
“AQUI NÃO É UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA”: entre a diversidade e normatividade em tratamentos com usuários abusivos de drogas

Beatriz Brandão(*)
Jonatas Carvalho(**)

Refletir sobre quais seriam os limites e aproximações que operam entre as metodologias de tratamento de usuários abusivos de drogas, o que abalizam suas pedagogias e suas disciplinas é um dos objetivos deste artigo. Pensar acerca do que fortalece ou enfraquece o cenário político permeado pela base proibicionista, que forma metodologias, pedagogias e disciplinas é também ponderar sobre o processo histórico que permitiu a ancoragem e ascensão da forma denominada como Comunidade Terapêutica (CT) e como o seu ideário abriu portas para uma gama heterogênea de outras especificidades de tratamentos. Ainda que falemos de heterogeneidade no campo de novas formas de se pensar e conduzir o tratamento e a recuperação, se busca, por outro lado, um enquadramento normativo que dê conta do fôlego da diversidade. Há, de fato, a formação de uma rede de atenção a esse usuário em uso problemático ou extremo. Nas últimas décadas, enquanto a atenção aos usuários de substâncias psicoativas pela rede pública tentava se consolidar, vimos a difusão das Comunidades Terapêuticas (CTs) nascidas de grupos religiosos. Esse nascimento “espontâneo” com o passar de sua consolidação teve que adotar e se enquadrar aos termos médico-jurídicos.

Percebe-se a coexistência de uma heterogeneidade de concepções sobre o consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPAs) e das práticas de serviços de atenção a usuários. Essas concepções ratificaram, historicamente, diversos modelos de intervenção, que constituem o que hoje se entende por rede de atenção a usuários de (SPAs) compreendendo que as diferentes práticas institucionais delimitam um complexo de abordagens, com dimensões políticas. (MACHADO, 2011, p. 23).

(*)Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da PUC-RIO. Mestre em Ciências Sociais pelo PPCIS-UERJ. *E-mail*: bia.brandao18@hotmail.com.

(**)Mestre em História pelo PPGH/UERJ – Pesquisador em extensão no país pelo CNPq. *E-mail*: histosofia@gmail.com.

Temos um caminho de formação de uma rede de assistência e de tratamento, no qual a presença das CTs vem se mostrando cada vez mais proeminente. Elas nascem como iniciativa voluntária de grupos religiosos, num gargalo evidenciado pela fragilidade dos serviços públicos de saúde, o que auxiliou sua rápida difusão. “A expansão das CTs no Brasil, a partir da década de 80, recebeu conotação política e representou uma alternativa à tendência histórica de omissão do Estado na proposição de políticas para minimizar os efeitos do consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPAs). (MACHADO, 2011, p. 27)

Devido à aceitação e ao fortalecimento das CTs nesse cenário, como dito, elas tiveram que se adequar a um escopo médico e legal. Frente a uma normatividade que tenta abranger e unificar seus parâmetros, surgiram, nas últimas décadas, outros centros de recuperação, que interiorizam os valores fundantes da CT, mas dão suas especificidades aos modos de tratar, e muitos não se autodenominam como tais. Por isso, vemos crescer tensões entre a normatividade que tenta estabelecer o lugar e a função das CTs no cenário de assistência e o nascimento de outros centros, em sua diversidade, que também reivindicam a prerrogativa e a legitimidade de tratamento.

Nesse sentido, o presente artigo caminha na perspectiva de compreender o plano macro histórico sociológico, para depois analisar os modos de subjetivação no micro espaço. Iniciaremos com a discussão sobre a caracterização das CTs, analisando os discursos acerca da necessidade de sua constituição, seus modelos e formatos, suas modificações e transformações no espaço tempo, partindo para a reflexão acerca de sua funcionalidade como tecnologia de forjar subjetividades. Para tal, partimos da hipótese dessas como elementos que se somam ao conjunto normativo proibicionista, que só admite a abstinência como forma de *cura*. Compreendendo o complexo cenário que se apresenta, nos deteremos na realidade de um centro de recuperação, que emerge na égide das CTs, e trabalha a partir da teologia pentecostal, cujo sistema religioso ignora o discurso médico-jurídico, buscando a “libertação” total do sujeito por meio da fé, assim como pedagogias de tratamento específicas. O artigo sustenta, portanto, seus objetivos de análise sobre como a lógica das CTs possibilita novos signos e significados de tratamento, dando luz a metodologias e pedagogias que merecem ser mais aprofundadas.

A EMERGÊNCIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: DISCURSOS E PRÁTICAS DE UMA TECNOLOGIA PROIBICIONISTA

O que caracteriza uma Comunidade Terapêutica (CT)? Em que ordem do discurso ela se inscreve? Como ela se manifesta como vontade de verdade? Quais condições políticas de possibilidades permitiram sua emergência? Que efeitos se espera que ela cause? Quais sujeitos lhes são pertinentes? Essas e outras questões vêm sendo formuladas nos estudos sobre as CT's nas últimas décadas. Ainda que a bibliografia sobre estas não seja extensa e as conclusões para tais questionamentos não sejam unânimes, o objetivo desse artigo é se somar a uma perspectiva acerca da constituição das Comunidades Terapêuticas e de sua funcionalidade e suas práticas, no caso do Brasil mais especificamente.

Os estudos sobre Comunidades Terapêuticas começam a se intensificar a partir da década de 1990, as publicações sobre essas seguem em sua maioria duas perspectivas teóricas opostas. A primeira, situada no horizonte das teses de saúde pública dentro de uma lógica médica-jurídica, procurando colocar as CT's dentro de um arcabouço importante nas políticas públicas de drogas. Por essa ótica, elas são percebidas como umas das alternativas dentre as múltiplas possibilidades de tratamento. De fato, seria uma alternativa última, uma vez que sua indicação é para os casos de uso abusivo de substâncias psicoativas. A relação entre uso lícito e ilícito aqui não é objeto de discussão, as “drogas” são tratadas como fenômenos prejudiciais à saúde e não como elementos presentes nas culturas (FRACASSO 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2003). A segunda linha de pesquisa se desenvolveu no âmbito das ciências humanas e sociais. Nestas, o debate sobre a proibição é altamente relevante para se compreender as estruturas de tratamento. Desse modo, todos os elementos que compõem o conjunto de políticas públicas de drogas são analisados como garantidores do modelo proibicionista, reforçando seus valores de abstinência total e de criminalização de determinadas substâncias psicoativas (PERRONE, 2014; BARCELLOS; TARGINO, 2015).

Uma vez que já nos manifestamos acima sobre a linha de pensamento adotada neste artigo, isto é, uma linha que coaduna com a visão dos estudos das ciências humanas e sociais, portanto, opondo-se às perspectivas médico-jurídica, passaremos a uma análise da bibliografia na busca por compreender como são caracterizados esses espaços e suas especificidades. Um consenso que se percebe, de início, e encontra-se em ambas as perspectivas, diz respeito às origens das Comunidades Terapêuticas, pois vários autores concordam que estas se originaram a partir das

experiências do médico psiquiatra Maxwell Jones após a Segunda Guerra Mundial (DE LEON, 2003; SENTIS, 2010). Todavia, há ainda algumas discussões a respeito de bases sobre as quais tais fundamentos se estabeleceram. Para alguns (RAMOS & BOARINI 2015), tais bases encontram-se na reforma psiquiátrica, no bojo das lutas antimanicomiais. Para outros, remontam tempos mais antigos, cuja origem se encontra no grupo de Oxford (1921), como resultado dos Movimentos de Temperança no século XIX. Nesse sentido, a gênese das CT's está fundamentada no proibicionismo.¹

Uma posição necessariamente não inviabiliza a outra, se de um lado a origem das CT's encontra-se, pelo menos no que diz respeito a sua concepção de “regenerar a alma”, como pensavam os puritanos que lideraram os movimentos de temperança, por outro, o tratamento dos loucos nas colônias agrícolas do século XIX guardam, também, uma estreita relação com as práticas presentes nas Comunidades Terapêuticas. No primeiro caso, verificamos a conotação de um resgate da moral e dos costumes cristãos, da vida controlada pelo espírito. No segundo, a ideia é de tratar a mente através da ciência, mais precisamente da psiquiatria. As primeiras CT's imprimiram, de certa forma, um pouco dessas duas visões, uma confluência que perdurou em alguns modelos e que ainda hoje se pode observar nos formatos regulamentados, onde a espiritualidade é considerada como peça chave no tratamento da “doença”. Entretanto, a premissa desses modelos reside no isolamento do sujeito problemático, uma máxima, reproduzindo o afastamento dos indivíduos indesejáveis da sociedade ativa, tal como no período das internações dos loucos, onde se buscava consolidar um domínio sobre a loucura por meio da razão, incutindo a ideia de que o louco representava um perigo não apenas para a sociedade, mas também para si mesmo.

1 Por proibicionismo citamos aqui a definição proposta pelo Núcleo de Sociabilidade Libertária – NU-SOL: O conjunto de discursos e leis antidrogas ficou conhecido como proibicionismo. Desde os anos 1920 ele se consolidou como o modelo legal mundial para tratar de uma sempre crescente lista de drogas. O proibicionismo conjuga argumentos de quatro tipos: o moralista, o de saúde pública, o de *segurança pública* e o de segurança internacional. O uso de drogas seria um desvio de conduta (moral) que levaria a um problema geral de vício e degradação pessoal e social (saúde pública); como as drogas proibidas continuariam consumidas haveria a formação de um mercado ilícito (segurança pública) que ganharia, como *narcotráfico*, contornos de problema global (segurança internacional). O proibicionismo visa erradicar permanentemente práticas sociais relacionadas a drogas que são milenares por meio de leis e de repressão policial e militar. Um exemplo conhecido dos efeitos do proibicionismo é a Lei Seca, em vigor nos EUA entre 1920 e 1933: a proibição do álcool impulsionou a máfia, aumentou o nível de repressão *policial*, não conteve o hábito de beber e gerou graves problemas de saúde para pessoas que consumiram bebidas produzidas sem qualquer cuidado. Vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-SP. Verbetes NU-SOL, in: <<http://www.nu-sol.org/verbetes/index.php?id=70>>.

É noção de “perigo”, finalmente, que foi introduzida nesse momento, teorizada na psiquiatria e criminologia do século XIX (...). Esta pode dizer: vocês pretendem que prendamos um doente (ou, no hospital, um prisioneiro)? Absolutamente! Confinamos quem foi “perigoso”. (...) Quer dizer que é perigoso “pra si mesmo” quando não chegamos a provar que é perigoso “para os outros”. (FOUCAULT, 2006)

Esse afastamento dos sujeitos perigosos, agregado ao ideal laborativo, permitiu que as CT's emergissem dentro de uma ordem discursiva que lhes dava legitimidade de tornarem-se tutoras dos “ébrios” e “drogados”. É essa ordem discursiva que nos interessa destacar, uma vez que é através desta que o poder opera. Para Foucault (2006, p. 253), o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder, restando-nos, assim, encontrar que outros elementos compõem esse conjunto de relações de saber-poder.² A proposta de Foucault passa por problematizar não apenas o discurso, mas também as instituições, assim como as leis que as regulamentam e com isso produzem um tipo específico de sujeito.

No caso do consumo de substâncias psicoativas, sobretudo aqueles com características de abusos dessas substâncias, esses sujeitos são tipificados como alguém sem controle dos próprios instintos, tornando-se, assim, objeto de intervenção da psiquiatria, da medicina social e da justiça. A intervenção passa pela construção de normativas onde a verdade sobre tais práticas é apropriada pelo saber médico-jurídico. Tal apropriação busca estabelecer uma homogeneidade do que se pode considerar normalidade do corpo e da alma, normalidade essa a qual Nietzsche denunciou como “dogma da igualdade dos homens”.

A célebre forma de medicina moral (a de Aríston de Chios), «a virtude é a saúde da alma», deveria ser pelo menos assim transformada para se tornar utilizável: «A tua virtude é a saúde da tua alma». Porque em nós não existe qualquer saúde, e todas as experiências que se fizeram para dar este nome a qualquer coisa malograram-se miseravelmente. Importa que se conheça o seu objectivo, o seu horizonte, as suas forças, os seus impulsos, os seus erros e sobretudo o ideal e os fantasmas da sua alma para determinar o que significa a saúde, mesmo para o seu *corpo*. Existem, portanto, inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais se permitir ao indivíduo, a quem não podemos comparar-nos, que levante a cabeça, mais se desaprenderá o dogma da

2 Para Foucault, saber e poder se implicam mutuamente, não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. MACHADO, R. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal, 4. ed. 1984. p. 21.

«igualdade dos homens», mais necessário será que os nossos médicos percam a noção de uma saúde normal, de uma dieta normal, de um curso normal da doença. (NIETZSCHE, 2008).

Ao problematizarmos, como sugere Foucault, os dispositivos estratégicos que envolvem os usos de psicoativos, podemos compreender as CT's como um dos elementos de um conjunto de saberes (médicos e jurídicos), que operam por meio de uma positividade de poder, ou seja, um saber que produz tipos específicos de sujeitos. Para tanto, primeiramente foi preciso concernir o vício (CARNEIRO, 2002), depois defini-lo como doença (SANTOS, 1995), para finalmente constituir o indivíduo problemático e perigoso para os outros, mas, principalmente, para si mesmo.

Após essa breve discussão sobre as condições de possibilidades que permitiram a emergência de todo esse conjunto de elementos que se configuram em tecnologias do discurso proibicionista, passemos à análise do que caracteriza as CT's e de como essas garantem e contribuem para conformar e confirmar a proibição. Antes é preciso perceber que as Comunidades Terapêuticas são somente uma dessas tecnologias, e que mais recentemente foi associada a toda uma rede de políticas públicas de saúde coletiva quanto à prevenção, tratamento e combate ao uso indevido de psicoativos. Rede essa que conta com diversos serviços de atenção aos usuários e familiares. Contudo, antes mesmo das CT's serem incluídas na rede, já atuavam com seus saberes e práticas associando o behaviorismo com a lógica religiosa de moralização (FOSSI & GUARESCHI, 2015).

As CT's, tal qual conhecemos hoje, tiveram seus primeiros experimentos a partir do pós Segunda Grande Guerra. O objetivo era que os traumas gerados nos soldados pelo conflito no campo de batalha pudessem ser aliviados por meio da troca de experiências entre os próprios. Tal experiência encontra antecedentes nas experiências de Sullivan com psicóticos na década de 1930, nos trabalhos de Menninger na década seguinte e, por fim, em um dos seus principais teóricos, o psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones. Partindo do princípio de que o grupo seria um “organismo psicológico”, Jones entendia que os pacientes eram capazes de superar seus problemas através da interação, uns auxiliando os outros, reunindo forças juntos, compartilhando dores e esperanças. (SOARES, 1997).

Com base nos modelos de Maxwell Jones e no recente, mas triunfante programa de doze passos dos Alcoólicos Anônimos (1935),³ após muitos anos frequentando o AA, e inconformado da recusa do grupo em aceitar usuários de outras substâncias, Charles Dederich inaugurou em 1959 a *Synanon*, uma palavra oriunda da junção de simpósio e seminário. Dederich fez uso dos passos do AA, mas não se limitou apenas a isso, foi além, recorrendo a outros métodos como, por exemplo, a “terapia de ataque”, que consistia no confronto verbal entre os pares. Seus residentes não eram tratados como doentes, mas como irresponsáveis. Havia dois métodos mais praticados o *The Game* e o *The Trip*, no primeiro o participante era confrontado por todo o grupo, ouvia de cada componente aquilo que havia de pior nele. O segundo consistia em uma maratona de 48 horas sem dormir e comer. O objetivo era “baixar” as defesas do componente, uma vez que com sono e faminto se tornaria mais vulnerável aos confrontos. (SENTIS, 2010).

A história da *Synanon* é cheia de controvérsias, especialmente no que diz respeito ao comportamento de seu líder, que transformou a instituição em uma religião de obediência a sua figura, e sofreu acusações de maus tratos e de obrigar seus residentes a praticarem trocas de casais.

A outra precursora é a Daytop Village, criada em 1963 pelo psiquiatra Daniel Casriel, cujo projeto buscava se pautar mais nos modelos médicos, evitando que seus pacientes desenvolvessem dependência emocional por um líder carismático tal qual ocorrera com Dederich (GEHRING, 2014). O tratamento, porém, guardava algumas características semelhantes ao de seu contemporâneo, do médico William Glasser, membro da equipe de Casriel, que coordenava a *scream therapy* e o *bonding*. No primeiro fazia-se o uso do grito como elemento de descarga emocional; o segundo envolvia o contato físico entre os pacientes, como o abraço.

Cabe ainda mencionar aqui mais um projeto precursor das CT's modernas, nascido no coração da sociedade estadunidense, em Nova Iorque, a *Phoenix House*, idealizada por um ex-

³ A associação “Alcoólicos Anônimos” (AA) foi fundada em 1935, na cidade de Akron, no estado norte-americano de Ohio, a partir de uma longa conversa entre um corretor de imóveis de Nova Iorque, chamado Bill Wilson, e um médico de Akron chamado Bob Smith. Bill Wilson parou de beber, inicialmente influenciado por outro alcoólico chamado Rowland H, cuja recuperação se deu no grupo de Oxford. Mais tarde Bill Wilson, após ter sido hospitalizado por desidratação, passou por um despertar espiritual fundamentado em manter a sobriedade. Esse despertar foi influenciado pelo livro de William James (Variedades da experiência religiosa). Posteriormente, após algumas viagens de negócio à Akron, Bill sentiu uma intensa vontade de beber. A fim de evitar beber, Bill conversou com Henrietta Sieberling, associada ao grupo Oxford de Akron, que o indicou outro alcoolista, o médico Bob Smith. A partir daquela conversa e das trocas de experiências entre os dois, desencadeou a missão deles de ajudar outros alcoólicos. Os 12 passos e as 12 tradições do AA são os princípios que guiam a pessoa no processo de recuperação (DE LEON, 2009).

residente da *Synanon*, Frank Natale, cuja crença era de que o usuário seria um indivíduo com desvio de personalidade. O projeto tinha como principal fundamento as terapias de grupo no modelo de confrontos. Acreditava-se que, criando situações onde o sujeito era levado aos limites, era possível identificar seus padrões de comportamento disfuncionais, para, assim, ajudá-lo a corrigi-los (SENTIS, 2010).

Muitos dos modelos de CT's que daí descendem, embora guardem características próprias, ainda mantêm em suas bases teóricas e incluída em suas práticas elementos de seus antecessores. Ao longo dos últimos anos, alguns estudos procuram analisar tais práticas e fundamentos, bem como seus resultados do ponto de vista terapêutico, dentre outras problematizações. Por outro lado, na última década, também é possível constatar o esforço no âmbito das teses de saúde pública em regulamentar e legitimar tais serviços.

Nesse sentido, verifica-se no caso brasileiro a construção de um projeto pedagógico que confere à classe médica o estatuto definidor do que deve e o que não deve ser considerado aceitável, o que é ou não terapêutico, cujo ponto de partida deu-se em 2001 com a resolução da Anvisa que regulamentava os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de psicoativos em regime de internação, também conhecida como RDC 101.⁴ Ao longo da última década, várias medidas foram tomadas no sentido de fazer com que esses serviços seguissem padrões mínimos, como critérios de admissão e alta, garantias de alimentação saudável proibição de castigos físicos, ambiente salutar, a permanência voluntária e o desligamento sem constrangimentos e a garantia do sigilo.

Boa parte desse conjunto de normas instituídas pela RDC 101 já estava presente no código de ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) desde 1995. No entanto, dez anos depois da resolução da Anvisa, o 4º Relatório Nacional de Direitos Humanos, elaborado pelo Conselho Nacional de Psicologia (2011), ao fiscalizar 68 CT's, constatou uma série de situações em desacordo com a regulamentação. O relatório encontrou todo tipo de irregularidade,

⁴ A RDC 101 é a resolução baixada no ano de 2001 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), visando à regulamentação das chamadas Comunidades Terapêuticas. Em face da pouca aderência, da complexidade e da heterogeneidade das instituições destinadas a tratamento de indivíduos com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, em 2011 foi baixada a RDC 29, cujo objetivo foi de flexibilizar as normativas que mais foram questionadas.

como agressões físicas e morais, cárcere privado, imposição de credo, negligência com a saúde, alimentação precária, habitações insalubres e ausência de saneamento (PERRONE, 2014).

Ainda sobre as críticas às CT's, encontra-se o problema da padronização dos comportamentos socialmente aceitáveis e, conseqüentemente, a repressão daqueles considerados não aceitáveis. O fato de colocar indivíduos com realidades diferentes e, por conseguinte, com padrões de consumos distintos, também é questionado, uma vez que boa parte dos modelos não distinguem essas diferenças e sujeitam seus “pacientes” à padronização. Acrescente-se, ainda, a crença de que retirando a pessoa do seu meio social tornaria o processo de tratamento mais eficaz (DI MARTINO; OLIVEIRA, 2015). No que diz respeito a essa última prática, para alguns caracteriza um regime de segregação (DAMAS, 2013), ou seja, espaços fechados onde se estabelece uma relação de dominação por quem exerce o poder dito terapêutico sobre sujeitos desprovidos de direitos (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Quanto à pluralidade e até a discrepância dos serviços disponíveis no Brasil, Fernando Damas (2013), por exemplo, nos chama a atenção para os bons e maus serviços. Na sua opinião, uma boa CT é aquela que se atualizou com relação às novas linguagens terapêuticas, que possui um quadro de profissionais especializados, enquanto um mau serviço apresenta características retrógradas como o fundamentalismo religioso e a exploração do trabalho sob a égide da “laborterapia”. Sobre a “laborterapia”, para alguns, seus fundamentos encontram-se nos preceitos da ideologia capitalista, cuja crença entende o trabalho como algo que dignifica o caráter do homem (RAMOS & BOARINI, 2015). Segundo dados do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), 80% da população que se encontra em tratamento por conta de usos compulsivo por SPA's o fazem em CT's (PERRONE, 2014). A maioria destas, no entanto, não são regulamentadas. Dentre os maiores entraves apresentados pelas instituições que se recusam a regulamentar-se está a afirmação na crença religiosa, como veremos a seguir.

“Aqui não é uma comunidade terapêutica”: sentidos pedagógicos de tratamento

Quatrocentos homens enchem um grande terreno, trajetórias tão diferentes demarcam a busca por destinos convergentes. Oriundos do uso de psicoativos ou do tráfico têm ali um lugar compartilhado na busca, passiva ou ativa, de tratamento. Participam de cultos três vezes ao dia, fazem jejum três vezes na semana, são responsáveis pelos seus alimentos, limpeza e a gestão cotidiana do espaço. O Projeto, como assim preferem nomeá-lo, existe há onze anos e é dirigido por

um único pastor que tem como “parceiros” internos e ex-internos *consagrados* a presbíteros, diáconos e obreiros. Eles auxiliam na coordenação do lugar, que não tem nenhum tipo de funcionário ou profissional, pois é autogestionado pelos próprios internos. Há um “poder pastoral” (FOUCAULT, 2006) que deve ser mais amiúde analisado quando se tensiona entre o soberano e a gestão de si e do outro.

Quando perguntado sobre o exercício e o funcionamento do espaço, o pastor responsável faz questão de dizer: “aqui não é uma comunidade terapêutica”. Antes de qualquer conclusão, é necessário entender o que eles, bem como outros dirigentes de projetos análogos, compreendem como tal para encontrar o hiato institucional e normativo de sua inscrição política e social. Sendo assim, ao afirmar isso, que parâmetros “fere”? O que aproxima e distancia o Projeto do modelo clássico de CT?⁵ A princípio, assumem que não têm total domínio do que seria uma CT, mas argumentam que elas carregam e determinam um sentido de laicidade, ou seja, não seria possível, nesses moldes, colocar a fé em Jesus como única fonte para o tratamento. Além dessa questão, o Projeto recebe sempre entre 300 e 400 homens, o que seria, também, “condenado” à vista da norma.

Existem muitas perspectivas a serem abordadas, muitas delas expressas nas determinações da Anvisa, citada abaixo, que encontram pontos de congruência com o Projeto analisado. De início, destacamos a sustentação do tratamento pela “tríade: fé, trabalho e disciplina” (AGUIAR, 2014), prática já há muito criticada por Damas (2013), como mencionado anteriormente. Eles possuem uma rotina fixa, na qual, todos os dias, devem colocar em prática a fé, por meio dos cultos, do trabalho, pois todo o espaço é mantido por eles, além da disciplina, como confirmação da obediência.

No campo de visão formativa do Projeto, há outro ponto que os aproxima da caracterização das CTs. Um molde basilar comum no tratamento é de que há a ascendência da “mente” sobre o

⁵ Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas (ANVISA, 2001).

“corpo”, como vemos na análise de Rui sobre uma CT religiosa: “no interior da CT, droga é concebida mais como um problema da ‘mente’ do que do ‘corpo’, por isso recorrem, sobretudo, às mudanças nos comportamentos e nas atitudes como terapêuticas mais eficazes para a abstinência das substâncias” (RUI, 2014, p. 97). O entendimento e a prática deles fazem com que mergulhem ainda mais no que seria esse conceito de mente: seria um problema de alma. O uso de psicoativos é, antes de tudo, um problema de alma, que afeta a mente (nos comportamentos) e, conseqüentemente, o corpo. Essa lógica nos remete à posição dos puritanos, que lideraram os movimentos de temperança com a concepção de “regenerar a alma”, por meio do resgate da moral e dos costumes cristãos, da vida controlada pelo espírito. O caminho de análise é diverso, não se parte da saúde para se pensar em formas de tratamento e sim da alma e da mente.

Inserida nessa lógica, a linha para se desenhar a tipologia pedagógica e disciplinar será outra. Assim, o ritual de entrada já dimensiona a ruptura, pois há uma diferença entre estar no projeto e entrar no tratamento. A entrada no tratamento pressupõe a conversão, ou seja, o primeiro passo para a “libertação da alma”. Na conversão é preciso admitir a perda de controle e a necessidade da ajuda de Deus, o que nos remete, principalmente, aos primeiros dois passos da teoria dos Doze Passos.⁶

A entrada se dava mediante ao “querer”, ao consentimento do possível interno. Após a assinatura, eles preenchem uma ficha a ser catalogada, onde se pergunta, além de informações pessoais gerais, qual(s) droga(s) faz uso e quais as motivações de entrar no Projeto. A profissão de fé em Jesus Cristo é uma pressuposição, já que houve um aceite de entrar naquela dinâmica de cultos e jejum. Não há um ritual religioso específico na entrada que “comprove” a conversão à nova

⁶ A filosofia dos Doze Passos é muito utilizada pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e pelos Narcóticos Anônimos (NA). São esses os 12 passos: 1) admitir a impotência perante as drogas e que perdeu o controle da própria vida; 2) acreditar que um Poder Superior (Deus) pode devolver a sanidade; 3) Entregar a vontade e a vida aos cuidados de Deus; 4) Fazer um minucioso e destemido inventário moral de si mesmo; 5) admitir para Deus, para si mesmo e para os outros a natureza exata dos seus defeitos; 6) Ficar pronto para que Deus remova todos esses defeitos de caráter; 7) Humildemente, pedir a Deus para que Ele remova essas imperfeições; 8) Fazer uma relação de todas as pessoas que prejudicou e se dispor a fazer reparação a todas elas; 9) Fazer reparação direta a essas pessoas, exceto quando fazê-lo implica em se prejudicar ou prejudicar as outras pessoas; 10) Continuar a fazer o inventário pessoal e, quando estiver errado, admitir prontamente; 11) Procurar, através da prece e da meditação, melhorar o contato consciente com Deus, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade e força para realizar essa vontade; 12) Tendo tido um despertar espiritual, por meio destes passos, levar esta mensagem a outras pessoas e praticar esses princípios em todas as atividades. O programa de Doze Passos (twelve-step program) foi um programa criado nos Estados Unidos em 1953 por William Griffith e Doutor "Bob" Smith, inicialmente para o tratamento de alcoolismo e mais tarde estendido para praticamente todos os tipos de “adição”

fé. Grosso modo, se o novo interno aceita seguir as regras de conduta, nas quais em todas há disciplina religiosa, então, ele aceitou Jesus em sua vida. A comprovação palpável de uma conversão se dá por meio dos testemunhos⁷ que eles dão de suas vidas nos cultos, ao contar quem eram e quem são, falando sempre sobre os pecados que não mais cometem e como Deus mudou suas trajetórias.

O método sobre o ato de tratar parte da expectativa não somente da estagnação do uso, não se refere somente aos termos objetivos das atitudes, mas sim uma mudança de si, não somente do que ele faz, mas do que ele é. O que se aproxima do que Goffman denomina como “mortificação do eu”, “concepção de si” e a “cultura aparente”⁸ que trazem consigo, que são formadas na vida familiar e civil. A condição de interno traz uma mudança de universos, na qual se aplica a visão de si e visão de mundo, pois se vê diante de uma nova posição social que é diversa da anterior que, por sua vez, não será a mesma quando sair do Projeto.

Inicia-se um processo de mortificação do eu inicial do sujeito, pelas concessões de adaptação às novas regras institucionais. O indivíduo é despedido da sua personalidade real e a personalidade que lhe é induzida, não só pela instituição como por toda a sociedade. Cada carreira moral, e, atrás desta, cada eu, se desenvolvem dentro dos limites de um sistema institucional, (...) Neste sentido o eu não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. (GOFFMAN, 2003, p. 142).

Se falamos dos sentidos pedagógicos de tratamento devemos compreender a lógica coordenativa, por isso, a simbologia da estufa faz parte da crença social na correção, da readaptação do indivíduo aos valores impostos pelo meio social do qual é membro (GOFFMAN, 2003). Veremos quais os trajetos do Projeto para a concepção de certa eficácia normativa a partir de suas metodologias, as quais eles preferem denominar como doutrinas.

⁷ Testemunho tem um sentido muito significativo no meio religioso/espiritual. É como compartilham a sua história de conversão, o ápice de sua vida, o momento de transformação que muda a rota do percurso. É a forma de exaltar a ação de Deus no rompimento com um passado desviante.

⁸ Todos os conceitos trabalhados por Goffman ao analisar os efeitos e influências que as instituições promovem em seus abrigados, em seu livro *Manicômios, prisões e conventos* (2003).

PELOS CAMINHOS DA ADICÇÃO

Ao fazer o trajeto nos trens do Rio de Janeiro pessoas, das mais diversas, figuram pelos corredores e vagões. Sempre novas figuras despontam nesse cenário tão multifacetado – vendedores de todo o tipo de produtos, pedintes, músicos, etc. – e uma das presenças que tem se tornado cada vez mais natural é a do *interno* de alguma Comunidade Terapêutica que, ao entrar, conta seu testemunho sobre como “saiu das drogas”, na maioria das vezes do crack, e faz a distribuição de *folders* que apresentam suas respectivas CTs. Já é comum para o passageiro a presença deles, porém, ao prestar atenção mais atenta em suas falas, nem todas as coisas podem ser tão conhecidas no universo de todos eles. Percebendo a narrativa e a retórica de cada um desses *internos* é possível notar uma escala linear de acontecimentos no qual a adicção é o fio norteador. Dizem eles: “Nós somos adictos, você sabe o que é um adicto?”

O conceito de adicção, trabalhado mais no rol de quem está envolto com a temática das drogas, a partir do discurso deles, ganha capilaridade e merece ser mais profundamente analisado. Como uma CT religiosa (nesse caso, pentecostal, o que muda um pouco mais os pressupostos e o foco) (re)interpreta, legitima, aciona e aplica esse conceito e quais seriam as implicações devido às premissas modificadas?

Essas premissas nos fazem repensar alguns paradigmas, como a própria noção de adicção. O entendimento de adicção entra no repertório social e acadêmico no século XIX, nos EUA, em associação à ideia de autocontrole da visão protestante. Rui nos traz a citação de McDonald sobre quem seriam os adictos e quais seus potenciais problemas:

Adictos supostamente tinham uma doença do mal, incapazes que eram de controlar a si mesmos, submetidos que estavam aos poderes do álcool. Essa noção de um estado de adicção inventada para o álcool, somente setenta anos depois, foi aplicada para o ópio e mais tarde abrangeu o entendimento de todas as drogas, imbuindo-as com uma autônoma capacidade de promover o mal” (MCDONALD, 1994, p. 02). Com a fundação dos alcóolicos anônimos, em 1930, a discussão se modifica: a fonte do mal não é a substância, mas está ligada à vulnerabilidade de alguns indivíduos. (RUI, 2014, p. 125).

Em vias práticas, “o cronograma de reuniões visa fazer os internos perceberem que a falta de controle da vida e, portanto, a sua condição de adictos, tanto para conseguirem se adequar às normas de funcionamento do local quanto para realizar bem o tratamento”. (RUI, 2014, p. 100). A reflexão acerca da existência de uma “fonte do mal” na relação homem x droga e suas

consequências é antiga. Seria essa fonte a própria droga, dotada de “uma autônoma capacidade de promover o mal”, anos mais tarde conclui-se que a droga em si não é a fonte e sim a vulnerabilidade que leva até a ela.

Na visão majoritária desses centros de recuperação existe um novo elemento, uma nova ação que exprime a fonte do mal: as forças do diabo. Mais do que a própria vulnerabilidade do indivíduo, a presença do diabo em suas vidas, os compelem, os sujeitando a essa condição adicta. Nesse caso, há um estímulo externo e altamente subjetivado, menos palpável que a droga ou que a condição social e/ou pessoal do usuário. O diabo figura no imaginário social e se mostra imaterial. Sendo ele a mola propulsora para essa condição, o tratamento deverá ser tomado nos mesmos moldes de suas ações, troca-se a medicalização pela pregação e o aparato médico pela intervenção através da fé. Assim, tal discurso de luta com o diabo se mostra como uma importante prática de moralização.

Não existe meio-termo: o mundo está dividido entre pessoas “libertas” e “não-libertas”, sendo que nessas há a constante atuação do diabo. É ele o causador de todos os males. Uma pessoa que sofre de alguma doença, por exemplo, está possivelmente sendo atingida por algo de outra ordem, um mal diferente daquele tratado pela medicina ou qualquer conhecimento humano – a saber, o diabo (agente gerador das desgraças humanas). (ALMEIDA, 2009, p. 81).

Como dito, um dos principais pilares das CTs está na admissão da perda de controle de sua vida por causa do uso de drogas, direcionando a responsabilidade ao usuário. No entanto, centros, como esse, partem de um pensamento originário de que a perda de controle não data de si mesmo, mas da entrada da “fonte do mal”, caracterizada pelo diabo, em sua vida. Premissas diferentes promovem formas pedagógicas e disciplinas diferentes.

Dessa forma, a disciplina é circunscrita com o objetivo de não se abrir espaço para que o diabo opere novamente. Como isso se dá: antes a vida dele estava sob a posse do diabo, ele cometia pecados, como o uso de psicoativos, devido à ação maligna em suas decisões e atos. Após a conversão, Deus está sob o controle e, assim, o interno deve ser obediente aos mandamentos de Deus, se disciplinar segundo a sua lei, desse modo, não abrirá espaço para que o diabo volte à cena e, logo, não fará uso de drogas ou outras coisas consideradas indevidas ou pecaminosas. Em tal raciocínio, a obediência – e sua consequente disciplina – é imprescindível para o tratamento, pois se não for obediente, o diabo pode, de novo, dominar a vida do sujeito.

Nessa cadeia, como eles mensuram o que é disciplina? Ouvimos muitas coisas referentes a esse tema, mas a frase que conduz todas as outras é de que: “disciplina não é humilhação”. Uma das falas consequentes dessa premissa foi:

Não temos um regime punitivo, coercitivo. O que se disciplina não são as faltas, e sim as atitudes. A reincidência, a motivação, a intenção, são fatores que vão influenciar na análise da falta antes que ela gere uma punição. Punição essa que não é imposta, e sim acordada entre as partes; e que tem o propósito de conscientização do erro, seja na cópia de uma parte das escrituras para os que estão mais dispersos, ou de uma tarefa para os que estão muito ansiosos.

Na tensão entre disciplina e humilhação vemos a lógica do “poder pastoral”, cujas disciplinas agem no entendimento de possuírem o poder de estabelecer e reforçar o sentido de humildade dos sujeitos, o que seria essencial para o progresso e alcance de outras virtudes, dentro de um sistema de obediência generalizado com a finalidade de alcance da humildade cristã, que significa: “[...] aceitarei as ordens de qualquer um, a partir do momento em que elas me forem dadas e que eu puder reconhecer nessa vontade do outro – eu, que sou o último dos homens – a própria vontade de Deus” (FOUCAULT, 2006, p. 69).

Ainda que a dinâmica do Projeto se baseie na autogestão, ou seja, na vigilância mútua entre os internos, o “*poder pastoral*” possui a centralidade, pois o pastor, além de ter o poder de determinar o que é necessário para se obter a salvação tem posição privilegiada para vigiar “ou pelo menos de exercer sobre as pessoas uma vigilância e um controle contínuo” (FOUCAULT, 2006, p. 68). O pastor deve vigiar para saber o que suas “ovelhas” estão fazendo, essa vigilância apresenta características do “poder disciplinar”, que observa as pessoas, tendo em mente controlar ou tornar mais eficiente sua produtividade material.

A produção de “corpos dóceis” (FOUCAULT, 2009) é possível somente a partir da ação pastoral e seu poder, pois a obediência ao pastor é a representação da própria reverência ao Deus Soberano. A disciplina se torna fórmula geral de dominação, no qual os corpos são submissos (inscrevendo as leis nos corpos). Nesse sentido, o “poder pastoral” potencializa a obrigação da disciplina, que produz “corpos dóceis”, ou seja, corpos úteis no propósito de um melhor convívio social, um corpo pacífico (ou *pacificado*).

Esse sujeito, dócil e útil, se forja, do polimento à eliminação, de sua concepção de si e seu conjunto de valores interiores por meio dos procedimentos de reter seus sentidos subjetivos; identificar e formular registros de “ideal”, “normal”, “anormal” e “perverso” em suas práticas

possíveis; o que funciona como “verdadeiro” e como “falso” na medida de se formar um regime de verdade; aplicar a positividade existente de práticas inscritas no registro de “normal” e “ideal” em detrimento de “anormal” e “mau”, o que legitima esse regime de verdade. “A técnica é eficiente na medida em que incute no sujeito a sua necessidade dela para civilizar a si e ao outro [...]. A instituição de confinamento assume vida própria dentro de cada sujeito” (RANOYA, 2009, p. 42), o que nos encaminha para a estrutura de autogestão como forma de funcionamento, da vigilância constante entre os internos e ainda permeados pela máxima bíblica do “examine-se, pois, o homem a si mesmo”. (1Coríntios 11:28).

As teorias de Foucault, vistas na relação espaço institucional e seu usuário, apontam para a tentativa de tais sujeitos promoverem um novo contrato social e moral por meio do respaldo que a passagem por uma instituição religiosa os confere. Lá, seus corpos foram disciplinados e colocados dentro de um escopo de aceitação, na busca de um novo estatuto de cidadania.

Enquanto a passagem pelo presídio, ao invés de cancelar uma mudança só intensifica o estigma de perigo, ou a passagem por um tratamento unicamente médico o categoriza na imagem de um dependente, a Igreja confere-lhe o *status* de redimido e novo homem. “Em suas missões, esses projetos produzem, sobretudo, mais do que pessoas salvas, resgatadas ou protegidas, populações que se veem e são vistas como aquelas que precisam de alguém que as salve e, conseqüentemente, alguém que as governe – que as pacifiquem”. (MACHADO, 2015, p. 466).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Longe de tentarmos querer esgotar esse tema, há algumas considerações a fazer ao final desse artigo. Primeiramente, é preciso vislumbrar que o escopo proibicionista foi se construindo aos poucos ao longo de século XIX com os movimentos de temperança e a criação do Partido Proibicionista nos EUA em 1869. No Brasil, a presença desses movimentos também teve sua relevância, assim como a organização das Ligas Higienistas. Todavia, o projeto de consolidação do proibicionismo no país se dá com a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) em 1936 e a publicação do Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938⁹ (CARVALHO,

⁹ Decreto 780, de 28 de abril de 1936, que cria a CNFE, o texto de introdução segue assim: Considerando que cumpre á União, aos Estados e aos municípios cuidar da hygiene mental e incentivar a lucta contra os venenos sociaes, ex-vi do art. 138 alínea g da Constituição Federal; Considerando a utilidade de dotar nossa administração com os elementos

2013). No que tange aos casos de internação, o capítulo III do artigo 27º ao 32º verifica-se a apropriação do Estado pelo ordenamento jurídico não apenas sobre a “doença”, mas também sobre o “doente”. A leitura sobre o artigo 27 corrobora para essa compreensão:

Art. 27. A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

A lei ainda previa que os “toxicômanos” não poderiam ser tratados em seus domicílios, que os casos de usos habituais seriam passíveis de internação obrigatória por mandato judicial e que apenas o próprio juiz poderia autorizar a alta. O § 6º do art. 29 diz que a internação se daria em “hospital oficial para psicopatas” ou estabelecimento hospitalar submetido à fiscalização, as instituições privadas seriam obrigadas a comunicar a autoridade policial a internação de casos relativos à “toxicomania”. Finalmente, a lei determinava que os indivíduos internados deveriam submeter-se às regulações dos estabelecimentos onde seriam acolhidos, não podendo sair sem a autorização médica (art. 29, § 9º). Esses estabelecimentos, por sua vez, deveriam ter um livro de registro especial exclusivo para informar a história clínica dos referidos internos.

Na prática, no que diz respeito às políticas de atenção aos usuários de SPAs, a lei de 1938 pouco alterou a realidade. Na verdade, o Decreto 4.294/1921, primeira lei brasileira que regulamentava os usos de psicoativos, já previa que o governo construiria estabelecimento especial para tratamento.¹⁰ As regulações que vieram nos anos subseqüentes ao longo de todo o século XX, adentrando ao XXI, e não foram poucas (CARVALHO, 2011), não surtiram efeitos no tange à assistência e ao tratamento. O que se conferiu foi o aumento significativo do consumo das

indispensáveis á fiscalização legal e á repressão ao trafego e uso illicitos de entorpecentes, compatíveis com o aperfeiçoamento dos serviços congeneres em outros paizes, tendo em vista a solidariedade internacional; Considerando que o Brasil, signatario das convenções internacionaes, que regulam a materia, não se acha em grão de lhes dar cabal execução, por falta de competente aparelhamento legal e administrativo; Considerando a necessidade de intensificar, em todo o territorio da Republica, a fiscalização do commercio licito e a acção repressiva, solidaria entre as autoridades competentes, contra o uso e o trafico illicitos de entorpecentes, repressão, que, sob os auspicios da Liga das Nações, tão proficuos resultados vêm apresentado, no campo internacional e, internamente, em diversos paizes, compartes nas Convenções internacionaes de Haya de 1912 e nas de Genebra de 1925 e 1931, referentes á materia; Considerando a conveniencia de revisão da legislação brasileira, neste particular, de modo a facultar ás autoridades os meios indispensaveis á eficiencia de sua acção fiscalizadora e repressiva; Considerando a oportunidade de fixar a cooperação de todos os órgãos encarregados da fiscalização do commercio de entorpecentes e de repressão de seu trafico e uso ilícitos Considerando a necessidade de atribuir á coordenação das actividades fiscalizadora e repressiva, caracter permanente, de forma a permittir e facilitar a estreita collaboração do Governo brasileiro com os órgãos technicos internacionaes da Liga das Nações. [sic]

¹⁰ Art. 6º. O Poder Executivo creará no Districto Federal um estabelecimento especial, com tratamento medico e regimen de trabalho, tendo duas secções: uma de internandos judiciarios e outra de internandos voluntarios. [sic]

substâncias que foram criminalizadas, a consolidação do mercado ilegal, e a institucionalização da chamada “guerra às drogas”.

Segundo a Sisnad, existe atualmente no Brasil entre 2.500 a 3000 mil CTs (DI MARTINO; OLIVEIRA, 2015), entretanto, um pouco mais 150 unidades encontram-se regulamentadas. Se o crescimento das CTs no Brasil é uma resposta direta a evolução do consumo (FERRAT, 2002), a omissão do Estado por décadas e sua reação tardia deixou uma lacuna que hoje é majoritariamente preenchida pelos Centros de Recuperação de tradição cristã (católicos, protestantes e evangélicos pentecostais). Observa-se, porém, que a maioria desses espaços encontra-se em suspenso entre as clínicas médicas de tratamento e as Comunidades Terapêuticas regulamentadas, isso porque a regulamentação exige das CTs a não imposição de credo. Espaços como o Projeto que analisamos não se negam por insulto, mas por acreditar que, através apenas daquela determinada manifestação de fé, será possível uma regeneração total. Dessa forma, sabendo que toda a metodologia de tratamento estará voltada para essa base, assim se molda a disciplina em projeto pentecostal.

Finalmente este artigo tentou articular as tentativas de normatização das CTs e os diversos meios pelos quais elas tentam se instaurar e se legitimar no espaço institucional, sem que respondam positivamente aos modelos impostos, como o médico-legal. Por meio do entendimento de seu histórico, seu lugar no cenário social e sua influência na formatação de toda uma rede de tratamento vimos o caso de um centro de recuperação que, ainda que encontre pontos convergentes com a lógica das CTs, tenta se distanciar de sua formalidade, apresentando-se como um modo se operacionalizar formas de subjetivação e produções disciplinares.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Andrea. *Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudos das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN)*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – UFRN, Natal: 2014.
- BOLONHEIS-RAMOS, Renata C. Marques, BOARINI, Maria Lúcia. Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde*, v. 22, n. 4, p.1231-1248, out.-dez. 2015.
- CARVALHO, Jonatas. A produção de leis e norma sobre drogas no Brasil; a governamentalidade da criminalização. In: SILVA, Marilene Rosa da, TORRES, Magda M. Jaolino, PINTO, Luciano Rocha. (Orgs.). *Experimentadores*; Michel Foucault e Práticas historiográficas. Rio de Janeiro: Paju, 2011.
- _____. *Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil: A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes – 1936-1946*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.
- CARNEIRO, H. A fabricação do vício. *Anais do XIII Encontro Regional de História-Anpuh-MG, LPH-Revista de História*, Mariana-MG: ICHS/UFOP, n. 12, p. 9-24, 2002.
- DAMAS, Fernando. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Rev. Saúde Públ.* Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.
- DE LEON, George. *Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- FOSSI, Luciana Barcellos, GUARESCHI, Neusa M. Fática. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Revista estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.
- FRACASSO, Laura; RIBEIRO, Marcelo. Comunidade Terapêutica. In: LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo. *O tratamento do usuário de crack*: São Paulo: Casa da Leitura Médica, 2010.
- FOUCAULT, M. *Estratégia saber-poder*. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- GEHRING, Marcos Roberto. *Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, 2014. p, 161.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Rio de Janeiro: Editora Perspectivas, 2003.
- LARANJEIRA, Ronaldo, RIBEIRO, Marcelo. *O tratamento do usuário de crack*: São Paulo: Casa da Leitura Médica, 2010.
- MACHADO, Carly. “Morte, Perdão e Esperança de vida eterna” In: BIRMAN, Patricia; et al (Orgs). *Dispositivos Urbanos e trama dos viventes*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.
- MACHADO, Laura. *Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Ciências Humanas, UFBA, Salvador, 2011.
- NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. *A gaia ciência*. São Paulo: Escala, 2008.
- PERRONE, Pablo A. Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Temas livres, Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (2): 569-580, 2014.
- RANOYA, Guilherme. *Biopolítica, Comunicação e o Poder Pastoral*. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Universidade de São Paulo, 2009.
- RUI, Taniele. *Uso de “drogas”, marcadores sociais e corporalidades: uma perspectiva comparada*. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Unicamp. Campinas, 2007.
- _____. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.
- SABINO, Nathali Di Martino; CAZENAVE, Sílvia O. Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2005, vol. 22, n. 2, p.167-174. ISSN 1982-0275. Disp.: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>>.

SANTOS, Fernando S. Dumas. *Alcoolismo: a invenção de uma doença*. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Ciências Humanas, Unicamp, 1995.

SENTIS, Vikrant *Esalen a Poona, Osho y el camino de la Psicología Humanista-Transpersonal*. Santiago: JC Sáez Editor, 2010.

SOARES, Jorge M. A. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

RESUMO

Num cenário de complexidades, onde emerge uma gama de modos de tratamento para usuários abusivos de drogas, as comunidades terapêuticas vêm crescendo e tendo destaque. Por isso, a necessidade de uma normatização e enquadramento de legitimidade em meio às diversidades crescentes. O artigo objetiva articular as tentativas de regulação das CTs e os diversos meios pelos quais elas tentam se instaurar e se legitimar no espaço institucional, sem que respondam positivamente aos modelos impostos, como o médico-legal. Por meio do entendimento de seu histórico, seu lugar no cenário social e sua influência na formatação de toda uma rede de tratamento se analisará o caso de um centro de recuperação que, ainda que encontre pontos convergentes com a lógica das CTs, tenta se distanciar de sua formalidade, apresentando-se como um modo se operacionalizar formas de subjetivação e produções disciplinares.

Palavras-chaves: Comunidade terapêutica; recuperação; tratamento.

“THIS IS NOT A THERAPEUTIC COMMUNITY”: BETWEEN DIVERSITY AND NORMATIVITY IN TREATMENTS WITH ABUSIVE DRUG USERS

ABSTRACT

Against a backdrop of complexity, which emerges a range of modes of treatment for abusive drug users, therapeutic communities are growing and taking prominence. Therefore, the need for norming and legitimacy framework amid growing diversity. The article aims to articulate attempts to regulation of CTs and the various means by which they try to establish and legitimize the institutional space, without positively respond to the tax models such as the medical and legal. Through the understanding of its history, its place in the social setting and its influence on the formatting of an entire processing network to examine the case of a recovery center that even to find converging points with the logic of CTs, tries to distance himself from its formality, presenting itself as a way to operationalize forms of subjectivity and disciplinary productions.

Keywords: Therapeutic community; recovery; treatment.

Submetido em out. 2015.

Aprovado em jan 2016.