uso em espaços públicos.

Compartilhamos que:

- É importante compreender o contexto sociocultural e econômico de nossos países. Vivemos em uma sociedade de consumo atravessada pela violência extrema, pela pobreza que empurra para situação de rua, sicariato, tráfico de pessoas, prostituição e tantas outras realidades que vulneram a vida plena.
- Existe uma alta relação entre consumo, delinquência e cárcere; o varejo de drogas que sobrepõe os papéis de consumidor e vendedor a partir das mesmas vítimas que o assumem como sustento de vida.
- As dependências não são excludentes de uma classe social. Todas as classes sociais são afetadas transversalmente pelo consumo em alguma de suas formas. A distintas realidades sociais e etárias, diversidade de abordagens.
- Muitas vezes excluímos a pessoa quando sua dependência se torna conflituosa e violenta.
- Os vínculos familiares e sociais são importantes na consolidação de redes interdisciplinares de contenção.
- A família é chave: pode ser provedora ou não de ferramentas para processar emoções, fundamentais para os processos de recuperação, mas também pode favorecer o consumo, desenvolver codependências e até ser obstáculo nos processos de recuperação.
- É importante analisar os aspectos positivos, as oportunidades e os recursos que a realidade nos oferece para enfrentar esse desafio. Nesse sentido, entendemos que é necessário ler os sinais dos tempos, e que se o problema das dependências é próprio deste tempo, ao responder com fé estamos seguindo os passos de Jesus e construindo a Igreja como Ele nos vai indicando.
- Os meios de comunicação são também importantes na hora de planejar ações preventivas de conscientização.

- O grande aporte da Igreja começa no cuidado, no acompanhamento e quando se abre a toda a comunidade.
- O enfoque sistêmico e integral implica a família, o bairro, a comunidade, a Igreja, vividos a partir da pedagogia do cuidado e do respeito aos direitos humanos.
- Em muitos de nossos países, evidencia-se uma presença débil do Estado quanto a políticas públicas e vazios legais.

Vemos como necessário que:

- A Igreja assuma um maior compromisso e presença; e que das redes que ela possui se consiga um maior aproveitamento de seu potencial.
- Nossos Bispos e Sacerdotes tenham um maior compromisso e participação nesse tema. Para isso entendemos ser necessário desenvolver uma formação específica tanto para eles quanto para nossos agentes pastorais.
- Sejam aproveitados os espaços para crianças e jovens, como a catequese, os grupos juvenis e a riqueza de movimentos eclesiais que são muito adequados para a prevenção e conscientização da problemática.
- Sejam compartilhadas boas práticas entre os distintos credos, movimentos sociais e ONGs.
- Sejam tidos como aliados colégios e universidades em programas preventivos.
- Sejam aproveitadas a cultura virtual e as redes sociais.
- Sejam enfrentadas com valentia a cultura permissiva e romântica do consumo, especialmente no ambiente familiar.

Queremos:

- Ver a Cristo em cada um que está partido, descobrir o rosto sofredor de Cristo no Outro.
- Aportar esperança, misericórdia, solidariedade, amor e cura a partir da espiritualidade cristã, seguindo o testemunho do bom samaritano.
- Ser família que ajude no caminho de cura mútua.

- Superar o desafio da solidão das equipes que acompanham com uma maior comunhão na diversidade.
- Animar-nos na esperança da construção de um mundo novo.
- Reconhecer a riqueza dos carismas que nos permitem ampliar oportunidades.
- Equipes interdisciplinares, onde fé e ciência trabalhem juntas.
- A formação permanente para um melhor acompanhamento.

Que nossas palavras:

- Valorizem, incluam ternura, compaixão e amor por todas as pessoas.
- Permitam que emerja o sujeito pessoa e não a condição de dependente.
- Compartilhem em nossos ambientes uma linguagem religiosa e teórico-técnica, dignificante, estimuladora, propositiva, includente, inspiradora, coerente, compreensível para todos.
- Conheçam a linguagem das pessoas consumidoras.
- Despojem-se de todo preconceito e recebam a vida como vem.
- Gerem discípulos missionários vinculados em comunidades eclesiais.

Em Nossa Senhora de Guadalupe, que recebe a Cristo para dá-lo ao mundo que é sua maior esperança, colocamos os sonhos compartilhados e, estando junto a Ela ao pé dos crucificados por esta realidade, seguimos confiando no poder transformador do amor que tudo pode.

17 de fevereiro de 2023

CAPÍTULO 12

Experiências concretas

Esta segunda parte apresenta experiências institucionais com identidade própria, trajetória verificável e possibilidade de articulação em rede. Cada experiência inclui uma ficha de referência para facilitar o contato e a colaboração.

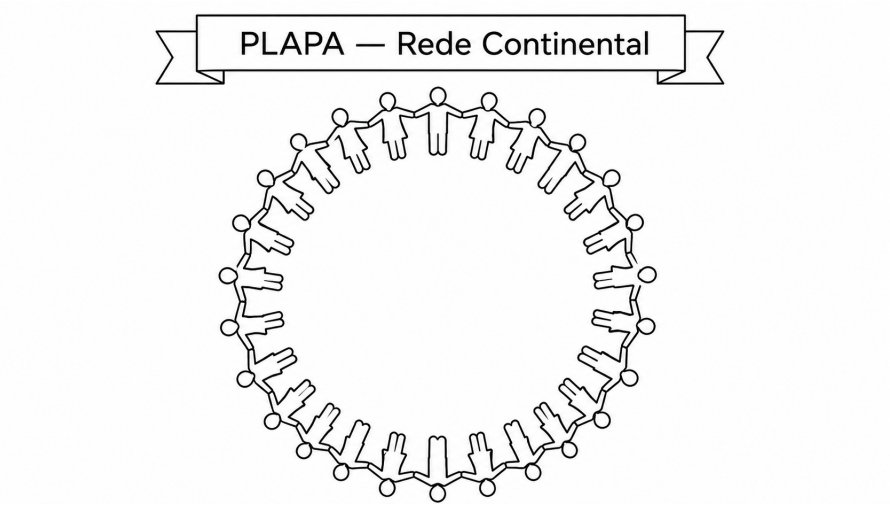


Figura 12.1: Rede de experiências concretas da PLAPA

12.1 | Catequese Preventiva

> **País:** Uruguai
> **Descrição:** Incorporação de elementos preventivos nos programas de catequese
> **Contato:** `pastoraldeadicciones@caritasuruguaya.org.uy`

Na seção de Propostas pastorais por âmbito (11.1.12), dentro do Âmbito paroquial, desenvolvemos a proposta de uma abordagem preventiva a partir da catequese. Caritas Uruguai está implementando em nível nacional essa proposta e pode ser motivo de inspiração para outros países. Aqui deixamos seu contato.

12.2 | A Pastoral da Sobriedade

> **País:** Brasil
> **Descrição:** Rede pastoral que agrupa grupos de autoajuda, oração e apoio em todo o país
> **Contato:** `cnbb3@sobriedade.org.br`

A Pastoral da Sobriedade nasce como uma resposta concreta da Igreja no Brasil (CNBB) ao desafio lançado pelo Papa São João Paulo II de combater o flagelo das dependências. Sua missão é evangelizar através do anúncio de Jesus Cristo Libertador, promovendo a dignidade da pessoa e da família mediante o serviço, o diálogo e o testemunho, fazendo dos excluídos seus prediletos. Diante de uma cultura que mercantiliza o descarte, esta pastoral responde ao chamado bíblico de Deuteronômio 30, 19, transformando a busca da sobriedade em uma opção radical por escolher a vida.

Dt 30, 19 — *Ponho hoje diante de ti a vida e a morte, a bênção e a maldição. Escolhe a vida*

12.2.1 Identidade: O Grupo de Autoajuda (GAA)

A identidade desta pastoral reside na vivência dos 12 Passos do Programa de Vida Nova dentro do Grupo de Autoajuda, um espaço guiado pelo lema institucional: «Sobriedade e paz, só por hoje graças a Deus». O trabalho do grupo abrange:

- **Dependências a substâncias lícitas e ilícitas:** álcool, tabaco e outras drogas.

- **Comportamentos:** mentira, teimosia, rejeição, manias, egoísmo, falta de perdão, de aceitação, entre outros.
- **Transtornos de saúde mental:** ansiedade, depressão, fobias, ataques de pânico, entre outros.
- **Compulsões:** jogo, apostas on-line, compras, tecnologias, codependência emocional, entre outros.

A força do grupo constitui um recurso eficaz para restaurar o equilíbrio emocional, espiritual, social e comunitário através da ajuda mútua e de um modelo sistêmico e comportamental que envolve toda a família.

12.2.2 O Programa «Vida Nova»: Os 12 Passos

Essa metodologia baseia-se nos 12 passos: admitir, confiar, entregar, arrepender-se, confessar, renascer, reparar, professar a fé, orar e vigiar, servir, celebrar e festejar.

O programa não se limita apenas a bloquear o uso de substâncias, mas propõe o redescobrimento da dignidade e do verdadeiro sentido da vida, fomentando a terapia do amor incondicional e o apoio mútuo. É um processo gradual que requer perseverança na busca da sobriedade e na conversão de vida à luz do Evangelho. Assim, oferece um caminho de esperança e transformação para quem deseja libertar-se das amarras do sofrimento e viver plenamente em todas as suas dimensões.

12.2.3 Dinâmica do Encontro Pastoral

A Pastoral da Sobriedade diferencia-se de outros grupos civis por seu caráter explicitamente evangelizador. Suas reuniões semanais seguem uma estrutura de acolhida e oração onde se proclama com fé: «Piedade Redentora de Cristo: dai-nos a sobriedade». O núcleo do encontro é o Grupo de Autoajuda com as seguintes características:

- **Caráter aberto e inclusivo:** Qualquer pessoa pode participar. Não se limita às drogodependências, mas amplia seu alcance a diversos tipos de dependências, compulsões, pecados e sofrimentos.
- **Separação por vínculos afetivos:** Não se dividem os participantes por sua condição ou substância, mas se separam os membros de uma mesma família ou pessoas com laços afetivos próximos. O objetivo é evitar confrontações, juízos ou inibições recíprocas durante o encontro.

- **Escuta respeitosa:** Garante-se um espaço seguro onde se pode falar sem ser julgado. É estritamente proibido dar conselhos, emitir opiniões ou interromper quem compartilha seu testemunho.
- **Confidencialidade:** O segredo e o sigilo absoluto sobre o compartilhado na reunião é a base da confiança grupal.
- **Terapia do Amor e do Perdão:** Ao abrir o coração e escutar o outro, os participantes tornam-se sensíveis à dor alheia, estimulando uma mudança na conduta pessoal.

12.2.4 Frentes de Ação

A pastoral articula seu serviço em cinco frentes estratégicas dentro da sociedade:

1. **Prevenção:** Educação e sensibilização familiar e social para evitar o início de dependências.
2. **Intervenção:** Acolhida imediata e orientação em momentos de crise.
3. **Recuperação:** O caminho dos 12 passos e integração na vida comunitária.
4. **Reintegração:** Apoio para o regresso à vida familiar, laboral e cidadã.
5. **Ação Política:** Participação e interlocução perante as secretarias de políticas sobre drogas e prevenção de dependências para exigir e ajudar a propor políticas públicas que respeitem a dignidade humana.

12.2.5 O Agente de Sobriedade

Não é um técnico ou terapeuta clínico, é um portador de esperança. Sua missão é expressar, com humildade, o amor gratuito do Pai, servindo gratuitamente a exemplo de Maria, nossa mãe e mãe de todos, fazendo dos excluídos os prediletos através da Pastoral da Sobriedade e, como afirma o Papa Francisco, busca combater essa «prisão invisível» das dependências com as ferramentas da fé, da palavra compartilhada e da vida em comunidade.

12.3 | Os Lares de Cristo (Centros de Bairro)

> **País:** Argentina
> **Descrição:** Centros de Bairro nas paróquias
> **Contato:** `maxfehrmann@hogardecristo.org.ar`

Uma resposta comunitária e profética a partir dos bairros populares

A Família Grande Lar de Cristo não nasce de um planejamento técnico, mas de um gesto profundamente evangélico: o lava-pés. Na Quinta-Feira Santa de 2008, o então Cardeal Jorge Mario Bergoglio repetiu o gesto de Jesus com jovens que estavam lutando para sair do consumo. Ali propôs a mística que hoje orienta centenas de centros de bairro: *Receber a vida como vem e acompanhá-la corpo a corpo*.

Esse gesto fundacional, hoje projetado globalmente pelo Papa Francisco, é uma tomada de posição eclesial: diante da tentação de lavar as mãos ante a dor dos excluídos, a Igreja escolhe o lugar do serviço. Ali onde o mundo descarta, os Lares de Cristo revelam que o amor se torna presença e que a Igreja assume a responsabilidade compartilhada de não abandonar ninguém no caminho.

Pilares da Identidade Pastoral

A resposta dos Lares de Cristo se baseia em uma espiritualidade encarnada que se sustenta em três pilares:

- **Proximidade:** É a decisão de se deixar afetar pela dor do irmão. Implica colocar no centro quem a sociedade invisibiliza, permitindo que sua realidade atravesse a própria vida.
- **Presença:** A proximidade feita cotidianidade. É o estar que dá certeza a quem viveu a orfandade e o abandono: *posso contar com vocês, não vão me abandonar.*
- **Vínculo:** Da presença nasce o vínculo e o reconhecimento do nome. Para os Lares de Cristo, o passo do estigma ao nome próprio —de ser um anônimo da rua a ser um filho da comunidade— é o início de toda cura.

A Comunidade como Território de Cura: Mesa, Casa e Família

Sob a convicção de que ninguém se salva sozinho, a Família Grande Lar de Cristo (FGHC) entende que o consumo costuma ser o sintoma de solidões prolongadas. Por isso, o caminho não é apenas a abstinência, mas a reconstrução do pertencimento.

- **A Mesa:** Não se trata apenas de assistir com alimento, mas de sentar o irmão à mesa, integrando-o como um igual.

- **A Casa:** Os centros de bairro são lares. Na vida compartilhada —comer, trabalhar, rezar e celebrar juntos— reconstrói-se a dignidade humana.
- **A Família:** A abordagem é integral. Saúde, documentação, educação e fé formam um só processo que acompanha a pessoa em sua totalidade.

Uma Epistemologia da Aprendizagem

A FGHC propõe entrar no território como discípulos. É uma pastoral que aprende a dizer «não sei» e se deixa interpelar pela vida do outro. Nesse horizonte, a recaída não é lida como um fracasso moral, mas como uma parte do caminho que exige mais proximidade. A porta sempre permanece aberta porque o critério não é a eficácia, mas a fidelidade do amor.

Dimensão Profética

Finalmente, a FGHC interpela estruturas. Ali onde o mercado da droga oferece pertencimento falso, a Igreja propõe uma comunidade que cuida. É um caminho que testemunha que a vida pode renascer quando é acolhida e amada, celebrando cada pequeno broto de vida como um germe de ressurreição.

12.3.1 A Cooperativa: O pão nosso de cada dia

> **País:** Argentina
> **Descrição:** Cooperativa de elaboração de alimentos de pessoas em recuperação
> **Contato:** `pannuestrolamatanza@gmail.com`

O Pão Nosso de Cada Dia é uma cooperativa de trabalho nascida no caminho pastoral do Lar de Cristo da Paróquia São José, em La Matanza. Não começou como uma empresa nem como um empreendimento montado a partir de um escritório. Nasceu de uma necessidade concreta que aparecia todos os dias no acompanhamento dos centros de bairro: muitos rapazes e moças conseguiam sair da rua, começar um processo de recuperação, voltar a uma casa ou a uma comunidade, mas continuavam sem uma possibilidade real de trabalho.

No início, a urgência havia sido outra. A comunidade saía para buscar as pessoas que estavam em situação de rua. O primeiro passo foi levar comida quente, abrir um lugar onde pudessem descansar, escutar, acompanhar. Depois vieram os espaços mais estáveis do Lar de Cristo, as casas, os centros de bairro, as equipes de acompanhamento. Mas nesse caminho apareceu uma pergunta

que não se podia esquivar: como segue a vida de uma pessoa que começa a se recuperar se não tem trabalho, rotina nem um lugar onde se sentir necessária? Dessa pergunta nasceu O Pão Nosso de Cada Dia.

A primeira forma foi simples: uma casa de refeições no Poliesportivo São José, em La Matanza, onde começaram a trabalhar jovens do Lar de Cristo que estavam em recuperação. Em 2022, já trabalhavam mais de 50 pessoas, com a possibilidade de projetar sua vida, desenvolver-se laboralmente e reintegrar-se socialmente.

Com o tempo, a experiência cresceu. O que havia começado como uma casa de refeições foi se convertendo em uma cooperativa com distintas tarefas e espaços de trabalho. Hoje O Pão Nosso de Cada Dia combina produção, cozinha, atendimento ao público, panificação, entrega, logística, compras, limpeza, manutenção e organização cotidiana. Em 2025 é uma Cooperativa de Trabalho que dá trabalho a mais de 250 pessoas em La Matanza, fortalecida em aliança com a Família Grande Lar de Cristo.

A cooperativa não funciona em um só lugar nem realiza uma só tarefa. Em La Matanza reconhecem-se distintos espaços vinculados à experiência: o Santuário Virgem do Milagre de Caacupé, a Casa de Refeições —onde se serve diariamente ao público— e a Panificadora Colônia Minha Esperança, onde se elaboram produtos. Essa diversidade ajuda a entender melhor a dimensão da experiência: não se trata somente de "fazer pão", mas de construir uma rede de trabalho comunitário em torno da vida cotidiana do bairro.

Na panificadora se elaboram produtos para vender e distribuir. Na casa de refeições se cozinha e se atende ao público. Outros companheiros se ocupam de compras, administração de insumos, entrega, recepção de pedidos, limpeza, manutenção dos espaços e organização dos turnos. Alguns têm mais experiência e ensinam a quem recém começa. Outros estão dando seus primeiros passos e precisam aprender desde o mais básico: chegar no horário, sustentar uma tarefa, cuidar de uma ferramenta, trabalhar com outros, avisar quando não podem ir, receber por seu trabalho e administrar algum dinheiro.

Essa é uma das chaves da experiência. O Pão Nosso de Cada Dia não é somente um empreendimento produtivo. É parte do processo de recuperação comunitária do Lar de Cristo. Por isso não se organiza unicamente em torno da eficiência ou da produtividade. Ali trabalham pessoas que vêm de situações muito difíceis: consumo problemático, rua, cárcere, violência, abandono, anos de exclusão. Alguns seguem vinculados a casas de convivência, centros de bairro ou espaços de acompanhamento. Outros já têm mais percurso e ajudam a sustentar os novos.

A cooperativa funciona como um lugar de trabalho, mas também como uma escola de vida cotidiana. Aprende-se um ofício, mas também se recuperam hábitos. Produz-se comida, mas também se reconstroem vínculos. Trabalha-se para vender, mas também para que cada companheiro volte a se sentir parte de algo.

Muitas comunidades têm oficinas, roupeiros, feiras, cursos ou pequenas produções solidárias. Tudo isso tem muito valor. Mas em O Pão Nosso de Cada Dia o trabalho não aparece como uma atividade paralela à pastoral nem como uma ajuda para sustentar uma obra. O trabalho está inserido dentro do caminho de recuperação. É uma ferramenta concreta para que uma pessoa possa voltar a ordenar seu dia, recuperar confiança, assumir responsabilidades e sentir-se necessária para os demais.

A experiência também mostra que a inclusão laboral não se consegue somente conseguindo máquinas ou insumos. Faz falta uma comunidade que acompanhe. Por isso, junto com o equipamento e a capacitação, são fundamentais a presença cotidiana, a escuta, a paciência, a organização e a capacidade de voltar a começar quando algo não sai bem.

Como em toda experiência real, nem tudo é organizado nem fácil. Há dias em que faltam vendas, quebra uma máquina, alguém não chega, aparecem conflitos ou um companheiro recai. Mas a lógica não é descartar quem não pode. A lógica é comunitária: falar, sustentar, ordenar, voltar a tentar. Essa paciência é parte do método.

Para uma paróquia que queira começar algo parecido, o ensinamento principal é que não é preciso começar grande. O Pão Nosso de Cada Dia começou a partir de uma necessidade concreta e foi crescendo passo a passo. Primeiro uma comunidade que sai para buscar, escuta e acompanha. Depois uma tarefa possível: cozinhar, sovar, vender, entregar. Depois uma organização mais estável. Mais adiante, capacitação, equipamento, articulações e novas unidades produtivas.

O decisivo não é copiar exatamente uma padaria ou uma casa de refeições. O decisivo é compreender o método: que o trabalho seja parte do acompanhamento, que os protagonistas sejam os próprios companheiros, que a comunidade sustente o processo e que a produção esteja a serviço de reconstruir vidas.

No Lar de Cristo costuma-se dizer que ninguém se recupera sozinho. O Pão Nosso de Cada Dia mostra uma forma concreta de tornar verdadeira essa frase: uma mesa, uma cozinha, uma panificadora, uma entrega, um turno de trabalho, uma comunidade que confia e muitos companheiros que, enquanto produzem o pão de cada dia, voltam a encontrar um lugar na vida.

12.3.2 A Cooperativa de Acompanhantes AUPA

País: Argentina
Descrição: Cooperativa de acompanhantes nos processos de recuperação e integração
Contato: `cooperativaaupa@hogardecristo.org.ar`

A Cooperativa de Trabalho de Acompanhantes de Usuários de Paco Limitada (AUPA), nascida em 2011 na Villa 21-24 e no NHT Zavaleta (CABA), constitui um modelo de inclusão social pela via laboral que desafia os esquemas convencionais de assistência. Inscrita junto ao INAES (Matrícula 48.298) em setembro de 2013, opera sob a órbita da Federação Família Grande Lar de Cristo e articula de forma direta com a Paróquia Nossa Senhora de Caacupé. A proposta demonstra que o cuidado das pessoas mais vulneráveis é indissociável da organização coletiva e da dignificação de quem cuida.

População Objetivo: Pessoas usuárias de pasta base de cocaína na Cidade de Buenos Aires e na região metropolitana bonaerense, acompanhadas desde seu primeiro pedido de ajuda até sua inclusão social efetiva.

Pilares da Proposta Cooperativa:

- *O trabalho como vínculo:* Os acompanhantes não executam um protocolo frio; habitam o território e sustentam uma presença cotidiana, transformando o trabalho cooperativo na modalidade terapêutica em si mesma.
- *Inclusão recíproca:* Muitos associados são pessoas recuperadas nos Centros de Bairro do Lar de Cristo; a cooperativa dignifica sua trajetória de vida ao transformá-los em trabalhadores do cuidado de outros.
- *Formação autogestiva:* A participação horizontal em assembleias e a tomada de decisões coletivas fortalecem capacidades humanas e corresponsabilidade comunitária para além do ofício laboral.

Síntese do Modelo

A experiência da AUPA oferece uma resposta replicável para a América Latina diante do fracasso dos serviços sociais tradicionais. Demonstra que quando as instituições formais não alcançam as periferias, a comunidade organizada pode constituir-se em sujeito coletivo de cuidado. A forma cooperativa oferece o marco jurídico e institucional necessário para garantir direitos laborais, responsabilidades compartilhadas e sustentabilidade no tempo, transformando a dor em trabalho digno e organização comunitária.

12.3.3 Proposta dos 3 T: Terra, Teto e Trabalho (Bairro Comunitário)

País: Argentina
Descrição: Comunidade onde vivem e trabalham pessoas em recuperação
Contato: 3tmarcospaz@gmail.com

Inspirada no chamado do Papa Francisco a se organizar em torno dos Direitos Sagrados de todo ser humano, a proposta dos 3 T (*Terra, Teto e Trabalho*) constitui uma resposta estrutural e de longo prazo diante da pobreza e da exclusão social. Partindo do abraço primário no território (rua, comida, higiene) desenvolvido nos Centros de Bairro do **Lar de Cristo**, esse modelo avança rumo à consolidação de um **Bairro Comunitário** em zonas rurais. Esse dispositivo propõe um processo inverso de migração (da cidade ao campo) para famílias que buscam uma mudança radical de vida, distantes da violência e do consumo das favelas.

Os Três Eixos Sagrados do Desenvolvimento Humano

A organização do Bairro Comunitário estrutura-se diretamente sobre os três pilares dos 3 T:

- **Trabalho (Dignidade e Cooperativismo):** Funciona como um processo de reconstrução da cultura do trabalho para aqueles que estão excluídos do sistema laboral formal. Sob uma lógica cooperativa, assembleística e de discernimento comunitário, os esforços orientam-se principalmente à **produção agroecológica de alimentos** (carne, leite, ovos, vegetais, mel) para combater a fome e a desigualdade nutricional. Da mesma forma, inclui economias do cuidado ambiental como a reciclagem, confecção de sabões e elaboração de conservas.

- **Teto (Moradia e Estabilidade Vincular):** O acesso ao teto próprio divide-se em duas etapas-chave durante um processo estimado de dois anos: uma primeira fase de alojamento transitório em espaços comunitários para internalizar os acordos do bairro, e uma segunda fase de acompanhamento na autoconstrução. Esta última se financia mediante um sistema de **microcréditos** que ativa a mão de obra local. A moradia própria impacta de forma direta na redução das violências (intrafamiliar e de gênero) e dessa maneira estabiliza as trajetórias escolares, terapêuticas e os projetos de vida.

- **Terra (Laudato Si e Cuidado da Casa Comum):** Diante das realidades de exclusão em bairros que fazem fronteira com lixões, a vida na natureza assume-se como um espaço de cura profunda e conexão espiritual. Implementa-se uma educação ambiental contínua e prática: sistemas de escoamento sustentáveis, gestão agroecológica de pragas e reciclagem integral. Os referenciais mais antigos assumem o papel de guiar os recém-chegados nas pautas de cuidado do entorno.

Comunidade Organizada e Abordagem da Complexidade

A sustentação da autonomia no bairro não se dá de forma isolada, mas através de uma rede de laços e contenções comunitárias e institucionais preparadas para absorver a alta complexidade:

- **Equipes Terapêuticas Integradas:** Profissionais da saúde e referenciais de bairro coexistem e trabalham de forma articulada no território, garantindo espaços de escuta individual diária, assembleias de convivência e abordagens pedagógicas.

- **Gestão de Crises e Saúde Mental:** A comunidade conta com dispositivos específicos para acompanhar recaídas no consumo, crises de saúde mental graves e articulação de pessoas com causas penais ou conflitos com a lei, evitando a exclusão punitiva.

- **Criação e Ambiente Comunitário:** A resolução de conflitos gestiona-se mediante acordos coletivos explícitos, promovendo espaços compartilhados para o desenvolvimento das infâncias e das adolescências em um ambiente livre de violência.

Síntese do Modelo

A Comunidade dos 3 T consolida-se como um farol de esperança e enraizamento de justiça social. Ao fundir a mística da comunidade organizada com o saber profissional, transforma as histórias de descarte e escuridão em testemunhos de cura, demonstrando que a restituição dos direitos sagrados à Terra, ao Teto e ao Trabalho é o caminho definitivo rumo à dignidade humana.

12.3.4 Casa Masantonio: Saúde Comunitária em Extrema Vulnerabilidade

País: Argentina
Descrição: Hospital para pessoas usuárias de pasta base, vida em rua e doenças infectocontagiosas (HIV, TB, etc.)
Contato: `casamasantonio@gmail.com`

A Casa Masantonio (com mais de 10 anos de trajetória) é um dispositivo de acompanhamento territorial com foco na saúde pública e de base comunitária. Pertence à Cooperativa de Acompanhantes de Usuários de Paco (AUPA) dentro da Federação Família Grande Lar de Cristo, e encontra-se intimamente vinculada à pastoral da Paróquia Virgem de Caacupé (Villa 21-24 e Zabaleta, CABA, Argentina). Nasce como um dispositivo emancipador e de resistência diante da desumanização e da crueldade organizada que marginaliza os mais descartados da sociedade.

Justificativa: A Brecha do Sistema Sanitário Formal

A maior carga de doença nas pessoas em extrema vulnerabilidade social e consumo problemático de pasta base de cocaína («paco») corresponde a patologias preveníveis e tratáveis (Tuberculose, HIV em estágios avançados, pneumonias agudas e infecções respiratórias). Quando se apresenta uma doença grave, a janela de oportunidade para salvar a vida é biologicamente estrita e não responde aos tempos subjetivos do tratamento das dependências; é uma corrida contra o relógio.

O sistema de saúde formal fragmenta a pessoa e pressupõe erroneamente que o paciente tem resolvidos os determinantes sociais básicos (alimentação, teto, capacidade econômica para adquirir medicamentos, transporte e estabilidade psíquica para sustentar uma consulta médica). Ao carecer de uma **rede de cuidados contínuos**, as abordagens hospitalares tradicionais fracassam sistematicamente, empurrando os usuários à interrupção de tratamentos e a mortes extremamente prematuras.

Metodologia de Acompanhamento «Corpo a Corpo»

Diante do atendimento clínico pontual e isolado, a Casa Masantonio interpõe uma clínica da vulnerabilidade situada que opera sob os seguintes eixos metodológicos:

- **Acompanhantes Pares:** A estratégia é sustentada por referenciais territoriais e pares que atravessaram realidades similares. Isso elimina a assimetria do poder médico tradicional, construindo uma ponte de confiança indispensável para a aderência terapêutica.

- **Rede de Cuidados Integrais:** A administração do tratamento farmacológico se insere dentro da cobertura das necessidades humanas mais básicas. Curar a doença exige, simultaneamente, garantir um prato de comida, agasalho, um banho digno, espaços de descanso seguros e acompanhamento afetivo.

- **Gestão da Complexidade Médica em Território:** Articulação direta com o Estado e efetores hospitalares para a facilitação de consultas, seguimento clínico, provisão de esquemas de medicação complexa (como o Tratamento Diretamente Observado - DOTS para Tuberculose) e acompanhamento em internações.

Evidência Científica de Efetividade e Sucesso Terapêutico

O modelo da Casa Masantonio deixou de ser apenas uma «experiência pastoral inovadora» para consolidar-se como uma tecnologia social de saúde pública validada internacionalmente. Um estudo de coorte retrospectivo (período 2019-2023) publicado na *Revista Panamericana de Saúde Pública* da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS) apresentou resultados contundentes sobre a efetividade do dispositivo em uma população de altíssima vulnerabilidade (onde 55% se encontrava em situação de rua efetiva e 77% sob consumo problemático de substâncias):

- **Sucesso Terapêutico em Tuberculose:** Alcançou **93,8%** de sucesso na cura e finalização de tratamentos, em comparação com 70,2% registrado na população geral da Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

- **Redução do Abandono (Perda de seguimento):** Despencou drasticamente a apenas **2,1%**, frente aos alarmantes 19,9% do sistema de saúde convencional.

- **Diminuição da Mortalidade:** Registrou uma taxa de mortalidade notavelmente menor em relação à média habitual para esse perfil de pacientes (4,1% na Casa Masantonio frente a 9,7% nas estratégias habituais de atenção).

Síntese do Modelo

A proposta da Casa Masantonio demonstra que para obter sucesso no tratamento de doenças complexas em contextos de exclusão, é biológica e socialmente indispensável integrar o saber profissional com o acompanhamento comunitário e territorial. Acompanhar a saúde «corpo a corpo» não apenas restitui o bem-estar físico e evita os contágios epidemiológicos nos bairros populares, mas devolve de maneira primordial o rosto humano e a dignidade aos mais partidos dos partidos.

12.3.5 Espaço SumaySimi: Abordagem Comunitária de Padecimentos Mentais Graves

> **País:** Argentina
> **Descrição:** Programa para usuários de pasta base com padecimentos mentais severos e extrema vulnerabilidade social
> **Contato:** `cooperativaaupa@hogardecristo.org.ar`

O Espaço «SumaySimi» (do quíchua: *Sumay*, calma; *Simi*, falar; acalmar-se ao encontrar-se e ser escutado) nasceu em abril de 2019 sob a órbita da Cooperativa AUPA e da Família Grande Lar de Cristo na Villa 21-24 e no NHT Zavaleta. Esse dispositivo surge para dar resposta a uma realidade complexa que transborda os protocolos tradicionais: pessoas em situação de rua com consumo problemático de pasta base que apresentam, simultaneamente, padecimentos mentais graves e/ou deficiências físicas e intelectuais.

- **Justificativa (A Dupla Exclusão):** Essa população sofre uma marginalização absoluta, já que não acede a hospitais psiquiátricos por sua situação de rua e consumo, é rejeitada em centros de dependências comuns pela gravidade de seu quadro psiquiátrico e é expulsa dos abrigos por problemas comportamentais. O dispositivo intervém diretamente sobre essa comorbidade para reduzir a cronicidade e a mortalidade.
- **Sedes e Modalidades de Atendimento:** O programa distribui seu acompanhamento em duas sedes estratégicas na CABA:
  - *Sede Ambulatorial (Casa GESA, Barracas):* Funciona de segunda a sexta em turno diurno, oferecendo suporte e seguimento a mais de 100 pessoas.
  - *Moradia Comunitária (Casa SumaySimi, Pompeya):* Residência permanente com cobertura 24/7 e capacidade para 20 pessoas, proporcionando

a estabilidade habitacional indispensável para viabilizar qualquer processo terapêutico.

- **Eixos Operativos da Proposta:**
  - *Atendimento clínico integral:* Equipe interdisciplinar (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e operadores) que realiza psicoterapias, controles de saúde física e o fornecimento estritamente supervisionado de psicofármacos.
  - *Laborterapia e ofícios:* Oficinas de marcenaria, serralheria e jardinagem com um duplo fim: terapêutico (reorganização da rotina e reabilitação de funções cognitivo-executivas) e formativo para a inclusão laboral.
  - *Acompanhamento par:* Incorporação de pessoas recuperadas do consumo como protagonistas da equipe, cuja experiência testemunhal e territorial melhora a aderência e reduz recaídas.
- **Princípios Replicáveis para a Comunidade:** O modelo propõe quatro ações aplicáveis a qualquer território paroquial ou centro de bairro:
  1. *Identificar sem descartar:* Detectar quadros de dualidade psiquiátrica no bairro e não encaminhá-los às cegas, mantendo o laço e caminhando junto a eles.
  2. *Estruturar o trabalho:* Utilizar as oficinas de ofício como ferramentas de reabilitação clínica da deterioração cognitiva e não como um mero passatempo.
  3. *Profissionais em saída:* Articular com psicólogos e psiquiatras dispostos a romper a lógica do consultório para intervir diretamente no território.
  4. *Validar o par:* Formalizar e remunerar o papel do acompanhante par por sua legitimidade única para construir confiança.

Síntese do Modelo

SumaySimi demonstra que a amorosidade comunitária e a técnica profissional necessitam-se mutuamente para humanizar a saúde mental. Não se trata de um centro clínico com espiritualidade agregada, mas de uma verdadeira família que recebe a vida como vem, corpo a corpo e sem condições prévias, conseguindo que aqueles que não cabiam em nenhum sistema encontrem, enfim, um espaço de pertencimento, cura e dignidade.

12.3.6 As Casas Liberdade

País: Argentina
Descrição: Programa para pessoas privadas de liberdade ou libertadas, com vulnerabilidade social grave
Contato: `cooperativaaupa@hogardecristo.org.ar`

As Casas Liberdade surgem no marco da rede dos Lares de Cristo. A partir desse espírito pastoral, as Casas Liberdade acompanham pessoas atravessadas pelo consumo problemático de substâncias, pela exclusão social e pelo sistema penal, colocando no centro o vínculo, a dignidade e a esperança.

A proposta sustenta-se em uma convicção simples, porém profunda: a liberdade não se constrói somente com leis ou decisões individuais, mas com comunidade, tempo e cuidado. Por isso, as Casas Liberdade não trabalham isoladamente nem "contra" o Estado, mas articulando com órgãos penitenciários, judiciais e sociais, aportando uma presença humana e territorial ali onde muitas vezes predominam a fragmentação, a burocracia ou o abandono.

O trabalho desenvolve-se em três grandes campos de acompanhamento:

1. O acompanhamento em contextos de encarceramento.

   As Casas Liberdade acompanham pessoas privadas de liberdade através de visitas, escuta, assistência concreta e sustento vincular. A tarefa não se limita a *ir à prisão*, mas a sustentar a vida ali onde o encarceramento costuma aprofundar a solidão e o desespero. Trabalha-se a partir da proximidade, muitas vezes com acompanhantes pares —pessoas que também atravessaram situações de consumo, cárcere ou exclusão— mostrando que a mudança é possível. A espiritualidade está presente como horizonte de sentido e esperança, sempre a partir de uma lógica aberta e não imposta.

2. O acompanhamento pós-penitenciário

   A saída do cárcere não é entendida como o final do problema, mas como o começo de uma etapa frágil e decisiva. As Casas Liberdade sustentam espaços de convivência e comunitários onde as pessoas possam reconstruir hábitos, vínculos e projetos de vida. A partir de uma *pedagogia da liberdade*, aprende-se a viver sem consumo, sem violência e sem delito, não a partir do castigo, mas do cuidado mútuo, da convivência e da responsabilidade compartilhada. O trabalho, a moradia e a comunidade são vistos como direitos fundamentais para que a liberdade seja real.

3. O acompanhamento jurídico-penal

As Casas Liberdade também acompanham o acesso à justiça de pessoas que costumam ficar perdidas dentro do sistema judicial. Muitas vezes trata-se de pessoas com múltiplas causas, sem compreensão de seus processos judiciais nem possibilidades reais de sustentar medidas alternativas. Ali o acompanhamento busca *humanizar* a justiça: traduzir, orientar, sustentar e construir pontes entre a pessoa, sua comunidade e as instituições. O direito não aparece separado da vida concreta, mas vinculado ao território, ao vínculo e às possibilidades reais de transformação.

Em síntese, as Casas Liberdade buscam sustentar processos de transformação reais, entendendo que ninguém muda sozinho e que mesmo nas histórias mais danificadas segue existindo uma possibilidade de reconstrução. Mais que um dispositivo, é uma comunidade organizada que acompanha a vida antes, durante e depois do encarceramento, apostando em uma sociedade que não descarte pessoas e que se anime a cuidar.

12.3.7 Empreendimentos Comunitários

Diferentemente da lógica corporativa do mercado tradicional —caracterizada pela competência individualista, pela acumulação e pelo descarte dos elos mais fracos—, o empreendimento no marco da economia social e solidária nasce estritamente do *nós*. Define-se como a colocação em comum de vontades, forças de trabalho, saberes e habilidades de um grupo de pessoas que integram uma comunidade, com o objetivo explícito de melhorar a qualidade de vida e o desenvolvimento socioeconômico de todos os seus participantes.

O método de acompanhamento em nossos Centros de Bairro contempla uma transição gradual e cuidada através de três dispositivos fundamentais:

- **A laborterapia:** É o trabalho que permite conectar-se consigo mesmo.
- **A Oficina Paroquial / Espaço Formativo:** É a instância inicial onde os jovens e adultos recuperam ou incorporam hábitos cotidianos elementares (a rotina horária, o cuidado das ferramentas, a escuta de orientações, o trabalho em equipe e a tolerância à frustração). Aqui o objetivo primordial não é a rentabilidade, mas a revinculação e o descobrimento das potencialidades individuais.
- **A Unidade Produtiva (UP):** Constitui a evolução organizativa da oficina rumo a um projeto social autossustentável estruturado para a produção e comercialização formal de bens ou serviços. Requer uma distribuição clara de papéis (quem produz, quem administra os gastos,

quem gerencia os pedidos e a logística) e um registro econômico estrito de receitas e despesas.

Nessa estrutura, o trabalho está inserido dentro do caminho de recuperação. A paciência comunitária converte-se em método: quando um companheiro atravessa uma crise ou uma recaída, a comunidade organizada não o expulsa nem o descarta, mas abre espaços de assembleia, diálogo e discernimento para reordenar o processo e voltar a tentar. O fim último desses empreendimentos é demonstrar que a autossuficiência dos setores vulneráveis é possível quando é sustentada por uma rede comunitária afetiva e constante.

12.4 | Microcréditos e Finanças Solidárias

> **País:** Argentina
> **Descrição:** Programa de microcréditos e educação financeira para pessoas em recuperação
> **Contato:** `ecosol@caritas.org.ar`

As Finanças Solidárias representam a operacionalização de uma economia que serve à vida das pessoas e diz *«NÃO a uma economia de exclusão e iniquidade onde o dinheiro reina em vez de servir»*. Nos territórios de exclusão, o acesso ao sistema bancário e creditício formal está completamente vedado devido às exigências burocráticas e patrimoniais. Diante desse cenário, a estratégia dos **Fundos Rotativos** impulsionada pela Cáritas e pelo Lar de Cristo apresenta-se como uma alternativa baseada exclusivamente na proximidade e na confiança recíproca.

Um Fundo Rotativo é um instrumento de empréstimo comunitário onde o dinheiro circula de maneira transparente: quando um empreendedor ou cooperativa devolve seu crédito, esse mesmo recurso é utilizado de imediato para financiar o projeto de outro companheiro do bairro. Essa dinâmica assegura dois princípios reitores fundamentais:

1. **Circularidade:** Não existe a acumulação especulativa nem os juros usurários; há um fluxo constante de benefícios que retorna à base comunitária.

2. **Garantia Solidária:** O compromisso e o aval do grupo ou do Centro de Bairro sustentam e respaldam o cumprimento de cada integrante, transformando o pagamento da parcela em um ato de responsabilidade coletiva para com os demais.

12.4.1 Linhas Estratégicas de Financiamento

Os microcréditos destinam-se de maneira específica a quatro dimensões do fortalecimento produtivo:

- **Compra de Insumos:** Aquisição da matéria-prima indispensável para iniciar ou garantir a continuidade da produção sem depender de intermediários abusivos.
- **Maquinário e Ferramentas:** Equipamento técnico que permite melhorar a escala, os custos e a qualidade do trabalho, acelerando os processos de autossuficiência.
- **Melhoria do Espaço:** Arranjos de infraestrutura, adequação de oficinas ou acondicionamento de áreas de comercialização e feiras. Em contextos periurbanos ou rurais, muitas vezes esse item impacta diretamente na melhoria da moradia familiar.
- **Fortalecimento Técnico:** Financiamento para capacitações específicas em administração eficiente, design, marketing sociocomunitário e uso de redes sociais para a venda.

12.4.2 Guia Metodológica para o Acompanhamento Integral

Para que as finanças solidárias cumpram seu papel transformador, a equipe interdisciplinar do dispositivo territorial deve aplicar uma guia de três passos essenciais, sob a premissa de que **não se empresta dinheiro a um número impessoal, mas se apoia um projeto de vida:**

1. **Identificação:** Escutar atentamente a necessidade real do empreendedor ou da cooperativa no território. Avaliar de forma conjunta a viabilidade e o potencial produtivo do projeto, assegurando que a pessoa conte com os apoios necessários em matéria de saúde, documentação civil e estabilidade habitacional.
2. **Formulação:** Acompanhar tecnicamente o participante para plasmar sua ideia em um plano concreto e ordenado de receitas, despesas e cálculo de custos, determinando com realismo o valor do microcrédito e um esquema de parcelas de devolução sustentável.
3. **Seguimento:** Realizar visitas periódicas e presenciais ao espaço de trabalho. Esse passo é tanto técnico quanto humano; implica celebrar as conquistas

comerciais do empreendimento, oferecer ferramentas administrativas no campo de ação e ajustar as dificuldades operativas ou pessoais antes que coloquem em risco o processo.

12.5 | Centro de Reintegração Social «Fortaleza»

> **País:** Bolívia
> **Descrição:** Instituto penal para menores com enfoque restaurativo
> **Contato:** `centro.fortaleza@hotmail.com`

O Centro de Reintegração Social «Fortaleza — São Guilherme de Malavalle» atende adolescentes de 14 a 18 anos (extensível até os 20) sob medidas judiciais na Bolívia. Implementa um modelo socioeducativo e restaurativo gerido exclusivamente por pessoal civil, sem presença policial, situando o eixo do processo na dignidade e na transformação do jovem.

- **Contexto de Vulnerabilidade:** Os jovens provêm de zonas periféricas de alta exclusão. Suas trajetórias estão marcadas por evasão escolar, analfabetismo, violência intrafamiliar, situação de rua e um consumo problemático de substâncias (maconha e «pedra») estreitamente vinculado a condutas infracionais.
- **Abordagem Multidisciplinar Intramuros:** Uma equipe interdisciplinar (educadores, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos) coordena de forma diária espaços-chave:
  - Oficinas de convivência, fortalecimento emocional e educação sexual gradual.
  - Prevenção de recaídas e desenho participativo de um plano de vida autônomo.
  - Educação curricular obrigatória e capacitação técnica/artística (eletricidade, informática, música).
- **Desafios da Intervenção:** O dispositivo trabalha sobre a resistência e desconfiança inicial do adolescente, a fragilidade ou ausência de contenção em suas famílias de origem, a baixa autoestima e a necessidade de contar com mais recursos humanos especializados.
- **Sustentabilidade Pós-Egresso:** Para mitigar o risco do retorno a ambientes de exclusão, o centro implementa o programa **«Acompanhando no Retorno»**, o único dispositivo de pós-egresso na Bolívia que oferece seguimento técnico e contenção na transição do jovem rumo ao meio livre.

- **Justiça Restaurativa e Redes:** Promove a articulação com redes comunitárias, educativas e pastorais para desmantelar a estigmatização social, orientando o horizonte rumo a uma justiça que convida o jovem a assumir a responsabilidade do dano causado, reparar seus vínculos e reconciliar-se com sua comunidade.

12.5.1 Síntese do Modelo

A proposta do Centro Fortaleza demonstra que é possível substituir o controle punitivo tradicional por uma escola de vida e oportunidades reais. Através de um acompanhamento civil próximo e de um programa pioneiro de pós-egresso, o modelo devolve a dignidade, a palavra e o porvir aos jovens historicamente excluídos.

12.6 | A abordagem no âmbito do encarceramento

> **País:** Argentina
> **Descrição:**
> **Contato:** `pastoralcarcelariasinfronterap@gmail.com`

Na seção de Propostas pastorais por âmbito (11.5), dentro do Âmbito do encarceramento, desenvolvemos a proposta de uma abordagem de acompanhamento nos cárceres. A Pastoral Carcerária Argentina está implementando essa proposta e pode ser motivo de inspiração para outros países. Aqui deixamos seu contato.

12.7 | A Fazenda da Esperança

> **País:** Brasil (e outros países)
> **Descrição:** Comunidade de vida para a recuperação de pessoas em situação de dependência
> **Contato:** `secretaria.presidencia@fazenda.org.br`

A Fazenda da Esperança é uma proposta de recuperação inspirada na vivência cotidiana do Evangelho.

A metodologia desenvolvida pela Fazenda não se orienta exclusivamente à abstinência do consumo de substâncias psicoativas, mas contempla um processo integral de reconstrução da pessoa. Desde essa perspectiva, compreende-se que

a dependência afeta não somente a dimensão física, mas também os vínculos afetivos, a estabilidade emocional, a vida espiritual e a capacidade de integração social e comunitária. Consequentemente, a recuperação é conduzida mediante uma experiência concreta de convivência fraterna, trabalho e espiritualidade.

A dinâmica cotidiana dentro da comunidade tem como finalidade favorecer o processo de reconciliação da pessoa consigo mesma, com os demais e com Deus. O itinerário terapêutico e formativo desenvolve-se de maneira gradual, respeitando os tempos individuais e reconhecendo as particularidades, feridas e desafios presentes em cada história pessoal.

O processo inicia-se com a acolhida. A pessoa é recebida a partir do reconhecimento de sua dignidade humana, sua história e seu potencial de recuperação, evitando toda forma de estigmatização ou redução de sua identidade ao problema da dependência. Desde o começo se promove uma experiência comunitária orientada ao redescobrimento de valores fundamentais como a confiança, o respeito mútuo e a responsabilidade compartilhada.

A convivência diária constitui um dos pilares essenciais da proposta. O compartilhar a vida com outros irmãos em processo de recuperação possibilita a confrontação pessoal, o reconhecimento de limites e a construção de novas formas de relação interpessoal. Dessa maneira, a comunidade configura-se como um espaço terapêutico, educativo e espiritual que favorece a superação do isolamento e a reconstrução do sentido de pertencimento.

O trabalho ocupa igualmente um lugar central dentro do processo de recuperação, sendo compreendido como um instrumento pedagógico e terapêutico. Através das tarefas cotidianas —entre elas a agricultura, a cozinha, a limpeza, a panificação, o cuidado de animais, a manutenção e outros serviços comunitários— a pessoa redescobre o valor do esforço, da disciplina, do compromisso e da utilidade social. Da mesma forma, o trabalho contribui para a reorganização da vida interior e para o fortalecimento da autoestima, frequentemente deteriorada por anos de consumo, exclusão e sofrimento.

A espiritualidade constitui o núcleo fundamental da experiência da Fazenda. A comunidade propõe a vivência concreta da Palavra de Deus, especialmente mediante a prática da denominada *Palavra de Vida*, através da qual se procura viver diariamente um versículo do Evangelho nas situações ordinárias da convivência. Nesse sentido, a espiritualidade não se limita a uma dimensão teórica ou doutrinal, mas se expressa em atitudes concretas de transformação pessoal e comunitária.

Dentro desse processo integral também se trabalham aspectos fundamentais para a recuperação e reintegração da pessoa, tais como:

- o reconhecimento da própria fragilidade e da necessidade de ajuda;
- a aceitação responsável da própria história pessoal;
- o aprendizado do perdão e da reconciliação;
- a reconstrução de vínculos familiares e comunitários;
- o desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia;
- a vivência cotidiana da sobriedade;
- o redescobrimento do sentido da vida e da dignidade humana;
- a abertura à esperança e a um projeto de vida renovado.

A Fazenda da Esperança compreende que o processo de recuperação não ocorre de maneira imediata, mas mediante um caminho progressivo de transformação interior. Por essa razão, o acompanhamento cotidiano, o testemunho de quem já percorreu esse itinerário e a vivência fraterna constituem elementos essenciais dentro da metodologia proposta.

Um dos aspectos mais significativos dessa experiência é o protagonismo assumido pelas próprias pessoas recuperadas. Muitos dos que atravessaram o processo descobrem posteriormente uma vocação de serviço e acompanhamento em relação àqueles que chegam em situação de vulnerabilidade. Desse modo, quem anteriormente necessitou de ajuda pode converter-se também em agente de esperança e apoio para outros.

Nesse marco, a Fazenda da Esperança apresenta-se como uma resposta pastoral concreta diante do fenômeno das dependências, oferecendo não somente um tratamento orientado à superação do consumo, mas uma experiência de vida nova, fundamentada no amor, na convivência comunitária e na vivência do Evangelho.

12.7.1 Grupos Esperança Viva

Os Grupos Esperança Viva são espaços comunitários onde jovens, famílias e pessoas que realizaram seu processo de recuperação continuam cultivando a vida nova descoberta durante seu tempo na comunidade.

Esses grupos nascem da compreensão de que a recuperação não termina com a saída da Fazenda, mas necessita ser sustentada diariamente através de vínculos saudáveis, da vida espiritual e do acompanhamento fraterno. Por isso, os encontros semanais convertem-se em um lugar de perseverança, escuta e

fortalecimento mútuo, ajudando cada pessoa a permanecer firme no caminho da sobriedade e da esperança.

Os encontros podem ser realizados de maneira presencial ou virtual, segundo as possibilidades de cada região e comunidade. Neles se vive um clima de acolhida e simplicidade, onde cada participante encontra um espaço para compartilhar sua vida, suas lutas e seus avanços, sem medo do juízo nem da exclusão. O centro de cada reunião é sempre a vivência do Evangelho, especialmente através da reflexão da Palavra de Deus e da experiência concreta de colocá-la em prática na vida cotidiana.

A oração ocupa um lugar fundamental dentro desses encontros. Através de momentos de espiritualidade, testemunhos e silêncio interior, as pessoas aprendem a reencontrar-se com Deus e a descobrir novamente o sentido profundo de suas vidas. A espiritualidade proposta não busca somente transmitir conteúdos religiosos, mas despertar uma experiência viva de amor, pertencimento e reconciliação.

12.7.2 Embaixadores da Esperança

Dentro dessa missão surgem os chamados Embaixadores da Esperança, homens e mulheres que, depois de terem percorrido um caminho de recuperação e amadurecimento humano e espiritual, assumem livremente o compromisso de acompanhar outros irmãos e famílias. Seu serviço nasce do testemunho e da gratidão pela vida recuperada. Não acompanham a partir da teoria, mas a partir da experiência concreta da dor, da queda e da possibilidade real de recomeçar.

Os Embaixadores da Esperança convertem-se assim em sinais vivos de que a transformação é possível. Sua presença ajuda especialmente aqueles que recém iniciam o caminho, porque transmitem proximidade, compreensão e esperança. Eles sustentam a vida comunitária, animam os encontros, visitam famílias, acompanham momentos de dificuldade e ajudam a construir uma verdadeira rede de apoio fraterno.

12.8 | Os Lares Claret

> **País:** Colômbia (e outros países)
> **Descrição:** Comunidade terapêutica modelo
> **Contato:**

A Fundação Lares Claret é uma instituição colombiana sem fins lucrativos fundada em 12 de maio de 1980, impulsionada pela Congregação de Missionários Claretianos. Sua origem está diretamente ligada à crise de consumo de substâncias entre os jovens que a Colômbia vivia naquela época. Seu fundador, o padre Gabriel Antonio Mejía, passou oito meses na Itália conhecendo o modelo das comunidades terapêuticas do Projeto Homem, experiência que se converteu na semente do primeiro centro de reeducação para pessoas com dependências em Medellín.

Com mais de 46 anos de trajetória, seu trabalho aborda a dependência, a situação de rua, a desmobilização do conflito armado e os conflitos com a lei penal, com especial atenção à infância, à adolescência e à juventude.

Sua missão é acompanhar as pessoas afetadas pela marginalização, pela dependência e pela violência, ajudando-as a encontrar o sentido de sua vida. Não se trata de um tratamento meramente clínico: a fundação concebe-se como um projeto pela vida e pela esperança, que oferece uma resposta amorosa e efetiva a quem necessita de apoio para construir um projeto de vida próprio. Seus valores institucionais são o serviço desinteressado, o amor, a superação, a responsabilidade e o respeito pela vida.

O coração metodológico é o modelo de **comunidade terapêutica**, baseado na autoajuda e na ajuda mútua, sustentado por quatro pilares.

1. **A espiritualidade:** sem ela, afirma a fundação, não há reabilitação. Não se entende em sentido devocional estreito, mas como uma forma de ser e viver em comunidade, expressa através dos valores.
2. **A educação baseada na consciência**, que promove o potencial criativo e o bem-estar intrínseco dos residentes, reduz o estresse e desenvolve as capacidades cognitivas e emocionais. Inclui o uso da meditação transcendental como ferramenta terapêutica, com resultados medidos cientificamente em jovens com experiências traumáticas.
3. **O Movimento Escoteiro**, que aporta formação do caráter, habilidades manuais, cuidado do corpo e serviço ao próximo, em um marco de vida comunitária e contato com a natureza.
4. **O Instituto da Família:** a cada oito dias realiza-se uma atividade formativa com os pais ou tutores, reconhecendo que nenhum processo de recuperação é completo sem envolver a família.

Para garantir a qualidade de seus processos, desde 1994 a fundação conta com o **Centro Latino-Americano de Formação**, que oferece diplomados em

drogodependência e dependências, certificados pela Universidade Claretiana. Essa aposta pela formação contínua de agentes é um elemento que toda pastoral de dependências deveria considerar seriamente.

Lares Claret sustenta que a felicidade não é prazer, mas integridade: é-se feliz quando se tem um sentido que transcende o cotidiano e se está em paz com a própria consciência. Essa convicção orienta todo o seu trabalho e oferece à pastoral um ensinamento fundamental: acompanhar uma pessoa com dependência não é simplesmente ajudá-la a deixar uma substância, mas ajudá-la a encontrar um motivo para viver.

12.9 | Lares de Mulheres

> **País:** Porto Rico
> **Descrição:** Programa residencial e ambulatorial para o acompanhamento de mulheres com problemas de consumo de substâncias e vida em rua
> **Contato:** `madredominga@gmail.com`

O Centro Madre Dominga, Casa Belén, Inc., localizado na região sul de Ponce, Porto Rico, conta com uma trajetória de mais de 26 anos dedicada ao serviço, acompanhamento integral e restauração de mulheres em condições de extrema vulnerabilidade social. A proposta aborda de maneira direta e especializada mulheres afetadas pelo Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), alcoolismo, condições complexas de saúde mental e situações de desamparo ou vida em rua. Através de um desenho operativo gratuito, o dispositivo interrompe as dinâmicas de exclusão e descarte para convertê-las em processos de dignidade, cura e autonomia.

Sob a máxima institucional *«Por cada mulher reabilitada, há uma família restaurada»*, o modelo assume que o impacto do acompanhamento à mulher transcende sua individualidade, atuando como um fator multiplicador que repara o tecido familiar e comunitário circundante.

12.9.1 Identidade Filosófica e Enfoque de Intervenção

A proposta fundamenta-se em um modelo multidisciplinar que funde a missão social e espiritual com enfoques clínicos contemporâneos de alta efetividade:

- **Enfoque Sensível ao Trauma e Centrado na Mulher:** Reconhece que as trajetórias de consumo e rua na população feminina estão atravessadas por histórias prévias de violência de gênero, abusos e desintegração

familiar. A intervenção é desenhada respeitando e protegendo a singularidade e os ritmos da mulher.

- **Abordagem Multidisciplinar Integral:** A estrutura da equipe técnica articula componentes psicológicos, sociais, médicos, educativos e espirituais, garantindo que nenhuma dimensão da pessoa fique desatendida.

- **Estratégia Ambulatorial Adaptativa:** Rompe com as barreiras burocráticas e arquitetônicas dos sistemas de saúde tradicionais mediante modalidades terapêuticas flexíveis que facilitam o acesso permanente e voluntário aos serviços de ajuda.

12.9.2 Estratégias de Alcance Comunitário («Outreach») e Medicina de Rua

Diante do isolamento que sofrem as mulheres em situação de rua, o Centro desdobra estratégias de intervenção extramuros para levar o cuidado diretamente aos cenários cotidianos de habitabilidade e consumo das participantes:

- **Aproximação Humanizada e Livre de Juízo:** O primeiro contato define-se por uma escuta ativa e empática, priorizando a construção de um vínculo de confiança mútua acima de qualquer exigência de abstinência imediata.

- **Mitigação de Necessidades Primárias e Dignificação:** Distribuição regular de alimentos, roupa e kits de higiene pessoal. Essas ações atendem à urgência física imediata ao mesmo tempo em que promovem práticas essenciais de autocuidado e dignidade corporal.

- **Saúde Primária e Cuidado de Feridas:** Profissionais de enfermagem e saúde comunitária realizam curativos na rua de úlceras, lacerações e feridas complexas derivadas do consumo e das inclemências do entorno, reduzindo as infecções graves e servindo de ponte com o sistema de saúde primária.

12.9.3 Redução de Danos e Resposta à Crise de Opioides

A proposta incorpora de maneira transversal o enfoque de **Redução de Riscos e Danos**, assumindo um papel ativo na saúde pública da região frente à crise de substâncias sintéticas:

- **Prevenção de Overdose em Território:** Capacitação prática na rua e oficinas socioeducativas sobre os riscos associados ao consumo. Inclui a distribuição estratégica de **naloxona** para a reversão de overdoses por opioides e o fornecimento de testes de detecção de fentanil.
- **Triagem e Enlace Clínico:** Realização de testes rápidos de detecção de HIV e outras infecções de transmissão sexual, coordenando de forma imediata os acompanhamentos, tratamentos médicos especializados e manejos de casos correspondentes.
- **Rotas de Transição e Encaminhamento Responsável:** Ativação de redes comunitárias e interinstitucionais para canalizar encaminhamentos efetivos rumo a programas estáveis de moradia, desintoxicação voluntária, apoio psicológico profundo e estabilização emocional.

12.9.4 Síntese do Modelo

O Centro Madre Dominga, Casa Belén, Inc., consolida uma clínica da proximidade e da ternura em Porto Rico, demonstrando que o alcance comunitário (outreach) e a redução de danos são as chaves-mestras para abrir processos de mudança nas mulheres mais excluídas. Ao entrelaçar o saber técnico de gestores de casos, psicólogos e enfermeiros com uma profunda mística comunitária, a proposta restitui a soberania das mulheres sobre suas vidas, semeando esperança onde antes imperava o descarte.

12.10 | Lares Crea

> **País:** El Salvador (e outros países)
> **Descrição:** Comunidade terapêutica
> **Contato:** `hogarcreass@yahoo.com`

A Associação de Lares CREA de El Salvador implementa um modelo de reabilitação integral para pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) e alcoolismo, fundamentado na mística das comunidades terapêuticas e no reconhecimento da dignidade intrínseca de cada indivíduo. A proposta inova ao adaptar de maneira sistemática a célebre metodologia sociopastoral do **«Ver, Julgar e Agir»** aos itinerários clínicos e pedagógicos de recuperação. Esse enfoque holístico transforma o espaço residencial em um ambiente seguro, estruturado e acolhedor, desenhado expressamente para despertar a reflexão crítica e a agência pessoal do participante.

Diferentemente dos modelos clínicos tradicionais de caráter puramente diretivo, Lares CREA situa o residente como o protagonista e especialista de sua própria história, promovendo o apoio mútuo e a solidariedade como os motores da transformação pessoal e social.

12.10.1 O Método Pedagógico-Terapêutico: Ver, Julgar e Agir

A proposta metodológica desdobra-se de maneira transversal no cotidiano da comunidade terapêutica através de três dimensões interconectadas:

- **1. Ver (Observação Crítica e Diagnóstico Subjetivo):** Consiste na geração de espaços seguros onde os residentes desenvolvem a capacidade de observar sua própria realidade com honestidade. Através de círculos de reflexão comunitária e sessões de escuta individualizada, os facilitadores guiam a pessoa a examinar criticamente seus comportamentos de consumo, padrões disfuncionais, dinâmicas familiares problemáticas e os impactos reais em sua saúde física, mental e social. A observação compartilhada permite que o residente se veja refletido nas experiências de seus pares, o que reduz drasticamente os mecanismos de defesa e derruba a barreira da negação.

- **2. Julgar (Análise Coletiva e Consciência das Causas Raízes):** Estrutura-se como um processo pedagógico e participativo de análise profunda. Não se coloca a partir de uma perspectiva moralista ou punitiva, mas estritamente educativa e terapêutica. O objetivo é que os residentes, acompanhados pela equipe de facilitadores, identifiquem os fatores pessoais, familiares, biográficos e socioculturais que configuraram sua trajetória de vulnerabilidade. Compreender o peso do trauma, as pressões sociais, a falta de oportunidades e as exclusões estruturais permite desenvolver uma consciência crítica, desmantelando a culpa paralisante e abrindo passagem à responsabilidade subjetiva.

- **3. Agir (Plano Integral e Protagonismo na Recuperação):** Concretiza-se no desenho e execução participativa de um plano de ação realista e significativo para a vida. Os residentes assumem um papel ativo e corresponsável mediante dois níveis de execução:

  - *Dimensão Intramuros:* Gestão do autocuidado, cumprimento de responsabilidades na vida comunitária, preparação de alimentos, oficinas de habilidades socioemocionais e manutenção do espaço comum.

– *Dimensão Extramuros:* Reparação ativa dos vínculos familiares, desenvolvimento de capacidades produtivas, voluntariados comunitários, nivelação educativa e processos guiados de reintegração laboral.

12.10.2 Monitoramento, Redes de Sustento e Agência

Para garantir o sucesso a longo prazo da proposta, as ações do plano de vida são monitoradas, avaliadas e ajustadas de forma constante segundo a evolução de cada pessoa. A comunidade organiza-se sob uma lógica de **redes de sustento emocional** baseadas na confiança mútua e na horizontalidade. Ao validar os residentes como agentes ativos de mudança —capazes de tomar decisões responsáveis e de acompanhar a recuperação de seus próprios companheiros— o dispositivo fomenta o desenvolvimento da autonomia, da resiliência e um sentido de pertencimento solidário que perdura para além do egresso institucional.

Síntese do Modelo

A proposta de Lares CREA de El Salvador demonstra que a tríade do Ver, Julgar e Agir constitui uma poderosa ferramenta clínica e comunitária para a abordagem do consumo problemático. Ao fundir a estrutura da comunidade terapêutica com uma análise crítica e não punitiva da realidade, o modelo devolve às pessoas em situação de exclusão sua capacidade de decisão e seu protagonismo, transformando os ambientes de descarte em escolas de vida organizada, dignidade e solidariedade.

12.11 | Munasim Kullakita

> **País:** Bolívia
> **Descrição:** Programa de acompanhamento integral para crianças, adolescentes com consumos problemáticos, vida em rua e vinculados a redes de tráfico de pessoas
> **Contato:** `fundacion@munasimkullakita.org`

A situação de crianças e adolescentes (NNA) em situação de rua e contextos de alta vulnerabilidade social constitui uma problemática estrutural que os expõe a graves riscos como a violência, a exploração sexual comercial, o tráfico de pessoas, o consumo problemático de substâncias e a exclusão absoluta. Diante desse cenário, a Fundação Munasim Kullakita —com uma sólida trajetória na proteção e restituição de direitos— propõe um **Modelo de Intervenção Integral** que

articula de maneira sinérgica o contato direto na rua, os dispositivos de atenção comunitária de baixa exigência e os processos sustentados de inclusão social.

12.11.1 Etapas e Momentos Estratégicos da Intervenção

O processo metodológico não se concebe de forma isolada, mas como um itinerário progressivo dividido em três etapas fundamentais:

- **Primeira Etapa: Trabalho de Contato e Abordagem na Rua**
  - *Primeiro Momento (Aproximação inicial):* Centrado no estabelecimento de vínculos de confiança estáveis e comunicação afetiva mediante a **Escuta Ativa**. Paralelamente, realizam-se diagnósticos comunitários situacionais para identificar as dinâmicas da rua, mapas de risco e necessidades imediatas da população.
  - *Segundo Momento (Trabalho a partir da rua):* Implementação de atividades recreativas, esportivas, lúdicas e socioeducativas diretamente nos espaços cotidianos de habitabilidade das crianças e adolescentes. Busca-se gerar contenção social, promover sua participação ativa e ativar as primeiras estratégias de engajamento para a restituição de seus direitos.
- **Segunda Etapa: Dispositivos de Atenção e Redução de Danos e Riscos**
  - *Espaço Aberto:* Funciona como uma plataforma permanente de encontro comunitário, acolhida momentânea e suporte socioeducativo básico.
  - *Restaurante Popular «Raiz de Esperança»:* Dispositivo estratégico que oferece apoio alimentar regular e digno. Consolida-se como o eixo operativo do **Tratamento Comunitário**, atuando como ponto de encontro interinstitucional, contenção social e coordenação com redes aliadas no território.
- **Terceira Etapa: Inclusão Social, Autonomia e Seguimento**
  - *Inclusão Familiar:* Processos de revinculação e reintegração progressiva em ambientes familiares que certifiquem condições de segurança e afeto.
  - *Autonomia Pessoal:* Desenvolvimento de habilidades interpessoais e ferramentas para a vida diária, orientadas à tomada de decisões responsáveis e à autogestão.

– *Inclusão Laboral:* Gestão de capacitações técnicas eficazes, articulação com programas públicos de emprego e desenho de meios de vida sustentáveis a longo prazo.

12.11.2 Resultados Esperados do Modelo

Através da implementação dessa proposta, perseguem-se os seguintes impactos quantitativos e qualitativos:

- Mitigação e redução direta dos riscos associados ao tráfico de pessoas, exploração sexual e violências em via pública.
- Consolidação da confiança dos adolescentes no sistema de proteção, assegurando sua permanência e participação nos programas.
- Acesso contínuo a esquemas de alimentação nutricional digna e um acompanhamento profissional interdisciplinar.
- Egresso bem-sucedido das beneficiárias rumo à vida autônoma mediante a inclusão familiar ou laboral efetiva.

12.11.3 Articulação Institucional e Políticas Públicas

A sustentabilidade da proposta apoia-se sobre a base da corresponsabilidade sistêmica. Para isso, formaliza-se a articulação, encaminhamento e mesas de trabalho com os atores-chave do Sistema de Proteção na Bolívia: o **Ministério do Trabalho e Previdência Social** (para a inserção laboral e o setor privado), as **Defensorias da Infância e Adolescência** (DNA), os **Governos Autônomos Departamentais** e as redes comunitárias de base.

Síntese do Modelo

A proposta da Fundação Munasim Kullakita traduz os direitos constitucionais em uma prática de proteção situada no território. Através de uma metodologia que vai desde o asfalto da rua até a inserção laboral formal, o modelo demonstra que a redução de danos e o acompanhamento amoroso e técnico constituem a chave para que as infâncias partidas pela exclusão recuperem sua voz, sua dignidade e sua autonomia.

12.12 | Samaritanos da Rua

País: Colômbia
Descrição: Programa residencial e ambulatorial de acompanhamento integral para pessoas em situação de rua
Contato: `samaritanosdelacalle@gmail.com`

O Sistema de Atenção ao Habitante de Rua da Fundação Samaritanos da Rua em Cali compõe-se de dormitórios sociais, lares de acolhida diurna, lares de passagem e centros de atenção especializados organizados em baixa, média e alta exigência. Esses dispositivos transcendem a noção de «um teto pela noite»: articulados sob o enfoque de **Redução de Riscos e Danos (RRD)**, constituem a porta de entrada real para que as pessoas em situação de rua mitiguem seu modo de sobrevivência diária, recuperem seus direitos primordiais e construam autonomia para revincular-se socialmente.

12.12.1 A Importância do Enfoque de Redução de Riscos e Danos (RRD)

O modelo teórico-prático de RRD sustenta as ações intramuros e territoriais mediante quatro impactos-chave:

- **Prevenção da mortalidade:** Disponibilidade de naloxona para overdoses, identificação precoce de convulsões e articulação imediata com o sistema de saúde de emergências.
- **Mitigação de doenças:** Fornecimento de material higiênico e curativos de feridas complexas, prevenindo a transmissão de HIV, hepatites e infecções que saturam o sistema sanitário.
- **Diminuição da violência no espaço público:** Oferecer um ambiente seguro para pernoitar e descansar reduz diretamente os índices de assaltos, brigas e o consumo problemático em via pública.
- **Construção de confiança e diálogo:** Ao eliminar a ameaça da expulsão por consumo ativo, as equipes interdisciplinares conseguem uma abordagem integral baseada na honestidade, no processamento de traumas e na avaliação voluntária do consumo.

12.12.2 Processo de Acompanhamento e Resocialização (Não Linear)

Para evitar que o processo se rompa de forma precoce exigindo uma abstinência inicial, o itinerário organiza-se de forma flexível em cinco etapas:

1. **Vínculo:** Acesso irrestrito à alimentação, banho e cama, livre de condições punitivas ou exigências prévias.

2. **Estabilização:** Cobertura de necessidades básicas e descanso para diminuir a síndrome de abstinência e o estresse da rua.

3. **Oferta:** Ativação de rotas institucionais personalizadas (identificação, saúde integral e educação) segundo o ritmo do usuário.

4. **Decisão:** Autodeterminação da pessoa para iniciar processos de desintoxicação, regularização cidadã ou inserção laboral.

5. **Projeto:** Egresso progressivo rumo a lares de transição, soluções de moradia autônoma ou processos de revinculação familiar com seguimento técnico.

12.12.3 Dispositivos, Estratégias de Inclusão e Projeção

A oferta institucional diversifica-se mediante estratégias centradas na pessoa e em seu ambiente real:

- **Estratégia Institucional e Extramuros:** Articulação dos centros fixos de atenção com equipes de rua que realizam buscas ativas e acompanhamento nos territórios de consumo.

- **Lar Inter-espécie:** Dispositivo transversal de baixa exigência que permite o ingresso dos usuários junto a seus animais de companhia, eliminando uma das principais barreiras de acesso ao sistema de cuidado.

- **Lar de Sustentabilidade:** Dispositivo específico para egressos que superaram a vida em rua e consolidam sua autonomia.

- **Inclusão Laboral Ativa:** Inserção formal de aproximadamente 80 pessoas recuperadas, vinculadas laboralmente à Fundação ou a empresas do setor público-privado.

- **Estratégia «CALIDOSOS» (Marca de Cidade — 2026):** Componente de inserção social que emprega pessoas qualificadas que superaram a vida em rua para o cuidado, manutenção e embelezamento das zonas verdes e espaços públicos de Cali.
- **Cooperativismo em Desenvolvimento:** Linha estratégica orientada à criação de uma cooperativa de trabalho associada para os egressos incorporados formalmente ao mercado laboral.

Síntese do Modelo

As estratégias da Fundação Samaritanos da Rua provêm a base mínima indispensável para tornar viável a resocialização: um corpo seguro, um trato digno e uma porta aberta. O enfoque de RRD garante que essa porta permaneça aberta precisamente para a população que maior vulnerabilidade apresenta e que se encontra excluída dos modelos tradicionais de assistência.

12.13 | Casa Comunitária São José

> **País:** Argentina
> **Descrição:** Programa de acompanhamento ambulatorial para crianças, adolescentes vítimas de abusos, violências, abandono e outros problemas graves
> **Contato:** `casacomunitariasanjose@gmail.com`

A Casa Comunitária *São José* (fundada em 2020) surge do entrecruzamento do acompanhamento pastoral e comunitário de famílias atravessadas pelas violências, pelo consumo de substâncias, pela exclusão e pela pobreza, junto a referenciais territoriais e profissionais inseridos nas comunidades. Nasce como uma extensão da trajetória pastoral da Paróquia «Santa Maria Mãe do Povo» no Bajo Flores (bairros P. Ricciardelli, Illia, Rivadavia 1 e 2, e Charrúa, da Cidade Autônoma de Buenos Aires), diante da necessidade de dar uma resposta específica às infâncias e adolescências danificadas por experiências traumáticas de gravidade.

12.13.1 O Olhar: Identidade e Espírito do Projeto

Sua identidade define-se pelos seguintes pilares fundamentais:

- **Sentido de «Família Grande»:** O projeto nasce, desenvolve-se e culmina na comunidade. Busca reconstruir a «urdidura interior» de

crianças cujas vidas foram danificadas pela desigualdade e pela ausência de adultos protetores.

- **Mística de Prevenção nos Bairros Populares:** Inscreve-se na mística do trabalho preventivo das paróquias dos bairros populares. A meta é *chegar antes que a droga e a violência*, curando as raízes do sofrimento para evitar que a exclusão quebre os projetos de vida.

- **Enfoque de Direitos e Ternura:** Sob a inspiração do Papa Francisco, propõe-se curar as feridas com ternura, reconhecendo as crianças e adolescentes como sujeitos plenos de direitos.

- **Bússola Espiritual:** O Evangelho de Jesus e a fé são a guia para olhar a partir do coração e encontrar formas novas de abordagem interior e comunitária.

12.13.2 Metodologia de Acompanhamento

A metodologia da Casa é **integral, interdisciplinar e artesanal**, adaptando-se à complexidade de cada situação particular para evitar o «naufrágio» das infâncias. Seus suportes principais são o abraço a partir da experiência pastoral-comunitária, uma abordagem integral clínico-social e o trabalho em rede mediante articulação intersetorial. Trabalha-se sob a premissa de que somente em Comunidade se pode transformar a complexidade.

12.13.3 Áreas de Ação, Dispositivos e Eixos de Trabalho

O dispositivo funciona de segunda a sexta em turno diurno e estrutura suas intervenções em:

- **Acompanhamento Ambulatorial de Alta Complexidade:** Centrado em crianças e adolescentes que sofreram vulnerações graves (abusos, violências, abandonos, exploração sexual, etc.), abordando integralmente todo o sistema familiar primário ou ampliado mediante avaliações e tratamentos individuais ou vinculares.

- **Abordagem Terapêutica Psicossocial e Oficinas:** Atendimento psicológico frequente, acompanhamento a partir do Serviço Social e articulação com psicopedagogia, psiquiatria e acompanhantes terapêuticos. Inclui oficinas expressivas de jogo, arte e psicomotricidade para recuperar a palavra e a expressão.

- **Acolhida Inicial:** Espaço de café da manhã, almoço ou lanche para receber os que chegam em um ambiente caloroso, hospitaleiro e seguro.
- **Programa de Famílias de Acolhimento Comunitário:** Prioriza que famílias do mesmo bairro acolham transitoriamente os menores, evitando o desenraizamento e a institucionalização clássica. Facilita transições cuidadas respeitando os tempos das infâncias e das famílias.
- **Trabalho com Vínculos, Criação e Território:** Grupos para adultos com dificuldades na criação, visitas domiciliares, assessoramento em causas judiciais e articulação com efetores de saúde, escolas e órgãos estatais, acompanhando de modo preventivo a criação comunitária junto aos Centros de Bairro.
- **Capacitação Permanente e Treinamento:** Formação e supervisão dirigida a referenciais territoriais, estudantes e profissionais para transmitir critérios de detecção precoce, diagnóstico e ferramentas específicas para intervenções complexas em bairros populares.

12.13.4 O Trabalho em Rede e a Comunidade

A proposta não busca substituir a rede social da criança ou adolescente, mas fortalecê-la através de:

- **Redes Artesanais:** Construção de malhas de contenção sob medida de cada necessidade, articulando diretamente com clubes, escolas e lares do território.
- **Corresponsabilidade com o Estado:** Reconhece-se o Estado como garante principal dos direitos, assumindo a Casinha o compromisso comunitário de operacionalizar e tornar efetivos tais direitos no território.
- **Encaminhamento Responsável:** O acesso realiza-se mediante encaminhamentos de paróquias ou equipes de bairros populares, sob o compromisso explícito de que as equipes que encaminham mantenham o acompanhamento ativo da família.

Síntese do Modelo

A Casa São José propõe uma clínica da vulnerabilidade situada no bairro popular, onde o comunitário e o profissional integram-se de forma artesanal para restituir a dignidade e a esperança às infâncias feridas. Consolida-se

como um espaço de alta complexidade focado no acompanhamento profundo, na proteção dos vínculos e na tecelagem de redes de contenção personalizadas.

12.14 | Ninguém a menos pela droga

> **País:** Chile
> **Descrição:** Espaço de sensibilização nacional sobre os problemas relacionados com a narcocultura e o consumo de substâncias
> **Contato:** `fcarreno@caritaschile.org`

Ninguém a menos pela Droga é um movimento herdeiro do trabalho que realizaram por mais de 15 anos distintas comunidades da Igreja Chilena.

No caminho percorrido, junto a pessoas que trabalham pela dignidade daqueles que sofrem pelas drogas, aprendemos que o que primeiramente salva uma pessoa não é apenas uma rede de prestações sociais, mas uma comunidade sensibilizada e preparada, que abre suas portas mobilizada pela fé em Deus e pela dignidade invencível de cada ser humano.

Os Bispos de nosso país assinalaram: *é indispensável animar a esperança, fortalecer o tecido social, atender à qualidade de vida e à reparação do dano que o narcotráfico e a pobreza produzem em tantas crianças, jovens e famílias.* (CECh, Anunciar Jesus Cristo caminhando Juntos. Orientações Pastorais 2023 — 2026, n. 14).

Reconhecemos que Jesus Cristo é quem nos inspira, e hoje nos volta a perguntar: *Onde está teu irmão?* (Gn 4, 9). Onde estão as crianças expulsas da escola ou esses jovens sequestrados pelo narco para cometer ilícitos? Onde estão as crianças vítimas da exploração sexual como meio de pagamento para conseguir droga? Onde estão aqueles que estão sozinhos, vivendo em sepulcros modernos que mutilam afetos e deixam na escuridão o sem-sentido de suas vidas? E responderemos: *Não sei. Acaso sou eu o guardião de meu irmão?* (Gn 4, 9).

A pergunta animou-nos a descobrir que somos seres radicalmente sociais, que somos a partir dos outros e com os outros. A vida passa pelo encontro com o outro à espera de ser irmãos, de compartilhar o mesmo sangue e os mesmos sonhos. Renunciar à pergunta pelo irmão —como quando Caim abaixou a cabeça e não viu seu irmão—, acarreta a morte, o sem-sentido. Cada vez que olho o outro e me deixo interpelar por ele, poderemos intuir a presença de Deus que nos chama a viver com sentido.

Atualmente, o movimento Ninguém a menos pela Droga é integrado por distin-

tas organizações que buscam responder ao chamado do Papa Francisco quando em 2018 assinalou: *A Igreja, junto com as instituições civis, nacionais e internacionais, e os diversos organismos educativos, está comprometida ativamente em todos os lugares do mundo para contrariar a difusão das dependências mobilizando suas energias na prevenção, na cura, na reabilitação e nos projetos de reintegração que devolvam a dignidade a quem foi privado dela.*

Diante dessa carta de navegação, com Caritas Chile iniciamos um processo para *acompanhar as comunidades que acompanham*, pessoas que sofrem por causa do consumo problemático de drogas e as implicações dessa realidade em seus territórios.

O anterior enraíza-se no objetivo de aportar na construção de respostas integrais e comunitárias frente ao drama das drogas e da violência, mediante o fortalecimento de capacidades locais em distintas dioceses do país. Buscamos que essas respostas sejam Centros de Escuta de Bairro onde as pessoas (tanto quem sofre pelo consumo de drogas quanto seus familiares) sejam acolhidas, acompanhadas, reconhecidas como legítimos outros; enquanto os agentes pastorais e o voluntariado recebem formação para ser alternativa efetiva e afetiva.

Até o momento, desenvolvemos um modo de trabalho cujo núcleo são os centros de escuta de bairro e a participação substantiva de pessoas que viveram situações de consumo de drogas, situação de rua ou outras de importante vulneração de direitos. Com todos eles, ativamos dimensões de acolhida, formação e celebração. Atualmente, integram o movimento as seguintes organizações e comunidades:

- Caritas Chile
- PANAD (Pastoral Nacional de Álcool e Drogas)
- Delegação Episcopal para a pastoral social Caritas
- Vicariato Zona Centro
- Vicariato da Misericórdia
- Policlínico Enrique Alvear
- Fundação Lar de Cristo
- Fundação EDUCERE
- Fundação DESPERTAR (Atacama)
- Fundação Mulher Levanta-te

- Irmãzinhas de Jesus
- Capela Paulo VI (Pudahuel)
- Capela André Jarlan (Lo Espejo)
- Santuário Imaculada Conceição (San Ramón)
- Capela das Almas (Santiago)
- Paróquia Jesus o Bom Pastor (Valparaíso)
- Capela Espírito Santo (Copiapó)
- Comunidades emergentes: Temuco e Osorno.

PARTE V

Conclusão

Rumo a um manual aberto

CAPÍTULO 13

Um manual aberto

13.1 | A rede por trás do manual

Este manual não constitui um ponto de chegada, mas o reflexo de um caminho eclesial compartilhado que nasce do clamor de nossos povos e do compromisso de uma Igreja em saída. A rede que sustenta essas páginas é muito mais ampla que o próprio texto: é um tecido de saberes e experiências que envolve centenas de agentes pastorais, equipes territoriais, profissionais e comunidades de toda a América Latina e o Caribe.

É fundamental destacar que todas as propostas desenvolvidas na parte de *Agir* não são teorias abstratas, mas linhas de ação comprovadas e sugestões práticas que já estão transformando realidades em diversos territórios. Cada critério aqui vertido é fruto de uma reflexão crítica sobre a ação; cada conceito encontra seu correlato na realidade cotidiana de nossas Igrejas locais.

Reconhecemos que essas respostas em geral, por si sós, não conseguem colocar em jogo todas as dimensões do ser humano. Cada aporte é importante. Mas, ao mesmo tempo, dada a complexidade do fenômeno das dependências, a partir da rede e do manual assumimos o desafio de sustentar um olhar integral que evite qualquer reducionismo, entendendo que a pessoa é uma unidade indivisível. Por isso, o manual oferece critérios e orientações em vez de respostas fechadas, respeitando a singularidade de cada processo de vida e de cada comunidade.

A partir da **PLAPA**, oferecemo-nos como um nexo para que qualquer comunidade ou agente pastoral possa vincular-se com as experiências descritas neste material. Acreditamos na importância das reuniões bilaterais e do intercâmbio

de práticas; por isso, facilitaremos as conexões necessárias para que ninguém se sinta sozinho nesta missão. O manual é, em última instância, o rosto visível de uma grande rede preexistente que busca organizar a esperança em nossa região.

13.2 | A metodologia como legado: Sinodalidade na prática

Para além dos conteúdos técnicos e pastorais, este manual deixa como principal legado uma metodologia de trabalho que denominamos *epistemologia ascendente*. Esse enfoque parte da premissa de que o saber não se impõe a partir de marcos teóricos preestabelecidos, mas nasce da escuta atenta dos territórios e do discernimento das perguntas que surgem no barro da prática cotidiana. O conhecimento aqui plasmado é, portanto, um saber situado que reconhece a autoridade daqueles que caminham dia a dia junto aos mais vulnerados.

O processo de elaboração foi um exercício concreto de *sinodalidade*. A participação de cerca de 300 agentes não foi apenas consultiva, mas constitutiva do texto. Através desse caminho eclesial, buscamos que o manual seja um espaço onde as diversas vozes da América Latina e do Caribe se encontrem e se reconheçam, superando a fragmentação de saberes para construir um olhar integral e compartilhado.

Nesse sentido, a tecnologia desempenhou um papel fundamental como ferramenta a serviço da comunhão. O uso de inteligência artificial e a sistematização de transcrições de reuniões virtuais permitiram processar um volume imenso de aportes sem sacrificar a riqueza original dos testemunhos nem a particularidade das linguagens locais. Esse despregar técnico não buscou substituir o pensamento humano, mas salvaguardar a participação comunitária, assegurando que nenhum aporte ficasse excluído por limitações logísticas. Assim, a sinodalidade na prática demonstra que é possível tecer redes de pensamento coletivo que sustentem a esperança e a ação em toda a região.

13.3 | A proposta de um manual *Rolling Release*

Este documento apresenta-se sob a modalidade de *rolling release*, o que significa que não se considera uma obra terminada nem estática, mas um material em atualização contínua. Entendemos que o fenômeno das dependências é sumamente dinâmico: cada dia surgem novos avanços científicos, novas respostas territoriais e modos mais profundos de compreender a complexidade humana. Por isso, este manual busca ser uma ferramenta flexível que evolua no ritmo

dos desafios que enfrentamos.

A proposta implica que, através da rede da **PLAPA**, estabelecem-se mecanismos permanentes de participação para a incorporação de novos elementos. A versão digital será o eixo central desse dinamismo, permitindo que as atualizações, correções e novos aportes se reflitam de maneira ágil, superando a fixidez do papel impresso. Este manual é, em essência, um compromisso com a aprendizagem permanente e com a busca de pontes entre a ciência e a fé que ofereçam respostas eficazes a nossos irmãos.

Para garantir a coerência e a qualidade técnica e pastoral desse processo, conta-se com uma equipe curadora encarregada de avaliar e incorporar sistematicamente as contribuições da comunidade. Desse modo, o manual não apenas cresce em volume, mas em profundidade, assegurando que o saber compartilhado continue sendo um reflexo fiel da realidade e uma guia segura para a ação.

13.4 | Critérios de aplicação e inculturação territorial

Este manual não pretende impor um modelo único de intervenção nem oferecer receitas infalíveis aplicáveis de forma mecânica em qualquer lugar. Pelo contrário, seu valor reside em propor critérios e orientações pastorais que devem ser discernidos e inculturados em cada território. Reconhecemos que as dependências se manifestam de formas diversas segundo o contexto geográfico, social e cultural, o que exige uma flexibilidade que respeite a singularidade de cada processo de vida em contextos diversos.

A aplicação das ferramentas aqui descritas requer um exercício prévio de escuta da própria realidade. Não se trata de transladar experiências de um país a outro sem mediação, mas de extrair os princípios subjacentes para que cada equipe local possa dar sua própria resposta criativa. O manual apresenta-se como um marco de referência que ganha vida quando se encarna na linguagem e nas práticas dos bairros, das paróquias e dos centros de acompanhamento de nossa região.

Nesse sentido, a inculturação não é apenas uma adaptação técnica, mas um ato de respeito pela história de cada povo e pela dignidade de cada pessoa. Convidamos os agentes pastorais a utilizar este material como uma guia para a reflexão crítica, permitindo que as particularidades do contexto iluminem e enriqueçam as propostas gerais. Somente através de um olhar situado e

comprometido com o território, o acompanhamento poderá ser verdadeiramente eficaz e transformador, evitando respostas desencarnadas que não respondam ao clamor real de nossos irmãos.

13.5 | Os mecanismos de colaboração

A participação ativa é o motor que permite que este manual se mantenha como uma obra em construção permanente. Para isso, estabeleceram-se canais de comunicação através do site oficial da PLAPA onde as equipes territoriais podem enviar suas contribuições. As contribuições podem ser entregues diretamente através desse canal digital, ou através da equipe da Pastoral Nacional de Dependências, naqueles países onde o organismo já se encontre constituído.

Essas contribuições podem abranger desde correções de estilo e forma até observações conceituais e de fundo que desafiem ou completem os conteúdos atuais. O processo de colaboração busca emular a dinâmica sinodal da primeira revisão do texto, na qual diversos agentes realizaram aportes significativos que foram integrados para enriquecer o olhar integral do manual.

Convidamos os leitores a não serem receptores passivos, mas a compartilhar suas experiências e reflexões críticas sobre a práxis no território. Cada sugestão recebida é uma oportunidade para que o manual seja um reflexo mais fiel do que nossos irmãos e irmãs estão vendo hoje nas paróquias e centros de acompanhamento.

13.6 | A equipe curadora

Para salvaguardar a coerência técnica e o espírito pastoral desse material, constituiu-se uma equipe encarregada de avaliar e incorporar sistematicamente as correções da comunidade. Essa equipe está conformada por um referente das Pastorais Nacionais, naqueles países em que o organismo está conformado, e por referentes das instituições eclesiais que se dedicam ao tema em mais de um país. A designação de cada curador deve ser sustentada por uma carta de referência de sua organização, dirigida à **PLAPA**, e tem duração de três anos.

Essa equipe curadora tem a missão de discernir os aportes recebidos, assegurando que as atualizações mantenham a harmonia com o olhar integral e territorial que define a identidade de nossa rede. O papel da curadoria não busca restringir a participação, mas organizar o saber compartilhado para que a ferramenta conserve sua eficácia técnica e sua profundidade espiritual.

A equipe curadora reunir-se-á a cada 4 meses, a fim de avaliar as propostas de correção ou ampliação que foram chegando durante esse tempo. As datas de reunião serão publicadas no site oficial, assim como as definições da equipe curadora.

Através dessa equipe, garante-se que o manual cresça em volume e qualidade, incorporando os avanços científicos e pastorais que surgem do diálogo permanente entre a ciência e a fé.

13.7 | As versões do manual

Para responder às diversas necessidades de formação e consulta nos territórios, este material apresenta-se em dois formatos complementares que permitem aproveitar ao máximo seu potencial pedagógico e pastoral.

A versão física está pensada para favorecer uma leitura linear e sistemática, permitindo que o agente pastoral percorra o caminho lógico da proposta, desde a análise da realidade até a fundamentação teórica e a implementação de respostas concretas. É o suporte ideal para quem inicia seu caminho nesta pastoral ou deseja realizar uma reflexão profunda e pausada sobre os conteúdos.

Por outro lado, a versão virtual constitui o eixo do dinamismo do manual. Ao incorporar um sistema de hiperlinks, permite uma navegação integral que relaciona os temas entre si, superando a fragmentação e favorecendo uma visão de conjunto indispensável para a abordagem das dependências. No ambiente digital, os conteúdos deixam de ser compartimentos estanques para transformar-se em uma rede de saberes conectados.

Dado que este manual funciona sob a lógica de *rolling release* ou atualização contínua, é fundamental que os usuários identifiquem com precisão qual versão do material estão consultando. Para isso, estabelecemos uma nomenclatura técnica que acompanhará cada edição:

- A identificação compõe-se da letra «v» seguida das duas últimas cifras do ano e do número da revisão correspondente.
- Previu-se um ciclo de três correções anuais para incorporar sistematicamente os aportes da rede e os avanços científicos.
- Desse modo, uma versão etiquetada como **v26.1** indica que se trata da primeira revisão realizada durante o ano 2026.

Esse sistema de versionamento assegura que as equipes da **PLAPA** e os agentes territoriais trabalhem sempre sobre o material mais atualizado, garantindo que

as atualizações se reflitam primeiro na versão digital antes de passar a novas impressões físicas.

13.8 | Dimensão profética e incidência política

O acompanhamento aos irmãos em situação de consumo não pode esgotar-se no alívio das feridas individuais; exige também um compromisso decidido com a transformação das estruturas de exclusão que geram esse sofrimento. Inspirados na noção de caridade política, entendemos que a missão da Igreja e da rede da **PLAPA** inclui a tarefa de denunciar as estruturas que asfixiam a vida em nossos territórios. Isso implica passar da assistência imediata à incidência estratégica, levantando a voz diante das realidades que causam dor em nossos povos.

A dimensão profética de nosso labor manifesta-se na denúncia do impacto do narcotráfico e da globalização do crime organizado, fatores que comprometem a integridade da pessoa e a vida dos mais jovens. Ao mesmo tempo, sentimo-nos chamados a interpelar os Estados para a criação e sustentação de políticas públicas de cuidado e saúde integral que sejam verdadeiramente humanizantes e territoriais. Reconhecemos que na abertura que tenhamos para com as chagas da sociedade se joga nossa própria salvação, pois nessas feridas habita o próprio Jesus Cristo.

Nossa incidência política não busca o poder, mas a justiça social e a proteção da dignidade absoluta e inalienável de cada ser humano. Através do trabalho em rede com outros atores sociais, buscamos que o direito a uma vida com sentido seja uma realidade para todos, especialmente para aqueles que habitam as periferias do consumo.

13.9 | O ministrar e a certificação dos cursos

Este manual transcende sua função como material de consulta para constituir-se no fundamento de um itinerário formativo sistemático destinado aos agentes pastorais de toda a região. O ministrar dos cursos baseados nesses conteúdos realizar-se-á de maneira descentralizada, envolvendo ativamente as Pastorais Nacionais de Dependências e as diversas instituições eclesiais que integram nossa rede territorial.

Para garantir que a formação ministrada seja fiel ao espírito e aos conteúdos desta obra, a **equipe curadora** será a encarregada de certificar os cursos que se desenvolvam nos distintos territórios. Esse mecanismo de certificação tem

como objetivo verificar a conformidade das propostas formativas locais com os critérios e orientações aqui plasmados, assegurando que se respeite o olhar integral e o enfoque da Pessoa Primeiro.

Dessa maneira, o aval da equipe curadora assegura que a formação recebida não seja um fato isolado, mas parte de um processo de aprendizagem permanente que evolui conforme o manual incorpora novas revisões e aportes da comunidade. A certificação representa, em última instância, uma garantia de coerência técnica e profundidade espiritual para todos os agentes que se comprometem com o serviço e o acompanhamento de nossos irmãos.

13.10 | Um horizonte de esperança: A luz no caminho

Ao concluir este manual, devemos reafirmar que nossa esperança não está depositada em um ponto de chegada idealizado, mas no próprio caminho que percorremos junto a nossos irmãos: Jesus Cristo é caminho, verdade e vida. Na pastoral de dependências, corremos o risco de medir o sucesso unicamente pela erradicação do sintoma ou pelo cumprimento de metas terapêuticas; entretanto, a verdadeira luz não é o fim do túnel, mas o brilho de dignidade que resplandece em cada passo compartilhado. Se alimentamos nossa esperança apenas com a luz daqueles que *chegaram*, a frustração terminará por nos vencer diante dos processos mais lentos ou dolorosos. A esperança cristã é, fundamentalmente, uma esperança no caminho.

O fato de que a Igreja decida permanecer ao pé da cruz, caminhando junto aos novos crucificados de hoje, constitui em si mesmo um sucesso que transcende a lógica da eficácia. Nossa missão não é a do especialista que só busca curar, mas a da comunidade que sabe permanecer no silêncio do sepulcro, abraçando a vida partida ainda quando não há soluções imediatas. Descobrimos que na dor e na morte que as dependências trazem existe uma ocasião privilegiada para encontrar o Crucificado, e é precisamente nesse abraço onde se pressente a ressurreição.

Que as pessoas mais partidas encontrem na Igreja uma família que as abraça e as chama pelo nome é o sinal mais eloquente da presença de Jesus entre nós. Dessa maneira, nossas paróquias não são instituições administrativas, mas uma casa e uma mesa compartilhada onde a orfandade se cura com a proximidade e a ternura. Ali onde o mundo descarta, a Igreja escolhe o lugar do serviço, assumindo a responsabilidade compartilhada de não deixar ninguém sozinho no caminho.

Fazemos nossa a súplica da Igreja para que esta missão seja fecunda:

> *Dai-nos, Senhor, entranhas de misericórdia diante de toda miséria humana. Inspirai-nos o gesto e a palavra oportuna diante do irmão sozinho e desamparado. Ajudai-nos a nos mostrarmos disponíveis diante de quem se sente explorado e deprimido. Que tua Igreja, Senhor, seja um recinto de verdade e de amor, de liberdade, de justiça e paz para que todos encontrem nela um motivo para seguir esperando.*
>
> ***Oração Eucarística Vb***

Encomendamos todo o nosso trabalho, nossas alegrias e nossas frustrações à proteção maternal da Virgem Maria, pedindo-lhe que nos ensine a permanecer, como ela, ao pé das cruzes de nossos bairros:

Bendita seja tua pureza e eternamente o seja,
pois todo um Deus se recreia em tão graciosa beleza.
A Ti, celestial princesa, Virgem Sagrada Maria,
eu te ofereço neste dia, alma, vida e coração.
Olha-nos com compaixão, não nos deixes, Mãe minha.

Não estou eu aqui, eu que sou tua mãe?
Não estás sob minha sombra e meu resguardo?
Não sou eu a fonte de tua alegria?
Não estás no côncavo do meu manto,
no cruzar dos meus braços?
Tens necessidade de alguma outra coisa?

Fontes do Magistério e documentos eclesiais citados

Sagrada Escritura

As citações bíblicas ao longo do manual seguem o texto da Bíblia de Jerusalém.

Antigo Testamento

Gn 1, 26-27
Criação do ser humano à imagem e semelhança de Deus. pág. 178

Gn 2, 7
O sopro de vida. pág. 174

Gn 2, 15
O mandato de cultivar e cuidar do jardim. pág. 120

Gn 4, 9
«Onde está teu irmão?». pág. 438 e 524

Nm 11, 5
A tentação de voltar às cebolas do Egito. pág. 39

Dt 30, 19
Ponho hoje diante de ti a vida e a morte. pág. 488

Sl 63, 7
O abismo que nos habita. pág. 78

Ecl 1, 2.14
Vaidade de vaidades. pág. 197

Is 53, 4-5
Carregou nossos sofrimentos, foi traspassado por nossas rebeliões. pág. 32

Jr 2, 13
Cisternas rachadas que não retêm a água. pág. 194

Mq 6, 8
Praticar a justiça, amar a misericórdia, caminhar humildemente com Deus. pág. 165

Novo Testamento

Mt 25, 35
Fui forasteiro e me hospedaste. pág. 162

Mt 25, 36
Estava enfermo e me visitaste. pág. 24

Mc 3, 33-35
Quem é minha mãe e quem são meus irmãos? pág. 107

Mc 6, 31
Vinde a um lugar afastado, para descansar um pouco. pág. 167

Mc 8, 36
De que serve ao homem ganhar o mundo inteiro se perde sua alma? pág. 297

Lc 4, 18-19
O Espírito do Senhor está sobre mim. pág. 122

Lc 5, 31
Não são os sadios que necessitam de médico. pág. 219

Lc 10, 33-34
O bom samaritano. pág. 415

Lc 14, 21-23
Traze aqui os pobres, os aleijados, os cegos e os coxos. pág. 169

Lc 15, 17
O filho pródigo cai em si. pág. 201

Lc 15, 20
O pai corre ao seu encontro. pág. 418

Lc 19, 5
Zaqueu, desce depressa. pág. 144

Lc 22, 31-34.61-62
Roguei por ti, para que tua fé não desfaleça. pág. 286

Lc 23, 39.43
Os dois malfeitores crucificados com Jesus. pág. 23

Lc 24, 13-35
Os peregrinos de Emaús. pág. 70, 75, 411 e 480

Jo 6, 35.51
Eu sou o pão da vida. pág. 220

Jo 10, 3
Chama suas ovelhas pelo nome. pág. 92

Jo 13, 35
Nisto reconhecerão que sois meus discípulos. pág. 243

Jo 14, 18
Não vos deixarei órfãos. pág. 186

Rm 7, 19
Não faço o bem que quero, mas o mal que não quero. pág. 378

2 Cor 5, 21
Aquele que não conheceu pecado, ele o fez pecado por nós. pág. 32

Gl 5, 1
Para a liberdade Cristo nos libertou. pág. 190

Gl 5, 22
O fruto do Espírito. pág. 227

Ef 5, 14
Desperta, tu que dormes, levanta-te dentre os mortos. pág. 204

Hb 13, 2
Não vos esqueçais da hospitalidade. pág. 105

Tg 1, 19
Pronto para escutar, tardio para falar. pág. 325

Documentos pontifícios

Paulo VI,
Evangelii Nuntiandi. Exortação apostólica sobre a evangelização no mundo contemporâneo (1975). pág. 66

João Paulo II,
Familiaris Consortio. Exortação apostólica sobre a missão da família cristã no mundo atual (1981). pág. 66

João Paulo II,
Evangelium Vitae. Encíclica sobre o valor e o caráter inviolável da vida humana (1995). pág. 68

Pontifício Conselho para a Pastoral da Saúde,
Igreja, droga e toxicomania. Manual pastoral (2001). pág. 66, 69 e 75

Bento XVI,
Deus Caritas Est. Encíclica sobre o amor cristão (2005). pág. 464

Francisco,
Evangelii Gaudium. Exortação apostólica sobre o anúncio do Evangelho no mundo atual (2013). pág. 23, 35, 39 e 417

Francisco,
Laudato Si'. Encíclica sobre o cuidado da casa comum (2015). pág. 72 e 497

Francisco,
Amoris Laetitia. Exortação apostólica sobre o amor na família (2016). pág. 67, 72, 97, 101, 106, 111, 117, 220, 257, 414 e 441

Francisco,
Christus Vivit. Exortação apostólica pós-sinodal aos jovens e a todo o povo de Deus (2019). pág. 48

Francisco,
Fratelli Tutti. Encíclica sobre a fraternidade e a amizade social (2020). pág. 45

Leão XIV,
Discurso por ocasião do Dia Internacional de Luta contra o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Drogas (26 de junho de 2025). pág. 78

Leão XIV,
Dilexi Te. Exortação apostólica (2025). pág. 78

Leão XIV,
Magnifica Humanitas. Encíclica (2026). pág. 79

Catecismo e textos doutrinais

Catecismo da Igreja Católica (1992). pág. 31 e 66

Conselho Pontifício para a Família,
Orientações pastorais (1987). pág. 66

Conferências episcopais

CELAM,
V Conferência Geral do Episcopado Latino-Americano e do Caribe. Documento de Aparecida (2007). pág. 19, 22 e 66

CECh,
Anunciar Jesus Cristo caminhando juntos. Orientações Pastorais 2023 — 2026. Conferência Episcopal do Chile. pág. 524

Fonte técnica de referência

CICAD/OEA,
Currículo de dependências para líderes de fé. Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas, Organização dos Estados Americanos. pág. 27 e 28

PLAPA,
Documento fundacional da Pastoral Latino-Americana de Acompanhamento e Prevenção das Dependências (2023). pág. 20 e 482

PLAPA,
Carta à Igreja da América Latina e do Caribe (2023). pág. 20

Referência patrística

Santo Agostinho de Hipona,
Citado por Leão XIV no Discurso de 26 de junho de 2025, em referência à busca da paz e da alegria como estrutura do desejo humano. pág. 78

Textos litúrgicos e devocionais

Oração Eucarística Vb. pág. 536

Oração tradicional *Bendita seja tua pureza*. pág. 536

Palavras da Virgem de Guadalupe a São Juan Diego (*Nican Mopohua*, 1531). pág. 536

Fontes clínicas mencionadas

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5.ª edição. pág. 274 e 403

CID-11. Classificação Internacional de Doenças, 11.ª revisão (2022). pág. 274

MANUAL DA

PASTORAL LATINO-AMERICANA

DE ACOMPANHAMENTO E PREVENÇÃO DE DEPENDÊNCIAS

CELAM
CONSELHO EPISCOPAL
LATINO-AMERICANO E CARIBENHO

P.L.A.P.A