



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA.
LICENCIATURA EM CIÊNCIAS HUMANAS/SOCIOLOGIA

EPAMINONAS PEREIRA BONFIM

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UMA PROPOSTA PARA O TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Imperatriz
2018

EPAMINONAS PEREIRA BONFIM

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UMA PROPOSTA PARA O TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Monografia apresentada ao curso de Licenciatura em Ciências Humanas / Sociologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), como requisito para obtenção do grau de licenciado em Ciências Humanas / Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. Agnaldo Silva

Imperatriz
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Bonfim, Epaminonas Pereira.

Comunidade Terapêutica : uma proposta para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas / Epaminonas Pereira Bonfim. - 2018.

70 f.

Orientador(a): Agnaldo Silva.

Monografia (Graduação) - Curso de Ciências Humanas - Sociologia, Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2018.

1. Comunidades Terapêuticas. 2. Dependência de substâncias psicoativas. 3. Tratamento. I. Silva, Agnaldo. II. Título.

EPAMINONAS PEREIRA BONFIM

**COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UMA PROPOSTA PARA O TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Agnaldo Silva (Orientador)
Doutor em Sociologia

Prof. Dr. Jesus Marmanillo Pereira
Doutor em Sociologia

Prof. Dr. Jose Henrique Sousa Assai
Doutor em Filosofia

Imperatriz
2018

*Deixa eu compor um hino pra você
Não sei a forma que você chegou aqui
Um dia um certo homem assaltado foi
Espancaram ele até no chão cair...
No mesmo lugar o bom samaritano vem...
Só sei que ocupadas estavam suas mãos
Dentro dele havia muita compaixão
Quebrando protocolos se aproximou
Do homem ferido, ele foi até o chão
Sinta ele aí tocando em suas mãos
Derramou azeite, vinho em suas feridas
Estancou teu sangue e te levantou
Fez da sua vida a essência dele
O bom samaritano de você cuidou
(Anderson Freire – O bom samaritano)*

RESUMO

Este estudo se refere ao problema da Dependência de Substâncias Psicoativas (DPSAs) e as formas alternativas de tratamento em Comunidades Terapêuticas (CTs). Realizamos uma leitura sociológica no tratamento de Dependência de Substâncias Psicoativas (DPSAs), com ênfase nos acolhidos e ex-acolhidos do Instituto Lugar de Ajuda, sendo que a dependência de substâncias psicoativas, para as comunidades terapêuticas, é uma condição passível de ser interrompida, sendo o tratamento passível de avaliação satisfatória. Nosso objetivo então visa compreender: a) o que é uma Comunidade Terapêutica (CT), juntamente o que é o tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de Substâncias Psicoativas (PSAs); b) quais os dispositivos ou características, assim chamadas “terapêuticas” e quais os paradigmas que envolvem o tratamento da drogodependência e; c) conhecer o tratamento propriamente dito para dependentes químicos nas Comunidades Terapêuticas (CTs), considerando a questão da religiosidade, a fim de saber como os aspectos religiosos trabalham a questão da subjetividade quanto a saída da dependência química. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas não-estruturadas. Buscou-se apresentar os significados e os sentidos de chamados comunitários e terapêuticos. Fizemos uma rápida descrição da expansão desse modelo de tratamento no mundo e o processo de reconhecimento das propostas-base que trazem e suas influências às comunidades terapêuticas na atualidade. Também estudamos os paradigmas terapêuticos aportados na literatura da pesquisa, como também fizemos observações de campo junto às comunidades terapêuticas do Instituto Lugar de Ajuda voltada aos dependentes químicos, visando encontrar as questões ligadas à subjetivação e mudança de comportamento dos residentes.

Palavras chaves: Dependência de Substâncias Psicoativas (DPSAs), Comunidades Terapêuticas (CTs), tratamento.

ABSTRACT

This study refers to the problem of Psychoactive Substance Dependence (DPSA) and the alternative forms of treatment in Therapeutic Communities (TCs). We performed a sociological reading in the treatment of Psychoactive Substance Dependency (DSPAs), with emphasis on the shelters and ex-inmates of Instituto Lugar de Ajuda, once the dependence of psychoactive substances for therapeutic communities is a condition that can be interrupted, being the treatment subject to satisfactory evaluation. Then, our goal is to understand: a) what is a Therapeutic Community (CT), together what is the treatment of people who make abusive use of Psychoactive Substances (PSAs); b) what devices or characteristics, so-called "therapeutic" and what paradigms involve the treatment of drug dependence; c) to know the treatment for chemical dependents in the Therapeutic Communities (TCs), considering the question of religiosity, in order to know how the religious aspects work the question of subjectivity as to the exit of chemical dependence. The research was conducted through unstructured interviews. It sought to present the meanings and meanings of community and therapeutic calls. We did a quick description of the expansion of this model of treatment in the world and the process of recognition of the basic proposals that they bring and their influences to the therapeutic communities today. We also studied the therapeutic paradigms provided in the research literature, as well as field observations with the therapeutic communities of the Instituto Lugar de Ajuda, aimed at finding the issues related to the subjectivation and behavior change of the residents.

Key words: Psychoactive Substance Dependence (DPSAs), Therapeutic Communities (TCs), treatment.

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CPT – Comunidade Psicoterapêutica

CT – Comunidade Terapêutica

CTT – Comunidade Teoterapêutica

DPSA – Dependência de Substância Psicoativa

SPA – Substância Psicoativa

TCA – *Therapeutic Communities of America*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CONCEITOS E HISTÓRIAS.....	13
1.1 Conceituando comunidade terapêutica.....	13
1.2 Um pouco da história das comunidades terapêuticas.....	22
1.2.1 Grupo Oxford.....	24
1.2.2 Alcoólicos Anônimos (AA).....	25
1.2.3 Synanon.....	27
1.2.4 Perspectivas para as comunidades terapêuticas atuais.....	28
2 PSICOTERAPIA E TEOTERAPIA.....	31
2.1 Comunidades Terapêuticas (CTT) e Psicoterapêuticas (CT): questões definidoras.....	34
2.2 Comunidade <i>versus</i> Individualidade: a comunidade terapêutica entre o velho e novo terapeuta.....	40
3 O INSTITUTO LUGAR DE AJUDA E O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CARACTERÍSTICAS DO MODELO ADOTADO.....	46
3.1 Etapas do Pré-Tratamento e do Tratamento.....	47
3.2 Características Básicas da Metodologia das Comunidades Terapêuticas para Dependentes do Instituto Lugar de Ajuda.....	54
3.3 Uma leitura da teologia das CTs para dependentes de SPAs.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
BIOBLOGRAFIA	

INTRODUÇÃO

Este estudo se refere ao problema da Dependência de Substâncias Psicoativas (DPSAs) e as formas alternativas de tratamento em Comunidades Terapêuticas (CTs). Cabe destacar que substâncias psicoativas são aquelas que promovem alterações cognitivas e comportamentais nos usuários, podendo ser tanto lícitas quanto ilícitas. Entretanto, não é possível tomar, segundo a literatura da pesquisa, o desencadeamento da dependência apenas pelo critério do uso, outras causas internas ligadas a pessoa são consideradas nos autores e na prática das CTs.

O mal-estar nas relações cotidianas, desafeto e a falta de diálogo, assim como o desencontro entre a vida íntima e a vida laboral, como também em outras esferas da vida social promovem desorientação às pessoas. Muitas delas procuram alívio e esperança de diversas maneiras, outras praticam a mera fuga dos problemas, inclusive no uso abusivo de substâncias psicoativas, sejam lícitas ou ilícitas. Em virtude desse modo de consumo muitas delas têm prejuízos a sua saúde e vida social.

Os problemas que abrangem a questão da fármaco-dependência e o alcoolismo são plurais e a simplificação de possibilidades de vias de mão única não produzem resultados satisfatórios (ARNAU, 2010b). Essa pesquisa toma a perspectiva do tratamento do uso abusivo de DPSAs em Comunidades Terapêuticas (CTs) como metodologia de ótica biopsicossocial (DE LEON, 2003; ARNAU, 2010) como possibilidade de tratamento de pessoas em estado de dependência química, sendo uma terceira via quanto a forma de lidar com os problemas relacionados a adicção, termo que significa “escravo de”, sendo a dependência química tomada como um tipo de escravidão, no caso, psicoquímica.

Esse estudo é realizado no que tange a Sociologia da Saúde, assim tomaremos como base os autores acima citados no intuito de conhecer a comunidade terapêutica como metodologia de tratamento. Os demais autores utilizados no trabalho servirão de suporte crítico à análise desse dispositivo como forma de tratamento da dependência de Substâncias Psicoativas (SPAs).

Nesse sentido, cabe destacar que antes da medicina pública, já havia a medicina de caráter privado, voltada para as pessoas com renda maior (FISCHER, 2004). As comunidades terapêuticas são pioneiras no processo de queda dos muros limítrofes, onde seu maior público são pessoas de menor renda.

Os grandes problemas humanos, no que se referem a saúde, se ligaram as questões de natureza comunitária historicamente. São elencados desde o saneamento básico à provisão de suprimentos, questões médicas e de amparo. A interação desses elementos de acordo com as épocas “originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje” (ROSEN, 1994, p.31).

Tomando tais análises com objetivo de suporte do nosso estudo, buscaremos realizar uma leitura sociológica no tratamento de Dependência de Substâncias Psicoativas (DSPAs), com ênfase nos acolhidos e ex-acolhidos do Instituto Lugar de Ajuda¹, sendo a dependência de substâncias psicoativas, a comunidade terapêutica e as etapas de tratamento os elementos-chaves investigados. Dessa forma, mostraremos a ideia do uso abusivo de drogas como condição passível de ser interrompida, sendo o tratamento em CTs como uma possibilidade satisfatória (ARNAU, 2010a; DE LEON, 2003).

Uma questão se mostrou interessante, juntamente demandada pelo Instituto Lugar de Ajuda: falhas no acompanhamento de ex-residentes que deixam as CTs no pós-tratamento, pois demanda uma segunda etapa logística: o próprio acompanhamento dos fiéis ligados à igreja. Adentrar e participar da comunidade religiosa mais ampla, assim também como a participação em pequenos grupos de apoio (células) são os instrumentos mais dinâmicos no que tange ao apoio da comunidade, assim também como de elemento de reinserção do ex-dependente na sociedade. Ausência de dados substanciais implica na dificuldade de analisar o processo de retorno aos ambientes originais ou novos ambientes sociais aos quais os ex-residentes se direcionam.

Nosso objetivo então visa compreender: a) o que é uma Comunidade Terapêutica (CT), juntamente o que é o tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de Substâncias Psicoativas (PSAs); b) quais os dispositivos ou características, assim chamadas “terapêuticas” e quais os paradigmas que envolvem o tratamento da drogodependência e; c) conhecer o tratamento propriamente dito para dependentes

¹ O Instituto Lugar de Ajuda, com sede localizada na Rua Urbano Santos, 1537, Bairro Juçara, Imperatriz (MA), é uma organização sem fins lucrativos, tendo como objetivo ser o braço social da Igreja Nova Aliança (IENA). O instituto busca realizar uma perspectiva teológica chamada de “Atos de Justiça”, que pode ser resumida em atitudes ligadas à vida cotidiana, buscando “ver as pessoas da igreja fazendo atos de amor cristão, promovendo mudança social e afetando a maneira como sua sociedade pensa, crê e age” (MOFFITT, 2011, p. 53). Nesse sentido, é uma teologia que pensa e trabalha a partir da ideia de localidade, segundo as demandas a que busca realizar. Dentre os projetos sociais mais conhecidos são as comunidades terapêuticas para crianças e adultos, mas também atua com creche-escola e o Lar do Idoso Renascer, um ambiente direcionado para homens e mulheres que tenham a partir de 60 anos de idade, independente das condições sociais.

químicos nas Comunidades Terapêuticas (CTs) e, considerando a questão da religiosidade, saber como os aspectos religiosos trabalham a questão da subjetividade quanto a saída da dependência química.

Entretanto, a proposta apresentou entraves, tendo em vista que a observação de ex-residentes nas formas inicialmente buscadas não eram passíveis de serem realizadas no momento, devido aos poucos dados da prática do pós-tratamento, assim como das impossibilidades pessoais do pesquisador para deslocamento a fim de obter relatos de um grande número de ex-residentes, como também nossa inexperiência na prática sociológica. Desejava-mos formar um leitura panorâmica dos ex-residentes das comunidades terapêuticas, esta que mostrou-se inviável, mas que ainda é um sonho a ser buscado futuramente.

A viabilidade do estudo em questão começou a se tornar satisfatória quando do encontro com a literatura que tratava diretamente sobre o tema começara a ser encontrada. Até então, a literatura com a qual nos encontramos de início possuía um espectro que mostrara as comunidades terapêuticas como instituição “sob suspeita”, não condizendo com os elementos encontrados durante as visitas, levando a confusão do que estava de fato a pesquisar. Após esse período começou a menos complicado, ficando claro que não se tratava exatamente de pouca leitura, mas literatura e o desconhecimento e ausência nos currículos acadêmicos como os de medicina, de pedagogia, psicologia, trabalho social quanto a esse tema (ARNAU, 2010). Dessa forma, implica perceber quais paradigmas (ARNAU, 2010; DE LEON 2003; RIEFF, 1990; ILLOUZ, 2011, BECKER, 1995) se encontram em colisão no que tange ao estudo de Comunidades Terapêuticas (CTs) e a(s) terapêutica(s) que se atravessam durante as fases de tratamento.

A partir do encontro com os autores que nos pareceram mais adequados para trabalhar com o tema, podemos averiguar questões entre essa literatura e a pesquisa do trabalho de campo propriamente dito. Assim, podemos refletir sobre a teoria e as etapas ou fases de tratamento dos residentes.

Como perspectiva geral, temos um estudo de caso entre residentes e ex-residentes que passaram por CTs para adictos do Instituto Lugar de Ajuda. O estudo de caso utilizou-se de entrevistas semi-estruturadas, como também ouvimos colaboradores do instituto. O texto final da pesquisa conta com cinco elementos textuais, onde introdução e considerações finais são primeiro e último, respectivamente.

No primeiro capítulo “Comunidade Terapêutica: conceitos e histórias” buscou-se apresentar os significados e os sentidos de Comunidade e Terapêutica (CT). Em segundo lugar, fizemos uma rápida descrição da expansão das CTs no mundo e o processo de reconhecimento tanto das propostas-base de CT que trazem suas influências às comunidades terapêuticas na atualidade.

No segundo capítulo trabalhamos as diferenças entre as comunidades terapêuticas que fazem uso da religião – denominadas no capítulo de teoterapêuticas e, as comunidades terapêuticas que seguem modelos psicoterápicos – chamadas de psicoterapêuticas. Como também comentamos a respeito de paradigmas, imaginários ou jogo de forças pelo sentido do que vem a ser a “terapia” que permeia o trabalho nas CTs.

O terceiro capítulo aponta dez etapas do tratamento segundo os elementos das CTs estudadas, como também as características da metodologia adotada. Em seguida, traçamos alguns parâmetros sociológicos a respeito da teologia encontrada durante a pesquisa. Por fim, temos a conclusão e as referências que dão o suporte a pesquisa.

1. COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CONCEITOS E HISTÓRIAS

Neste capítulo trataremos a respeito dos sentidos de Comunidade Terapêutica (CT). Também faremos um breve histórico das CTs e como esse modelo de tratamento se espalhou no mundo, como também um pouco das CTs que lidam com abuso de substâncias psicoativas e que estão ligadas ao Instituto Lugar de Ajuda.

1.1. Conceituando a Comunidade Terapêutica

A palavra comunidade é tomada no geral com "algo bom", desejável, palavra que busca ter característica de ímã aos bons desejos e repulsa às questões ligadas ao individualismo e narcisismo. BAUMAN (2003, p.7) falando a respeito da ideia de pertencimento e segurança, demonstra que:

As palavras têm significado: algumas delas, porém, guardam sensações. A palavra “comunidade” é uma dessas. Ela sugere uma coisa boa: o que quer que “comunidade” signifique, é bom “ter uma comunidade,” “estar numa comunidade”. Se alguém se afasta do caminho certo, freqüentemente explicamos sua conduta reprovável dizendo que “anda em má companhia”. Se alguém se sente miserável, sofre muito e se vê persistentemente privado de uma vida digna, logo acusamos a sociedade — o modo como está organizada e como funciona. As companhias ou a sociedade podem ser más; mas não a comunidade. Comunidade, sentimos, é sempre uma coisa boa. Os significados e sensações que as palavras carregam não são, é claro, independentes. “Comunidade” produz uma sensação boa por causa dos significados que a palavra “comunidade” carrega — todos eles prometendo prazeres e, no mais das vezes, as espécies de prazer que gostaríamos de experimentar mas que não alcança mais.

Existem variações de conceitos em relação às Comunidades Terapêuticas e tais nuances ou variantes servem como forma de enriquecer a teoria e o cuidado no ambiente das CTs. O local, a política e as questões culturais tendem a influenciar os sentidos da terapêutica, assim também como os autores que promovem seu respectivo estudo. No entanto, um núcleo comum entre as CTs é possível de ser averiguado na atualidade.

Conforme Arnau (2010a, p.21):

La Comunidad Terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación especialmente letal de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales. El ingreso en la misma tiene como objetivo primario ayudar a resolver estos problemas. Pero el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los

residentes a construir de forma racional un proyecto de vida alternativo [grifo do autor] fuera de la Comunidad, desde el cual tales problemas puedan inimizarse, evitarse o controlarse.

São vários os tipos de perfis aos quais podem ser oferecida a metodologia da comunidade terapêutica. Arnau (2010a) aponta alguns deles, tais como, comunidades terapêuticas para dependentes de drogas e outras vícios, para problemas mentais, pessoas maltratadas, unidades penitenciária de reinserção social e refugiados políticos com histórico de tortura e questões correlatas. Serão consideradas comunidades terapêuticas desde que para cada um desses exemplos seja oferecida a adaptação metodológica e o aparato técnico e sanitário adequado, sem a mistura de perfis de pessoas.

A comunidade terapêutica funciona levando as pessoas em caráter residente que, ao alcançarem suas pequenas vitórias quanto às suas questões pessoais, busquem promover um tipo de desprendimento capaz de ir de encontro ao outro que possui os semelhantes problemas, conforme os tipos de perfis dos residentes.

Quanto ao perfil de usuário abusivo de drogas, de acordo com Fracasso (2008, p. 19-20), destacamos que:

A CT é um ambiente que ajuda as pessoas a terem ajuda ajudando outros, passando esta por muitas transformações desde seu início por um grupo pequeno de dependentes em drogas pesadas. Mas seu legado de auto-ajuda ou auto-confiança, responsabilidade pessoal, interesse responsável pelo outro, responsabilidade social, e dos valores da família permanecem. O ambiente da comunidade terapêutica é um lugar onde se acredita que as pessoas possam mudar. O grupo pode promover esta mudança assumindo os indivíduos nesse ambiente, inseridos nas responsabilidades para que possam se reestruturar e criar novos padrões de vida longe das substâncias psicoativas. A CT é uma micro comunidade, um microcosmo da sociedade maior, onde os pacientes são chamados de “residentes” que participam ativamente do processo de tratamento.

[...] Ela opera de um modo bastante similar a uma família funcional, com uma estrutura hierárquica de membros mais velhos e mais novos. Cada membro tem papel e responsabilidades definidos para a manutenção do funcionamento adequado da CT. Existem regras e normas estabelecidas que os membros se comprometem a aderir e sustentar desde a entrada. Num dado momento a pessoa pode estar no papel de residente quando ele/ela recebe ajuda ou amparo dos outros por conta de um problema de comportamento ou quando experienciando angústia. Noutro momento, a mesma pessoa assume o papel de cuidador, quando ele/ela tem a vez de assistir ou apoiar outra pessoa com problemas. Os membros da CT adquirem status à medida que amadurecem no comportamento ou demonstram recuperar comportamentos funcionais.

Na comunidade terapêutica, há o incentivo de uma busca por refazer a própria dignidade sendo útil aos demais, mais novos. Nesse sentido, a política quanto aos mais

juvems dentro do aparato da CT visa que eles sejam recepcionados pelos residentes mais antigos, visando o cuidado. Entretanto, às vezes essa tentativa de aproximação é entendida como uma pressão negativa devido ao comportamento arredo do dependente químico, adaptado a responder rispivamente à coerção do ambiente do qual veio. Para a metodologia da comunidade terapêutica, esses momentos são oportunidades a fim de desencadear mudanças.

O que a literatura de natureza especializada aponta ser como objetivo da CT é a produção de um amadurecimento íntimo e social. A equipe (ou as equipes) que tomam a frente do trabalho tem prática a promoção de potencialidades dos indivíduos residentes. O sistema de terapia/educação busca livrar a pessoa da dependência química mediante a absorção por parte do residente de uma nova forma de vida.

O tratamento busca ter um ambiente estruturado que possua regras de forma a possibilitar repreensão e perda de privilégios ou prestígios em caso de descumprimento das normas estabelecidas pela comunidade. Sendo assim, o ambiente organizado propicia o crescimento do residente devido a interferência no comportamento, tendo a equipe da CT e os residentes um trabalho em conjunto de modo a produzir resiliência ante a sua história de vida e problemas emocionais, como também habilidades sociais no ambiente da CT.

A Comunidade Terapêutica, conforme Abeijón (2010, p.50-51) aponta:

Es aquella realidad que envolviendo totalmente en tiempo y espacio cada uno de los aspectos de la persona a nivel psicológico y social facilita la creación de un universo relacional nuevo que permite construir patrones de comunicación individuales y sociales, para la persona y el grupo. Recrear un universo familiar en el que sea posible expresar los conflictos y reconstruir los mecanismos auto-agresivos.

Assim, os instrumentos terapêuticos base são: a autoridade hierarquizada dos ex-dependentes, o controle social dessa microssociedade que batalha contra a adicção de SPAs, as terapias grupais voltadas para a expressão das emoções a fim de conter a agressividade e fissura², assim também como na gradativa aquisição de responsabilidades como mecanismo de recondução do residente sobre si mesmo. Nesse

² Anseios como pensamentos, imagens e sensações ligadas ao consumo de drogas que podem ou não levar ao consumo de drogas por parte do dependente, sendo impulsionadas por ordens tanto por questões forma aprendida de perceber o uso da droga, assim também pelo desejo das sensações a ela relacionadas. Segundo De Leon (2003, p. 46), as fissuras iniciais tende às características mais relacionadas elementos fisiológicos, enquanto as pessoas em estado de recuperação mais avançada, as fissuras são mais de ordem emocional.

sentido, a abordagem comunitária no convívio com os pares é o que desemboca o crescimento e mudanças no indivíduo. Essa é a distinção entre a metodologia da comunidade terapêutica e demais modelos de tratamento.

A CT é uma realidade entre o residente no tempo/espaço planejada a fim de emponderar o aspecto residencial, onde compartilhar a própria vida com outros de problemas semelhantes, expondo problemas, virtudes e defeitos pessoais. Esse distanciamento do residente da família original em um tempo limitado é entendido como retirada de privilégios e de hábitos arraigados facilitadores da inércia do uso abusivo de SPAs. O fato de aceitar a disciplina grupal, sendo envolvido em um processo de aprendizagem de responsabilidade, de modo que os velhos hábitos não soem como gatilhos de recaída.

Desse modo, recuperar a realidade é um fundamento básico do tratamento da toxicomania, pois o dependente está inserido nas regras do mundo das drogas (ABEIJÓN, 2010) e, à medida que tais regras são substituídas pela regra da comunidade, o estado de adicção avança em sentido decrescente. Desse modo, podemos entender que ao seguir o avanço no tratamento o indivíduo recebe cotas de responsabilidade, seguindo assim como um ciclo contínuo.

Novas formas de comunicação são aprendidas, como também uma nova leitura de si mesmo é desenvolvida. A estrutura da CT é se apresenta como elemento de contestação, onde o conflito não é negado, mas permitido a fim de que seja expresso e, conseqüentemente, resignificado, com vista em direção ao autocontrole.

O quadro abaixo aponta as características das CTs conforme os aspectos que o grupo formador objetiva, sendo a definição dessas formulações conforme o alvo a ser perseguido:

(Quadro 1) – Algumas definições de CT examinadas na conferência de planejamento da TCA (Therapeutic Communities of America), 1976

Definições essenciais da CT

Identificação da natureza e dos princípios mais genéricos da CT:

A CT é um grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento e os comportamentos inadaptados que causam sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que têm grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio.

Definições funcionais ou metodológicas

Identificação do modo como as CTs funcionam caracteristicamente com vistas a atingir suas metas:

A CT proporciona limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal; emprega o banimento potencial, o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para fazer que ocorram a mudança e o desenvolvimento pessoais.

Definições em termos de propósitos

Definição da CT por meio de suas metas para membros individuais e para o grupo como um todo:

A CT tem por meta desenvolver um novo eu social e uma nova autodefinição; visa ao auto-perfeccionamento e à reinserção a partir de uma subcultura, na sociedade mais ampla; tem como alvo a reconstrução de um estilo de vida.

Definições normativas

Foco nas normas e valores intrínsecos à CT:

Confiança, cuidado, responsabilidade, honestidade, auto-revelação ótima, atenção amorosa.

Definições históricas

Foco nas formas e processos derivados, evolutivos, que resultaram nas CTs contemporâneas:

Logo, as CTs têm sido caracterizadas como advindas de antigas modalidades de movimentos apostólicos, do movimento de temperança moral e da AA.

Definições estruturais

Foco nas características organizacionais estáticas e dinâmicas das comunidades:

Estrutura igualitária ou hierárquica, residencial ou não-residencial, com ou sem diferenciação de status, tamanho, tipos de membros, sistema aberto ou fechado, mobilidade vertical.

Fonte: De Leon e Beschner (apud DE LEON, 2003, p. 30-31)

De Leon demonstra tais arranjos temáticos e propicia um tipo de leitura de panorâmica quanto aos conceitos interpostos em relação à história das CTs e visão da literatura especializada desses contextos comunitários. A tabela aponta o elemento unificador do comunitário e as variantes formulações que possibilitam maior compreensão do fenômeno.

O quadro 2 apresenta outras leituras e as diferenças conforme o olhar de cada autor. Nela aparece a visão de quatro autores conforme suas perspectivas acadêmicas. Sugarman, sociólogo, aponta como o indivíduo muda a partir dos processos desencadeados pela estrutura social. Holland, como psicólogo, procurou os elementos a serem mais visíveis/numeráveis das atividades de tratamento. Kooyman, assentado na psiquiatria, faz a leitura dos elementos de mudança da pessoa através da teoria psicodinâmica, enquanto Ramirez segue uma prática psiquiátrica de orientação existencialista (DE LEON, 2010, p. 33).

Quadro 2 – Elementos das CTs em DSPA – várias formulações

Holland	Kooyman	Ramires	Sugarman
<p>*Atividades de tratamento: - aconselhamento individual/grupal/familiar</p> <p>*Atividades funcionais: - atribuição de tarefas - reunião departamental</p> <p>*Atividades produtivas: - emprego externo</p>	<p>*Família substituta</p> <p>*Filosofia consistente</p> <p>*Estrutura terapêutica</p> <p>*Equilíbrio entre democracia, terapia e autonomia</p> <p>*Aprendizagem social por meio da interação</p>	<p>*Compromisso com a participação</p> <p>*Instalações seguras</p> <p>*Funcionários treinados (ex-dependentes, supervisão profissional)</p> <p>*Comissão Consultiva</p>	<p>*Limites ao comportamento</p> <p>*Pressão positiva dos companheiros</p> <p>*Ajuda mútua</p> <p>*Confrontação</p> <p>*Estrutura voltada para facilitar a expressão</p>

<ul style="list-style-type: none"> - programas educacionais *Atividades de reinserção: <ul style="list-style-type: none"> - vocacionais/ de reabilitação - capacidades de procurade emprego - capacidades financeiras - aconselhamento de ocupação profissional *Atividades interpessoais: <ul style="list-style-type: none"> - recreação - capacidades sociais *Estrutura hierárquica de trabalho: <ul style="list-style-type: none"> - Recompensas e sanções - Modelos de comportamento *Tarefas prescritivas: <ul style="list-style-type: none"> - hábitos de higiene, - moderação verbal etc. - confrontações - narrativas pessoais *Interação: <ul style="list-style-type: none"> - Frequência, intensidade e contexto 	<p>social Aprendizagem através da crise</p> <ul style="list-style-type: none"> *Impacto terapêutico de todas as atividades na comunidade *Responsabilidade dos residentes pelo próprio comportamento *Internalização de um sistema de valores positivo *Confrontação *Pressão positiva dos companheiros *Aprender a entender e exprimir emoções *Transformar atitudes negativas diante da vida em atitudes positivas *Melhoria do relacionamento com a família de origem 	<p>(membros responsáveis da família de residentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> *Base de Dados de Recursos Humanos (outros voluntários) *Comissão de Participantes (ajuda de ex-dependentes) *Fé *Terapia de grupo *Laborterapia *Terapia educacional *Urbanismo *Confrontação existencial e grupos de maratona *Terapia familiar e gerencial *Terapia espiritual 	<ul style="list-style-type: none"> *Modelagem de comportamento *Atividades e realizações construtivas *Vida no âmbito de um grupo auto-suficiente *Sistema aberto de comunicação *Isolamento com respeito ao mundo exterior *Pressão para conseguir e manter clientes *Aconselhamento *Educação e formação para capacidades formais *Contato supervisionado com a comunidade mais ampla *Recreação organizada *Pregação e confissão pública *Participação em rituais *Conceito de um poder superior
--	--	---	---

Fonte: Holland, 1986^a; Kooyman, 1993; Ramirez, 1984 e Sugarman, 1986 (apud DE LEON, 2003, p. 34-35)

No quadro 2, o ponto em que os autores concordam é que os elementos dispostos visam exprimir no residente uma nova perspectiva de vida e de identidade. Na atualidade, há um consenso em relação quanto aos elementos essenciais da CT quanto ao tratamento de uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPAs). Em geral, as aproximações se apresentam nos elementos dos modelos de tratamento, mas os autores mostram pouco acordo quanto a classificar os princípios da CT, a composição do programa da CT e os pressupostos do tratamento, assim também da diferenciação dos conceitos, instrumentos e aparato técnico. Quanto à pesquisa, busca apontar um caminho a resolver uma lacuna de estudo, pois antes de seu trabalho, a literatura ainda se encontrava em relativa carência de estudo que apresente uma perspectiva que englobe uma teoria geral e seja capaz de apontar demarcadores unificadores de modo acessível à saúde pública, à ciência e a educação não-alternativas (DE LEON, 2003).

Tomando o fato de que a CT é um conceito em construção, a subjetividade está no bojo de sua formulação devido a ter o tratamento do humano, que também é um ser de subjetividade, cabendo aqui também acrescentar os elementos ligados à família do acolhido como forma de potencializar o tratamento.

De Leon define a CT como abordagem auto-ajuda mútua, de natureza social e psicológica, onde a ideia de comunidade tem relação com o método que aborda o comunitarismo como uma possibilidade de verdadeira expressividade terapêutica, desde que certas determinantes estejam interpostas como tratamento, de modo que a comunidade de companheiros atue como método.

Os elementos da CT visam uma mudança nos residentes em seu estilo de vida e identidade. Quanto maior for à integração entre esses elementos e a interação com esses componentes, mais efetiva é a internalização³ da aprendizagem entre os pares.

Mudanças nos comportamentos, atitudes, experiências e percepções são desenvolvidas ao passo os indivíduos interagem, redefinindo os estilos de vida e suas identidades como os ensinamentos aprendidos, como também perdidos, conforme mantenham ou não as relações sociais semelhantes ao seu aprendizado e os modelos aprendidos na microsociedade da comunidade terapêutica.

Na atualidade, a ênfase psicossocial (FRACASSO, 2008) aponta uma tendência de perceber o consumo de psicotrópicos do ponto de vista da saúde pública. Não significa dizer que essa ênfase é única. Conforme Fracasso (2012) as respostas do Estado brasileiro vieram também com o fato de reconhecer novas modalidades de lidar com a questão das drogas e dos usuários. Programas e instituições como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), comunidades terapêuticas e outros grupos de ajuda mútua transitam no debate e na ação relacionada à questão da dependência. Com base nessa perspectiva biopsicossocial, conceito esse pautado na noção de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) definindo saúde pelo critério do completo bem-estar psicológico, social e físico, deixando de ser uma mera questão de presença ou ausência de doenças, ampliando o conceito anterior que estava ligado ao campo biomédico.

³ Internalizar é um conceito psicodinâmico que indica uma aprendizagem que envolve “absorver” o comportamento e os ensinamentos de outros. Na CT, a internalização é evidente quando um novo aprendizado torna-se parte “natural” do repertório do indivíduo... A internalização dessas mudanças é vista como mais completa quando o papel de modelo de atuação deixa de ser uma forma de satisfazer à expectativas da comunidade para se tornar um modo pessoal de vida baseado nas experiências do indivíduo nesse papel... Refere-se a integralidade com que o indivíduo aceita, pratica e aplica o que aprendeu na CT a novas situações dentro e fora do programa. (DE LEON, 2003, p. 381-382)

A proposta da comunidade terapêutica (CT) se encaixa dentro das propostas preconizadas pela reforma psiquiátrica, sendo percebida como promotora de resgate dos valores e direitos humanos, levando à reinserção social e autonomia dos sujeitos. Sobre as comunidades terapêuticas, no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) propõe normas quanto à segurança sanitária de instituições que funcionem com o fim de atender pessoas com transtornos em função do uso abusivo ou dependência de drogas.

O instrumento normativo básico, na atualidade, é a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, de junho de 2011, como também o Conselho Nacional De Políticas Sobre Drogas (CONAD) como a Resolução CONAD Nº 01/2015, regulamentado entidades de acolhimento, de forma voluntária, pessoas com uso prejudicial de SPAs, também chamadas de comunidades terapêuticas.

Esse processo de reconhecimento e normatização das comunidades terapêuticas é recente, já que a lei anterior foi a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, de 30 de maio de 2001. A literatura pesquisada aponta que a comunidade terapêutica desenvolve esse processo de releitura do "eu" a fim de que o dependente químico pratique um ensaio no ambiente terapêutico de modo até ficar incorporado ao seu comportamento quando sair mais tarde ao ambiente comum da sociedade.

Nesse sentido, pelo fato de tais instituições estarem agora normatizadas por lei, apontaremos algumas questões básicas do dispositivo legal que elas devem observar. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na Resolução RDC nº 29, diz que:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta resolução.

Art. 2º Esta Resolução se aplica a todas as instituições de que trata o art. 1º, sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas.

O senso de coletividade é, logo nas primeiras linhas do texto da lei, o que deve reger a normatividade institucional dentro do ambiente das comunidades terapêuticas, sendo que a norma atual manteve o mesmo desígnio da anterior, a ANVISA com a RDC 101, de 2001, fazia referência também que o "principal instrumento terapêutico é a

convivência entre os pares". Após, foi lançada a Resolução do CONAD N° 1 de 19 de agosto de 2015 mantendo as características essenciais da CT e normatizando outras exigências quanto ao seu caráter sanitário tomando parecer da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontando ser a condição de dependente químico de natureza transitória e cuja atenção a tal tipo de enfermidade deve ter suas especificidades, mas é uma doença que pode ser controlada ou superada (DE LEON 2003; FRACASSO, 2008, 2012; ARNAU, 2010a).

Na portaria N° 131, de 26 de janeiro de 2012 instituiu inclusive ajuda financeira às entidades que desenvolvem trabalhos de caráter residencial, solidificando a prática em ser tomada a sua participação como membro do sistema de saúde. No início, o texto da lei aponta:

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

§ 2º As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria.

A partir dos textos legais citados podemos observar como fundamento básico que a relação entre os pares estabelecidos nos ambientes coletivos foi considerada no momento de produção da lei. Em outras palavras, o conviver entre aqueles que se movimentam no cotidiano do ambiente social da comunidade terapêutica é que forma esse novo "eu", esperado ao sair do tratamento.

O método se faz com que a autoanálise por parte do residente e as conversas e encontros do cotidiano desenvolvam uma nova perspectiva, tudo isso acontecendo mediada pela rotina da casa. Nisto, espera-se que hajam conflitos, devido ao modelo social vivido sem disciplina na vida adicta e, ante esses conflitos, a terapia ocorre exatamente no desenvolvimento do adicto em resolver os problemas cotidianos sem a alternativa de fugir deles. Uma das coisas que as equipes da CT apontam nas drogas é o fato de ser utilizada como "fuga da realidade". Esse conflito com o adicto visa resolver problemas externos como os relacionados aos pequenos conflitos cotidianos, isso faz com que desenvolva nos dependentes químicos a capacidade de não fugir e encarar com honestidade suas dificuldades internas.

É nesse espaço que, ao ter novos convívios sociais, os residentes criam vínculos, a fim de ensaiar dentro desse ambiente controlado uma nova identidade. Entretanto é importante ressaltar que além da equipe dirigente e os residentes, outras pessoas também frequentam esporadicamente os ambientes das comunidades terapêuticas, desde fiscalizadores do poder público até pessoas que realizam trabalho voluntário. Nesse sentido, a Comunidade Terapêutica não se apresenta como a localização ou instituição, mas, sim com uma metodologia de tratamento.

1.2 Um pouco da história das comunidades terapêuticas

Antes de serem instituições reconhecidas pela literatura moderna, grupos voltados a recuperação de pessoas existiram ao longo do tempo. De Leon (2003, p. 16) aponta que:

Alguns sugerem que o protótipo da CT é antigo, estando presente em todas as formas de cura e apoio comunitárias (Mower, 1977; Slater, 1984). Por exemplo, os manuscritos do Mar Morto, de Qumran, detalham as práticas comunitárias de uma seita religiosa ascética, possivelmente os essênios, incluindo uma seção sobre a “Regra da Comunidade”. Condenando “o agir de espírito de falsidade”, esse código essênio aborda o problema da ganância, da mentira, da crueldade, da insolência flagrante, da luxúria e do caminhar no caminho das trevas e do engano” (Slater, 1984). Exortava-se à adesão às regras e aos ensinamentos da comunidade como forma de levar uma vida reta e saudável.

O código de vida essênio de sanções exibe notável semelhança com o da moderna CT. [...] Embora consideravelmente mais severas do que as das modernas CT's, essas sanções são funcionalmente similares ao ter como foco a relação entre indivíduo e a comunidade.

Tais questões apontam que os essênios, ramo do judaísmo no séc. I d.C (ELWELL, 1997) tinham certos saberes médicos também. Eram chamados de *issim*, que em hebraico significa “os que curam”, ou *hasidim*, que pode ser entendido como “piedosos”, “fíeis”. Eles praticavam certas disciplinas a fim de curar desde problemas emocionais e coisas semelhantes, como angústias ou paixões incontroláveis. Tal modelo descrito nos manuscritos do Mar Morto a respeito da Comunidade de Qumran inclui tais regras com o objetivo de promover um estilo de vida saudável apontando similitudes com o nosso atual objeto de estudo.

De Leon também aponta outros exemplos de tratamento de “doenças da alma” nos textos de Fílon de Alexandria, no Egito, onde a comunidade de agentes de cura (*therapeutrides*) tratava de doenças da alma, praticando uma arte medicinal voltada a

tratar de prazeres e apetites em excesso diante de uma enorme demanda de paixões e vícios. No caso da dependência química, a literatura antiga aponta similitudes com as modernas CTs para dependência química: a) a doença da alma é um problema tomado de natureza holística, que implica problemas ligados ao autocontrole das emoções e do comportamento; e b) a cura se estabelece diante do envolvimento com a comunidade (DE LEON, 2003, p.17).

Certas características das CTs atuais foram desenvolvidas na primeira metade do séc. XX, seja por tentativas de desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico, seja devido aos problemas decorrentes dos soldados envolvidos entre as duas grandes guerras, assim também como os problemas da população civil ante à drogadição ou outros problemas sociais, tendo as iniciativas mais reconhecidas ocorrendo na Grã-Bretanha. Essas comunidades se destinaram a tratar de pacientes com problemas psicossociais e demais pacientes com outros transtornos mentais.

Essa trajetória pode ser resumida da seguinte forma: a Comunidade Terapêutica nasceu após a Segunda Guerra Mundial para cuidar de casos de Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT) entre prisioneiros torturados e outras pessoas que sofreram tratamento degradante durante o conflito. É verdade que o TEPT não era chamado assim, mas esse era o nome dado às de tentativas de tratamento às quais pessoas desses grupos foram direcionadas. Ao longo dos anos 50, a Comunidade Terapêutica teve um desenvolvimento notável como substituto dos hospitais psiquiátricos, primeiro na Inglaterra e depois nos EUA e alguns países do norte europeu. Nessa mesma década, a OMS a considerou como a alternativa mais adequada à crise dos hospitais psiquiátricos. Por volta da década sessenta, ela parecia estar em boa saúde e seu principal promotor, Maxwell Jones, congratulou-se por isso (ABEIJÓN, 2010; ARNAU, 2006, 2010; DE LEON, 2003; DWORKIN, 2007).

O destaque é o uso de abordagem de natureza interdisciplinar que envolve múltiplos tipos de pessoas, fazendo uso de metodologias de grupo e o ambiente, como também da psiquiatria administrativa. Logo, então, se percebe que ao início da segunda metade do séc. XX a terminologia comunidade terapêutica é tomada como esse local que visa ser mais aproximado de uma residência, sendo pensado como uma comunidade de modo a que todos os participantes tenham metas comuns a fim de organizar um espaço social possuidor de capacidade de tratamento/cura.

Quadro 3 – Características da comunidade terapêutica psiquiátrica (Jones)

- Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico.
 - A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento.
 - Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição.
 - Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos.
 - A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos.
 - Atribui-se um alto valor à comunicação.
 - O grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade.
 - Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos.
 - A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.
-

Fonte: Adaptado de Kennard, apud De Leon (2003, p. 15)

O quadro 3 demonstra alguns elementos relacionados ao histórico inglês da moderna comunidade terapêutica, os tais que desencadearam influências no desenvolvimento de tratamentos voltados à dependências de Substâncias Psicoativas (SPAs). O ponto chamativo é a elevada presença da terapia em detrimento da medicalização do paciente.

Algumas percepções são comuns entre os estudiosos quanto a formação da CT moderna e o seu programa. O chama Grupo de Oxford é tomado como pontapé, seguido pelos Alcoólicos Anônimos (AA), Synanon e a Day Top Village.

1.2.1 Grupo Oxford

Fracasso (2008; 2012) expõe que as comunidades terapêuticas tiveram seu início ligados à grupos religiosos, cujo alvo inicial não era a dependência química, mas o reavivamento da espiritualidade entre seus membros. A questão dos transtornos mentais, tais como o alcoolismo, surgiram porque uma parte dos membros tinha problemas dessa ordem. Laura Fracasso diz que:

Em 1860 foi fundada uma organização religiosa chamada Oxford. Esta organização era uma crítica à Igreja da Inglaterra e seu objetivo era o renascimento espiritual da humanidade. Originalmente chamada Associação Cristã do I Século, acabou mudando de nome em 1900 para Moral Rearmement. Este grupo, conhecido como Grupo de Oxford, buscava um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos: se encontravam várias vezes por semana para ler e comentar a Bíblia e se comprometiam reciprocamente a serem honestos. Entre 10 e 15 anos depois, constataram que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação. (FRACASSO, 2008, p.10)

Esses cristãos, descontentes com a maneira institucional, se reuniam em grupos e faziam o estudo da Bíblia a fim de reacender valores evangélicos outrora perdidos. Ao longo do tempo membros com problemas de alcoolismo iam adquirindo a sobriedade em relação ao álcool, deixar de usar era o caminho.

O grupo de Oxford teve Frank Buchman, um ministro luterano como fundador, sendo que este movimento se ligava ao trabalho relacionado à ajuda coletiva, autoexame e valores religiosos ligados à honestidade e amor em comunidade. Esse movimento teve grande influência dos *quakers* e dos anabatistas⁴, esses que antecedem menonitas e os *amish*. Fracasso e De Leon também apontam que os problemas mentais e o alcoolismo, apesar de não ser o foco básico, foram objeto dos olhares do grupo como sinais materiais de destruição espiritual. Dentre o ideal e ações dessa organização estavam inclusas a ética do trabalho, o cuidado mútuo, o aconselhamento coletivo e a honestidade e transparência como valores. Outros elementos a serem buscados foram a pureza, o amor promovidos pelo protestantismo, o autoexame, a reparação da ofensa praticada e o trabalho em equipe (FRACASSO, 2012).

1.2.2 Alcoólicos Anônimos (AA)

A formação dos Alcoólicos Anônimos (AA) na década de 1930 advém da influência que o grupo de Oxford promoveu em Bill Wilson e Dr. Bob Smith, ministros evangélicos que tinham problemas com alcoolismo. Já os narcóticos anônimos surgem em 1953, grupo que se desdobrou a partir da influência dos Alcoólicos Anônimos (AA).

Em Ankrón, Ohio, a associação dos Alcoólicos Anônimos foi fundada em 1935 por dois alcoólicos em recuperação: Bill Wilson, corretor de imóveis e o médico Bob Smith. AA é uma das CTs mais conhecidas no que tange a literatura no mundo.

⁴ Foi uma ala advinda da Reforma Protestante e teve com Huldreich Zwínglio, que mais tarde influenciou a criação dos menonitas, quackers e amish, esses últimos mantendo uma vida mais ligada à rusticidade do homem do campo como estilo de vida. Esses criam que a comunidade era a palavra final na interpretação das Escrituras, o que depois veio a se chamar “comunidade hermenêutica”. Zwínglio estava sentando as bases para o movimento da Reforma Radical, também conhecido por Anabatismo. Outra questão era a observância do princípio da não-violência, negando a pena de morte e até a morte por legítima defesa. As igrejas anabatistas em sua base histórica são conhecidas como “igrejas da paz”, pois muitos de seus membros se recusam ao serviço militar, a pegar em armas e não apoiam ações bélicas, pois rejeitam a ideia da “guerra justa”. Afirmam o estilo de vida simples. A pessoa deve viver com o mínimo, considerando assim ser uma vida decente, sem se entregar ao luxo e ao consumismo. O modelo constitucional norte americano da completa entre igreja e Estado tem forte influência anabatista, assim também com o fato de a declaração de independência tenha sido feita na Pennsylvania, de maioria menonita, quacker e amish. (INHAUSER, 2011)

Bob Smith fora membro do Grupo de Oxford, mas isso não propiciou ajuda suficiente ao processo de sobriedade em relação ao álcool. Bill Wilson, que escreveria Os Doze Passos e as Doze Tradições e, ao trocar experiências, desencadeiam a missão de ajudar outros dependentes do álcool, tornando essa experiência um trabalho que atua em diversas partes do globo. O quadro 4 descreve cada passo:

Quadro 4 - Os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos (AA)

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
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 a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
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 estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Fonte: <http://www.aa.org.br/wap/passos/passos.html>

Enquanto os Doze Passos são elementos que envolvem uma prática comportamental, as Doze Tradições estão ligadas como princípios que dinamizam a reflexão dentro do AA. Damos destaque a primeira e a última “tradição”:

PRIMEIRA TRADIÇÃO

Nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar; a recuperação individual depende da unidade de A.A [grifo nosso]. Sem unidade, A.A. morrerá. Liberdade individual aliada a uma grande unidade. A chave do paradoxo: a vida de cada AA depende da obediência a princípios espirituais. O grupo precisa sobreviver; caso contrário, não sobreviverá o indivíduo. O bem-estar comum vem em primeiro lugar. A melhor forma de viver é trabalhar juntos como grupos.

DÉCIMA SEGUNDA

O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas tradições, lembrando-nos sempre da necessidade de colocar os princípios acima das personalidades [grifo nosso]. A substância espiritual do anonimato é o sacrifício. A subordinação dos anseios pessoais ao bem comum é a essência de todas as Doze Tradições. Por que A.A. não podia permanecer como uma sociedade secreta. Os princípios estão acima das personalidades. Cem por cento de anonimato no nível público. O anonimato é a humildade verdadeira. [AA: <http://www.aa.org.br/wap/passos/passos.html>]

O processo de troca de experiências pelos grupos iniciais nas cidades de Nova Iorque e Akron desencadeou práticas como elementos comuns na recuperação dos participantes do AA. Entre os princípios do AA provenientes do grupo de Oxford vieram a noção de confissão mútua, reparar os males praticados e a convicção de que a mudança pessoal envolve adesão à crença do grupo. Entretanto, os membros do AA formulavam particularidades quanto a ideia de “poder superior”, ao passo que o grupo de Oxford possuía uma leitura mais específica ao Deus cristão, mas ambos tem uma prática de reconhecer um poder transcendente como processo desencadeador da mudança pessoal.

Quanto aos doze passos, estes são como princípios de confrontação a respeito do individualismo e da vaidade humana. Dessa forma, a ênfase no poder da comunidade não implica uma força opressora, sim um instrumento de questionar os limites da pessoa quanto a buscar por prazer e sua carga de individualismo, pois, o adicto, tendo os seus desejos frustrados, se lança em um processo constante de resolvê-los por intermédios de fugas, uma delas é o uso abusivo de Substâncias Psicoativas (SPAs). Outro elemento a ser percebido é a ênfase do texto na capacidade que a vaidade tem de arruinar um grupo.

1.2.3 Synanon

A particularidade não-sectária dos AA é mais fortificada na Synanon, cuja origem de mudança do indivíduo tem uma perspectiva mais ligada ao caráter antropocêntrico e comunitário. Ela se apoiou menos em conceitos de poder superior, tendo a metodologia do tratamento um enfoque maior, em detrimento de princípios filosóficos e religiosos. Assim, nasceu a Synanon na Califórnia em 1958. (DE LEON, 2003; ARNAU, 2010a).

A maior contribuição da perspectiva da Synanon foi a transição não-residencial para o ambiente residencial e sua perspectiva intensiva de tratamento. Desde as atividades cotidianas e o ambiente terapêutico eram desenvolvidos em tempo integral pelos residentes.

Charles Detric, um alcoólico em recuperação, percebeu que muitos em recuperação do álcool podiam manter a sobriedade em contato com pessoas promotoras das características dos ambientes residenciais nas CTs. Paralelamente ao trabalho dos AA, Detric pautou que novos princípios para dependentes de SPAs: a) a dependência

química era tão severa que requeria mais do que reuniões esporádicas e os viciados precisam viver temporadas no ambiente de CT para superar o uso abusivo de drogas; b) os grupos de natureza terapêutica precisava dar uma ênfase intensa de modo a desconstruir a mentalidade adicta, reconstruindo na pessoa uma personalidade voltada a abstinência e a saúde, se convertendo em uma microssociedade autogestionada. (DE LEON, 2003; ARNAU, 2010a).

Os indivíduos em tratamento moravam no ambiente na CT enquanto faziam o tratamento e seu processo grupal de encontro chamado de “o jogo” resultou em mudanças psicológicas nos membros, inclusive no seu fundador. Distingui-se das anteriores também no fato de sua orientação terapêutica possuir um forte viés de confrontação, contribuindo para ser um dos modelos da base da CT moderna. Os ex-dependentes, agora, exemplos de superação do vício, eram as pessoas mais indicadas na CT para lidar com a manipulação e a mentira, como a negação do problema e as demais fugas de realidade. A Synanon tinha como elementos formadores a terapia em grupo de modo que:

Los principales instrumentos terapéuticos son: la autoridad jerarquizada de los ex-toxicómanos, el control social basado en el grupo que lucha contra la toxicomanía, las terapias de grupo en las que se anima la expresión de los sentimientos y la agresividad y la adquisición de niveles de responsabilidad cada vez más superiores como forma de recuperar la propia realidad. (ARNAU, 2010a, p. 50)

Durante mais de 15 anos a Synanon prosperou como organização empresarial a partir de seu inovador programa para dependentes. Apesar de ser tomada como o protótipo da tendência da CT atual, ela se tornou uma organização cujas características levaram a mudar seu foco interno, ocasionando alguns problemas internos descaracterizando o modelo inicial (DE LEON, 2003).

1.2.4 Perspectivas para as comunidades terapêuticas atuais

Ponto fundamental é que a maioria dos programas continuou a partir da Synanon e que teve auxílio de autoridades civis, do clero, de políticos e profissionais de saúde e de assistência social. Na sequência, o atual projeto de CT possui uma relação de áreas do saber como a educação, medicina, psiquiatria, direito, religião e ciências sociais (DE LEON, 2003, p.26).

Após interação com agentes públicos e privados, conseqüentemente, sendo tomada como plausível por agentes e órgãos financiadores, o uso anteriormente não oficial do nome comunidade terapêutica passou a ser utilizado normalmente como forma de tratamento para os problemas outrora citados. O termo fora oficializado por completo no momento em surgiu a *Therapeutic Communities of America* (TCA) – Comunidades Terapêuticas da América, como uma organização de programas norte-americanos das Comunidades Terapêuticas durante conferência em Nova Orleans em 1975.

Quadro 5 – Principais desenvolvimentos das CTs modernas para dependentes químicos

- Passagem de comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção aos seres humanos que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla.
- Passagem de uma permanência indefinida na mesma comunidade residencial a uma duração planejada de permanência residencial orientada por um plano e um protocolo de tratamento.
- Passagem de fontes de apoio completa ou parcialmente privadas e empresariais à manutenção quase exclusiva de orçamentos operacionais a partir de fundos públicos, requerendo o atendimento do requisito de auditoria e supervisão realizadas por conselhos externos de diretores.
- Retirada da ênfase em líderes carismáticos e aumento da importância da liderança pelos companheiros, dos funcionários em geral como modelos e das decisões tomadas por várias pessoas.
- Inclusão de uma crescente proporção de funcionários não-recuperados em funções clínicas e administrativas primárias, advindos de variados campos disciplinares.
- Desenvolvimento de serviços de atendimento pós-recuperação para quem termina a fase residencial de tratamento.
- Reintegração dos princípios e tradições dos 12 passos da AA no protocolo de tratamento de muitas CTs residenciais.
- Gradual aproximação entre modelos e métodos da CT psiquiátrica e da CT de tratamento de dependência química.
- Adaptação da CT a populações especiais e a ambientes especiais, como instalações de saúde mental e instituições correccionais.
- Desenvolvimento de uma base de conhecimentos de pesquisa e de avaliação por equipes de pesquisa independentes e baseadas em programas específicos.
- Desenvolvimento de organizações de CTs nos níveis regional, nacional e internacional.
- Promulgação e disseminação mundiais das CTs de tratamento da dependência química por meio da formação, do desenvolvimento de programas, da assistência técnica e da pesquisa.

Fonte: De Leon, 2003, p. 27, 28

ARNAU (2006; 2010b) toma como um processo de adequação global às normas sanitárias, sendo a CT uma modalidade de tratamento integrada à rede de saúde. Em geral, a tendência do modelo atual de CT é a integração do paciente e do centro com o ambiente social como um todo, adequando o tratamento às necessidades das pessoas e voltado a uma prática promotora de atenção, reabilitação e integração à sociedade. Busca o uso dos recursos normalizados do ambiente social voltando o tratamento com a

preponderância da intervenção da pessoa como um todo⁵. Mas para que isso ocorra dependerá de uma integração maior entre os agentes públicos e a comunidade fora da CT.

O quadro 1 mostrou algumas questões do desenvolvimento da *Therapeutic Communities of America* (TCA) já em 1976, enquanto o quadro 5, apontou elementos mais atuais das comunidades terapêuticas.

⁵ Implica ver esse ecletismo como uma característica desse tempo que apresenta um certo grau de polissemia, nas chamadas “crenças” científicas e seus paradigmas da pós-modernidade. Uma pluralidade de mundos e ideias, tomando a ação ou pensamento, sendo a ciência uma coleção de tradições de investigação que ficam amparadas por comunidades específicas ou por pesquisadores, inteligíveis se observadas fora do ambiente comunitário (GRENZ, 1999, p. 91).

2. PSICOTERAPIA E TEOTERAPIA

Aqui apresentaremos uma leitura teórica e metodológica a partir da temática da psicoterapia e teoterapia (ZORRILA, OREJUELA, 2014) para os contornos relativos ao tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas em comunidades terapêuticas. Os autores apontam que as intervenções mais conhecidas dessas modalidades de tratamento surgem inicialmente nos Estados Unidos, tendo índole religiosa em seus inícios. Mais tarde, o modelo religioso da CT passa a ter enfoque terapêutico de natureza laico, optando pelo aprendizado que as comunidades teoterapêuticas ofereceram, formando comunidades terapêuticas com o suporte metodológico semelhante, mas com a vertente da terapia psicológica como fundamento a fim de tratar a dependência química.

A literatura estudada aponta que, se por um lado as comunidades psicoterapêuticas, ao serem constituídas, oferecem mais aporte de profissionalismo, as comunidades teoterapêuticas apontam, em sua criação, os postulados que sustentam o nascimento da metodologia terapêutica de caráter comunitário. Em teoria, as primeiras tem maior capacidade sanitária, enquanto essas últimas, mais desenvolvimento afetivo e natureza residencial. As comunidades terapêuticas espanholas apontam que:

Los protestantes españoles han resuelto los problemas legales ligados a su reconocimiento, han creado organizaciones potentes y representativas, las cuales gestionan sus intereses, y asimismo cuentan con el decidido apoyo de un amplio número de creyentes, muy activos y muy motivados. (ARNAU, 2010b, p. 43)

Historicamente, se o suporte da psicoterapia veio juntamente com o processo de profissionalização, os aspectos da teoterapia forneceram as bases epistemológicas que de rompimento com as propostas de intervenção forçada quanto a dependência química.

A literatura tem apontado que, no geral, as comunidades terapêuticas possuem, em virtude de suas variações de tratamento, assim também como perfis diferentes de pessoas que se utilizam de seus serviços a fim de buscar reabilitação, uma diferença básica que, enquanto algumas operam pelo aspecto religioso, principalmente cristão (teoterapia), já outras se utilizam tanto do caráter religioso (teoterapia), como também da perspectiva profissional (psicoterapia) nos recursos de sua intervenção. Nesse sentido, nos lançamos a expor as diferenças entre ambas, com o propósito de esclarecer e fazer conhecer suas particularidades mais gerais que são apontadas pelo estudo.

Ao longo do tempo, as propostas das CTs se entrelaçam, oferecendo variantes conforme os avanços quanto aos estudos e aperfeiçoamentos teóricos e práticos (ARNAU, 2010a, 2010b) de ambas as propostas. Ambas as propostas tomam a adicção como um estilo de vida em que há a tendência de reduzir ou prejudicar os vínculos sociais tanto dos usuários, como dos não-usuários de SPA .

Conforme a pesquisa, os usuários abusivos tendem apresentar um consumo crescente, estabelecendo significâncias psicoemocionais em que a vida do usuário se caracteriza por girar cada vez mais em torno do consumo, assim como do prazer que decresce em função do uso, fazendo que ele necessite cada vez mais de estímulos mais fortes das Substâncias Psicoativas (SPAs).

No processo das terapias em geral encontra-se o esforço de localização de qual o nível de consumo e de distorção psicológica ante ao uso abusivo de substâncias químicas. Busca-se um espaço de expressividade sem medo, angústia, vergonha ou culpa quanto àqueles que realizam o tratamento, buscando encontrar aprendizagem, procurando desenvolver movimentação e constituição de novas formas de relacionamento que proporcionem obter prosseguimento quanto a planos de vida.

A conduta terapêutica busca envolver paralelamente os pacientes e os procedimentos terapêuticos, sejam prescritos por equipe terapêutica ou terapeuta individual, uma dinâmica que estabeleça correlação dos pacientes ante aos procedimentos envolvidos nos processos de tratamento, entendendo que a eficácia destes incluem a efetiva participação e auxílio à localização dos problemas psicoemocionais que incrementam o problema do uso abusivo. Incorre no empoderamento dos pacientes ante às questões que os afligem, a fim de potencializar os efeitos do tratamento. O objetivo é o encontro entre paciente, equipes e a dinâmica no seu do ambiente da comunidade terapêutica, todos esses elementos entremeados por tolerância e respeito.

O que se percebe é que os elementos apontados pelos residentes das CT's, em casos de adicção, existem questões diretamente relacionadas aos ingressos que produzem fatores que os ajudaram em seus processos de recuperação. Tanto os vínculos de companheirismo que se estabeleceram (o sofrer junto), como a abertura ante aos profissionais das CT's criaram fontes de resignificação do uso das drogas. Os novos vínculos estabeleceram novas fontes de socialização, de encontros com outros que, a título de vivenciarem questões de semelhança, constroem significâncias ante os cenários anteriormente vividos, estabelecendo os novos modelos de viver para o presente.

O sucesso do tratamento se apresenta em função da CT dar início aos usuários um novo ambiente comunitário, em caráter provisório, que permite o acolhido operar uma revisão de sua própria vida. A vida intracomunitária e a aprendizagem desse novo estilo de vida no faz com que surja uma nova trama social formadora de novas interesses e novas fontes de afeto entre os envolvidos. Também, em função das novas regras e códigos de conduta social o acolhido tem a oportunidade de operar dentro de um modelo de interação, permitindo compartilhar sua vida com os demais dentro da comunidade terapêutica.

O resultado, segundo a metodologia, é uma nova forma de olhar sobre si mesmo que oportuna o repensar e a reavaliação de si mesmo, produzindo uma melhora na autoestima, levando a pessoa a sair do ciclo de busca no prazer autocentrado que a droga proporciona, levando a encontrar prazer nas relações sociais, colocando-o na visão de si mesmo em nova perspectiva em relação às demais pessoas.

Como parte de los factores considerados críticos en relación con el tema de la eficacia o no de los tratamientos terapéuticos, se encuentran la alianza terapéutica y La relación que se establece entre la persona adicta y el terapeuta en el marco de las CT (Meier, Donmall y Barrowclough, 2006). Molina (2011) plantea como en las CT ES necesario sostener tres elementos fundamentales: criterios de confianza y respeto en la relación que establecen El psicólogo y el paciente; conocimiento acerca de las aptitudes y actitudes del profesional en psicología; y, finalmente, la relación entre distancia terapéutica y adhesión al tratamiento. (ZORRILA, OREJUELA, 2014, p. 157)

As variações de tratamento produzidas em CT's logram efetividade da diminuição da sintomatologia conforme a crença do paciente em aderir ao discurso e modelo terapêutico. O que se verifica é que, para que haja êxito no tratamento, a aliança terapêutica e a efetividade do tratamento necessitam da harmonia terapeuta/equipe da CT e o paciente, assim também da comunidade externa à instituição, fazendo uso do sistema público de saúde de forma interdisciplinar construindo uma rede de atenção psicossocial de modo comunitário na perspectiva de redes de apoio, tanto com o objetivo da prevenção, quanto de apoio ao dependente químico (DUARTE, 2013).

2.1 Comunidades Teorapêuticas (CTT) e Psicoterapêuticas (CPT): questões definidoras

As CT's psicoterápicas apresentam formas diferentes de tratamento e algumas têm uso de elementos religiosos, sendo similares às comunidades religiosas e seculares. As CT's Teoterápicas são definidas como uma modalidade residencial para tratar dependências de substâncias psicoativas, assim também como tratar depressões e intenções suicidas, visando à desintoxicação e recuperação dos acolhidos. A teoterapia se utiliza de estrutura aproximada à CT de caráter profissional, mas se fundamenta em doutrina e princípios religiosos, principalmente cristãos, onde a Bíblia é promovedora de regra de fé, a fim de promover nova prática de vida.

Se observarmos bem, o próprio processo de abuso de substâncias químicas também é um desenvolvimento relacional, mas que se desenvolve no âmbito de dependência, incrementadas segundo os estudos por processos inconscientes e complexos. A dependência, assim por conclusão, é uma questão que o próprio indivíduo desenvolve no âmbito de sua própria vivência e o sucesso do tratamento também é um processo de crédito dado ao modelo de tratamento. Para Zorrilla e Orejuela (2014), a psicoterapia como tratamento está ligada a questão da experiência em que a pessoa, como paciente desenvolve relações de ajuda com especialistas que a atendem. A psicoterapia é um processo experiencial de modo que:

Comprender La psicoterapia como un proceso experiencial en el que una persona, en la posición de paciente, establece una relación de ayuda con un experto, en posición de psicoterapeuta, con el propósito de superar situaciones que son reportadas como fuentes de malestar y sufrimiento, con la aspiración de reducir estos efectos subjetivos desintegradores y alcanzar un estado de mayor bienestar al que se alude como cura. Cabe aclarar que existen múltiples formas de psicoterapias según el enfoque teórico que las sustenta, y en tal sentido no existe la psicoterapia sino las psicoterapias. (ZORRILLA, OREJUELA, 2014, p. 156)

No trabalho de Zorrilla e Orejuela (2014), encontramos um comparativo entre as características de Comunidade Psicoterapêutica (CPT) e a Comunidade Teoterapêutica (CTT). O comparativo se dá no que tange ao combate ao consumo de substâncias psicoativas (SPA), assim identificando similitudes e distanciamentos nas formas de acolhimento e tratamento.

Quanto às instalações, tipos de imóveis utilizados e localização, a comunidade psicoterapêutica está sujeita a fontes de financiamento e precisam de uma tolerância

junto das pessoas que habitam junto a sua localidade, procurando na sua localização, um ambiente livre de drogas para funcionar, já que busca a reabilitação. Na comunidade teoterapêutica, a preferência se dá por tendência ao ambiente rural como localização do ambiente de maior tempo de tratamento, enquanto os ambientes urbanos da comunidade são mais voltados aos programas iniciais ou de primeiros momentos de acolhimento.

O entendimento da pessoa com problema de uso abusivo de substâncias psicoativas na comunidade psicoativa é entendida como um indivíduo com uma história em que os laços sociais, comunitários e familiares, habilidades educacionais e vocacionais foram alterados em função do abuso de substâncias psicoativas. Zorrilla e Orejuela (2014) também apontam que existem residentes que nunca viveram estilos de vida considerados saudáveis ou funcionais que ingressam nesse modelo.

Na comunidade teoterapêutica, o perfil do ingressante é de pessoa que precisa adentrar em um ambiente que soe familiar e que possua características de irmandade ou coletividade. A pessoa possui carências emocionais e de outros recursos para enfrentar sozinho o vício, necessitando de fundamentação religiosa, pois, no ambiente de fé, o grupal sobressai ao individual, aqui, sem deixar de lado, a questão de Deus, fé/crença, sentido ou propósito de vida e as relações estabelecidas pelos pares quanto a tais questões.

O fundamento operacional da comunidade psicoterapêutica em primeiro lugar é perceber-se como um lugar que impulsiona uma mudança inicial, sendo que a “auto-ajuda” é eficiente de modo que as pessoas em tratamento são os principais autores dos resultados satisfatórios. Na comunidade teoterapêutica implica o compromisso da abstenção total do consumo de drogas, de relações sexuais dentro do ambiente da comunidade teoterapêutica (ao ter as saídas liberadas conforme a evolução do tratamento o residente tem a acesso ao cônjuge), do uso de violência, de modo que a base de todo o aparato é voltado para além de mera catarse terapêutica.

En la teoterapia, según la construcción interpretativa realizada durante el trabajo de campo, a los participantes se les permiten formas de expresión abierta y genuina, enmarcadas en una dialogicidad que legitima sus propias vivencias, superando así los juicios normalizadores y patologizantes. Ahora bien, no se trata simplemente de una expresión tipo catarsis. En las terapias de naturaleza catártica, el trabajo está focalizado en expresiones que convencionalmente serían rechazadas o inhibidas socialmente. A nuestro modo de ver, lo que se produce en estos espacios es más que una expresión; se trata de producciones subjetivas individuales y grupales que van ganando nuevos campos de significación en las personas, en el devenir de los diversos intercambios que se van generando. (ZORRILLA, OREJUELA, 2016, p. 59)

Para a comunidade teoterapêutica, a cura é deixar-se curar por Deus. No entendimento das modelo, o paradigma do relacionar-se com o “irmão pela fé” é o segundo parâmetro a ser trabalhado entre os acolhidos. Se na comunidade psicoterapêutica a relação entre a equipe e os residentes acontece pela ética profissional. Na comunidade teoterapêutica as equipes de acolhimento são entendidas como correspondentes comunitários da irmandade pela ótica da comunidade de fé cristã nos casos estudados.

Nas comunidades psicoterapêuticas (CPT's), já nos primeiros contatos de atendimento precoce, são estabelecidas as regras a fim de gerir os processos de construção de confiança entre a equipe e os residentes, de modo que esses últimos aprendam as normas e as formas de autoavaliação junto ao tratamento. Outros momentos se impelem no tratamento em si, para em seguida, acontecerem ensaios junto ao ambiente maior da sociedade. Na comunidade teoterapêutica acontecem os acolhimentos que tratam da desintoxicação, tratamento específico e reabilitação, seguidos de reinserção e prosseguimento ou acompanhamento, este que normalmente depende do envolvimento dos membros da comunidade religiosa a que a comunidade teoterapêutica está ligada.

No que tange a interação entre os pares, a comunidade psicoterapêutica visa que todos os participante promovam interação e que as ações injetem valores e ensinios, todos pensados comunitariamente. Os indivíduos que se libertaram do uso de SPA são usados como modelos a fim de gerar incentivo ante ao público da comunidade, que normalmente reúne de quarenta a oitenta pessoas, com interação, ora dentro de um esquema programado, ora não programado, tudo visando criar situações controladas e não controladas como modo de tratamento.

Na comunidade teoterapêutica ocorre o princípio que a forte pressão e o elevado controle sobre as pessoas são postos de lado. A autonomia é a forma de ação, entretanto, isso não significa que não haja vistoria nos ambientes da CTT, pois os indivíduos recém-chegados possuem comportamentos típicos de quem estão em fuga ou sendo perseguidos, podendo se utilizar de estratégias esquivas como finalidade de proteção.

Os adictos recorrem à droga como fuga da realidade ou do sofrimento emocional e a violência como mecanismo de proteção. Na CTT se busca construir a possibilidade para expressão das dificuldades afetivas que podem ser o fator que mais

determina o uso abusivo de drogas. A afetividade teoterápica entre os “irmãos” é o elemento de apoio na dinâmica de interação entre os participantes.

Na comunidade psicoterapêutica o objetivo de tratamento na CT é desenvolver potencialidades no comportamento dos indivíduos diante do que significa saúde ao itinerário médico, de modo que os residentes recuperem saúde física e emocional. Os chamados comportamentos negativistas e suas condutas perigosas à saúde são trabalhados de modo que surjam mudanças de conduta e pensar. As formas de responder aos sentimentos que as questões que giram em torno das drogas e suas emoções satélites são levadas em consideração, para que este responda adequadamente e de forma construtivista. A microssociedade da comunidade psicoterapêutica é uma tentativa de reconstruir uma pessoa que volte como referência social para a sociedade maior.

Para a comunidade psicoterapêutica o acolhido precisa desenvolver o aprendizado e a observação constante e saber detalhar a respeito de suas atitudes e comportamentos, deve assumir uma postura transparente com o espiritual e deve mudar seu modo de vida. A revisão de vida é o objetivo do tratamento e a teoterapia é uma oportunidade para outra vida, assumindo seus atos e a responsabilidade por estes. Apesar de em algum momento o acolhido não ser visto, “Deus está presente” e está vendo a luta de “seu filho diante do mal”, da escravidão do vício. Tanto os manuais de moral que giram em torno da interpretação da Bíblia, esta última sendo a vontade de Deus, são os elementos que conduzem a orientação da vida livre de drogas, como também o caminho para o retorno saudável a sociedade.

Quanto ao tempo de tratamento, segundo os manuais, não há uma duração fixa. As comunidades psicoterapêuticas CPT's e comunidades teoterapêuticas (CTT's) utilizam tempos diferentes, mas tendo em vista que tempos longos implicam nocividades ao tratamento, pois apontam deficiências da metodologia terapêutica. Para Zorrilla e Orejuela (2014. p. 160), o tempo de noventa dias implica bons resultados do que períodos mais curtos. Castrillón *apud* Zorrilla e Orejuela (2014, p.160) aponta que as CTT's colombianas utilizam doze a dezoito meses, enquanto que a metodologia aplicada pelo Instituto Lugar de Ajuda, no Maranhão, utiliza seis meses para o tratamento teoterápico.

Os participantes na comunidade psicoterapêutica são os acolhidos como também suas famílias, esses últimos, como não residentes, externos ao ambiente da comunidade. Também compõe como participantes, a equipe de apoio e de monitoria, onde vários desses podem também ser oriundos de tratamento anteriores, sendo

posteriormente incrementados à equipe, que tende a se tornar cada vez mais interdisciplinar constituída por terapeutas, psicólogos, enfermeiros, etc.

Em geral, a CTT tem como líder um pastor evangélico como líder, sendo o grupo de liderança da comunidade composto por voluntários da igreja, entre eles, algumas pessoas que passaram pelo processo de recuperação da dependência química, onde o seu testemunho permite um incremento encorajador aos que iniciam o tratamento. Em algumas CTT's existem a mescla da psicoterapia e teoterapia, pois o trabalho de psicólogos, psiquiatras e demais terapeutas são incrementados no tratamento da dependência química.

Na CPT se utiliza tanto de terapia individual quanto grupal, permeada pela autoajuda quanto ajuda mútua, fazendo uso das bases ligadas ao saber da psiquiatria e psicologia nas reuniões em comunidade, atividades vocacionais e educativas, atividades comunitárias e demais atividades onde os profissionais ligados a tais saberes podem realizar a gestão clínica do ambiente residencial terapêutico, sondando os residentes e verificando a avaliação e evolução do tratamento. Na CTT, a desintoxicação primeiramente faz o desarme e relaxa o indivíduo, ocorrendo a revisão emocional. É um momento de relaxamento e reflexão interior e de trabalho da espiritualidade de modo mais intenso, que normalmente ocorre “de forma articulada com as redes de assistência social e de saúde” (BONI, KESSLER, 2013, p.185).

Na fase de reabilitação acontece a laborterapia ou terapia ocupacional, onde pode ser tanto uma aprendizagem profissional quanto o cuidado da área do ambiente terapêutico. No momento de retorno à sociedade acontece o acompanhamento espiritual junto à família, dando continuidade aos princípios bíblicos e demais instruções religiosas, assim como acompanhamento de bases psicológicas, sociais e terapêuticas. As comunidades teoterapêuticas aplicam em suas metodologias aparatos tanto grupais quanto individuais, pois ao se utilizarem de autoajuda e da comunidade, o grupo promove o empoderamento de processos individuais, incrementando funcionalidades de importâncias terapêuticas.

Em resumo, é possível relacionar oito semelhanças entre a comunidade terapêutica e a terapêutica: 1) ambas as modalidades contam-se cada vez mais com uma equipe profissional integral; 2) são baseados na vida da comunidade, auto-ajuda e trabalho em grupo; 3) o modelo subjacente aos diferentes programas de tratamento tem componentes terapêutico-educativos; 4) visam a abstinência total, embora alguns sejam mais flexíveis e adotem a redução de danos como um caminho válido para viajar antes

da realização da abstinência como objetivo final; 5) ter uma normatividade rigorosa a partir de um sistema de valores pré-definido; 6) o trabalho com os grupos familiares de adictos é um elemento fundamental; 7) o tratamento é estabelecido, geralmente, por estágios definidos e muito bem definidos, que independentemente do nome e da hora do tratamento, são seguidos passo a passo; e 8) os usuários avançam em hierarquia e responsabilidades dentro da comunidade, de acordo com o crescimento e desenvolvimento pessoal alcançado. (ZORRILA; ORIJUELA, 2014, p. 162)

Nas comunidades teoterapêuticas, o adicto é concebido como uma pessoa com a necessidade de entrar em um espaço com ambiente familiar e fraternidade, e viver sob parâmetros cristãos. Em relação à necessidade de ter um contexto familiar, os usuários reconhecem e significam de maneira muito positiva a fraternidade filial que opera como uma rede de apoio, um lugar para endossar seu desconforto, e que é estabelecido dentro da comunidade. São incentivados e, considerados positivos, constantes os momentos para a expressão de emoções, sentimentos e experiências, sem o medo, o medo ou a prevenção de serem julgados, acusados ou apontados, como em outros contextos, dada a representação social negativa que recai sobre o dependente. Quanto a isso, Zorrila, Orejuela e Tores (2016, p. 57) apontam que:

En cuanto a la significación del proceso para los participantes, la teoterapia representa un espacio que les permite volver a constituir su proyecto de vida y volver a creer en sí mismos y en los otros, a través de un trabajo de toma de conciencia real.

A teoterapia permite aos participantes formas abertas e genuínas de expressão, enquadradas em um diálogo existencial, superando, assim, o senso depreciativo sobre si mesmo, assim também como os julgamentos dos outros como inimigos sociais, não se tratando de mera catarse. Em terapias de natureza catártica, o trabalho é focado em expressões que convencionalmente seriam rejeitadas ou socialmente inibidas. Em nossa opinião, o que é produzido nesses espaços é mais do que uma expressão: trata-se de produções subjetivas individuais e coletivas que lançam novas formas de significado nas pessoas, na evolução das diversas trocas geradas.

Não é que o passado e o presente deixem de existir, são geradas novas configurações de si nesses contextos. Zorrila, Orejuela e Tores (2016, p. 59), explicando ainda sobre as diferenças entre ambas as formas de terapias, dizem que:

La psicoterapia, por ejemplo, no debe concebirse como un proceso de descubrimiento ni de soluciones centradas en la figura del terapeuta, sino como un proceso de producción de nuevos sistemas de subjetivación que podrían, en la historia singular de la vivencia de la persona, constituirse en posibles configuraciones subjetivas alternativas frente a la forma dominante que se experimenta en la adicción. En la teoterapia, según la construcción interpretativa realizada durante el trabajo de campo, a los participantes se les permiten formas de expresión abierta y genuina, enmarcadas en una dialogicidad que legitima sus propias vivencias, superando así los juicios normalizadores y patologizantes.

A principal diferença entre esses dois tipos de comunidade - terapêutica e teoterapêutica - é que a primeira é baseada em princípios clínicos e intervenção interdisciplinar com fundamentos psicoteráuticos; enquanto no caso das comunidades teoterapêuticas, a gestão é feita fundamentalmente do que é concebido como espiritualidade, de princípios religiosos baseados na Palavra de Deus e atividades como oração comunitária e meditação.

2.2 Comunidade versus Individualidade: a comunidade terapêutica entre o velho e novo terapeuta

Na questão básica entre o entendimento da antiga terapia e nova está a consideração do que podemos chamar de “cultura das singularidades”, o que antes não era necessariamente contemplado nas antigas condutas terapêuticas. Mas o que vem a ser isso? Conforme Lipovestky (2005; 2007), seria apenas um novo tipo de “avatar”, um novo tipo de demanda em função de surgimento de um tipo de homem que transformou os seus sentimentos em projeto existencial, mesmo em conflito com um todo.

Chales Taylor (2011), em “Ética da Autenticidade”, aponta que na modernidade houve um empobrecimento da vida simbólica, ao mesmo tempo em que houve um distanciamento entre a pessoa e a sociedade como o seu mundo. O indivíduo chegou a produzir um novo tipo de entidade, um “eu” que está indiferente sobre os fatos que não sejam relacionados a ele. Como resultado, temos na atualidade, mais uma variante de tipo de *self*: aquele que produz um mundo apenas para si. Entretanto, esse projeto termina opaco e a moralidade termina em emotivismo.

Os “super-*selfs*”, estes que se sentem acima da sociedade e de todos os elementos do passado tentam encontrar um sentido para si mesmos. O fazem através do incentivo de seu próprio emotivismo e cultura de consumo, ganância e insatisfação. O

“super-self” se sente esmagado em um mundo bem grande, mas pequeno de significados, estes últimos, muito plastificados.

Narciso libertado se transfigurou em narciso acorrentado (LIPOVESTKY, 2007), pois, esse projeto de ausência de fontes do self criou o que podemos chamar, no caso do movimento terapêutico, selfs de divã. O terapeuta, através do consultório, na atividade de seu silêncio em prol do projeto narcisista da nova elite cultural que nascia, se transformou em um fabricante de novas mitologias (RIEFF, 1990), fazendo do “eu” que exige cada vez mais terapia e anamnese, como decréscimo do *homo politicus* e o nascimento do *homo psicologicus* (LIPOVESTKY, 2005, p. 33).

Segundo Rieff, o Ocidente conheceu até meados do século XX a hegemonia de pelo menos três tipos de caráter: o político, o religioso e o econômico. Desde meados do século passado, verifica-se, porém, a consolidação, mais ou menos junta do último tipo citado, de um novo: o terapêutico. O principal emblema de nosso tempo é uma espécie de tirania democrática, na qual o que chama de empresa hospitalar tende, como modelo, a substituir a praça pública, a igreja e a fábrica. Enquanto essas últimas foram filhas, respectivamente, da cidade antiga, do cosmo cristão e do capitalismo iluminista, aquela nasceu, sob as condições da cultura de consumo, "não como um filho da natureza ou da sociedade, mas da tecnologia (RÜDIGER, 2003, p. 100)

Ocorreu então a revolução das necessidades e a ética hedonista como “perspectiva hidráulica” diante do “exame do eu”. A ideia de abrir as válvulas da pulsão gerou um entusiasmo nos Estados Unidos da América no início do século XX. Conforme Lipovestky (2007) estava já adentrando a fase do capitalismo de consumo. Freud fez tanto sucesso na América porque para a nova elite cultural ele pode ser um veículo substituto da antiga ética do trabalho, antes ligado ao movimento protestante. Os novos terapeutas podiam ampliar seu raio de ação, agora, nos ambientes corporativos (ILLOUZ, 2011).

Quando bem sucedidos, esses controles terapêuticos tendem a se difundir na cultura como um todo. Todo mundo, em todas as atividades da vida, deve se submeter ao sistema de controle. Qualquer tipo de ação que pareça subverter esses controles deve ser contida como incorreta e perigosa ou então sancionada e trazida para dentro do sistema de controle (RIEFF, 1990, p. 50)

Illouz (2011) aponta como isso se deu na cultura norte-americana, que substituiu o espírito da abnegação e a cultura da renúncia, modificando o etos protestante para o infantilista (BARBER, 2009). O homem que economiza (WEBER, 1996) deu lugar ao homem que deseja e consome como ritual de felicidade. A

fragilidade é denunciada por essa tentativa de busca artificial por meio de psicoativos (DWORKIN, 2007) como um tipo de consumo de felicidade, uma felicidade não produzida na subjetivação cultural, mas, sim, pelo artifício da técnica quanto ao uso de psicotrópicos, sejam legais ou ilegais.

Quadro 6 – A narrativa terapêutica teve ampla repercussão cultural por diversas razões:

1. Ela aborda e explica sentimentos contraditórios – amar demais ou não amar o bastante; ser demasiadamente agressivo ou não ser assertivo o bastante. Em termos de mercado, seria como se inventassem um cigarro para satisfazer fumantes e não fumantes, e como se os fumantes de diferentes marcas fumassem o mesmo cigarro.

2. Essas narrativas usam os moldes culturais da narrativa religiosa, moldes estes que são regressivos e progressistas: regressivos por concernirem a eventos passados que, por assim dizer, ainda estão presentes e atuando na vida das pessoas; e progressistas porque o objetivo da narrativa é estabelecer a redenção prospectiva – no caso, a saúde afetiva. Assim, tais narrativas são instrumentos muito eficazes para estabelecer a coerência e a continuidade do eu e para construir um relato capaz de abarcar várias etapas dos ciclos de vida.

3. A narrativa torna o indivíduo responsável por seu bem-estar psíquico, mas o faz eliminando qualquer ideia de falha moral. Com isso, permite que ele mobilize os esquemas culturais e os valores do individualismo moral, da mudança e do autoaprimoramento. Contudo, ao transpô-los para a infância e para famílias deficientes, o sujeito é eximido do peso de estar errado por levar uma vida insatisfatória. Por sua vez, isso permite a constituição do que podemos chamar, acompanhando David Held, de “comunidades de destino”, ou comunidades de sofrimento, cuja melhor exemplificação são os grupos de apoio.

4. A narrativa é performativa e, nesse sentido, é mais do que uma história: reorganiza a experiência ao narrá-la. Do mesmo modo que os verbos performativos praticam justamente a ação que enunciam, os grupos de apoio proporcionam uma estrutura simbólica performativa, que pratica a própria cura que constitui a finalidade e a meta da narrativa. É na experiência da modificação de si mesmo e na interpretação dessa experiência que os sujeitos modernos se vivenciam como tendo o máximo de competência moral e social.

5. O discurso terapêutico é uma estrutura cultural contagiosa, porque pode ser duplicado e espalhado por parentes colaterais, netos e cônjuges. Por exemplo, as vítimas do Holocausto de segunda e terceira gerações têm hoje seu grupo de apoio, em virtude do fato de seus avós terem sido vítimas reais do Holocausto. Isso é possível por elas recorrerem a uma estrutura simbólica que lhes permite constituir sua identidade de sujeitos doentes, a serem curados. Dessa maneira, a narrativa terapêutica é capaz de acionar a linhagem e a continuidade da família.

6. A biografia terapêutica é uma mercadoria quase ideal: requer pouco ou nenhum investimento econômico – exige apenas que a pessoa nos deixe espiar os cantos escuros de sua psique e se disponha a contar uma história. Narrar e ser transformado pela própria narração constituem justamente as mercadorias produzidas, processadas e circuladas por um vasto grupo de profissionais (como terapeutas, psiquiatras, médicos e consultores) e meios de comunicação (revistas femininas e masculinas, programas de entrevistas, programas de rádio que respondem a telefonemas etc.).

7. Por último, e talvez de importância mais crucial, a narrativa terapêutica surge do fato de o indivíduo ter se inserido na cultura impregnada pela ideia dos direitos. Indivíduos e grupos têm reivindicado cada vez mais seu “reconhecimento”, ou seja, exigido que seu sofrimento seja reconhecido e remediado pelas instituições.

Fonte: ILLOUZ, 2011, p. 80-82

O quadro 6 mostra o quanto os processos de subjetivação da vida por intermédio da psicologização de do tecido social através da vida administradas pelo lócus dos Departamentos de Recurso Humanos como etos individualista e competitivo (BARBER, 2009) modificou sensivelmente a ética do trabalho e dos relacionamentos

sociais, sobretudo pelo sucesso trabalho de Freud nos EUA, modelo que se espalhou pelo mundo no séc. XX.

Isso não significa que Freud é um tipo de culpado, mas um contribuinte do processo. Rieff (1990) aponta que ele era defensor da alta cultura, mas que as suas ideias puderam ser interpretadas conforme o gosto do novo tipo de sociedade nascente. As pulsões e sua satisfação como um tipo de fisiologia orgânica geraram um novo tipo de paradigma da felicidade ante os novos tempos.

Mas nem todos os discípulos de Freud tomaram as pulsões, principalmente a sexual, como solução à questão da neurose. Becker (1995) ao comentar o trabalho de Otto Rank, diz que a principal questão humana se relaciona à capacidade de criar um tipo de fé que negue a morte.

A qualidade da representação cultural, da ilusão criativa, varia com cada sociedade e com cada período histórico. Em outras palavras, o indivíduo pode atravessar a fronteira para a neurose clínica, com maior facilidade, precisamente no ponto em que é atirado de volta para si mesmo e seus próprios recursos a fim de justificar sua vida. Rank pôde levantar, de forma válida, a questão de que a neurose é um problema histórico, e não clínico. Se a história é uma sucessão de ideologias de imortalidade, então os problemas dos homens podem ser interpretados diretamente em relação a essas ideologias – até que ponto são abrangentes, convincentes, tornam fácil, para os homens, sentirem-se confiantes e seguros em seu heroísmo pessoal. O que caracteriza a vida moderna é a incapacidade de todas as ideologias de imortalidade tradicionais de absorverem e estimularem a fome do homem pela autopetuação e pelo heroísmo. A neurose é, hoje, um problema muito difundido, porque desapareceram os dramas convincentes da apoteose heróica do homem. (BECKER, 1995, p. 189)

As pessoas do séc. XX perceberam no modelo de razão, segundo o projeto iluminista, um déficit de resolver suas insatisfações, principalmente quanto a negação da dor e do sofrimento e, conseqüentemente, dificuldade que o aparato da sociedade industrial tem em negar a morte. Sobre essa questão, o dilema da negação de seus problemas, sobretudo de uma questão central. Alister MacGrath diz o seguinte:

Ernest Becker, em sua clássica *A Negação da Morte* (1971), ressaltou quanto a atividade humana se baseia em uma ilusão. Ao contrário dos outros animais, as pessoas sabem que vão morrer, e não conseguem lidar com essa ideia. Passam grande parte do tempo se esforçando para negar a inevitabilidade da morte, criando a ilusão de que ela sempre acontece com outra pessoa. Por causa da ansiedade que gera, as pessoas preferem não falar sobre ela. Assim, a vida se torna uma negação, não passa de uma muleta da qual sua sanidade depende totalmente. A morte, segundo um comentário sombrio, é a estatística final (MacGrath, 2008, p. 74).

Até aqui é possível pensar que ambas as terapias tratadas possuem características próximas. No entanto, essa perspectiva é aparente se considerarmos outros autores de fora do ambiente psicológico. Atualmente, está diante de nós um quadro diferente do sentido da antiga terapia, possuidora de envolvimento mais ligados à religião e a cultura em geral, tendo forte ênfase na coletividade e adesão às regras comunitárias como forma de tratamento.

Os elementos para interpretar a atualidade podem ser tomados na ideia de sociedade de rendimento, fazendo da vontade por cuidado e, ao mesmo tempo, desejo por auto-realização, uma equação dificilmente em equilíbrio. Neste sentido, o paradigma terapêutico que está mais ligado à atualidade propõe a saúde como projeto de vida e felicidade individualizada, diante de um esquema que busque contenção do sofrimento e, ao mesmo tempo, exageros de consumo como possibilidade. Como resultado, o esgotamento físico e psicológico é o resultado para muitos adeptos desse novo espírito do capitalismo como sociedade de rendimento (HAN, 2014).

Para Illouz (2011), essa nova perspectiva, uma nova terapêutica tomou conta do mundo do trabalho, o que terminou em disseminar uma leitura do que ela chama de *homo sentimental*, surgindo no tecido social mais uma esfera da vida a eficiência do self, assim também como fez da ideia de pulsão como perspectiva de felicidade, uma satisfação da nova elite cultural que estava em busca de abster-se da até então ética protestante, que devido as suas particularidades, ainda era um impedimento à época ao capitalismo de consumo (BARBER, 2009).

Han (2012) nos ajuda a pensar o terapeuta atual como aquele que nos lança na perspectiva de um agir plenamente dado ao que ele chama de “positividade” e “não-imunologia”, em detrimento das antigas normas de “negatividade” e “imunológicas”. Tal conceito desconstrói parcialmente a ideia do panóptico "nós" versus "eles", outrora imunológico.

O novo terapeuta, agora quanto mais ligado a ideia de felicidade e saúde total, mais contribui à formação da sociedade de rendimento. A antiga missão voltada à busca do controle das paixões, instituto do terapeuta do passado, agora é sua correta administração no tempo: a paixão, se antes era um fenômeno a ser rechaçado, agora, na sociedade atual, uma atividade subjetiva a ser instrumentalmente administrada.

Mas, no caso do tratamento com dependentes químicos, essa “perspectiva hidráulica” sofre um abalo. O viciado parece ser uma espécie de efeito colateral, sendo uma denúncia à sociedade de consumo. Assim os terapeutas de Comunidades

Terapêuticas (CTs), que optam pelo comunitário como perspectiva de cura, tendem ao abalo do projeto narcisista, buscando levar o dependente ao mundo adulto, em detrimento do infantilismo sem controle do *homo sentimentalis* (ILLOUZ, 2011) .

Desta forma, a psicoterapia é concebida como um processo, não como uma descoberta das causas originais do sofrimento da pessoa, ou como uma solução centrada na figura do terapeuta, mas como um processo de produção de novos sistemas de subjetivação chamados configuração subjetiva, que são organizados como formações psicológicas complexas. Nesse processo, o terapeuta, ao invés de focar na escuta ou ativismo militante, é um profissional que acompanha o consultor e o provoca para que surjam novas reflexões sensíveis sobre suas formas de se posicionarem na vida. (ZORRILA, OREJUELA, TORRES, 2016, p.47)

Essa nova subjetividade do paciente, quando produzida fora da esfera comunitária e ligada à eficiência e ao individualismo implica na produção da ética individualista (TAYLOR, 2011). É uma ideia de que cada um de nós possui uma originalidade ou singularidade. Essa nova forma de pensar o terapêutico tomou de conta da mentalidade moderna. O autor diz que antes do séc. XVIII as diferenças entre as pessoas não implicavam nessa tipologia moral de “cada um no seu quadrado”, vivendo ao seu estilo pessoal, não procurando correspondente a fim de imitação. Na atualidade, imitar os outros é sintoma de fragilidade ou perda de si mesmo.

Rank (apud Becker, p. 193) comenta que o analista cometeu um subterfúgio, condenando o paciente a ele mesmo, agora única voz que apazigua na falta de sentido que os próprios analistas ajudaram a criar. Podemos dizer a partir de De Leon (2003) que o projeto da comunidade terapêutica, proposta por Maxwell Jones, foi um tipo de rendição parcial à tentativa de devolver a cultura aos seus antigos proprietários: as pessoas. A neurose moderna tem muito a ver com o imperativo consumista de viver para fazer solos, em detrimento da arte de viver segundo aqueles que praticam sua arte em grupo, preferindo que sua voz seja uma voz entre as demais.

Nesse sentido, a comunidade terapêutica, ao assumir as características sanitárias e fixar-se como abordagem regida pelo poder público, contém uma ameaça paradoxal – a perda de sua identidade específica de afetuosidade e de auto-ajuda ao assumir a conformação de um serviço de saúde pública básico, perdendo a capacidade de acionar a multiplicidade social, segundo a qual o modelo interdisciplinar e psicossocial se propõe. O exagero metodológico e sanitário pode criar um “corpo sem alma” na comunidade terapêutica, perdendo exatamente sua maior característica: o aspecto comunitário.

3. O INSTITUTO LUGAR DE AJUDA E O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CARACTERÍSTICAS DO MODELO ADOTADO

Neste capítulo trabalharemos a respeito das etapas do tratamento e o modelo adotado pelo Instituto Lugar de Ajuda para a questão da dependência química. Para apresentar esses elementos iremos comparar o tratamento para adictos a partir da literatura de George de Leon, literatura reconhecida como maior relevância no que tange às comunidades terapêuticas, seguida de outros autores como aporte interpretativo.

Em seguida, faremos uma leitura sociológica da teologia do Instituto Lugar de Ajuda no âmbito das CTs para adictos. Para esse último, tomaremos como base os autores de grande influência em discursos e práticas percebidas no âmbito da comunidade religiosa regente do instituto e sua correlação do objeto investigado. Isso nos levará a perceber os elementos propulsores do desenvolvimento das CTs junto à comunidade religiosa que animam a prática desse tipo de atividade. Para fins de esclarecimento, cabe destacar que todas as fases e o modelo da comunidade terapêutica estão relacionados à dependência química e, dependente químico é a pessoa cuja vida gira em escala cada vez maior em torno da droga, a ponto de comprometer sua saúde e vida social.

Toma-se que “a premissa fundamental dessa abordagem é que os indivíduos mudarão se participarem plenamente de todos os papéis e atividades em comunidade” (DE LEON 2003, p.373), comprometendo consigo mesmo em mudar, auxiliados pelas demandas geradas na comunidade terapêutica. Assim, o que determina o tempo de duração em cada fase é a própria pessoa ao atingir sucesso em cada etapa ao fazer uso da CT para mudar. Tomando De Leon como base, Fischer apresenta as etapas separando-as em pré-tratamento e o tratamento propriamente dito.

De Leon (2003) aponta que não basta participar, é preciso se comprometer, estar envolvido e trazer a responsabilidade de si como perspectiva para alcançar sucesso no tratamento. Implica adentrar e praticar a metodologia da comunidade terapêutica para encontrar sobriedade

Para George Leon (apud FISCHER, 2004), para fins de uma prática mais atualizada, as etapas do tratamento podem ser descritas em dez, já no que tange ao modelo e seus estágios dentro do programa da comunidade terapêutica, as fases do tratamento podem ser descritas em três (DE LEON, 2003). Dessa maneira podemos

apresentar o processo de recuperação tanto da perspectiva do residente, quanto a sua localização no modelo da comunidade terapêutica.

3.1 Etapas do Pré-Tratamento e do Tratamento

Em um primeiro momento, todas as etapas de mudança estão diretamente relacionadas com o dependente químico, enquanto as etapas do tratamento envolvem a participação do indivíduo na comunidade terapêutica (DE LEON apud FISCHER, 2004). As etapas ao todo são: a) negação, ambivalência, motivação extrínseca, motivação intrínseca, prontidão para mudanças e prontidão para tratamento; b) desintoxicação, abstinência, continuidade e mudança de identidade e integridade.

A etapa da negação talvez seja a fase mais extensa desse processo. É possível que dure anos adentro, enquanto a pessoa mine saúde e recursos em prol da adicção. É possível que haja exposição e tipos de argumentos que visem justificar o estilo de vida praticado.

A mentira e a manipulação são a tônica principal dessa etapa:

Eu fingia que tava bem, que minha vida tava tudo legal... Minha mãe chorava! [Entrevistado 1- Em tratamento].

Minha família não me aguentava mais, eu ficava só na minha. [Entrevistado 2 - Em tratamento].

Eu ficava só naquela que tava em paz. Mas eu estava nas trevas. [Entrevistado 3 - Em tratamento]

Para exemplificar a negação acontecendo em um ambiente não controlado, citamos um dos casos que presenciamos em áreas próximas a pontos de venda de drogas. Existem adictos que procuram manter a “aparência de normalidade”, dando respostas evasivas aos seus próprios questionamentos. Uma dessas atitudes é fantasiar outros estilos de vida. Outra questão que é tema de controvérsia é o uso corriqueiro de medicação para fins de alívio. O dependente precisa encarar os “demônios” que o perturbam para lidar com o mal-estar que conduz a adicção.

A droga esconde o sentimento de incapacidade, falência, impotência etc., e para que haja um processo de recuperação é necessário o abandono total de quaisquer substâncias psicoativas (exceções para pessoas com comprometimentos neurológicos ou distúrbios psiquiátricos além do quadro da dependência química), mudança dos comportamentos e mudança de estilo de vida. A dependência química não pode ser

tratada com medicação alternativa para aliviar o sofrimento que a própria doença causa porque este tipo de medicação impede o dependente de entrar em contato consigo mesmo, perpetuando o seu estado de dependência. Nenhum dependente consegue fazer uso de substâncias psicoativas todos os dias na quantidade e qualidade que deseja; algumas vezes não faz uso por diversos dias e não morre por crise de abstinência. (FRACASSO, 2008, p. 16)

A etapa de negação também pode está ligada à fantasias de status social: “Ei carteiro! Onde está o meu documento?” era uma pergunta que um jovem bem vestido e aparentando sobriedade. Percebíamos sequelas ligadas à violência, tais como cicatrizes de facadas e de ossos quebrados. Sua forma de andar correspondia a quem tinha sofrido forte grau de violência. Até que um dia o vi numa boca de fumo e seu semblante foi de surpresa, que em seguida agiu com ironia. Mas outro dia, à noite, estava sujo e pedindo dinheiro na rua com os argumentos de “precisar viajar...”, típico de pedintes viciados.

Na etapa da ambivalência há um comportamento que varia entre reconhecer os problemas ligados à drogas e, logo depois, volta a negar, mantendo o típico comportamento da etapa anterior. Não há uma identificação como alguém dependente químico, mas também podem variar os argumentos e apontar certos benefícios no vício. Por vezes, há uma presença, mesmo que mínima, de autoquestionamentos ao fato de usar drogas, mas forçar o paciente a mudar é “uma motivação extrínseca pouco efetiva” (FISCHER, 2004, p.99).

Eu só ia para o trabalho porque era o jeito. Era um cansaço só. Minha vontade era de ficar em casa... Sei lá! Era aquele desânimo. Me animava só me drogar. [Entrevistado 4 – Em tratamento]

A ambivalência é o começo, é o momento em que aparecem níveis de consciência, mesmo que mínimos. Ela aponta os problemas, mas ainda há um trânsito entre reconhecer o problema e negá-lo.

Na etapa da motivação extrínseca acontece a aceitação de determinados problemas ligados às drogas sem mudar de opinião. Entretanto, os problemas que aceita ter estão mais ligados à ordem social, tais como ligados à polícia, compromissos de trabalho e à questões domésticas.

Pessoal! Não adianta forçar. Eles têm que vir por vontade própria, senão a coisa não funciona! ... “Já passou aqui outra vez e foi embora antes do tempo” [Entrevistado 7 – Equipe do Instituto Lugar de Ajuda]

Uns amigos do grupo da igreja, que pouco sabem do tratamento em CTs levaram um homem de rua para o Instituto Lugar de Ajuda. Ao chegarem na triagem, o responsável disse que da forma como foi realizada a abordagem traz resultados poucos efetivos. “O alívio da pressão externa (apoio da família, resolução de problemas com a justiça) faz com o indivíduo abandone prematuramente o tratamento caso não tenha surgido nele pressões mais internas.” (DE LEON, 2003, p. 75)

Quando a motivação externa é a única fonte que leva a aceitar ajuda, a pessoa recebe a ajuda, mas quando se torna um residente, a pressão externa decresce com o fato de ter mudado de ambiente, pois o ambiente residencial trás mais segurança, afeto e apoio com problemas judiciais. Isso faz com o dependente pense que o problema acabou. Logo em seguida abandona o tratamento.

Quando o indivíduo busca e aceita a ajuda motivado por fortes razões internas ele estava na fase de motivação intrínseca. Ele percebe por si mesmo os males tanto sociais quanto de saúde ligados ao consumo de SPA.

Percepções negativas são expressas em termos de auto-reprovação com o desejo de abater ou eliminar sentimentos de culpa, ódio próprio ou desespero pessoal baseado em suas próprias feridas ou fracasso próprio e/ou com outros. (FISCHER, 2004, p.103)

O usuário hoje tem três opções: ou vai para as ruas, ou para a cadeia ou, como uma terceira opção, os centros terapêuticos. [Entrevistado 8 – Equipe do Instituto Lugar de Ajuda]

Nessa fase é que surge o momento que apresenta certa “falência” em lidar com os seus problemas. A atitude intransponível cai significativamente e a pessoa termina com o processo de negação do problema com SPAs. “A morte passou perto, escapei”, disse um adolescente do Projeto Missão Criança (PROMIC). Lidar com a morte põe a pessoa de volta na perspectiva de olhar para a realidade e parar de fantasiar a respeito da drogodependência.

Na etapa de prontidão para mudanças a pessoa tem forte motivações intrínsecas, se perguntando a respeito de alternativas que o podem levar a sobriedade. Os argumentos que protegem o uso da droga estão relacionados com tentativas de suspender o uso. Há uma tentativa solitária, mas a busca por um tratamento não ocorre.

Sendo o tratamento como o realizado por comunidades terapêuticas ou outros tratamentos psicológicos, considerados uma medida exagerada para a questão. A dimensão do problema não é percebida apesar de reconhecer que ela existe.

Aqueles que adentram à prontidão para o tratamento rejeitaram a medidas paliativas e “o indivíduo reconhece a necessidade de mudança completa, não apenas a dependência de substâncias químicas”(FISCHER, 2004, p. 107). O indivíduo percebe que a internação em ambiente terapêutico é o último recurso a ser buscado, se rendendo e tendo fortes motivações extrínsecas e intrínsecas. De Leon (2003) menciona:

[...] a disposição do indivíduo a se engajar ativamente no processo de mudança, tem sido identificada como fator vital na recuperação entre usuários abusivos de substâncias em geral. Os indivíduos em CTs exibem preparação quando desistem de, ou rejeitam, todas as outras opções de mudanças que não a residência de longo prazo no programa. (DE LEON, 2003, p. 75)

Durante um retiro espiritual em uma das chácaras, entramos despercebidamente em um dos ônibus que iriam ao “Encontro com Deus”, um momento nas chácaras em que as pessoas fazem um momento intensivo de oração, meditação e reflexão bíblica. Era o ônibus em que vinha o pessoal de uma das CTs para homens adultos com problemas com drogas. Sentei ao lado de alguém do grupo e comecei a conversar. Logo comecei a ouvir:

Rapaz! Antes da comunidade a gente tava envolvido com coisa pesada! Mas Deus é bom e estamos hoje aqui indo pro retiro... Agora nós vamos ouvir de Deus. [Entrevistado 6 – Em início do tratamento]

Seguiu-se um processo de confissão aberta dentro do ônibus, onde a vergonha parecia não está presente. Não havia expressões de mal-estar, entretanto, havia um forte processo de reprovação da vida que estavam deixando. Depois desse momento, nem tão provocado, houve forte cantoria de músicas evangélicas, seguidas de brincadeiras durante a viagem.

A própria distância entre a chácara e o caminho que adentra à mata propiciam uma sensação de peregrinação espiritual. Isso animava os passageiros do ônibus a cantar e seguir em confissão coletiva, o que abria espaços para ressignificações e seus reforços.

A etapa da desintoxicação é multidimensional (FISCHER, 2004, p. 109): física, psicológica e social. A pessoa deixa de ingerir as drogas e passa a não pensar questões

ligadas a elas, se distanciando de pessoas que promovem a substância como estilo de vida. É a etapa mais crítica.

A experiência nacional e internacional tem demonstrado que os sintomas da abstinência podem ser "represados" dentro da Comunidade Terapêutica, na maioria dos casos, pela alta coesão do ambiente criado pelo grupo.

Dramatizar a crise de abstinência, muitas vezes, é um jogo das pessoas que querem parar de usar drogas, porém não estão dispostas a lutar verdadeiramente para conseguir. Isso reforça o comportamento típico do dependente químico, ou seja, conseguir alguma coisa sem, na verdade, "lutar para", como é a dinâmica que a vida impõe a todos os seres humanos. (FRACASSO, 2008. p. 16)

Entretanto, Fracasso (2008) alerta que as medidas não deve ser tomadas à força, criando uma confusão ou ambiente de coesão à força, pois esse tipo de atitude empondera os argumentos à suposta liberdade que ele faz ao "escolher" a adicção como estilo de vida. Não se deve a título de, se deixar levar pelos argumentos que visam proteger a droga. A manipulação pode retornar nessa fase do tratamento, sendo possível perder uma grande oportunidade à virada definitiva em direção à sobriedade.

Entretanto, é possível que mesmo durante a fase de desintoxicação, residente continue praticando a manipulação, o que implica apontar que mesmo durante a fase de tratamento, ao lidar com os inexperientes de fora da CT, certos comportamentos são possíveis devido ao desejo pela droga. Um residente inicial que não foi objeto de entrevista nos interpelou:

“Ei pastor! Para aí! Para aí! Arruma um violão pra gente tocar, porque o pessoal da casa não deixar a gente tocar. Só deixa aquele cara lá que tocou guitarra com o senhor. Nós num toca e canta bem, mas nós quer fazer o nosso culto para o SENHOR!

Essa foi uma situação em que pudemos aprender mais um pouco da arte de manipulação. O residente, ao buscar obter objetos de valor pode sair às escondidas da CT e trocar facilmente por drogas, já que não existem muros e seguranças para conter à força as pessoas. Entretanto, dependendo do julgamento dos monitores, essa atitude pode configurar a punição de exclusão do tratamento ou, devido à intensa luta interna do residente, reconsiderações: “tem residente em que vamos resgatar no mato... Tem que ter amor.” [Entrevistado 9 – Equipe do Instituto Lugar de Ajuda].

A etapa de abstinência não deve ser confundida com a crise de abstinência, explicada anteriormente. Esse é o momento em que “espírito e carne”, “mente e corpo” continuam o embate. Ao final dessa etapa há uma estabilidade física e psicológica. Nesse momento, começam a realizar introspecções mais significativas de seus problemas e as relações que eles possuem com as drogas. Uma aprendizagem do manejo de seu comportamento é inserida. A liberdade é percebida como também a capacidade, inclusive de contrariar os próprios desejos, necessários a uma conduta equilibrada.

Quem não consegue manejar seus comportamentos é controlado por eles, não tendo liberdade de avaliar alternativas nem de tomar decisões. [...] Uma profunda distinção na abordagem da CT é que a comunidade coletiva ensina a moral pelo exemplo. O desenvolvimento moral, modelado pela comunidade de companheiros, se opõe ao código da rua e da cadeia, bem como ao dos relacionamentos negativos. Uma comunidade de companheiros que age moralmente pode ensinar a seus membros aquilo que eles não puderam aprender ou não aprenderam na escola, na religião ou na família. (DE LEON, 2003, p. 82).

A abstinência continua adentro às demais etapas e se transforma em algo contínuo aos confrontos dos companheiros, seja havendo recaídas ou não, percebe-se que o residente pode mudar. Entretanto, a presença de drogas na CT não é permitida, mas que pode acontecer devido às engenhosidades que podem colocar as estratégias fora de combate. Mas não significa que passam despercebidas por completo. Toda nova má conduta é alvo de novas contestações, onde “as confrontações terapêuticas não são atenuadas” (DE LEON, 2003, p. 80).

A etapa da continuidade mantém a abstinência, o autoexame e gerenciamento da vida social dentro da CT. Nessa fase incorre em permitir ao residente construção de resiliência e percebem as causas externas e internas que podem os levar ao retorno do uso de SPAs. A pessoa entende que a droga não serve mais para fugir de seus problemas ou uma opção de liberdade. Também conclui que a mudança pessoal envolve uma luta que deve ser realizada com “entusiasmo, confiança e humildade” (FISCHER, 2004, p. 115).

Tem aquele menino ali que tá falando em sair . Mas o líder do nosso grupo disse: “Cara fica mais um pouco meu! Guenta aí!” A ele tá se segurando, porque lá fora o cara ficar assim... Sei não cara!”. Eu tô um bom tempo e quero chegar no final. [Entrevistado 5 - Em tratamento]

O último momento é etapa de mudança de identidade e integridade. É uma etapa que leva bastante tempo, não tendo “um ponto final” a ser necessariamente explicitado. A pessoa já percebeu seus problemas, mas ainda não finalizou o redesenho de elementos significativos em identidade a fim de corroborar com a integridade pessoal ante os vícios. Isso seria aquela capacidade plena em “dizer não” ao consumo de SPAs, entretanto, ao adentrar nessa etapa a sobriedade já chegou.

Enquanto prossegue solidificando o terreno da mudança, suas filiações sociais e o seu conceito e laços de fraternidade social tem a reparação e filiação normalizados.

Recuperar cotas de responsabilidad facilita el proceso de reinserción y mejora la socialización del paciente y le va a permitir construir nuevos patrones de comunicación con los otros y consigo mismo, esto mismo también sucede en la familia indispensable en el proceso de socialización del individuo. (ABEIJÓN, 2010, p. 51)

Ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo. Aunque en nuestra fantasía siempre añoramos a que sea otro el que se haga cargo de nuestras necesidades y cuidados. (INTXUSTA, 2010, p.140)

Segundo Pastor, Lázaro e Lou (2010), a aprendizagem social é realizada por meio da interação entre as pessoas que vivem na CT, isso proporciona um melhor manejo nas habilidades sociais e um maior sentimento de autoestima. A coexistência entre pessoas de diferentes gerações favorece a aprendizagem. É possível aprender sobre sua própria família, ser capaz de estabelecer uma distância emocional ideal nas relações internas, estabelecer limites claros entre os modelos familiares e evitar a ocorrência de transferências psicológicas e superar as fronteiras intergeracionais entre pais e filhos.

Cara é seguinte: depois do “encontro” eu tô voltando pra minha família. Não sou mais o homem que entrou. Minha irmã me aguentou com paciência. Eu ferí demais ela. Vou fazer a diferença agora. [Entrevistado 6 – Residente no final do tratamento]

Um das pessoas mais confiáveis daqui é ele (ao conversarmos sobre um os monitores). Era terrível! A gente não podia deixar nada perto dele que ele roubava. Hoje não, pode deixar aí! Ele é uma das pessoas mais confiáveis que eu conheço. Está conosco trabalhando nas comunidades terapêuticas e é um exemplo de pessoa. [Entrevistado 8 – Equipe do Instituto Lugar de Ajuda]

O que nos alegra é a essência do que está acontecendo na vida das pessoas. O nosso objetivo é tratar o caráter. [Entrevistado 9 - Equipe do Instituto Lugar de Ajuda]

Agora eu ajudo outras pessoas. Aqui eu encontrei o que faltava na minha vida. [Entrevistado 3 – Residente no final do tratamento]

Ao final do processo, o residente demonstra a vontade de assumir o controle de sua vida e o seu passado deixa de ser associado com a pessoa que sai da CT. Recuperar os níveis de responsabilidade facilita o processo de reinserção e melhora a socialização do paciente e permitirá que ele construa novos padrões de comunicação com os outros e consigo mesmo, isso também acontece na família que é indispensável no processo de socialização do indivíduo. De Leon apud Fischer (2004), na mudança de identidade e integridade temos o que a pessoa fora e agora o que ela é, desse modo temos o que Arnau (2010a) entende como um processo de mudança que leva para uma outra forma de vida.

3.2 Características Básicas da Metodologia das Comunidades Terapêuticas para Dependentes no Instituto Lugar De Ajuda

A metodologia da Comunidade Terapêutica é caracterizada por uma série de características e componentes, dentre os quais destacamos os doze mais relevantes ou significativos. A literatura pesquisada aponta essa questão que começou a ser exigida pela legislação brasileira desde 2001, onde o principal objetivo da admissão é ajudar a resolver os problemas psicossociais.

A essência da metodologia é ajudar os residentes a construir racionalmente um projeto de vida alternativo fora da CT, do qual tais problemas podem ser minimizados, evitados ou controlados. Mas para adentrar e permanecer, o interno deve preencher requisitos, tais como ter características típicas apenas de usuários abusivos e não estar enquadrado em legislação penal ou não ter problemas psicológicos dos quais a comunidade terapêutica não é instituição capacitada para tal (RDC N° 29 de 2011, art. 16 e 17).

As comunidades terapêuticas do Instituto Lugar de Ajuda para uso abusivo de SPAs são centros de características residenciais. Seja a localização em ambiente urbano ou rural, isso não interfere nas características do modelo, pois o que se busca é o ambiente de uma casa – um lar. Existem centros nos quais há um certo isolamento, necessário para evitar a irrupção de ações ou práticas disruptivas, mas em geral a própria metodologia prevê várias formas de participação progressiva na sociedade externa. No entanto, as equipes do instituto não residem nas CTs, mas sempre há

membros da equipe técnica presentes. A presença contínua da equipe não se destina a "controlar os moradores", mas faz parte do desenvolvimento de tarefas e administração do tratamento.

Para o tratamento de dependência química as CTs adotam o tempo de seis meses. Os dois primeiros meses estão relacionados à desintoxicação e não podem sair da instituição. Já nos quatro meses seguintes o tratamento do dependente é quanto ao seu estilo de vida, como também a ressocialização à família e sociedade. A visita da família acontece a partir do terceiro mês, como também ensaia algumas saídas a fim de testar as capacitações ocorridas no período. É um teste para autoconhecimento.

Normalmente la familia, se encuentra involucrada en el problema. La forma en que cada familia participa del mismo es diferente y diversa, pero Cancrini señala que al mismo tiempo que se pueden identificar patrones de conducta de los miembros de la familia que ayudan a que se mantenga el problema, también se encuentra en ella el germen del cambio, y la posibilidad de cura. (PASTOR, LÁZARO, LOU, 2010, p. 225)

Las relaciones patológicas se caracterizan por una constante lucha por definir y controlar la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto del contenido se vuelve cada vez menos importante. Debido a ello, estos sistemas suelen ser los que como mayor frecuencia presentan y/o mantienen problemas como una adicción. (PASTOR, LÁZARO, LOU, 2010, p. 231)

O objetivo é sanar os contextos que podem ser inclusive influenciadores da dependência química, pois enquanto os monitores trabalham com os residentes nas CTs, a família é atendida na sede do instituto, inclusive em momentos coletivos com as demais famílias dos residentes. Essa prática gera um conjunto de informações úteis a fim de conhecer os envolvidos, empoderando as ações tanto nos encontros com as famílias, como também no cotidiano dentro do ambiente residencial das CTs.

Quanto a questão do consumo abusivo de substâncias psicoativas, o Instituto Lugar de Ajuda possui comunidades terapêuticas masculino e feminina e o Projeto Missão Criança, comunidade terapêutica para crianças e adolescentes de 10 a 18 anos. Cada uma delas é orientada para um grupo social com um perfil concreto e pré-estabelecido, apenas as pessoas que oferecem este perfil estão aptas a residir no centro. A ideia básica é que em um centro residencial com uma metodologia de comunidade terapêutica, múltiplos perfis não podem coexistir. De acordo com o perfil é o tipo de CT a qual a pessoas dera destinada. Cada perfil é definido de acordo com variáveis sociológicas que identificam certos grupos, que seletivamente foram segmentados e

diferenciados de acordo com critérios de tratamento. Nosso perfil de estudo é de dependência química, este em que temos várias características descritas até o momento.

A admissão é voluntária, sem o uso de medidas ou estratégias de retenção que atentem contra os direitos individuais. A direção do instituto conta que já houve momentos em que a justiça buscou obrigar pessoas ao tratamento e o instituto se viu no direito de rejeitar o acolhimento, tendo alguns percalços enquanto a situação não era resolvida em função do desconhecimento dos magistrados quanto à própria legislação como também da metodologia do tratamento residencial.

A interdisciplinaridade é o caminho a ser buscado e aperfeiçoado. No caso brasileiro as CTs fazem uso do sistema público de saúde e educação e demais instituições sociais. Essa medida visa evitar que toda a vida da pessoa seja administrada em um único local, podendo a pessoa transitar, dentro das normas da CT e da legislação, a fim de que possa usufruir do cuidado das demais instituições sociais.

Há uma tentativa de reproduzir uma vida cotidiana real, na qual todas as figuras mencionadas no parágrafo anterior e os residentes cumprem seus papéis reais, interagem e desenvolvem seus papéis nessa microssociedade, que produz efeitos intensos e positivos nos residentes. Para alcançar tais efeitos, a CT deve ter um número limitado de lugares, uma média de 30 residentes, fora a equipe, de tal forma que seja produzido um conhecimento pessoal compartilhado de todos os residentes e membros da equipe. A vida cotidiana real na CT é a fonte de uma aprendizagem social, que ocorre em um contexto de densidade especial de relações sociais, que por sua vez implica controles informais.

As equipes de monitoria desenvolvem atividades que facilitam a troca de informações e tomada de decisões terapêuticas sobre os moradores, evitando que desencontro de informações promovam o caos no processo terapêutico. Os métodos tem e as práticas se dirigem em relação: a) informações sobre os residentes; b) reuniões da equipe do instituto a fim de haver a troca de informações sobre os residentes; c) a existência de "informações registradas para construir um histórico dos residentes; d) a existência de organogramas claros, nos quais as responsabilidades são bem definidas. Este requisito deve aplicar-se tanto ao equipamento como aos residentes. Há também a assinatura de "contratos terapêuticos" (ou autorizações informadas), um regime interno, bem como mecanismos de informação que notifiquem horários, atividades e tarefas.

Os residentes não são sujeitos passivos, mas adotam responsabilidades progressivas e crescentes, assumindo papéis que contribuem para revigorar a vida

comunitária e ajudam os mais recentes em seu processo. Essa é uma das características típicas das igrejas que adotam o sistema de grupos ou redes de relacionamento: as células. Isso tira o “inchaço” estrutural da organização com também divide as tarefas entre os participantes.

Assumir tais responsabilidades contribui para o amadurecimento daqueles que as assumem e se preparam para a incorporação a uma vida normalizada. Através deste processo, também é desenvolvido um poderoso ambiente de auto-ajuda que contribui de forma muito intensa para o desenvolvimento e melhoria pessoal. Uma parte das CTs reforça esse aspecto, integrando na equipe de profissionais pessoas com um passado histórico de problemas semelhantes ao perfil dos moradores. Isso exige que essas pessoas não sejam mais residentes, retornado à sociedade e estejam desempenhando suas tarefas como membro da equipe.

3.3 Uma leitura da teologia das CTs para dependentes de SPAs

Como histórico, as comunidades terapêuticas tiveram seu início ligados à grupos ou instituições religiosas, cujo alvo inicial não era a dependência química, mas o reavivamento da espiritualidade entre seus membros. Esses cristãos, descontentes com a maneira institucional se reuniam em grupos para o estudo da Bíblia a fim de reacender valores evangélicos outrora perdidos. Ao longo do tempo membros com problemas de alcoolismo iam se livrando de sua dependência do álcool, deixando de usar era o caminho, já outros permaneciam na dependência, o que motivou o desenvolvimento das CTs como foi apresentado.

As comunidades se constituem a partir dessa ótica como meio de ajuda e assistência a usuários de drogas. Isso apresenta o fato de grande parte dessas comunidades possuírem uma instrução religiosa dentro de sua gama de atividades terapêuticas. O trabalho solidário e a ajuda mútua é o padrão buscado. Então, como observamos, uma considerável parte leva consigo os ideais das religiões que são abordadas por seus fundadores, parte delas tomando os estudos religiosos como um dos carros-chefes do tratamento. Sendo os demais aspectos ligados à laborterapia e outras questões médicas e sociais como parte do afastamento da dependência.

Os espaços da comunidade terapêutica visam a obtenção, por parte do usuário de drogas, de um novo estilo de vida. Para a comunidade terapêutica, a recuperação da dependência advém de uma nova forma de encarar a realidade e não apenas o abandono

do uso em si, mas a aquisição de um novo sentido para a vida, o que também está apontado pela literatura estudada (DE LEON, 2003; ARNAU, 2006, ARNAU 2010a; ARNAU, 2010b).

Um dos temas centrais que giram em torno dos ambientes cristãos é a ideia de sentido para a vida. A ideia de peregrinação retorna com força a fim da busca heróica de algo perdido, nesses casos tais obras oferecem uma nova reconstrução do estilo de vida ou sentido para ela. Bauman aponta que:

Os protestantes, como nos contou Weber, consumaram um feito impensável para os solitários eremitas do passado: tornaram-se peregrinos do mundo interior. Eles inventaram uma forma de embarcar numa peregrinação sem sair de casa. Mas puderam fazer isso apenas porque o deserto se esticava e chegava às profundezas de suas cidades, até suas portas. Eles não se aventuraram no deserto. O mundo de suas vidas cotidianas foi se tornando mais e mais “como o deserto”. E, como o deserto, o mundo ficou sem lugares. As características familiares haviam sido destruídas, mas as novas, que foram criadas para substituí-las, ganharam o tipo de permanência outrora exclusivo das dunas de areia. Na nova cidade pós-Reforma da modernidade, o deserto começava do outro lado da porta.(BAUMAN, 2011, p.117-118)

O tempo da peregrinação encurtou e agora também deve servir às dimensões velozes do tempo. Semelhantemente, o tempo de internação deve ser curto, a fim de não institucionalizar o acolhido a fim de a CT se enquadrar na legislação vigente. O interno convertido manterá a ideal clássica de peregrinação cristã, mesmo que adaptado a esses contextos de velocidade (BAUMAN, 2001). Mas em sua instabilidade, devido ao estilo pós-moderno, poderá não ser mais o típico peregrino, sim, um novo peregrino. A peregrinação envolve a questão do sistema sacrificial (GIRARD, 2009).

A comunidade terapêutica atendendo a reforma psiquiátrica tem no imaginário entre sacrificar o “eu” como questão crucial. Diante disso, incorre também que para sacrificar apenas o “eu” do outro, incorre a necessidade de também sacrificar o operador do sacrifício, ou seja, é um duplo sacrifício. Para isso, tomam a Parábola do Bom Samaritano (Lucas 10:25-37 ARA) como elemento: arriscar tempo, recursos e a reputação para socorrer o necessitado.

Em outras palavras, para que haja apenas o sacrifício do “eu”, tanto sacrificado e sacrificante precisam realizar “sangrias” em si mesmos, não mais no corpo, mas na identidade de ambos. Do contrário, temos o retorno da engenharia sacrificial tradicional de “olho por olho, dente por dente” (Êxodo 21:24 ARA), esquema criticado pelos profetas velho testamentários. Daí o fato das opções do dependente químico, onde se diz

que ele tem três opções: a morte ou a cadeia, mantendo o sistema sacrificial do corpo, ou uma comunidade terapêutica, tomando o sacrifício do “eu” em suas práticas de reeducação.

A CT se lança na tentativa, agora no sacrifício do comportamento do chamado “adicto” (escravo de), rompendo com a postura vertical, onde não há mais internação compulsória do tratamento, podendo o interno sair da comunidade conforme sua vontade. O sofrimento do cativo, como o exemplo da escravidão hebraica no Egito, é tomado a fim da pessoa ver que sua dependência química como a opressão que precisa do livramento divino. A liberdade advém da coragem de “atravessar o mar” que era uma limitação mantenedora da escravidão. Sair da comunidade terapêutica sem completar o tratamento é voltar ao Egito, um retorno ao cativo da dependência química.

O critério da ação autônoma é o valor que se busca. A identidade inicial ao adentrar é de dependente químico e a religião ressignifica, reconfigura os valores dos residentes e os novos projetos de vida. Uma das atividades é fazê-los pensar sobre sonhos e levarem a escrever os planos de vida a serem realizados no tempo. Isso se dá após ou durante o processo de reconfiguração da identidade. É o exemplo do herói bíblico, esse também corepresentado pelo monitor que saiu do “Egito” (vício). Como exemplo vastamente utilizado que se encontra na dramatização por sermões e reflexões diversos à figura dos patriarcas e outros heróis.

Eventos como o “Encontro com DEUS” são desses momentos específicos de deixar uma personalidade, como no caso de Jacó que, após sua experiência em Betel (Gênesis 28.10-22) até mesmo mudou de nome para Israel, significando que o antigo “eu” não mais existia. Outra história bem contada é a de Davi, cuja unção divina o capacitou a vencer, inclusive o gigante Golias. Assim, o “Golias” é personificado no imaginário da dependência química e na vivência sem a piedade religiosa, onde cada um deve vencer o seu gigante pessoal. Consegue-se dar um choque dentro no comportamento e estabelece uma possibilidade, do residente fazer uma avaliação de si, a fim de que ele mesmo construa uma capacidade de refrear-se.

A agenda de um evento preenche a programação do dia e faz parte de uma dieta comportamental e essa rotina é parte da ação terapêutica. De Leon (2003, p. 73) afirma que:

Na CT, o tratamento não é tanto o que é oferecido aos residentes quanto posto a sua disposição. O ambiente geral da CT [...], a rotina de trabalho [...]

Os residentes têm que participar plenamente da rotina diária a fim de beneficiarem-se dela, [...]

A conversão religiosa, a capacidade de resiliência e o autocontrole são sentidos que a comunidade terapêutica almeja. A ideia está no fato da rotina minar a capacidade de harmonizar as vontades e os conflitos nascerem em função dessa vida rotineira e isso se torna o elemento importante da cura. Na CT o “encontro com Deus” tem a possibilidade de prolongar através dos meses do tratamento. Segundo De Leon (2003, p. 66):

Os usuários abusivos de substâncias exibem maneiras características de lidar com desafios e confrontos a que são submetidos seu comportamento e suas atitudes. Com frequência, diante de um confronto ou questionamento da parte de membros da família, amigos, autoridades legais ou empregados com relação a suas ações, eles recorrem a formas conscientes e inconscientes de enganar os outros e a si mesmo. São habilidosos em manipular pessoas, procedimentos e sistemas para beneficiar seus próprios desejos imediatos.

Entende-se que rotina e conflito são constituintes de fatores que envolvem terapia e “cura”. O regimento interno proporciona a realização um parâmetro de aferição das relações, tanto da equipe monitora quanto dos acolhidos. Esse documento é capaz de subsidiar uma avaliação do estado ao qual se encontra a pessoa que sai da CT ao final do processo.

Weber (1996) aponta o ascetismo intramundano como uma forma de apresentação da condição de escolhido, sendo o heroísmo ascético uma dádiva de Deus. Os novos movimentos protestantes que surgiram desde o final do séc. XVII vem transformando a ideia de disciplina em alegria intramundana. Os sentimentos ganharam maior espaço desde o wesleyanismo, mantendo o ideal ascético, mas sem perceber as ideias de hierarquia como coisas a serem mantidas de forma tão pujante quanto ainda existia nos primeiros momentos da Reforma Protestante.

Os sentimentos e o estar junto, para “sentir juntos” e proclamar de um discipulado entre si, é o que vemos tentar novamente ser buscado nos primeiros embriões daquilo que chamamos hoje de “Comunidade Terapêutica”, chamado de “Evangelho por relacionamentos”, principalmente na linguagem praticada pelas gerações mais jovens.

No caso em questão, o avivamento espiritual é não apenas estar junto, mas se emocionar coletivamente e sentir junto. Charles Taylor aponta que:

O sentimento recebe nova importância nas revisitações religiosas do período, entre os pietistas, os metodistas e para o chassidismo. O movimento pietista que começa no fim do séc. XVII na Alemanha com Spencer e Francke, afasta-se da ênfase protestante ortodoxa na correção doutrinária e procura, em vez disso, provocar um “novo nascimento”, cujo frutos serão uma piedade profunda e uma vida santa. Essa foi uma das influências formadoras cruciais do metodismo wesleyano.

Embora o conde Zinzendorf e os pietistas alemães tendessem a ser antirracionalistas de uma forma que Wesley não era, todos esses movimentos tornaram a convicção e a devoção mais importantes que a instrução e a teologia. Esta foi a sua transposição da exigência de envolvimento pessoal e total feita pela Reforma, mas no clima do século XVIII esse fervor assumiu a forma de demonstrações de grande emoção. Algo semelhante foi evidente no Grande Despertar nos Estados Unidos, embora, nesse caso, o pano de fundo teológico fosse mais calvinista ortodoxo.

... Numa era em que a bondade humana começa a ser definida em termos de sentimentos apropriados, era natural a piedade assumir essa forma emocional. E, reciprocamente, a consagração da expressão emocional profunda na vida religiosa pode ter aberto o caminho numa fase posterior”. (TAYLOR, 2013, p. 390-391)

Aliás, não são poucos os momentos em que a vida de John Wesley é citada nos ambientes da comunidade religiosa como um todo, chegando esse heroísmo como influência na vida da CT. Os sentimentos e o “mover”, típica linguagem pentecostal, são características da espiritualidade do perceber de Deus, da ebulição de emoções, da expansividade e expressividade no culto. São características do pentecostalismo esses elementos que também foram observados também por Weber (1996) em relação aos quakers.

A capacidade para lidar com “a carne”, o “eu orgulhoso” (Mateus 5.3) uma sombra que afronta, é a ideia parar de esconder as mentiras. Para eles, o asceta de expressividade fechada e dura é uma tipologia farisaica. É preciso se expressar, ser transparente em suas ações, emoções e pensamentos, de modo a ser verdadeiro consigo e com Deus. Não há mais muros, entretanto, se esconder-se não é necessário e, o interior é coletivamente pressionado a ser exibido.

O fato de ter feito uma avaliação pessoal através do “universo terapêutico” é uma influência da ênfase psicológica e na felicidade do fiel conforme Dworkin (2007, p.163). Esses elementos solaparam as estruturas religiosas, entretanto, agora foram agenciadas em função de sua aceitabilidade dentro desses grupos religiosos.

A positividade (HAN, 2015) adentrou as microestruturas espalhadas nesses tecidos sociais modificando seus elementos, ou pelo menos algumas de suas práticas e o

entendimento quanto aos desgarrados socialmente. Para a comunidade religiosa que se liga ao Instituto Lugar de Ajuda, tanto “o filho pródigo” (Lucas 15:11-32 ARA) quanto seu irmão de atitudes corretas eram pessoas perdidas. Um era perdido fora de casa, o outro, dentro de casa. Para que houvesse coesão era preciso arriscar a reputação da família e a própria honra. O “eu” do pai foi preciso se sacrificar. Dessa forma, as pessoas que nunca tiveram problemas com drogas podem mudar da “atitude do irmão” para a “atitude do pai”.

Devemos perceber que o viver cultural na sociedade é um fator que resulta de uma dialética entre o mundo simbólico/ideológico e as condições empíricas. Em outras palavras, significa dizer que as ideias e as experiências da vida cotidiana estabelecem os resultados vividos na vida em sociedade, seja ela no individualismo ou em comunidade, ou em algo que transita entre as duas formas. As coerções e capacitações são promovidas pela cultura e pela estrutura social, entretanto, o acordar e buscar dessas metas e projetos (ORTNER, 2006) advém do fato dos sujeitos optarem ou não por elas. A eficácia das estruturas advém de operar na subjetividade dos sujeitos. É mediante o processo de escolha que as pessoas realizam projetos das estruturas enquanto operam se ocupar dos recursos disponíveis. Ortner diz que:

Em parte como resultado dessa história, “agência” veio a ser equiparada, no entender de muita gente, à idéia de “resistência”. Porém, Ahearn afirma com razão que “agência de oposição é apenas uma de muitas formas de agência” (2001b: 115). Mesmo assim, é claro que as questões de poder mais amplamente concebidas são centrais no pensamento de Ahearn a respeito de agência. O que essa autora quer dizer não é que dominação e resistência sejam irrelevantes, e sim que, no seio de relações de poder e de desigualdade, as emoções humanas, e, por conseguinte, as questões de agência, são sempre complexas e contraditórias. (ORTNER, 2006, p. 52)

Nesse sentido agência e reflexividade estão ligados. Sobre agência, Ortner destaca:

Antes de prosseguir, reafirmarei que “agência” nunca é uma coisa em si, mas sempre faz parte do processo do que Giddens chama de estruturação: o fazer e refazer de formações sociais e culturais mais amplas (ORTNER, 2006, p. 52)

A ideia de agência não significa uma autonomia psicológica, mas a agência se constitui e se realiza conforme a estrutura social como um todo e, tanto agência quanto estrutura se influenciam em conjunto. Devemos ter em mente que a agência coaduna

com ações que promovem algum tipo de mudança ou alguma novidade no tecido social, seja ela consciente ou não. Não significa dizer que os agentes operam em uma "zona de liberdade", nem que a agência acontece em local onde as forças estruturais estão sem agir.

A negociação e a interatividade (ORTNER, 2006) não são objetos realizados no vazio, mas dentro dos contextos históricos e estruturas dos sistemas sociais. Convergem nos sujeitos tanto a hierarquia da vida social, quanto a capacidade de inovar e perseguir projetos que realizem mudanças de sua situação em sociedade, sendo que a agência depende das condições e dos atores envolvidos: Ortner diz que:

E a agência é quase sempre distribuída de forma desigual – algumas pessoas conseguem “tê-la”, e outras não; algumas pessoas conseguem ter mais, e outras menos. No primeiro exemplo, a agência parece ser, em grande medida, uma qualidade investida em indivíduos [...] Além disso, a agência, em sentido abstrato, parece ser uma propriedade de sujeitos (diferencialmente empoderados), porém isto é (uma vez mais) menos uma propriedade psicológica ou capacidade em relação a si mesmos, e mais uma disposição em relação à realização de “projetos”. Do ponto de vista do sujeito, esta disposição para a realização de projetos parece provir dos desejos de cada um: “quero...”. Mas, do ponto de vista do analista cultural, são os projetos que definem os desejos. Assim, Antropologia da “agência” não tem só a ver com a maneira como sujeitos sociais, como atores empoderados ou desempoderados, jogam os jogos de sua cultura, mas também com o fato de desnudar o que são esses jogos culturais, a ideologia subjacente a eles, e também com o fato de que jogar o jogo os reproduz e os transforma. (ORTNER, 2006, p. 74 -75)

Nesse sentido, agência é tanto intencionalidade, consciente ou não, e está interposta na perseguição ou encontro fortuito de projetos culturais no âmbito perpassado pelo poder. A agência está misturada nas hierarquias em diferentes proporções em que o poder se apresenta. Desde o pós-guerra diante das forças sociais que olham para o passado e reformulam o "novo" a partir desses elementos e seus condicionantes históricos. No caso das comunidades observadas, em geral, é a disciplina é um passo para a posterior alegria, celebração da disciplina e o autocontrole. Ainda que inicialmente a prática se mostre desgostosa, produzindo a tristeza em evitar o prazer carnal, se transforma em alegria posterior, no caso em questão, o livramento da dependência química. É aí que reside o que as equipes das comunidades terapêuticas chamam de “cura”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento das comunidades terapêuticas contemporâneas para dependentes químicos tem sido uma questão que surge historicamente ao poder público, marginal ao seu debate, como uma iniciativa das próprias pessoas buscando alternativas aos seus problemas como drogas. A questão como apontou Rosen (1994), resultado dos esforços das pessoas em resolver seus problemas, que ao longo do tempo aciona a própria instâncias sociais que criam na história.

Tanto De Leon (2003), quanto Arnau (2010a) mostram a comunidade terapêutica como uma possibilidade de alterar o projeto de vida dos residentes. Ela é vista como uma metodologia que procura resgatar a pessoa utilizando os recursos existentes na sociedade sem fazer uso demasiado de recursos, se valendo do sistema de saúde existente como forma de apoio médico.

Quando tratamos das etapas de recuperação mostramos que não adianta a prática totalitária de forçar as pessoas. Do contrário, traríamos certas práticas indesejadas do passado e os depoimentos visam enriquecer o entendimento do processo de tratamento, visto na literatura pesquisada.

Os desafios à compreensão do processo de tratamento das comunidades terapêuticas ainda são passíveis de bastante estudo por nossa parte. Não nos satisfizemos com apenas as informações encontradas e sabemos que existem outros elementos a serem esclarecidos nesse modelo para abandono da dependência química que ainda não estudamos.

A espiritualidade que promove resultados, nesse entendimento da CT, cambia do cerimonialismo para um cerne próprio, mais simples, menos episcopal. Ela visa ao interno pensar e viver para além das expectativas, sem um rigor cerimonial e sem tantos afilamentos de uma tradição constituída.

A CT, seja na vertente religiosa ou psicológica, tende a diminuir a parafernália ligada ao tratamento. De Leon mostra que a o desenvolvimento do modelo oferece uma aplicação que pode ser aplicada a fim de transformar as comunidades voltadas para significativas mudanças. Os desagregados e as pessoas que desejam obter uma vida de sentido e relevância tem na comunidade terapêutica um aporte bastante sensível a essa questão.

Como tendência, o modelo da comunidade terapêutica tende a valer tanto dos saberes religiosos quanto científicos. Atualmente, a comunidade terapêutica, pode conviver tanto com dois tipos de saber, trabalhando a vítima da dependência química. Essas formas de saberes entram no ambiente da comunidade terapêutica em função de protegido em comum e os saberes permanecem cada um no âmbito de sua própria atividade. O que o científico e o religioso aplicam em sua ação a fim da busca de superação de suas contradições em prol do protegido: o adicto ou escravo das drogas.

Nas CTs do Instituto Lugar de Ajuda, os discursos e sermões observados, tanto fora da comunidade parecem que vem ocorrendo um processo de substituição da rispidez quanto aos dependentes químicos, nos levando a concluir que estamos diante de uma nova ruptura do modelo de espiritualidade intramundana protestante (WEBER, 1996), remetendo à ideia protestante de sacerdócio universal dos crentes, encurtando as distâncias das figuras do sacerdote e do fiel comum, pois, agora ambos poderiam debater sua fé e respectivos dogmas.

Os conceitos de ver a pessoa como um todo, a busca por tratar a dor e o mal-estar existencial, o poder de auto-ajuda mútua e o uso dos espaços públicos para facilitar o crescimento individual são as ideias buscadas pelo modelo da comunidade terapêutica.

Quanto à questão ligada às regras religiosas-comunitárias, estas não deixaram de existir. Ao protestante não teólogo e vocacionado à vida litúrgica, surge uma questão: ao passo que é um sacerdote em potencial, também tem diante de si a sua comunidade inteira de sacerdotes também em potencial sacralizando todo o espaço da vida. Em cada protestante, um representante divino se faz presente. É essa releitura da divindade e do viver comunitário que se encontra em debate no ambiente da comunidade terapêutica. Entretanto, se aqueles que a dirigem optarem apenas pela técnica ou a burocracia, ela será mais uma entidade fria, um corpo sem alma.

BIOBLOGRAFIA

ABEIJÓN, Juan Antonio. **La comunidad terapéutica y La terapia sistêmica: El pensamiento sistêmico en el trabajo residencial en una comunidad terapêutica**. In: La Metodología de La Comunidad Terapéutica. Madrid: Fundación Atenea Grupo Gid, 2010.

ARNAU, Domingo Comas. **Comunidades Terapéuticas em Espanã: situação actual y propuesta funcional**. Madrid: Fundación Atenea Grupo Gid, 2006

ARNAU, Domingo Comas. **La Comunidad Terapéutica: una perspectiva metodológica**. In: La Metodología de La Comunidad Terapéutica. Madrid: Fundación Atenea Grupo Gid, 2010a.

ARNAU, Domingo Comas. **Un Lugar para Otra Vida: los centro residenciales y terapêuticos del movimiento carismático e pentecostal em Espanã**. Madrid: Fundación Atenea Grupo Gid, 2010b

BARBER, Benjamim R. **Consumido**. Rio de Janeiro: Record. 2009

BARROS, Neemias. **Qumran: os manuscritos do Mar Morto**. Disponível em: <<http://www.icp.com.br/df85materia2.asp>>. Acesso em: 01/12/2018

BAUMAN, Zigmunt. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BAUMAN, Zigmunt. **Vida em Fragmentos: sobre a ética pós-moderna**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BECKER, Ernest. **A Negação da Morte**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1995.

BÍBLIA DE ESTUDO DE GENEBRA. São Paulo e Barueri – SP: Cultura Cristã e Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.

BONI, Raquel de; KESSLER, Félix. **Tratamento**. In: Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 5ª ed., 2013.

BUNYAN, John. **O Peregrino**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2011.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.

Dez Passos e Dez Tradições. Disponível em: <<http://www.aa.org.br/wap/passos/passos.html>>. Acesso em: 20/11/2018

DUARTE, Paulina do Carmo Vieira Arruda. **Redes sociais**. In: Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 5ª ed., 2013.

DWORKIN, Ronald W. **Felicidade Artificial: o lado negro da nova classe feliz**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2007.

ELWELL, Walter A. **Manual Bíblico do Estudante: um guia para o melhor livro do mundo**. Rio de Janeiro, CPAD, 1997.

FRACASSO, Laura. **Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações**. SENAD, 2012 em <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf> Acesso em 20/08/2017

FRACASSO, Laura. **Comunidade Terapêutica: uma abordagem psicossocial**. Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social. APOT/Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Educação Física. Campinas, 03-04 nov. 2008

FISCHER, Alexander Fischer. **Dependência em Substâncias Psicoativas: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação.** Florianópolis: UFSC, 2004.

FOSTER, Richard. **Celebração da disciplina: o caminho do crescimento espiritual.** São Paulo: Editora Vida, 2007.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da Modernidade.** São Paulo: Editora Unesp, 1991.

GIRARD, René. **O Bode Expiatório e DEUS.** Coleção: Textos Clássicos de Filosofia. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2009.

GRENZ, Stanley. **Pós-modernismo: um guia para entender a filosofia do nosso tempo.** São Paulo: Vida Nova, 1999.

HAN, Byung-Chul. **A sociedade do cansaço.** Petrópolis – RJ: Vozes, 2015.

ILLOUZ, Eva. **O amor nos tempos do capitalismo.** Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2011.

INHAUSER, Marcos. **O Anabatismo e a Reforma Radical.** Disponível em: <<https://www.ultimato.com.br/conteudo/o-anabatismo-e-a-reforma-radical>>. Acesso em 13/12/2018.

INTXUSTA, Gabriel Roldan. **El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención.** In: La Metodología de La Comunidad Terapéutica. Fundación Atenea Grupo Gid, 2010.

LIPOVETSKY, Gilles. **A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo.** São Paulo: Manole, 2005.

LIPOVETSKY, Gilles. **A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

“Los hijos del caos”: El nacimiento de las Tradiciones de A.A. Noticias de la Oficina de Servicios Generales de A.A, Vol. 44, No.1, 2011
http://www.aa.org/newsletters/es_ES/sp_box459_spring11.pdf Acesso em 10/11/2108

MAFFESOLI, Michel. **Homo Eroticus: comunhões emocionais**. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

MAFFESOLI, Michel. **Saturação**. São Paulo: Itaú Cultural, 2010.

MANNING, Brennan. **O impostor que vive em mim**. São Paulo: Mundo Cristão, 2006.

MELGOSA, Julián; BORGES, Michelson. **O poder da esperança: segredos do bem-estar emocional**. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 2017.

McGrATH, Alister. **Como lidar com a dúvida: sobre Deus e sobre você mesmo**. Viçosa – MG: Ultimato, 2008.

Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, De 26 De Janeiro De 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 15/07/2018

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, de 30 de maio de 2001**. Disponível em: <http://www.cruzazul.org.br/baixar/artigos/34/resolucao-101-da-anvisa--para-comunidades-terapeuticas?lk=uploads/160810174428_resolu%C3%87%C3%83o-101-da-anvisa-.pdf>. Acesso em: 10/03/2018

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011**. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-29-de-30-de-junho-de-2011>>. Acesso em: 10/03/2018

Ortner, Sherry. **“Poder e Projetos: Reflexões sobre a Agência”**. In: Conferências e Diálogos: Saberes e Práticas Antropológicas, 25a, Goiânia, 2006.

PASTOR, Jorge Garcia; LÁZARO, Carmen Josa; LOU, Belen Montesa. **Comunidad Terapéutica y familia**. In: La Metodología de La Comunidad Terapéutica. Fundación Atenea Grupo Gid, 2010.

QUREIROZ, Edison. **Transparência no ministério: como ser um líder segundo o coração de Deus**. São Paulo: Editora Vida, 1999.

RIEFF, Philip. **O triunfo da terapêutica**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994

TAYLOR, Charles. **A ética da autenticidade**. São Paulo: É Realizações, 2011.

TAYLOR, Charles. **As fontes do self: a construção da identidade moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

WARREN, Rick. **Uma vida com propósitos**. São Paulo: Editora Vida, 2008.

WEBER, Max. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. São Paulo: Pioneira, 1996.

ZORRILLA, María Del Pilar Murcia; OREJUELA, Johnny Javier Gómez. **De la psicoterapia a la teoterapia. Las comunidades teoterapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte**. Revista CES Psicología, vol. 7, nº 2, Julio-diciembre, 2014, p. 153-172

ZORRILA, Maria Del Pilar Murcia; OREJUELA, Johnny Javier Gómez; TORRES, José Fernando Patiño. **De la psicoterapia a la teoterapia: sentidos subjetivos respecto al proceso teoterapéutico en personas adictas a sustancias psicoactivas con experiencia previa en psicoterapia**. Cali: Editorial Bonaventuriana, 2016

>. Acesso em: 10/03/2018