

UNESP  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
Faculdade de Ciências e Letras
Campus de Araraquara - SP

RONALDO MARTINS GOMES

**A comunidade terapêutica no Brasil: práticas,
saberes, mitos e ritos**



Araraquara/SP
2022

RONALDO MARTINS GOMES

A comunidade terapêutica no Brasil: práticas, saberes, mitos e ritos

Tese de Doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Araraquara, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy

Araraquara/SP
2022

G633c Gomes, Ronaldo Martins
 A comunidade terapêutica no Brasil: : práticas, saberes, mitos e ritos / Ronaldo Martins Gomes. -- Araraquara, 2022
 166 p.

 Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara
 Orientadora: Maria Teresa Miceli Kerbauy

 1. Autoetnografia. 2. Consumo abusivo de álcool e/ou drogas. 3. Comunidade Terapêutica. 4. Teoria da rotulação social. 5. Sociologia da droga. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca da Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

RONALDO MARTINS GOMES

A comunidade terapêutica no Brasil: práticas, saberes, mitos e ritos

Tese de Doutorado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Araraquara, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy

Data da defesa: 26/04/2022.

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Maria Teresa Miceli Kerbauy – Professora Doutora
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP

Membro Titular: Fábio José Bechara Sanchez – Professor Doutor
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Membro Titular: Celso Gabatz – Professor Doutor
Faculdades EST, Brasil

Membro Titular: Renata Medeiros Paoliello – Professora Doutora
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP

Membro Titular: Milton Lahuerta – Professor Doutor
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP

Local: Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Ciências e Letras
UNESP – Campus de Araraquara

DEDICATÓRIA

Quintiliano Benites Gomes (in memoriam)

Nilda Martins Gomes (in memoriam)

Mauricio Martirez Chavez (in memoriam)

Cláudia Aparecido Dino (in memoriam)

Seiya Pedro Kamimura (in memoriam)

Celso Antonio Ferreira

Orlando Aparecido Dino

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Rosanne de Fátima Martins Gomes e Ricardo Martins Gomes pelo companheirismo e apoio de sempre

À minha família Elba Anália Chavez Gomes e João Lucas Chavez Gomes; Ana Luzia Chavez Gomes Martins, Filipe Martins da Silva e Isaque Chavez Gomes Martins; Esteban Gabriel Gomes Chavez e à Elida Góes; Izabel Cristina Chavez Gomes e Ezio Malaquini Filho, pelo afeto, companheirismo, presença constante, suporte, estímulo

À orientadora Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy, pelo rigor acadêmico da cientista social e pesquisadora, com a estimulante empatia, liberalidade e solidariedade da docente

À banca Profa. Dra. Renata Medeiros Paoliello; Prof. Dr. Milton Lahuerta; Prof. Dr. Fábio José Bechara Sanchez; Prof. Dr. Celso Gabatz, pelas valiosíssimas contribuições

À Fundação UNIVESP, pela bolsa-atividade entre setembro de 2019 e agosto de 2021

Às amigas Franci Mary Alves Back e Amanda Pavanello, pelos muitos e produtivos diálogos

À amiga Mirjam Schiel, pelo estímulo, apoio e suporte acadêmico

À amiga Marilu Calandrim, do Sebo Outros Contos, pela solidariedade acadêmica

Ao amigo José Reis, pelo apoio, incentivo e de muitas horas de bons diálogos e aprendizagens mútuas nas muitas viagens

Se os homens definem situações como reais, elas são reais em suas consequências (W. I. THOMAS apud BECKER, 2019, p. 224)

RESUMO

No Brasil, o consumo de psicoativos é um grave problema de saúde pública, e, no enfrentamento a ele, surgiu, em fins da década de 1960, um tipo de tratamento alternativo denominado de comunidade terapêutica. Não é vinculado à medicina, à psiquiatria ou à psicologia, articula-se na forma de terapia espiritual (ligada a uma ou mais opções religiosas) e terapia material, que é a organização de conjuntos de rotinas diárias, com atividades de conservação e manutenção de ambiente rural. Trata-se de uma instituição total, pois concentra temporalmente as dimensões de albergagem, trabalho e lazer. Seu fundamento teórico-conceitual é o paradigma proibicionista. Esses tratamentos alternativos se multiplicaram à sombra do controle estatal, pelo menos até o início do século XXI, quando surgem as primeiras tentativas de regulá-los. Mesmo não tendo base científica, esse tratamento foi introduzido no Sistema Único de Saúde (SUS), cuja orientação vai no sentido oposto, o psicossocial, por meio da Portaria nº 3.088/2011. Investigações conduzidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e outros órgãos evidenciaram práticas de imposição moral/religiosa, castigos físicos, desrespeito aos direitos, etc. Buscamos, então, analisar esse tipo de tratamento alternativo por meio de uma revisão bibliográfica narrativa e de uma autoetnografia. Estabelecemos como objetivo geral explorar, descrever e explicar o tratamento alternativo por meio de uma revisão bibliográfica narrativa, que trata da produção acadêmica brasileira no primeiro decênio de inserção desse tipo de tratamento na saúde pública (2011-2021). Traçamos como objetivos específicos: (i) descrever o ambiente e o programa de atividades que constituem as rotinas diárias, explicitando as funções delas no processo terapêutico; e (ii) analisar os fundamentos teórico-conceituais sob os quais se organizam tais conjuntos de atividades de rotinas diárias, que é o programa de tratamento propriamente dito. Nossos dados descritivos e as análises da autoetnografia referem-se a uma experiência de trabalho como educador social entre 2004 e 2010, em uma comunidade terapêutica. Nossa perspectiva teórica é a abordagem da Sociologia do Desvio, na particular interpretação do sociólogo Howard Saul Becker, com a Teoria da Rotulação Social. Como resultado, apresentamos uma contribuição ao debate qualificado sobre o tratamento alternativo na comunidade terapêutica para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas no Brasil, assim como buscamos colaborar para constituir bases de dados e informações que propiciem o aperfeiçoamento de processos de monitoração e avaliação desses tratamentos. Procuramos também incentivar o fortalecimento e a adoção de abordagens mais democráticas e inclusivas, que promovam a cidadania e os direitos humanos nesses ambientes em que acolhimento e enclausuramento convivem lado a lado.

Palavras-chave: Autoetnografia; Consumo abusivo de álcool e/ou drogas; Comunidade Terapêutica; Teoria da rotulação social; Sociologia da Droga.

RESUMEN

En Brasil, el consumo de drogas psicoactivas es un grave problema de salud pública, y frente a ello, surgió a fines de la década de 1960 un tipo de tratamiento alternativo denominado comunidad terapéutica. No está ligada a la medicina, la psiquiatría o la psicología, se articula en forma de terapia espiritual (vinculada a una o más opciones religiosas) y terapia material, que es la organización de conjuntos de rutinas diarias, con actividades de conservación y mantenimiento rural. medio ambiente en forma de. Es una institución total, ya que concentra temporalmente las dimensiones de vivienda, trabajo y ocio. Su fundamento teórico-conceptual es el paradigma prohibicionista. Estos tratamientos alternativos se multiplicaron a la sombra del control estatal, al menos hasta principios del siglo XXI, cuando aparecieron los primeros intentos de regular estos tratamientos. Y aun sin tener base científica, ese tratamiento fue introducido en el Sistema Único de Salud (SUS), que orienta por el paradigma opuesto, el psicosocial, a través del Decreto 3.088/2011. Investigaciones realizadas por el Consejo Federal de Psicología (CFP) y otros organismos demostraron prácticas de imposición moral/religiosa; castigo físico, irrespeto a los derechos, etc. Luego buscamos investigar este tipo de tratamiento alternativo a través de una revisión narrativa de la literatura y una autoetnografía. Establecimos como objetivo general explorar, describir y explicar la alternativa de tratamiento a través de una revisión bibliográfica narrativa, sobre la producción académica brasileña de la primera década de su inserción en la salud pública (2011-2021). Nos planteamos como objetivos específicos: (i) describir el entorno y el programa de actividades que constituyen las rutinas diarias, explicando sus funciones en el proceso terapéutico y (ii) analizar los fundamentos teórico/conceptuales bajo los cuales se sustentan dichos conjuntos de actividades rutinarias. se organizan diariamente, que es el programa de tratamiento en sí. Nuestros datos descriptivos y el análisis de la autoetnografía se refieren a una experiencia laboral como educadora social entre 2004 y 2010, en una comunidad terapéutica. Nuestra perspectiva teórica es el abordaje de la sociología de la desviación, en la particular interpretación del sociólogo Howard Saul Becker, con la teoría del Etiquetado Social. Como resultado, presentamos una contribución al debate calificado sobre el tratamiento alternativo en la comunidad terapéutica para usuarios abusivos de alcohol y/o drogas en Brasil, además de contribuir para la creación de bases de datos e informaciones que permitan mejorar el seguimiento y la evaluación. procesos de estos tratamientos. También buscamos contribuir a incentivar el fortalecimiento y la adopción de enfoques más democráticos e inclusivos, que promuevan la ciudadanía y los derechos humanos en estos entornos donde conviven la acogida y el encierro.

Palabras clave: Autoetnografía; Consumo abusivo de alcohol y/o drogas; Comunidad Terapéutica; Teoría del etiquetado social; Sociología de las Drogas.

ABSTRACT

In Brazil, the consumption of psychoactive drugs is a serious public health problem, and in the face of it, a type of alternative treatment called therapeutic community emerged in the late 1960s. It is not linked to medicine, psychiatry or psychology, it is articulated in the form of spiritual therapy (linked to one or more religious options) and material therapy, which is the organization of sets of daily routines, with conservation and maintenance activities. rural environment in the form of. It is a total institution, as it temporarily concentrates the dimensions of housing, work and leisure. Its theoretical-conceptual foundation is the prohibitionist paradigm. These alternative treatments multiplied in the shadow of state control, at least until the beginning of the 21st century, when the first attempts to regulate these treatments appeared. And even having no scientific basis, this treatment was introduced in the Unified Health System (SUS), which guides by the opposite paradigm, the psychosocial, through Ordinance 3.088/2011. Investigations conducted by the Federal Council of Psychology (CFP) and other bodies showed practices of moral/religious imposition; physical punishment, disrespect for rights, etc. We then seek to investigate this type of alternative treatment through a narrative literature review and an autoethnography. We established as a general objective to explore, describe and explain the alternative treatment through a narrative bibliographic review, on the Brazilian academic production of the first decade of its insertion in public health (2011-2021). We set out specific objectives: (i) to describe the environment and the program of activities that constitute the daily routines, explaining their functions in the therapeutic process and (ii) to analyze the theoretical/conceptual foundations under which such sets of routine activities are organized daily, which is the treatment program itself. Our descriptive data and the analysis of the autoethnography refer to a work experience as a social educator between 2004 and 2010, in a therapeutic community. Our theoretical perspective is the approach of the sociology of deviance, in the particular interpretation of sociologist Howard Saul Becker, with the theory of Social Labeling. As a result, we present a contribution to the qualified debate on alternative treatment in the therapeutic community for abusive users of alcohol and/or drugs in Brazil, as well as contributing to the creation of databases and information that allow the improvement of monitoring and evaluation processes of these treatments. We also seek to contribute to encouraging the strengthening and adoption of more democratic and inclusive approaches, which promote citizenship and human rights in these environments where reception and confinement coexist side by side.

Keywords: Autoethnography; Abusive consumption of alcohol and/or drugs; Therapeutic Community; Social labeling theory; Sociology of Drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AA** – Alcoólicos Anônimos
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS/AD** – Centro de Atenção Psicossocial/Álcool e Drogas
- CONAD** – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
- CEBRID** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CFP** – Conselho Federal de Psicologia
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CRM** – Conselho Regional de Medicina
- CT** – Comunidade Terapêutica
- EJA** – Educação de Jovens e Adultos
- EUA** – Estados Unidos da América
- EMCDDA** – European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
- FEBRACT** – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
- FETEB** – Federação das Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil
- FCLAR** – Faculdade de Ciências e Letras
- FLACT** – Federación Latinoamericana de Comunidades Terapêuticas
- FIOCRUZ** – Fundação Oswaldo Cruz
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPEA** – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LENAD** – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
- MS** – Ministério da Saúde
- NA** – Narcóticos Anônimos
- NIDA** – National Institute on Drug Abuse
- OFA** – Ocupante de Função-Atividade
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PIA** – Plano Individual de Atendimento
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PEB-II** – Professor de Educação Básica II
- PNAD/BR** – Política Nacional sobre Drogas do Brasil

PPGCSO – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

PPGE – Programa de Pós-Graduação em Educação

PPGS – Programa de Pós-Graduação em Sociologia

RD – Redução de Danos

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime

WFTC – World Federation of Therapeutic Communities

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: As primeiras comunidades terapêuticas no Brasil.	53
Quadro 2: Dissertações e tese – produção anual.	69
Quadro 3: Dissertações e teses por disciplina do conhecimento.	72
Quadro 4: Dissertações e teses por grande área do conhecimento	73
Quadro 5: Os dois ambientes da comunidade Pandora.	92
Quadro 6: Corpo dirigente e suas funções.	93
Quadro 7: Equipe terapêutica e suas funções.	95
Quadro 8: Os educadores físico e social.	96
Quadro 9: Residentes: o coletivo em tratamento.	97
Quadro 10: Fase 1 – Cotidiano da comunidade terapêutica (dia 1° até o 90°).	111
Quadro 11: Fase 2 – Cotidiano da comunidade terapêutica (dia 90° até o 365°).	112
Quadro 12: Descrição sintética das atividades que correspondem ao pilar Trabalho.	114
Quadro 13: Os cultos que correspondem ao pilar espiritualidade.	115
Quadro 14: Hierarquia temporal.	120

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Nuvem das dissertações.	70
Figura 2: Nuvem das teses.	71
Figura 3: Representação dos ambientes 1 e 2 de Pandora.	92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. MÉTODOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS	16
1.1 Articulando a pesquisa	16
2. DIÁLOGOS SOCIOLOGICOS	25
2.1 A Sociologia do Desvio	27
2.2 A Teoria da Rotulação Social	29
3. CARACTERIZANDO A COMUNIDADE TERAPÊUTICA	35
3.1 Proibicionismo: o paradigma que embasa a comunidade terapêutica brasileira	35
3.2 A comunidade terapêutica como instituição social	39
3.3 Caracterização da comunidade terapêutica	46
3.4 A comunidade terapêutica no Brasil	53
3.5 O perfil da comunidade terapêutica no Brasil, segundo o IPEA	55
3.6 Problemas encontrados em comunidades terapêuticas brasileiras, segundo o CFP	59
3.7 Dissertações e teses sobre comunidade terapêutica produzidas entre 2011-2021	67
4. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA PANDORA: UMA AUTOETNOGRAFIA	85
4.1 Mapa Social	87
4.2 Mapa Espacial	109
4.3 Mapa Temporal	111
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
GLOSSÁRIO	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	145
ANEXO A: Legislações brasileiras sobre comunidade terapêutica 2001-2021	146
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – dissertações e teses (2011-2021)	148

INTRODUÇÃO

O objeto desta investigação é o tratamento em comunidade terapêutica, que representa um entre outros modelos de atenção para indivíduos em situação de consumo abusivo de álcool e/ou drogas e estilos de vida associados a esse consumo. Trata-se de um programa de convivência coletiva temporária em ambiente rural sob regime de internato por até doze meses. O tratamento é uma convivência temporária articulada em rotinas diárias, tendo por pilares: o trabalho, a disciplina e a espiritualidade. Proibicionista, promove o isolamento das relações sociais anteriores de seus segregados para fins de estabelecer o propósito de renúncia ao consumo e a adoção de um novo estilo de vida, caracterizado por abstinência total. Na prática é um sistema de: trabalhos de limpeza, manutenção e conservação do espaço; práticas espirituais/religiosas; terapias psicológicas; e reuniões de grupo de ajuda mútua.

Estabelecemos como objetivo geral explorar, descrever e explicar o tratamento alternativo de uma comunidade terapêutica, por meio de uma revisão bibliográfica narrativa em que selecionamos 27 teses e 81 dissertações produzidas na academia brasileira no decênio 2011-2021, com a busca realizada na Biblioteca Digital de Teses Dissertações (BDTD). Adotamos como objetivos específicos: descrever o ambiente e o programa de atividades que constituem as rotinas diárias, explicitando as funções delas no processo terapêutico, e analisar os fundamentos teóricos e conceituais que organizam as atividades das rotinas diárias, que é o programa de tratamento propriamente dito. Os dados descritivos foram obtidos por meio de uma autoetnografia (CHANG, 2008), relativa à experiência de trabalho de educador social, ocorrida entre os anos de 2004 e 2010, em uma comunidade terapêutica.

Percebemos que falta conhecimento sobre o tratamento em uma comunidade terapêutica brasileira. A hipótese se alicerça em dois argumentos. Primeiro, o termo comunidade terapêutica possibilita diferentes interpretações (DE LEON, 2003), também evidenciadas nos trabalhos do IPEA (2017) e CFP (2020; 2018; 2011). Segundo, a polarização em torno dos paradigmas proibicionista e psicossocial mantém uma dicotomia que dificulta o avanço do conhecimento sobre essas entidades. Contudo, mesmo que pouco se saiba sobre essas entidades, contingentes de pessoas continuam sendo internados nessas instituições diariamente nos vinte e seis Estados federados e no Distrito Federal. Nesse sentido, nosso trabalho é uma contribuição à ampliação de conhecimentos sobre o tratamento da comunidade terapêutica no Brasil.

Questionamos os conhecimentos produzidos pela academia brasileira, sobre a comunidade terapêutica, no primeiro decênio de sua inserção no SUS (BRASIL, 2011a). Que

contribuições as Ciências Sociais poderiam oferecer? Como desenvolver sistemas mais eficazes de monitoria e avaliação dessas instituições? Como coibir práticas como as detectadas pelo CFP? Para além da tensão epistemológica entre as abordagens proibicionista e psicossocial, esse dispositivo social continua como uma opção no país, para atender especialmente aos contingentes de deserdados sociais em geral. Entendemos, então, que há necessidade de se constituírem conhecimentos cientificamente validados, para que os tratamentos dessa instituição possam ser monitorados e avaliados, de acordo com uma cultura de respeito à democracia, à cidadania e aos direitos humanos.

No propósito de compreender a problemática e de responder à demanda por conhecimento sobre esse fenômeno social atual e complexo, realizamos a presente investigação, concluída com esta tese que tem por título: “**A comunidade terapêutica no Brasil: sobre práticas, saberes, mitos e ritos**”. Investigação realizada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho” – PPGCSO/UNESP, aprovada sob número 3.239.506 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo uma pesquisa básica, exploratória, descritiva e explicativa (BOGDAN; BIKLEN, 1994) composta por uma revisão bibliográfica narrativa (GIL, 2017) e uma autoetnografia (CHANG, 2008), com a qual descrevemos uma comunidade terapêutica (DE LEON, 2003; IPEA, 2017; CFP, 2018) em suas dinâmicas de funcionamento e interações.

O trabalho é uma contribuição para o debate qualificado sobre o tratamento da comunidade terapêutica para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas no Brasil. Une uma análise das dissertações e de teses de diferentes programas e áreas acadêmicas no país, ao longo do decênio 2011-2021, e um trabalho de autoetnografia de seis anos de atividades educativas em uma comunidade terapêutica. Apresentamos algumas sugestões para aperfeiçoamento de políticas públicas destinadas a orientar, monitorar e avaliar as atividades desse modelo de instituição total. Na prática, pretendemos, com este trabalho, avançar no sentido de estímulo à abordagem democrática e comprometida com a promoção da cidadania e do respeito aos direitos humanos nesses ambientes em que as fronteiras entre acolhimento e enclausuramento são demasiadamente tênues.

Também se trata, porém, de uma investigação cujo projeto foi afetado por circunstâncias sociais de alto impacto, que é a pandemia – ainda em curso – iniciada no Brasil no primeiro trimestre de 2020 e que inviabilizou nosso projeto original de realização de trabalho etnográfico em algumas comunidades terapêuticas. As comunidades terapêuticas que haviam aceitado participar da pesquisa tiveram de encerrar ou limitar suas atividades, e não retornaram ainda. Recorremos a uma comunidade terapêutica em que fizemos um trabalho

como educador social do sistema Telecurso 2000, entre o segundo semestre de 2004 e o primeiro semestre de 2010. Agendamos reunião com o pastor responsável, que declinou de nosso convite, conforme relatamos na Seção 3. Decidimos, então, substituir os trabalhos etnográficos que havíamos projetado por uma autoetnografia (CHANG, 2008) desse período que mencionamos anteriormente.

Nosso projeto era ampliar o número de trabalhos etnográficos sobre a comunidade terapêutica no Brasil, pois na revisão bibliográfica narrativa notamos uma potente legislação sobre essa instituição social, mas menor produção de trabalhos acadêmicos que permitissem compreender as dinâmicas de funcionamento dessas entidades, assim como as bases teóricas e conceituais que orientam seus trabalhos. Como já dito, então, impossibilitados de empreender a etnografia, buscamos outras fontes de dados para a realização do Doutorado em Ciências Sociais. As fontes escolhidas foram a revisão bibliográfica narrativa, que evidenciou o descompasso entre produção legal e acadêmica no Brasil, e uma autoetnografia (CHANG, 2008) do trabalho de educador social entre 2004 e 2010, conforme descrevemos a seguir.

Do ponto de vista estrutural, a tese tem início com esta Introdução em que também articulamos em que articulamos os métodos, as técnicas e os procedimentos utilizados na investigação, que é a primeira seção do texto. Na segunda seção estabelecemos um diálogo com teorias das Ciências Sociais, que é seguida da terceira seção em que caracterizamos a comunidade terapêutica a partir de um olhar sócio-histórico, bem como evidenciamos a atualidade de discuti-la e alguns problemas nela detectados, e apresentamos a revisão bibliográfica narrativa de abordagem sobre a produção de teses e dissertações no decênio 2011-2021. A quarta seção traz o trabalho autoetnográfico, que tem por finalidade fazer uma descrição da experiência de educador social em uma comunidade terapêutica que há mais de 25 anos oferecia esse tipo de tratamento. Encerramos com nossas Considerações Finais.

1. MÉTODOS, TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS

1.1 ARTICULANDO A PESQUISA

Quanto à natureza, esta é uma pesquisa teórica que busca ampliar o repertório de conhecimentos disponíveis sobre a comunidade terapêutica para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas (CFP, 2018; IPEA, 2017; DE LEON, 2003) no Brasil. Trata-se de um modelo convivencial de atenção à saúde dessa população referida que tem por base o paradigma proibicionista, presente no Brasil desde o final da década de 1960. Porém, foi

apenas em 2011, quatro décadas depois de seu surgimento, que, durante o primeiro governo de Dilma Rousseff (2010-2014), a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a) a inseriu no arcabouço de opções do Sistema Único de Saúde (SUS) nacional para atendimento de consumidores abusivos. Muito embora desde a Reforma Psiquiátrica brasileira – Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a) – o SUS se oriente pelo paradigma psicossocial, que é o oposto do proibicionismo.

De abordagem qualitativa (BOGDAN; BIKLEN, 1994), esta pesquisa foca no ambiente natural de uma comunidade terapêutica (CFP, 2018; IPEA, 2017; DE LEON, 2003), que trabalha com a atenção à saúde mental de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, para fornecer uma descrição tanto dos ambientes físicos quanto das demais atividades desenvolvidas nas rotinas diárias que constituem o tratamento. E, também, descrever, discutir e interpretar dados de situações e interações nas rotinas observadas (HUTT; HUTT, 1974; SPRADLEY, 1980) e reconstituídas, para fins de compreender e explicitar no que constituía o tratamento nessa entidade. Esse tratamento representa um fenômeno complexo e único, cuja compreensão é inseparável de seu contexto, tratando-se de acontecimentos que só podem ser explicados a partir de seu ambiente natural.

Quanto à compreensão, para análise dos dados, adotamos a epistemologia interpretativista, que se orienta pelo raciocínio indutivo (BOGDAN; BIKLEN, 1994). A escolha decorre de nossa compreensão da realidade, que é construída e partilhada interativamente nas relações sociais, mas a interpretação é individual. Dessa forma, cada ato social é constituído por significados que, por sua vez, também são passíveis de ressignificação. Assim, a contribuição de uma pesquisa epistemológica interpretativista é trazer interpretações novas à compreensão de fenômenos sociais conhecidos. É um tipo de pesquisa que toma por base o que cada pessoa consegue perceber no mundo, como um estado ou disposição de coisas, e de como se relacionar com elas. Trata-se de compreender os significados que os agentes atribuem aos fenômenos analisados.

Quanto aos procedimentos para obtenção dos dados, são duas as fontes. A primeira é uma revisão bibliográfica narrativa (GIL, 2017), em que selecionamos as dissertações e teses defendidas no Brasil entre os anos de 2011 e 2021 e depositadas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)¹. Utilizamos a expressão *comunidade terapêutica* em nossa busca, pois nossa intenção foi a de criar um panorama amplo sobre a comunidade terapêutica brasileira. Nessa revisão, obtivemos um universo geral de 394 dissertações e 158 teses. Após análise do material, selecionamos 81 dissertações e 27 teses, com as quais

¹ Ver: <<https://bdtd.ibict.br/vufind/>>. Acesso em: jan. 2022.

obtivemos os dados sobre a produção nacional no decênio. A escolha por uma revisão panorâmica da produção se orienta pela complexidade do fenômeno e por nossa intenção de conhecer a produção acadêmica mais geral sobre essas instituições sociais.

A segunda fonte é uma autoetnografia (CHANG, 2008). A adoção do método se apresentou como a alternativa possível, uma vez que a pandemia iniciada em 2020 impossibilitou o projeto original de um trabalho etnográfico (GEERTZ, 1989) ou de um estudo de caso (YIN, 2007). Diante desta questão de força maior, como explicado na seção anterior, optamos por retomar uma experiência de trabalho como educador social no programa Telecurso 2000, entre o segundo semestre de 2004 e o primeiro semestre 2010, em uma comunidade terapêutica, para fins de descrever ambientes, espaços e formas de interação, com os quais construímos uma descrição das dinâmicas do tratamento em uma instituição com mais de 25 anos existência. O resgate dessas memórias foi feito a partir da sociologia de Halbwachs (1990), que evidencia que a memória não é um fenômeno necessariamente coletivo.

A autoetnografia (CHANG, 2008) tem uma função importante como recurso metodológico no trabalho investigativo, pois, como aponta Friedman (1990), é possível elaborar a própria experiência vivida para fins de obtenção de dados a serem utilizados na investigação, já que o pesquisador é o sujeito da experiência investigativa e precisa adotar para si um estatuto de objeto de observação. No presente caso, trata-se de compreender as dinâmicas de funcionamento de uma entidade com mais de duas décadas de funcionamento: a comunidade terapêutica Pandora, cujas atividades, de fato, tiveram início em 1978 e foram regularizadas em 1979. Segundo me foi informado pelo pastor-dirigente, as dinâmicas de tratamento em Pandora seguem a mesma linha desde que começaram a oferecer tratamento em regime de comunidade terapêutica.

A apresentação desta experiência vivida ao longo de seis anos, na forma de uma autoetnografia, exige que esclareçamos alguns aspectos antes de discutirmos o método que escolhemos. O primeiro aspecto diz respeito à questão do tempo entre a experiência e a realização da autoetnografia, pois se passaram mais de dez anos. Além disso, na ocasião, entre 2004 e 2010, nosso trabalho era unicamente com a docência. Não constituímos um caderno de campo, pois nessa época as anotações que fazíamos eram unicamente no âmbito educacional. Mas, dado o caráter social das memórias (HALBWACHS, 1990), resgatamos as lembranças do vivido durante as visitas às comunidades terapêuticas e nos estudos sobre o tratamento. Percebemos que, mesmo com o passar dos anos, elas tendem a manter quase as mesmas dinâmicas.

O processo de evocação de memórias das experiências vividas se inscreve na perspectiva de que todo indivíduo se adapta aos seus ambientes sociais de convívios, a partir da inserção em uma múltipla teia de relações sociais possíveis às quais ele se encontra adaptado por meio das interações partilhadas socialmente, assim como pelas expectativas de ação entre indivíduos. Nessa perspectiva, não é possível a alguém recorrer à memória unicamente de forma privada, pois, como evidenciou Halbwachs: “(...) a recordação, entendida como atividade construtiva e racional da mente, precisa de um meio social, consciente, para realizar-se, os grandes marcos da memória da sociedade (...)” (2004, p. 56). A memória é social e coletiva, pois é impossível alguém se recordar de algo fora do âmbito social e da evocação de recordações, sempre em presença de outros indivíduos (HALBWACHS, 1990).

Também destacamos a obra do prof. George De Leon, que é referência mundial na pesquisa sobre tratamento em comunidade terapêutica e único trabalho de sistematização dessa modalidade de tratamento alternativo disponível em língua portuguesa, que ampliou nossa compreensão e trouxe algum desconforto às recordações, problematizando-as. Acontecimentos e ações nessas memórias sociais (HALBWACHS, 1990), que à época nos pareciam coerentes, se tornaram estranhos e destituídos do sentido que lhes atribuímos então. De forma que descrevemos esse deslocamento do entendimento como se fosse um filme já visto e que, ao ser assistido novamente, evidencia outros ângulos e novos nuances, fazendo com que as relações lembradas adquirissem outros sentidos e perspectivas de análise. É como se, nas lembranças, detalhes despercebidos até então ganhassem outros significados.

É importante mencionar que começamos a atuar como educador social logo após concluir a graduação em Direito, e não era na época nosso objetivo fazer pesquisa, apenas realizar o trabalho docente. Desde o segundo semestre de 2004 até o final de 2009, nos dedicamos ao trabalho na comunidade e à atuação como PEB-II (sociologia e filosofia) junto à Secretaria de Educação do Estado de São Paulo. Em 2009, fomos aprovados em processo seletivo público para cursar especialização *lato sensu* em Educação de Jovens e Adultos (EJA), em projeto que era uma parceria entre o Governo Federal, a Prefeitura Municipal de São Carlos (SP) e o Núcleo de Investigação e Ação Social e Educativa da Universidade Federal de São Carlos (NIASE/UFSCar), o que dificultou darmos continuidade às atividades do Telecurso 2000 a que nos dedicávamos nessa época.

Depois de seis meses cursando essa especialização, tivemos de encerrar o trabalho como educador social, pois não era possível conciliá-lo com a carreira na Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, trabalhando em duas ou três escolas por ano. Mas os

diálogos e interações com o coletivo da entidade, especialmente com os grupos de residentes e monitores solteiros no centro de recuperação, afetou a forma como entendemos os seres humanos, a educação e a vida social. A tais lembranças, de caráter fortemente afetivo e que é o motivo pelo qual guardamos essas memórias de trabalho, acrescentamos, como dissemos acima, as leituras feitas durante a investigação. Foi o que nos ofereceu instrumentos teóricos e conceituais para retornar à experiência vivida com uma percepção qualitativamente diferenciada, pois nos permitiram duvidar dessas memórias afetivas e vê-las sob outro ângulo.

No decurso dos anos, continuamos a desenvolver nossa carreira na educação, trabalhando como docente PEB-II na SEESP e também no ensino superior presencial como professor substituto – UFSCar (2016) e UNESP (2017) – e na graduação e pós-graduação EaD na UAB/UFSCar (2010-2017). Decidimos aproveitar a expansão das vagas na graduação e pós-graduação promovida nos dois mandatos de Luiz Inácio Inácio Lula da Silva (2002-2010) para investir em nosso projeto pessoal de formação continuada, tanto para fins de docência quanto de pesquisa. E foi somente em meados de 2016 que voltamos a considerar o tratamento em comunidade terapêutica como possível objeto de pesquisa, durante a preparação de um projeto investigativo para concorrer à vaga no processo seletivo 2016/2017, junto ao PPGCSO/UNESP.

Nessa época, já nos interessávamos pelo tratamento de um ponto de vista da pesquisa, passando a acompanhar o debate entre o paradigma proibicionista, adotado na comunidade terapêutica, e o paradigma psicossocial, vigente no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2001a). Nesse debate, ambos os lados buscavam apresentar fundamentações, mas, em nosso entendimento, parece ter sido uma via polarizada e pouco profícua para se entender o tratamento em comunidade terapêutica. Recordamo-nos, então, da experiência de trabalho e decidimos retornar à comunidade terapêutica em que trabalhamos, para fins de realizar um projeto de pesquisa baseado em estudo etnográfico, ou em um estudo de caso. Solicitamos uma reunião com o pastor responsável, descrita na Seção 5, e apresentamos nosso projeto, que foi recusado.

A seguir, explicitamos muito sinteticamente a autoetnografia (CHANG, 2008) dessa experiência de trabalho para fins de descortinar como era a vida em um ambiente de segregação orientado por um programa terapêutico para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Interessa-nos evidenciar um elemento importante da abordagem qualitativa (BOGDAN; BIKLEN, 1994), que é o de contribuir para desmistificar e desconstruir saberes imprecisos sobre o tratamento em comunidade terapêutica, perspectiva que se assemelha ao olhar sociológico (BERGERON, 2012) que buscamos neste trabalho. Ao descrever e discutir

a experiência autoetnografada, interessa-nos descortinar a alegada relação terapêutica entre os pilares trabalho, disciplina e espiritualidade que caracterizam o tratamento da comunidade terapêutica brasileira (IPEA, 2017).

Inicialmente adotamos a perspectiva de Chang (2008), para quem a autoetnografia se constitui como um método de pesquisa que coloca ênfase na compreensão de si e do outro. E isso é algo que faz sentido quando vemos o diálogo intergeracional entre os coletivos de residentes de uma comunidade terapêutica brasileira, que articula o convívio de sujeitos de diferentes origens socioculturais. Ela enfatiza a importância de se compreender a cultura como somatória de dois modelos: um em que ela é definida fora do indivíduo, como nacionalidade, etnia, idioma e geografia, e um segundo modelo que é interno aos indivíduos, estabelecido em processos de comunicação interativa como construção e reconstrução de significados que são estabelecidos socialmente entre indivíduos e grupos. Esse segundo modelo descreve as interações nessas entidades.

Chang (2008) menciona, também, a perspectiva adotada por antropólogos cognitivos a respeito da cultura, que eles entendem como sendo o estabelecimento de certos conjuntos de esquemas cognitivos ou padrões que são aptos a definir as experiências sociais, assim como as interações dos indivíduos entre si. Isso sugere que a cultura proporciona um certo produto social advindo de interações entre o eu e o outro, tendo por universo uma comunidade de práticas cotidianas. É assim que um indivíduo é, ou se torna, uma unidade básica de sua cultura. Esse indivíduo, o *eu*, se constitui legitimamente como ponto de partida apto à aquisição, tanto quanto à transmissão, dos conteúdos significativos de sua cultura. Ele é também constituído por essa cultura e o demonstra por meio dos padrões identificáveis dessa cultura básica e formativa de seu ser no mundo social.

A autoetnografia oferece uma possibilidade efetiva de aproveitar – e inclusive de se afirmar na atividade intelectual – as experiências de caráter afetivo/cognitivo para fins de elaboração de conhecimento sobre um ou mais aspectos de uma realidade sob investigação. Partindo precisamente da experiência de participação e presença do pesquisador no mundo de vida (HABERMAS, 2010a) e na cultura investigada a partir de seus valores e padrões morais é que se torna possível compreender os “outros de similaridade” (CHANG, 2008, p. 29). Os indivíduos de uma comunidade cultural são diferentes entre si e na relação entre o *eu* e o outro, mas essas diferenças não inviabilizam o recurso ao método etnográfico, pelo contrário, estimulam sua utilização, pois se trata de compreender o sentido cultural que é comum a ambos, tanto para o *eu* quanto para o outro da relação.

Sendo o outro a própria comunidade, os “outros de similaridade” (CHANG, 2008, p. 34), o *eu* é então refletido nos outros em um sentido geral a partir dos valores e padrões abraçados por essa comunidade, e que são partilhados entre o eu e os outros, ou da coletividade social. A autora adverte que é comum que os indivíduos não sejam necessariamente rigorosos na prática dos valores e dos padrões adotados em sua comunidade cultural, é o próprio conhecimento dos valores e padrões que os ajudam a compreender a si e aos demais nas relações no mundo cultural do “outro de similaridade”. Com esta exposição, podemos definir, junto com a autora, que a cultura é a chave que propicia que se utilize a autoetnografia como recurso metodológico. E, nesta pesquisa, é a cultura de Pandora que representa o modelo de comunidade terapêutica, pelo menos em parte.

A perspectiva de Chang (2008) se ajusta perfeitamente aos objetivos de trabalho, que é propiciar uma descrição densa (GEERTZ, 1989). Esta é a forma de se proceder com a descrição de um objeto de estudo, identificando suas particularidades, considerando, inclusive, todos os pequenos fatos que cercam a vida sociocultural desse objeto. Não se trata apenas dos fatos em si, mas da interpretação deles a partir de interações observadas e analisadas na pesquisa. Esta autoetnografia pretende justamente evidenciar como a cultura de um tratamento em comunidade terapêutica se desenvolve, como é a vida sob regime de segregação e com a perda temporária dos vínculos pessoais e do direito de ir e vir, mesmo que a adesão a essa segregação seja voluntária e por um período de tempo previamente acordado contratualmente.

Chang (2008) aponta três vantagens da utilização, por pesquisadores, do método autoetnográfico. São elas: (i) o método de pesquisa é perfeitamente acessível tanto para pesquisadores quanto para leitores; (ii) sua utilização abre caminho para uma significativa ampliação da compreensão cultural de si mesmo e, sobretudo, dos outros; e, por fim, ela sugere enfaticamente que há nesse método (iii) potencial efetivamente transformador para que se trabalhe na construção de coalizões entre diferentes culturas, com benefícios indiscutíveis para as culturas envolvidas. E ainda destaca a interface fortemente empática para leitores, pois há como um “toque de vida” (2008, p. 551-52) na escrita que sensibiliza e pode atrair mais leitores do que a escrita acadêmica, caracterizada por rigor e precisão.

Mas também, conforme advertência de Chang (2008), não é possível adotar ingenuamente o método autoetnográfico, pois, além das vantagens acima apresentadas, o método guarda algumas armadilhas, que podem subverter o esforço de pesquisa. A autora destaca os cinco erros mais comuns, bastante fáceis de serem cometidos por desatenção do pesquisador, e que têm entre suas consequências possíveis o prejuízo ou mesmo a invalidação

do trabalho realizado. São eles: foco excessivo no eu, invisibilizando o outro da relação; demasiada ênfase na descrição, em detrimento do trabalho de análise e interpretação cultural; dependência exclusiva da memória pessoal; abandono de padrões éticos em outras autonarrativas; e, por fim, aplicação inadequada do nome autoetnografia.

Estivemos atentos às cinco armadilhas indicadas por Chang (2008), especialmente quanto ao terceiro item, que adverte contra a dependência exclusiva da memória autoetnografada. Nesse sentido, além de nossa memória pessoal, contamos com o trabalho de organização e sistematização do prof. De Leon (2003), que nos mostrou uma imensa possibilidade de tratamentos que podem ser enquadrados no modelo convivencial da comunidade terapêutica. O trabalho de base etnográfica desenvolvido pelo IPEA (2018) nos trouxe compreensões advindas de instituições de outras regiões brasileiras, já que nossa experiência de trabalho, e das visitas feitas, era sobre instituições da Região Sudeste brasileira. Já com relação às críticas sobre o tratamento, enriqueceram nossas memórias as investigações promovidas pelo CFP em parceria com outros órgãos públicos brasileiros.

Para formar um entendimento da realidade nacional a respeito do tratamento alternativo em comunidade terapêutica para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, realizamos, como dito em nossa Introdução, uma revisão bibliográfica narrativa – discutida no final da Seção 4 –, que nos evidenciou seu descompasso com a produção legislativa nacional, que, por sua vez, revela o interesse do Estado brasileiro em investir no método de tratamento da comunidade terapêutica. Isso a despeito das críticas feitas a essa entidade, em especial por sua abordagem intransigentemente proibicionista, o que, em nosso entendimento, torna bastante difícil uma compatibilização com o paradigma oposto, o psicossocial, que é a abordagem que orienta a saúde pública brasileira, notadamente em relação à saúde mental da população.

As críticas ao tratamento em comunidade terapêutica são feitas majoritariamente por profissionais da saúde, por docentes e por pesquisadores que questionam a abordagem proibicionista desenvolvida durante o período de segregação, pois, conforme evidenciado pelas investigações do CFP (2011; 2018; 2020), esse isolamento social propicia o desenvolvimento de uma cultura de afronta e desrespeito aos direitos dos segregados. A defesa desse tratamento no Brasil, conforme evidenciamos a seguir, tem sido feita majoritariamente por políticos, que criam as leis, mas não os mecanismos de avaliação desses tratamentos, e que também são responsáveis por distribuir as verbas. Além deles, há defensores entre os grupos religiosos das diferentes, e às vezes conflitantes, interpretações do

cristianismo no Brasil, e que são aqueles que comumente recebem as verbas e/ou incentivos públicos para administrar tais entidades.

Concluindo esta Seção 3, percebemos que faltam dados e informações na literatura nacional sobre o tratamento na comunidade terapêutica. Essa carência, parece-nos, pode ser equalizada se se tomar em consideração a proposta de Becker (2019), que veio à luz no ano de 1963, quando foi lançada a primeira edição de “*Outsiders: estudos de sociologia do desvio*”, sobre a importância de se estudar, conhecer e compreender, em seus próprios termos, a cultura desenvolvida pelos grupos que se situam às margens da vida social comum, a partir de trabalhos desenvolvidos sob o método etnográfico. No caso da presente tese, em que nos vimos impedidos de trabalhar com a investigação etnográfica por motivo de força maior, trabalhamos com a autoetnografia, sinteticamente apresentada aqui e desenvolvida logo adiante na Seção 4.

2. DIÁLOGOS SOCIOLÓGICOS

As mudanças e transformações econômicas, políticas e sociais, a partir das Revoluções Burguesas², engendraram a necessidade de novas disciplinas científicas para compreender e explicar as inéditas e crescentes complexidades nas modernas sociedades capitalistas da Europa e EUA ao longo dos séculos XVIII e XIX e nas primeiras décadas do século XX. O campo das Ciências Sociais surgiu da necessidade de compreender e explicar as relações internas e externas dessas sociedades. No âmbito externo, a Antropologia, por exemplo, foi beneficiada pela possibilidade de realização de estudos nas sociedades tribais nas Américas, na África e nas ilhas do Oceano Pacífico. No plano interno, sociedades como os EUA se viram às voltas com os fluxos migratórios que foram objeto de estudos sociológicos (COLLINS, 2009).

Particularmente nos EUA, como acima mencionamos, a convergência de imigrantes de diferentes regiões da Europa principalmente permitiu o desenvolvimento da tradição microinteracionista, que, muito embora não seja a única construção teórica da sociologia norte-americana, é, sem dúvida, sua contribuição mais original. Foi desenvolvida por docentes e pesquisadores ligados ao Departamento de Sociologia da Universidade de Chicago, primeiro departamento de sociologia criado naquele país. É que, com a Revolução Industrial, dois fenômenos ocorreram. O primeiro foi a elevação da produção, gerando riquezas em níveis nunca antes experimentados na história social, enquanto, em segundo lugar, um imenso fluxo migratório veio reunir diferentes culturas nos grandes centros urbanos norte-americanos, como a cidade de Chicago, dentre outras (COLLINS, 2009).

Esses fluxos migratórios engendraram nos grandes centros urbanos, como na mencionada cidade de Chicago, excelentes espaços para trabalhos de campo e de pesquisas empíricas. A chegada dos imigrantes desencadeou problemas práticos a serem estudados e respondidos politicamente, como aqueles ligados à integração social desses indivíduos, à permanência de valores e práticas das culturas de origem, às formas ritualísticas religiosas, etc., que propiciavam novos elementos para se compreenderem as interações entre esses agentes sociais. Essa heterogeneidade cultural permitiu que a sociologia se abrisse à utilização

² Trata-se dos movimentos sociopolíticos ocorridos entre 1640 e 1850, nos quais a sociedade aristocrática, caracterizada pela monarquia absolutista e pelos títulos de nobreza, foi transformada em uma sociedade capitalista dominada pela produção mercantil liberal. Os exemplos clássicos de revoluções burguesas são a Revolução Inglesa (1640/88) e a Revolução Francesa (1789), nas quais "os mecanismos políticos, jurídicos e ideológicos de ambas garantiam, à burguesia, o desenvolvimento das relações capitalistas de produção e o exercício da dominação social e da hegemonia política sobre os demais segmentos da sociedade contemporânea" (SANDRONI, 1999).

de novos métodos de investigação social, que dessem conta das novas demandas dos grandes centros urbanos, em que coletivos de diferentes culturas humanas passaram a conviver e a interagir sob um novo regramento social.

Nesta perspectiva, os estudos microinteracionistas nos permitiram compreender que dentro de um mesmo espaço social, como, por exemplo, na cidade, podem coexistir diferentes culturas que não apenas interagem entre si, mas criam também novas formas culturais desenvolvidas pelos agentes sociais em processos interativos. Em outras palavras, indivíduos, grupos e subgrupos sociais se adaptam às novas realidades socioculturais, mas podem conservar práticas e valores diferentes e até divergentes daqueles que são assumidos pela maioria na nova realidade. Aprofundando um pouco mais, notamos que é possível observar parte dessa representatividade de diversidade cultural nas instituições totais (GOFFMAN, 2001), como, por exemplo, na comunidade terapêutica, cujo tratamento congrega indivíduos de diferentes estratos socioculturais e é objeto desta investigação.

Assim, para a análise dos dados que foram obtidos por meio de revisão bibliográfica narrativa (BOGDAN; BIKLEN, 1994; GIL, 2017), e também para discutir a autoetnografia (CHANG, 2008), em que apresentamos os ambientes e as interações observadas, nos orientamos por um olhar sociológico, isto é, “um olhar propriamente sociológico que descreve, desmistifica e desconstrói para tentar, com maior ou menor êxito, compreender, bem como explicar, a realidade” (BERGERON, 2012, p. 44). Nesse sentido, buscamos contribuir com os estudos e investigações desenvolvidos no Brasil, para fins de compreender potencialidades e limites, e desmistificar o tratamento em comunidade terapêutica. A desconstrução é necessária, diante do cenário mundial e brasileiro, em que o consumo abusivo de álcool e/ou drogas está identificado como um dos principais responsáveis pela crise na saúde mundial (UNODC, 2020).

Também pretendemos que esta investigação vá além da simples crítica e/ou defesa da comunidade terapêutica. Nosso objetivo, antes, é explorar, descrever e explicar aspectos desse tipo de tratamento no Brasil. Pois constatamos que essa instituição total (GOFFMAN, 2001) vem recebendo, desde 2011, amplo incentivo de governos³ brasileiros, de diferentes perfis ideológicos. Nosso trabalho também evidencia um dado interessante: independentemente das

³

Ver: <<https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/>> acesso em jun de 2021; <<https://www.metropoles.com/brasil/politica-antidroga-comunidades-terapeuticas-receberam-quase-r-400-mi>>. Acesso em: jun. 2021; e <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/11/investimento-federal-em-comunidades-terapeuticas-sobe-95.shtml>>. Acesso em: jun. 2021.

críticas de pesquisadores e de denúncias das mídias, o modelo continua a ganhar força e sustentação jurídica, conforme evidenciamos em nossa investigação. Muito embora, como alguns trabalhos da academia brasileira apontam, haja massiva falta de informações práticas e funcionais sobre a operacionalização da comunidade terapêutica brasileira.

Nossa contribuição também conta com uma posição privilegiada de observação empírica sobre o tratamento, pois, do segundo semestre de 2004 ao primeiro semestre de 2010, convivemos e observamos, de forma não estruturada ainda, as convivências entre residentes e monitores solteiros, enquanto ministrávamos as aulas de reforço do programa Telecurso 2000, das disciplinas de Ciências Humanas e suas Tecnologias. A experiência de trabalho docente permitiu-nos criar um pano de fundo cultural para compreender, explorar, descrever, explicar e analisar os dados coletados em nossa revisão bibliográfica narrativa. Traçamos, então, algumas relações a partir da experiência, tanto no plano teórico quanto no prático, para fins de contribuir com conhecimentos qualificados sobre o tratamento que essa instituição total (GOFFMAN, 2001) oferece.

Orientamo-nos pela perspectiva de que qualquer instituição é limitada ou potencializada pelos grupos, subgrupos e indivíduos que compõem dada sociedade ou grupo social no tempo e no espaço. Assim, entendemos que a comunidade terapêutica, como instituição social que é (DURKHEIM, 2007), orienta suas ações de acordo com os valores e os interesses desses indivíduos e grupos que a coordenam. Nesse sentido, compreendemos que, mais profícua socialmente do que a busca filosófica à “comunidade terapêutica essencial” (DE LEON, 2003, p. 13-36), é desenvolver análises científicas que possibilitem desvelar o tratamento e a cultura de uma comunidade terapêutica, já que ela própria, como modelo e/ou método, e de forma análoga aos indivíduos que nela se internam ou que atuam profissionalmente, também deve estar apta à autocrítica e a se adaptar às exigências sociais.

2.1 A SOCIOLOGIA DO DESVIO

Nem todo desvio é crime, mas todo crime é um desvio, e crime é uma conduta tipificada em lei e com consequências penais. O desvio refere-se a um rol bem maior e mais amplo de comportamentos e condutas que têm consequências sociais e eventualmente penais, como na contravenção, por exemplo. Desvio é a não conformidade às normas aceitas pela maior parte dos indivíduos em uma sociedade (GIDDENS, 2005). A sociologia dedica atenção a ambos, com as disciplinas de Criminologia e de Sociologia do Desvio. Mas a Sociologia do Desvio não é isenta de ambiguidades, antes, ela é tida por alguns como uma

disciplina de baixa coerência em seu conjunto geral, constituída por uma grande coleção de trabalhos e versões relativamente independentes entre si, mas produzidos dentro do campo de estudos sociológicos (DOWNES; ROCK, 1988).

Downes e Rock (1988) apontam que é a partir do século XVI, com o início da modernidade, das navegações e da expansão capitalista, que se dá a emergência de um tipo de informativo ou relatório sobre as formas inferiores de vida. Havia interesse social em compreender do modo mais detalhado possível como eram as dinâmicas de funcionamento do submundo. Não eram trabalhos com elaborações complexas e aprofundadas; antes, eram descrições bastante genéricas e, não raras vezes, ingênuas, sobre prostitutas, ladrões, mendigos, bebedores contumazes e desajustados sociais em geral. Trabalhos que buscavam entender os modos de organização e as formas de desenvolvimento das carreiras e trajetórias criminosas, bem como das técnicas para enganar incautos e das relações desses criminosos com suas vítimas (DOWNES; ROCK, 1988).

Os informes e relatórios se inseriram em um mundo social que era motivado pela explicação religiosa e propício às tentativas de reforma moral de filósofos e reformadores sociais. Não se tratava de compreender o crime e o desvio como problema sociopolítico, mas de inseri-lo em um universo de problemas a serem resolvidos pelos mecanismos de controle social do Estado, com o apoio social oferecido pela religião. Contudo, a partir da sociologia de Durkheim (2007), surge a perspectiva de que o crime e o desvio não são incidentes sociais, mas, antes, necessários à vida nas modernas sociedades industriais, tendo duas funções socialmente significativas. Em primeiro lugar, a de introduzir novas ideias e desafios à vida social. Em segundo, manter limites e fronteiras entre o que a sociedade define moralmente como certo e errado em momentos específicos de sua história social (DURKHEIM, 2007).

Partindo da perspectiva funcionalista inaugurada por Èmile Durkheim (1858-1917), o sociólogo estadunidense Robert King Merton (1910-2003) entendeu o desvio como resposta possível nas situações de fragilização que contingentes de indivíduos se encontravam nas modernas sociedades capitalistas. Ele categorizou esses indivíduos da seguinte forma: *conformistas*, estão de acordo com os valores sociais e com os meios convencionais impostos à sociedade; *inovadores*, os que aceitam os valores, mas não os meios; *ritualistas*, os que vivem em conformidade com os valores e os meios de impô-los socialmente; *retirados*, os que não aceitam nem os valores, nem os meios de validá-los coletivamente; e, por fim, *rebeldes*, que rejeitam tanto os valores como os meios, e tentam substituí-los por outros valores (MERTON, 1970).

Merton (1970) estava focado na questão da desigualdade social, que causava a perda da força socializadora do meio para os indivíduos, ficando prejudicada a efetivação da coerção social, que é o que garante a manutenção de uma ordem social qualquer. Essa perda propiciava aos indivíduos a adoção de comportamentos que colidiam com a ordem social, em seus ambientes sociais. Merton identificou que os membros de grupos sociais que se encontravam em situação de precariedade social se viam às voltas com sentimentos de frustração e alienação em seu próprio mundo social, o que os induzia a ações criminosas como furtos, roubos, etc. Nesse sentido, a existência de valores contraditórios em uma estrutura social desigual constitui estímulo à prática de crimes e/ou desvios sociais (MERTON, 1970; BERGERON, 2012).

Merton (1970) manteve-se coerente com a perspectiva de análise da teoria funcionalista que orientou seus trabalhos. Contudo, sociólogos ligados ao departamento de sociologia da Universidade de Chicago desenvolveram uma teoria sociológica especificamente norte-americana: a abordagem microinteracionista. Esses autores colocaram em questão a percepção mertoniana de que as sociedades criavam normas coletivas uniformes e que os indivíduos iriam querer e fazer delas suas próprias regras de vida. Para os interacionistas, o atomismo de Merton não lhe permitiu perceber que os indivíduos ocupam determinados espaços sociais, e nesses espaços interiorizam normatizações diversas, que não raro são conflitantes e/ou contrárias às regras seguidas pela maioria da coletividade social (COLLINS, 2012; BERGERON, 2012).

2.2 A TEORIA DA ROTULAÇÃO SOCIAL

Mesmo havendo normas coletivamente vinculantes na estruturação das relações sociais, essas normatizações não são únicas. Em uma sociedade convivem grupos sociais que adotam e criam para si regulamentação distinta. E isso faz diferença quando se estuda a Sociologia do Desvio, conforme destacado no trabalho de Howard Saul Becker (1929-). Pianista profissional [jazz] e sociólogo, Becker estudou com o sociólogo Everett C. Hughes (1897-1983), conhecido por investigar relações étnicas, de trabalho e ocupações, e também a metodologia do trabalho de campo, com abordagem inovadora. As contribuições de Hughes foram assumidas e ampliadas no trabalho de Becker (2019), que passou então a se dedicar mais aos estudos e investigações sociológicas do que propriamente à atividade musical (BECKER, 2019; BERGERON, 2012).

Ele desenvolveu uma abordagem que se tornou um divisor de águas nos estudos em Sociologia do Desvio ao incorporar a premissa de inversão do eixo de análises sociológicas sobre normas sociais. E também por derrubar premissas do senso comum sobre o consumo de drogas psicoativas, ao evidenciar os estreitos limites das teorias etiológicas e da predisposição biológica e/ou psicológica para explicar o consumo. Ele não apenas renovou a abordagem da Sociologia do Desvio como demonstrou que o problema do consumo abusivo de álcool e/ou drogas são formas particulares de desvio social, e só faz sentido serem estudadas se forem respeitadas suas características e regras próprias (BECKER, 2019). Nos parágrafos a seguir sintetizamos nossa leitura da Teoria da Rotulação Social.

Primeiro, ele substituiu as bases estatísticas sobre os estudos em Sociologia do Desvio pelo estudo etnográfico. Fez isso para entender os significados e compreensões que os próprios agentes atribuíam às suas ações. A estatística propiciava planejamento, coleta e organização dos dados, processamento, análise, interpretação e visualização das informações, mas não evidenciava as compreensões dos indivíduos. As técnicas descritivas tornavam possível entender a evolução, o comportamento ou mesmo a dinâmica populacional de uma região ou grupo social (BECKER, 2019). Ele demonstrou a importância da compreensão e da análise interpretativa dos significados culturais que os indivíduos negociam entre si nas interações sociais. Ao enfatizar o estudo de significados e compreensões, ele trouxe novo vigor à abordagem microinteracionista (COLLINS, 2009).

Com relação a esse primeiro ponto, ao explorar os significados e compreensões envolvidos nesses ambientes de tratamento alternativo denominados de comunidade terapêutica, pudemos observar seus sistemas de crenças, seus valores e as regras deles decorrentes, da organização de seus sistemas de gestão de conflitos, de distribuição de privilégios e custos sociais das transgressões que eventualmente possam ser cometidas na vida coletiva. Esta perspectiva teórica (BECKER, 2019) permitiu-nos aprofundar nossa compreensão e entendimento sobre o mundo cultural dessa instituição total, e também desvelar os mecanismos de controle e disciplinamento das relações que se processam em seu interior. Em outras palavras, a abordagem de Becker (2019) permitiu-nos compreender certas minúcias que são próprias à cultura desses tratamentos alternativos.

O segundo ponto é que Becker (2019) logrou superar, com qualidade, as etnografias locais ao documentar similaridades essenciais no desenvolvimento de mecanismos de orientação de relações sociais que até então eram tratadas como distintas. Ele evidenciou que aquilo que era tratado, muitas vezes, como diferente era também similar sob outros aspectos, e isso trouxe maior precisão e coerência às investigações sociológicas. Trata-se de processos

que envolvem estabelecer fronteiras entre práticas difíceis de distinguir sociologicamente de um lado e, de outro, encontrar as profissões particulares que mantêm esses limites, assim como algumas maneiras pelas quais esses agentes são socializados em seus mundos particulares, com as cerimônias que produzem a adesão, e como o interior se comunica com o exterior nesses grupos organizados (BECKER, 2019).

Este segundo aspecto do trabalho de Becker (2019) é particularmente importante nesta investigação. Percebemos que o tratamento nesse tipo particular de instituição total (GOFFMAN, 2001) que é a comunidade terapêutica se organiza sob pressupostos da moral religiosa cristã e tem ânimo proselitista. Esses pressupostos ou saberes são transmitidos por meio de discursos, rituais e práticas durante o período de tratamento/internação, que pode se estender por até 12 meses. Compreender como esse mundo interior da entidade se comunica entre si, e como se comunica com o mundo exterior à comunidade terapêutica, quais são suas crenças, seus saberes, seus objetivos em relação aos internos e as responsabilidades com a sua crença, permitiu-nos entender melhor nosso objeto de investigação, que é o tratamento alternativo oferecido pela comunidade terapêutica brasileira.

Um terceiro ponto que o trabalho de Becker evidenciou é que, ao acumular investigações empíricas locais, torna-se possível realizar pesquisas baseadas em indução analítica, que é um recurso que atua como estratégia interpretativa quando se procuram explicações que podem ser ampliadas para outras questões ou problemas sociais. É possível compreender quais hipóteses podem encontrar respostas, assim como em quais dados e informações produzidas durante um trabalho investigativo se poderá buscar respostas que possam ser ampliadas à compreensão de outros problemas. Assim, um estudo sobre fenômenos sociais pode ajudar a entender a presença de mecanismos e processos em circunstâncias diferentes, com isso ampliando as possibilidades de explicações sociológicas pertinentes (BECKER, 2019).

Esse terceiro aspecto dialoga com nossa intenção inicial de investigação, pois foi a partir de Becker (2019) que decidimos desenvolver uma investigação etnográfica em diferentes entidades para compreender o tratamento em comunidade terapêutica. Como evidenciado nesta tese, no Brasil há uma preocupante falta de informação sobre a dinâmica do tratamento na instituição comunidade terapêutica. E essa falta pode ser compensada pela produção e o desenvolvimento de trabalhos investigativos baseados na metodologia etnográfica, como, por exemplo, o estudo preparado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017) e que apresentamos na Seção 4. Como esclarecemos adiante,

circunstâncias de força maior nos obrigaram a substituir a investigação etnográfica por um trabalho autoetnográfico (CHANG, 2008).

Por fim, o quarto ponto é aquele em que Becker mostra que o ciclo de vida restringe a criatividade da ação, e que essa restrição pode ser explicada a partir das origens sociais dos indivíduos e/ou grupos que estejam sob foco de estudos no campo da Sociologia do Desvio. Nesse esforço, Becker (2019) desenvolveu importantes conceitos, como o de cultura latente, que é aquela que existe no corpo social de forma incompleta e precária. Isso é o que permite a existência de outras formas de ser, estar e viver em uma sociedade, que permite entender melhor o que é o desvio social. Também, o conceito de “compromisso”, com o qual ele evidencia até que ponto um ser humano adulto, socializado em um mundo particular, adquire recursos e convenções que condicionam suas possibilidades e motivações à ação, em seu mundo social (BECKER, 2019).

Estamos cientes de que o consumo abusivo de álcool e/ou drogas é um problema que atinge todos os estratos sociais indiscriminadamente. Mas tende a produzir seus piores efeitos nas classes desprovidas de recursos, que já possuem limitado ou nenhum acesso a recursos sociais como educação, trabalho, lazer e formação técnica, profissional e cultural. Esse quarto ponto que enfatizamos na teoria de Becker (2019) nos foi útil à medida que nos propiciou compreender melhor tais indivíduos, os consumidores abusivos pobres, que constituem a significativa maioria dos coletivos de residentes em tratamento. Permitiu-nos ainda entender que, para além da estigmatização, são sujeitos de direitos e de deveres sociais. Nesse sentido, compreender seus desejos e suas aspirações e objetivos é efetivar melhores chances de qualquer tipo de tratamento obter sucesso.

É necessário esclarecer um ponto. Ao longo deste texto nos referimos aos indivíduos em situação – temporária ou não – de descontrole no consumo de substância(s) psicoativa(s) de preferência como *consumidores abusivos de álcool e/ou drogas*, mas é preciso ter em conta que essa expressão uniformiza e classifica indivíduos constituídos por diferentes singularidades ligadas a seu ambiente de origem, às relações familiares e sociais, acesso a bens e recursos sociais, etc. Não se trata, portanto, de uma massa homogênea de indivíduos. Antes, trata-se, sim, de trajetórias pessoais, de acúmulo de experiências e vivências que engendram habilidades socioemocionais, compreensões de mundo que forjam laços de solidariedade e fidelidades, que reorientam vínculos sociais significativos. Efetivamente ficam invisibilizados quaisquer recursos de que possam dispor essa massa de seres humanos.

Ao serem classificados de forma artificialmente homogênea como ‘consumidores abusivos de álcool e/ou drogas’, dentre outros fatores, há uma invisibilização dos recursos que

eventualmente existam ou possam ser criados/mobilizados junto ao grupo familiar, tanto nuclear quanto extenso. Assim como também são ignoradas as múltiplas e variadas teias de relações sociais anteriores à própria situação de consumo descontrolado e que constituem potenciais recursos para superação de crises pessoais. É preciso lembrar que a falta de controle pode ser reflexo de um quadro temporário de crise ligado às demais instâncias da vida social do indivíduo. Ao ocorrer a invisibilização das singularidades, o tratamento em comunidade terapêutica induz a uma perda da conexão com o mundo social de origem dos indivíduos. O mundo do tratamento comunitário só existe dentro das chácaras e sítios!

A Teoria da Rotulação Social adota como pressuposto fundamental que as noções de crime e de criminoso são construídas socialmente, a partir da definição legal e das ações de instâncias de controle social sobre o comportamento dos indivíduos na vida social. Nesse sentido, o indivíduo não nasce criminoso, como se esta fosse uma propriedade inerente a ele, mas pode ser rotulado enquanto tal por quem tem poder para criar e estabelecer normatizações, assim como para estabelecer definições sobre o que a sociedade entende como crime e quem são os praticantes, os criminosos ou transgressores das regras comuns. O comportamento desviante não é propriedade particular de indivíduos ou grupos, mas daqueles que têm poder para criar, estabelecer e impor sobre a coletividade as regras que lhes permita rotular comportamentos como desviantes (BECKER, 2019).

Adotamos a abordagem de Becker (2019) por dois motivos. Primeiramente, pela perspectiva metodológica da utilização de trabalhos etnográficos para constituir um volume de conhecimento qualificado sobre temáticas sociais complexas. Para esse autor (2019), há um universo de significados que possuem sentido próprio para determinados grupos sociais, que se traduzem nas formas pelas quais regulam suas relações e interações. São grupos cuja principal característica é a de se situarem às margens do regramento social aceito e reproduzido pela maior parte do corpo social. Em segundo, ao analisarmos os três pilares do tratamento – disciplina, trabalho e espiritualidade – à luz da experiência autoetnográfica que apresentamos na Seção 5, percebemos a importância dada à disciplina, traduzida pelo cumprimento das regras e pela forte ênfase no cumprimento dos horários de atividades.

Aclaramos a questão da autoetnografia, que foi desenvolvida a partir de nossa interpretação de Chang (2008). A orientação de Becker (2019) é pelo desenvolvimento de investigações de abordagem etnográfica, em que o pesquisador mergulha na cultura do grupo estudado, observa-o, compreende seu universo autoexplicativo e explicita seus próprios pressupostos em diálogo com os dados coletados. Mas isso não nos foi possível, por motivos de força maior, que no Direito brasileiro significa fatos imprevisíveis, ou de difícil previsão,

que não podem ser evitados e que, além disso, provocam consequências ou efeitos negativos para outras pessoas. Chamamos de força maior a pandemia de coronavírus – Covid-19 – iniciada em 2020, e ainda em curso, que foi o fator impeditivo para a realização de estudos etnográficos.

Por outro lado, entendemos que o campo das Ciências Sociais possui um arcabouço de ferramentas para o trabalho investigativo que é suficientemente autônomo para responder às demandas próprias do campo. Munidos dessa perspectiva, e cientes de que a indicação de Becker (2019) sobre as etnografias seria inviável neste momento para nós, optamos pelo trabalho autoetnográfico, conforme explicitamos na Seção 3 a seguir. Essa alternativa metodológica atende ao propósito de desenvolver um olhar sociológico (BERGERON, 2012) sobre esse objeto, o tratamento em comunidade terapêutica, permitindo assim ampliar os conhecimentos existentes no campo das Ciências Sociais, que, conforme aponta Simões (2008), possui uma tradição de estudos sobre o álcool e suas consequências sociais, mas não sobre as drogas e seus tratamentos.

3. CARACTERIZANDO A COMUNIDADE TERAPÊUTICA

3.1 PROIBICIONISMO: O PARADIGMA QUE EMBASA A COMUNIDADE TERAPÊUTICA BRASILEIRA

A política criminalizadora de condutas relacionadas à produção, à distribuição e ao consumo de determinadas substâncias psicoativas e matérias-primas para sua produção, ocultando a identidade essencial em todas as substâncias psicoativas e a artificialidade da distinção entre drogas lícitas e ilícitas, é, hoje, a mais organizada, mais sistemática, mais estruturada, mais ampla e mais danosa forma de manifestação do proibicionismo em nível mundial (KARAM, 2009, p. 1 *apud* BARROS; PERES, 2011, p. s.n).

Antes de desenvolvermos a caracterização da instituição total (GOFFMAN, 2011) comunidade terapêutica (DE LEON, 2003; IPEA; 2017; CFP, 2011; 2018; 2020) no mundo e no Brasil, é importante analisarmos seu pressuposto fundante, que é indissociável do modelo: o proibicionismo. Conceituamos o proibicionismo como um postulado moral não orientado por conhecimento científico, com origens na moral religiosas, que se impõe às práticas sociais como regimes de proibição/interdição ou de regulação. Imposição feita tanto por meio de pressão sobre os usos e costumes sociais quanto, e principalmente, na forma de legislações sistemáticas ou conjuntos de leis esparsas que discricionariamente classificam algumas substâncias *in natura* ou manipuladas em laboratórios – cujos principais efeitos sejam as diferentes formas de alteração possível da percepção e do humor – como inimigas sociais.

Exemplo histórico de proibicionismo foi a Lei Seca (*Prohibition*) nos EUA entre os anos de 1920 e 1933, que interditou tanto a fabricação quanto o transporte e a venda de bebidas alcoólicas no país, numa tentativa de eliminar ou reduzir drasticamente o consumo. A legislação foi decorrente de pressões de grupos sociais como, por exemplo, a Liga Anti-Saloon, dentre outros, que promoveram forte mobilização social e engendraram uma coalizão religiosa para aprovar leis tanto em nível municipal quanto em níveis estadual e federal. Posteriormente, ela forneceu quadros e estruturas para a política de guerra total às drogas que os EUA promovem desde o século XX. Essa política de proibições propiciou a emergência e a organização do tráfico internacional de drogas e a multiplicação de casos de corrupção política e policial (ESCOHOTADO, 1990; FIORE, 2006; 2020).

Do ponto de vista da legislação internacional, o proibicionismo se expressa nas três convenções da ONU, complementarmente: Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961 (atualizada em 1972); Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971, e Convenção Contra

o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, a Convenção de Viena. Contudo, nas primeiras décadas do século XXI, alguns países como os EUA, o Canadá e o Uruguai, dentre outros Estados nacionais, passaram a reorientar suas políticas sobre drogas por outro paradigma, que é o da *redução de danos*, tema que não discutiremos neste texto por fugir a nossos objetivos. O proibicionismo que nos interessa considerar neste trabalho é o proibicionismo brasileiro, dado que ele tem sua própria trajetória, além de ser também etnicamente orientado.

Desenvolvemos algumas considerações a respeito do proibicionismo no Brasil, com um olhar às legislações, pois é nesse âmbito legal que se processam os efeitos práticos do regime de proibições. Apontamos também para o cânhamo, vulgarmente chamado de maconha, que é para nós um exemplo da discriminação por fatores étnico/raciais⁴ presente na história social brasileira desde seu nascimento. O cânhamo tem ligação indissociável com o Brasil, é anterior à escravidão, pois, antes de escravos das diferentes etnias africanas, o cânhamo chegou na forma de matéria-prima dos conjuntos de cordames e velas que eram equipagens fundamentais para as naus que fizeram as travessias do Oceano Atlântico. Posteriormente, com as levas de seres humanos escravizados, ficaram conhecidos outros usos para o cânhamo (BARROS; PERES, 2011; CARLINI, 2006).

Sinteticamente, as funções não-econômicas, ou ritualístico-recreativas, têm suas primeiras aparições no ano de 1549, trazidas amarradas em bonecas de pano; já em 1563, há literatura informando sobre alguns de seus efeitos. Nesse sentido, tratava-se de uma prática social inserida no conjunto de ações, de encaminhamentos, de modo de ser e viver, que regiam essas formas de vida social naqueles primeiros núcleos de povoamento e exploração, sob regime de escravidão. Em seu artigo de revisão de literatura sobre a maconha, Carlini (2006) aponta que, em relação ao uso econômico, nas últimas décadas do século XVII, o governo português ordenou uma significativa área, nos termos da época, destinada ao cultivo do cânhamo, para fins de utilização comercial. Paralelamente difundia-se o consumo tanto fumado como na forma de chás (BARROS; PERES, 2011; CARLINI, 2006).

A disseminação do consumo entre as camadas populares engendrou a discriminação racial, uma vez que se tratava de prática social dessas camadas escravizadas e nascidas da e para a exploração econômica. A proibição, inclusive, não se concentrou apenas no consumo

⁴ Fiore (2006; 2020) aponta que nos EUA, quando da emergência da proibição da maconha em 1937, com a promulgação e implementação do *Marihuana Tax Act of 1937*, havia forte discriminação da maconha por esta estar associada às populações mexicanas diretamente e, também, às da América Central. Existia ainda os interesses econômicos ligados à indústria têxtil e a outros setores da economia norte-americana, que não abordamos nesta tese por fugirem a nossos objetivos de trabalho.

da maconha fumada e/ou em chás e beberagens, houve interdição de outras formas de recreação que pudessem distrair do trabalho e da produção, como as rodas de samba e outros folguedos populares com que essas populações buscavam descarregar suas angústias, dores e frustrações, assim como encontrar eventuais prazeres (BARROS; PERES, 2011; CARLINI, 2006). Desta forma são estabelecidas condições históricas que relacionaram o consumo de maconha às etnias africanas escravizadas e, obviamente, aos pobres nascidos da miscigenação que caracteriza a população e a cultura do Brasil⁵.

É assim que, em 1830, o Brasil Império trouxe uma experiência pioneira de proibição da maconha, proibição determinada em função da associação do consumo de maconha com as diferentes etnias africanas. Obviamente, nesse contexto histórico, o consumo já estava associado aos demais estratos de explorados na mentalidade das elites e dos governantes brasileiros. Muito embora essa fosse uma legislação local, deve-se considerar que o Rio de Janeiro, à época, concentrava a maior população de escravos da América Latina (BARROS; PERES, 2011). Além disso, a legislação em questão reservava pena mais severa para quem consumia a maconha e pena mais leve para quem produzia e traficava o cânhamo. Isso se devia ao fato de que os consumidores do produto eram escravos e pobres, enquanto o tráfico era promovido pelos brancos. Os textos legais diziam:

Art. 60 Se o réo fôr escravo, e incorrer em pena que não seja a capital ou de galés, será condemnado na de açoutes, e, depois de os soffrer, será entregue a seu senhor, que se obrigará trazê-lo com um ferro pelo tempo e maneira que o juiz o designar. O número de açoutes será fixado na sentença; e o escravo não poderá levar por dia mais de conçoenta (BARROS; PERES, 2011, np).

É proibida a venda e o uso do pito do pango, bem como a conservação dele em casas públicas. Os contraventores serão multados, a saber: o vendedor em 20\$000, e os escravos e mais pessoas, que dele usarem, em três dias de cadeia (MOTT in HENMAN; PESSOA JR., 1986 *apud* BARROS; PERES, 2011, np).

A maconha era produzida e consumida pelos coletivos de escravos e indígenas, como parte dos elementos de sua cultura, e as autoridades, assim como a elite branca, não tinham interesse, exceção feita à classe médica, que via nela uma substância útil ao enfrentamento de asma, insônia e outros problemas de saúde. Inclusive: *Pouco se cuidava então desse uso, dado*

⁵ A propósito de como a maconha era vista em seu ambiente familiar, em meados da década de 1970, o pai do autor desta tese lhe contou que o lança-perfume era comum nos bailes de Carnaval dos dois clubes sociais da cidade de Dom Pedrito (RS), ao longo das décadas de 1940 e 1950. E a maconha, até a década de 1960, era considerada como droga das vilas, morros e portos. É a partir dos anos 60 que seu consumo se popularizou na classe média urbana.

estar mais restrito às camadas socioeconômicas menos favorecidas, não chamando a atenção da classe dominante branca (CARLINI, 2006, np). Situação que começa a mudar a partir da promulgação do Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921⁶, que inaugura legalmente no país a adoção do proibicionismo de base moral/reformadora traduzido em mecanismo legal e legítimo de imposição de condutas e comportamentos e como controle legal sobre a produção, o trânsito e o consumo de determinadas substâncias psicoativas.

Posteriormente, durante o Estado Novo, com a promulgação do Decreto-lei nº 891, de novembro de 1938, estabelece-se a mentalidade proibicionista sustentada naquilo que Fiore (2006; 2012; 2020) chama de *discurso médico-jurídico* e começa forte perseguição, perspectiva determinante no Código Penal outorgado ao Brasil no início da década de 1940. Entre leis esparsas e perseguição tanto ao traficante quanto ao consumidor, e sem diferenciar consumo de consumo abusivo, passam-se três décadas, até que no ano de 1976 surge a primeira legislação específica para a questão das drogas no Brasil – a Lei nº 6.368/1976. Essa legislação nasceu sob inspiração da guerra às drogas inaugurada por Richard Nixon (1969-1974), quando presidente dos EUA, e no contexto local de uma violenta ditadura militar, iniciada em 1964 e só finda em 1985.

Em 2001, sob influência da Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, também chamada de Convenção de Viena, o Brasil esboça um primeiro movimento de democratização, com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como a Lei Antimanicomial. O paradigma psicossocial passa a orientar a saúde pública brasileira, notadamente no que diz respeito à saúde mental. Nesse contexto histórico, dá-se a emergência da Lei nº 11.343/2006 como Política Nacional sobre Drogas do Brasil, considerada a legislação mais humanizada no país para tratar a temática das drogas psicoativas. Inclusive, pela primeira vez, o consumo é diferenciado do consumo abusivo, assim como suprimiu-se a pena de perda da liberdade para consumidores. Mas essa legislação também se tornou o algoz da pobreza antes de ser substituída.

O Artigo 28 da Lei 11.343/2011 trouxe consigo a separação entre consumidor e vendedor, excluindo o primeiro da possibilidade de ter sua liberdade suprimida por posse e consumo. As penas para o tráfico foram majoradas, e esperava-se, assim, uma evolução no trato público para com o problema das drogas no Brasil. Mas isso trouxe também um aprofundamento da guerra social contra as juventudes negras, pobres, periféricas e de baixa

⁶ O Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, era portador do mesmo caráter proibicionista, mas, como tratava especificamente da questão do ópio, apenas o mencionamos como nota de rodapé, visto que estamos nos referindo à maconha ou cânhamo.

escolaridade no Brasil, ampliando assustadoramente a população carcerária brasileira⁷. Na prática, em 2005, ainda sob vigência da rigorosa Lei nº 6368/1976, havia no Brasil 32.880 pessoas presas por crimes relacionados às drogas, ou 13% da população carcerária, tanto masculina como feminina. Em 2013, sob vigência da moderna Lei nº 11.343/2006, esse número subiu para 146.276, ou 27,2% da população carcerária nacional (CAMPOS, 2019).

A principal crítica feita a essa legislação consiste justamente no fato de deixar a interpretação do referido Artigo 28 aberto à interpretação dos agentes policiais – se a/o agente preso era consumidor ou traficante –, quando da abertura e preenchimento do Boletim de Ocorrência (BO). Este era um poder discricionário da autoridade policial ou dos membros do poder judiciário, que ficavam responsáveis por orientar essas análises e decisões com base no conhecimento preexistente sobre esses sujeitos, por experiências anteriores de detenção ou mesmo de prisão por posse, consumo ou pequenas vendas. Situação que contribuiu para o atual excesso de população carcerária por crimes ligados às drogas. Em 2019, o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias apontou uma população de mais de 770 mil presos, dos quais 163,2 mil são incidências por de tráfico de drogas⁸.

As legislações brasileiras tratam a maconha nos mesmos termos jurídicos que as demais drogas, como a cocaína, crack, *ecstasy*, LSD, etc. Logo, ao evidenciar a legislação, estamos mencionando a mesma abordagem jurídica que iguala todas as substâncias psicoativas objetos de interdição em uma classificação única: proibida! Nesse sentido, quando a comunidade terapêutica adota o paradigma proibicionista, assume toda uma tradição de interdições e proibições com forte presença de preconceitos étnicos/raciais, que nem mesmo leva em consideração as diferenças entre propriedades químicas das substâncias que interdita ou coloca sob regime de proibição e/ou regulação. A expressão “comunidade terapêutica” não esconde as práticas que se assemelham ao modelo manicomial, conforme evidenciamos a seguir nesta seção e também na próxima.

3.2 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO INSTITUIÇÃO SOCIAL

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a expressão substâncias psicoativas, psicoativos ou apenas ‘drogas’ referem-se a qualquer produto encontrado *in*

⁷ Fenômeno que, inclusive, foi destaque em publicação internacional especializada. Ver: <<https://www.hrw.org/pt/world-report/2017/country-chapters/298092>>. Acesso em: maio 2022.

⁸ Ver: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-06/lei-de-drogas-tem-impulsionado-encarceramento-no-brasil>>. Acesso em: maio 2022.

natura ou a partir dela sintetizado, desenvolvido e produzido em laboratórios, e que, uma vez introduzido em um organismo humano por qualquer via de administração, produz temporariamente alterações no funcionamento do sistema nervoso central (SNC), percepções, humor e reações sobre a experiência vivida. O consumo de algumas delas é suscetível de criar dependência em nível psicológico e/ou físico, a chamada “toxicodependência” (BERGERON, 2012, p. 7-11), e se constitui como um dos principais problemas de saúde pública mundial (OMS, 2004; UNODOC, 2020). Neste trabalho, optamos por utilizar a expressão *álcool e/ou drogas* (BRASIL, 2015) para fins de padronização do texto.

Desde as primeiras décadas do século XX, certas substâncias psicoativas ou drogas passaram a ser tratadas como problema social ligado à segurança e ordem públicas. Os estados começaram então a adotar políticas de segurança fortemente repressivas em relação à produção, ao comércio e ao consumo de drogas como cocaína, LSD, *ecstasy*, etc. Mas a proibição não resolveu o problema, e o crescimento do consumo de drogas gerou um grave problema de saúde pública, com uma crescente e nunca atendida demanda por tratamentos. Dadas as dimensões do problema das drogas, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, 2020), que elabora e divulga anualmente o Relatório Mundial sobre Drogas, com as dimensões do problema das drogas e consumos entre seus mais de 190 Estados-membros.

Em 2020, o Relatório apontou que 269 milhões de pessoas haviam consumido drogas psicoativas em 2018, dado este que evidenciou um crescimento do consumo de cerca 30% quando comparado com os dados relativos ao decênio anterior (UNODC, 2020). Trata-se, assim, de um problema que envolve demandas e sobrecarga para o sistema de saúde pública, e também de segurança pública, ao promover o aumento das taxas de crimes e contravenções que comprometem efetivamente o próprio funcionamento do Estado, dado o aumento de casos de corrupção e impunidade (MISSE, 2011). Essa situação projeta efeitos diretos e indiretos nos sistemas sociais em geral, criando uma contínua e crescente ampliação de demanda por ação do Estado e da sociedade.

Essas demandas sociais têm sido respondidas em muitos países por meio de parcerias e convênios público/privado, considerando que o consumo abusivo de álcool e/ou drogas é um problema social complexo, para o qual é necessária articulação das forças sociais para seu enfrentamento, com parcerias entre diferentes setores na busca de soluções viáveis. Como exemplo, citamos a legislação brasileira atinente às parcerias em saúde pública e privada, em que são mantidos as diretrizes e os princípios technoassistenciais do serviço público como universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação,

autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (BRASIL, 1988; 1990), e de forma responsiva e vinculante também em relação ao setor privado.

Tais parcerias são necessárias principalmente quando consideramos que, nesse universo de 269 milhões de consumidores (UNODC, 2020), a OMS informa que mais de 35 milhões sofrem de transtornos associados ao consumo abusivo de drogas psicoativas. Assim, é importante distinguir entre o consumo e o consumo abusivo dessas substâncias, pois, ao não diferenciar os tipos de consumo em problemático e não problemático, propicia-se o desenvolvimento de políticas públicas imprecisas ou distanciadas da necessidade social. A indiferenciação também pode levar ao péssimo uso de recursos e equipamentos públicos no enfrentamento ao problema de saúde e de segurança pública. A questão das drogas é mundial, mas se manifesta de acordo com as condições gerais de cada sociedade, sendo que os mais atingidos são sempre os grupos economicamente mais frágeis.

De acordo com o Relatório (UNODC, 2020), o que é chamado de consumo de drogas corresponde a 87% dos modos de usos, já o consumo abusivo, que é o que gera crescente demanda nos sistemas de saúde, corresponde a 13% dos usuários. Esse percentual é que sobrecarrega o sistema de saúde pública e amplia a demanda por vagas para fins de tratamento. Se a distinção entre consumo e consumo abusivo não for clara, corre-se o risco de fomentar um alarmismo ideológico que, no caso brasileiro, por exemplo, levou o atual governo (2018-2022) a questionar o trabalho investigativo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), gerando um conflito público e aberto entre o governo federal e a Fundação. Evidencia-se, assim, que, aparentemente, no Brasil não há muito diálogo entre academia e política sobre esse assunto.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) evidenciou que cerca de dois milhões de brasileiros consumiram *crack* pelo menos uma vez na vida. Desses dois milhões, um em cada cem havia consumido *crack* nos últimos doze meses anteriores à pesquisa. O estudo estimou ainda que pelo menos um terço dos usuários reside nos estados federados que compõem a Região Sudeste brasileira, com uma população estimada de 160 mil usuários no Estado de São Paulo (LENAD, 2012). O Brasil está entre os países com as maiores taxas de consumo abusivo de álcool e/ou drogas do planeta, e de problemas sociais e de saúde pública ligados a esse consumo (LENAD, 2012). Assim, não é possível desconsiderar que, sim, o *crack* é um sério problema no Brasil (LENAD, 2012).

[Para o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas, que, conforme mencionamos anteriormente, foi foco de desentendimentos entre a Fiocruz e o governo brasileiro, a coleta de dados foi realizada durante o ano de 2015, com a população na faixa

etária dos 12 aos 65 anos, e seus resultados foram publicados em 2017. A pesquisa apontou que 3,2% dos brasileiros entrevistados usaram drogas ilegais ou ilícitas nos 12 meses anteriores ao levantamento, o que significa um universo de aproximadamente 4,9 milhões de pessoas consumindo drogas, muito embora não se trate ainda de consumo abusivo. Mesmo considerando que as fronteiras entre esses tipos de consumo possam ser bastante frágeis, entendemos que é fundamental que todas as dimensões possíveis do problema sejam claramente enfrentadas para desenvolver políticas mais eficazes (BASTOS, 2017).

A pesquisa da Fiocruz evidenciou ainda que o percentual de consumo é muito maior entre os homens, com uma estimativa de 5% contra 1,5% de mulheres. Entre os jovens de 18 a 24 anos, cerca de 7,4% haviam consumido drogas ilegais ou ilícitas no ano anterior à pesquisa. No Brasil, a droga ilegal de maior consumo é a maconha, que é utilizada por 7,7% dos brasileiros entre 12 e 65 anos. Depois vem a cocaína, com cerca de 3,1% dos brasileiros afirmando já terem consumido. Em relação aos 30 dias anteriores à pesquisa, 0,3% dos entrevistados afirmaram ter feito uso de drogas. Também, o consumo não abusivo parece estender-se ao longo de certos períodos ou fases da vida, podendo ser eliminado ou mantido de forma não problemática à saúde, ainda que potencialmente problemático do ponto de vista legal (BASTOS, 2017).

Quanto ao *crack* – substância psicoativa que serviu de motivo para um número de internações involuntárias sem precedentes no estado de São Paulo entre 2012 e 2013 –, em torno de 1,4 milhão de pessoas na faixa etária entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso da substância ou de algum dos seus similares, como a *merla* e o *mesclado*, alguma vez na vida. Isso corresponde a 0,9% da população pesquisada, com homens representando 1,4% e as mulheres 0,4% do coletivo de consumidores. Nos 12 meses anteriores à pesquisa, o uso do *crack* foi reportado por 0,3% da população brasileira. Muito embora sejam números expressivos, não há consenso para se caracterizar o consumo de *crack* no Brasil como epidêmico. A insistência em uma eventual epidemia tem sido criticada, por adotar medidas higienistas, como as internações involuntárias.

Para enfrentamento desse problema de consumo abusivo de álcool e/ou drogas, os países contam com sistemas de saúde e assistência social tanto público quanto privados, que promovem campanhas de prevenção ao consumo abusivo e, também, que atuam propriamente no atendimento à saúde mental, e também física, de consumidores abusivos de substâncias psicoativas. Nesse sentido, dada a complexidade do problema, uma forma de enfrentamento têm sido as cooperações entre Estado e sociedade, o que tem acontecido por meio das parcerias público-privado que mencionamos anteriormente. Essas parcerias são orientadas

pelos princípios constitucionais de atenção ao interesse público, o que garante um atendimento de acordo com os avanços da medicina, da psicologia, da psiquiatria e de outros setores da saúde.

Além dessas iniciativas promovidas pelo Estado, há também iniciativas privadas, como clínicas médicas, hospitais com alas e setores especializados no atendimento aos usuários abusivos, hospitais-dia, clínicas de repouso, SPAs, etc. São, entretanto, iniciativas que têm por limitação as condições econômicas, visto que em países com alta concentração de renda e severa desigualdade social, como é o caso do Brasil, há enormes contingentes da população sem acesso a esses recursos e serviços de saúde. Noutras palavras, são o reflexo, na área da saúde, da severa desigualdade social que caracteriza o Brasil desde o início de sua formação social. Desigualdade que repercute no acesso ao tratamento e atenção a certos problemas, como a questão do consumo abusivo, por exemplo, do qual as políticas públicas vigentes no Brasil não conseguem dar conta.

A demanda por tratamentos para o consumo abusivo de álcool e drogas é crescente, e o Estado tem limitações para atendê-la. Já as alternativas promovidas pela iniciativa privada não são uma opção para as populações social e economicamente desfavorecidas. Surgem, assim, outras alternativas, vindas de outros setores da sociedade. São iniciativas que buscam atender às demandas desse público consumidor em situação de abuso, como, por exemplo, os grupos privados de ajuda mútua, caso dos Alcoólicos Anônimos (AA) e dos Narcóticos Anônimos (NA), ou ainda os dispositivos públicos, como os Consultórios de Rua e CAPS/AD. Dentre as alternativas vindas da iniciativa privada, encontra-se o tratamento alternativo em comunidade terapêutica, que é objeto desta investigação. Sobre esse tratamento, pesam contradições e controvérsias no Brasil, mas mesmo assim têm obtido incentivo e apoio dos diferentes governos.

Essa alternativa de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do consumo abusivo de álcool e/ou drogas teve origem na Europa e EUA, e está presente no Brasil desde fins da década de 1960, como iniciativa não governamental e religiosa. Trata-se de um modelo residencial temporário e coletivo, que promove a manutenção do propósito de renúncia ao consumo abusivo de drogas e a adoção de estilos de vida abstinentes. A permanência se dá sob uma rotina disciplinar e se baseia nos pilares: *trabalho*, *disciplina* e *espiritualidade*. Nesse sentido, a comunidade terapêutica é tanto modelo quanto método de tratamento alternativo para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Suas características são de fácil reprodutibilidade (DE LEON, 2003), que podem, entretanto, ser enganosas.

Essas instituições tiveram um crescimento vertiginoso e desordenado no Brasil durante as décadas de 1980 e 1990, devido à omissão do Estado brasileiro, que só criou uma legislação para essa entidade no ano de 2001, com a RDC 101/2001 (BRASIL, 2001a). Portanto, entre 1968 e 2001, a comunidade terapêutica desenvolveu-se livremente no país, que não contava com uma política específica para atender à demanda por vagas para tratamento do consumo abusivo de álcool e/ou drogas. Isso propiciou a falta de conhecimento sobre a organização e sobre o que é considerado um tratamento nela. Levou também a situações de maus-tratos; violências físicas e mentais; uso de medicação controlada como parte do sistema de punições, nas convivências entre indivíduos segregados e submetidos aos programas (IPEA, 2017; CFP, 2011; 2018; 2020).

No ano de 1990, foi criada a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), entidade privada e uma das principais instituições a atuar na formação de quadros de trabalhadores qualificados e na regulamentação do tratamento em comunidades terapêuticas no Brasil. Ela formulou os princípios éticos para as entidades de sua federação: programa baseado no respeito à dignidade da pessoa humana, em que a adesão só é admitida na forma voluntária, decidida após o candidato ser informado sobre a orientação e as normas em vigor e assegurado um ambiente livre de drogas, sexo e violência. Por outro lado, a ausência de uma política de controle e avaliação mais ampla e eficaz por parte do Estado teve como consequência a reprodução desorganizada e sem controle, permitindo, inclusive, violação de direitos e o risco de vida, conforme mencionamos a seguir.

Em ação promovida pelo Conselho Federal de Psicologia, com o apoio do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), foi realizada, em 2017, uma Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. A inspeção apontou: (i) Muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação, (ii) Privação da liberdade, (iii) Castigos, punições e indícios de tortura, (iv) Violação de liberdade religiosa e de diversidade sexual, (v) Laborterapia ou trabalhos forçados sem remuneração, (vi) Fragilidades nas equipes de trabalho, (vi) Internação de adolescentes e (vi) Financiamento público (CFP, 2018; 2020). O CFP esclarece que essa situação não espelha a totalidade das comunidades terapêuticas brasileiras, mas oferece um demonstrativo perigoso de suas atividades e práticas.

O Estado brasileiro inseriu o tratamento em comunidade terapêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria nº 3.088/2011, durante a implementação do plano “*Crack: É Possível Vencer*”, em 2011. Desde então, passou a prever o financiamento de vagas com dinheiro público. À época estava em vigência a Política Nacional sobre Drogas do Brasil

(PNAD), Lei nº 11.343/2006, legislação identificada com a abordagem psicossocial da redução de danos e riscos e contrária à modalidade de atendimento asilar da comunidade terapêutica. Contudo, a comunidade terapêutica parece ser uma aposta política de diferentes governos brasileiro. A PNAD foi alterada pela Lei nº 13.840/2019, que prevê o tratamento asilar e determina um certo número de vagas por região do país a serem custeadas com dinheiro público.

Não há informações precisas sobre quantas dessas entidades existem no país, assim como pouco se sabe sobre a operacionalização de suas rotinas diárias. Para enfrentar essas lacunas, o Centro de Pesquisas em Álcool e/ou Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), junto com o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atendendo a pedido da Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), elaborou um cadastro com mais de dois mil instituições em atividade no país, entre os anos de 2014 e 2016 (IPEA, 2017; CFP, 2018). É importante destacar que, dada a ilusória facilidade de reprodução do modelo e método da comunidade terapêutica, desenvolveu-se uma cultura de trabalho em que muitos dos que se recuperaram abriram suas próprias comunidades, tentando reproduzir o que viveram.

Elas ganharam ainda maior espaço político na questão das drogas em 2018, quando o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) aprovou o Projeto de Lei nº 37, de autoria do médico e deputado federal Osmar Terra, do MDB-RS, um dos defensores e incentivadores do tratamento em comunidade terapêutica. Com a edição da Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, em 2019, o governo brasileiro ampliou as possibilidades da comunidade terapêutica brasileira obter verbas e incentivos, para atender à demanda por vagas destinadas aos consumidores abusivos de baixa renda, tornando-a parte do arcabouço de alternativas e recursos da Política Nacional sobre Drogas do Brasil, Lei nº 13.840/2019 (BRASIL, 2019). Esses recursos atendem a instituições que estejam cadastradas junto ao órgão competente do Ministério da Cidadania⁹.

De acordo com a Pública: Agência de Jornalismo Investigativo¹⁰, as comunidades terapêuticas ligadas ao cristianismo protestante pentecostal correspondem a aproximadamente 60% do número total de entidades, e são as principais beneficiadas pelas verbas públicas. Apenas no primeiro ano do mandato do presidente Jair Messias Bolsonaro, elas receberam mais de R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) em verbas parlamentares, ou seja, quase

⁹ Ver: <<http://mds.gov.br/assuntos/cuidados-e-prevencao-as-drogas/cadastro>>. Acesso em: maio 2022.

¹⁰ Ver:

<<https://apublica.org/2020/07/entidades-cristas-receberam-quase-70-da-verba-federal-para-comunidades-terapeuticas-no-primeiro-ano-de-governo-bolsonaro/>>. Acesso em: jun. 2021.

70% das verbas federais destinadas às vagas adquiridas pelo governo em comunidades terapêuticas com dinheiro público. Destacando que o financiamento tem beneficiado instituições denunciadas por violações de direitos humanos, incluindo LGBTfobia e desrespeito à liberdade religiosa, dentre outras violações, como a de correspondência e mensagens eletrônicas (IPEA, 2017; CFP, 2011; 2018; 2020).

Diante de perspectivas tão contraditórias a respeito dessa entidade, mas cientes da necessidade de alternativas de enfrentamento ao problema do consumo abusivo de álcool e/ou drogas, desenvolvemos esta investigação, cujo objeto é o tratamento alternativo para consumidores abusivos de álcool na comunidade terapêutica brasileira. Perguntamo-nos se, no enfrentamento ao problema do consumo abusivo de álcool e/ou drogas, a comunidade terapêutica não representaria, na verdade, um retorno ao modelo manicomial, em sua versão mais barata. Partindo desta questão, projetamos e desenvolvemos este trabalho investigativo sobre essas entidades, em nível de doutorado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Campus de Araraquara (SP).

3.3 CARACTERIZAÇÃO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Caracterizamos, a seguir, a comunidade terapêutica, partindo de um conjunto de conceituações, definições e de algumas funções que ela se propõe a cumprir socialmente. Orientamo-nos pelo trabalho do Prof. George De Leon, uma das principais referências no estudo sobre essa instituição (DE LEON, 2003). Apresentamos uma breve história, evidenciando suas origens européia e norte-americana e salientando que a versão brasileira já nasceu com características muito distintas. A partir do trabalho etnográfico do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2017), traçamos um perfil dessa versão nacional. Finalmente, com inspeções promovidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011; 2018; 2020), junto com outros órgãos, evidenciamos alguns dos principais problemas detectados em alguns tratamentos em regime de comunidade terapêutica.

A comunidade terapêutica é um modelo e um método de atenção e tratamento para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, baseado em convivência voluntariamente aderida, no propósito de superar o quadro de consumo abusivo. Surgiu, como uma revolução na psiquiatria (JONES, 1972), na Europa e nos EUA, com o uso terapêutico da convivência entre pares, tendo um programa de tratamento não vinculado à medicina, à psiquiatria, à psicologia e à religião, ainda que possa receber dessas áreas e de outras subsídios em suas

atividades (DE LEON, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a comunidade terapêutica como um tipo de ambiente cuja estruturação, desde as disposições físicas até as atividades com caráter terapêutico, é orientada a proporcionar um ambiente apto à reabilitação dos indivíduos (GLOSSÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS, 2006).

As comunidades terapêuticas atendem aos casos de transtornos temporários decorrentes do consumo abusivo de álcool e/ou drogas. São entidades que operam sob normas estritas e tendem a ser dirigidas por pessoas que experienciaram a condição de consumidores abusivos e ‘se recuperaram’ com esse tratamento convivencial temporário em comunidade terapêutica. Em geral, são instaladas em sítios e chácaras, isolados do convívio social, que combinam atividades em ambiente rural com a confrontação de problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool e/ou drogas. Os dirigentes e a equipe terapêutica comumente são ex-residentes da casa. Adotam práticas e têm influências de grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos (AA), Dependentes Químicos Anônimos (DQA) e os Narcóticos Anônimos (NA) (GLOSSÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS, 2006).

É uma instituição aberta, e a adesão ao programa de tratamento é voluntária, sendo este o único pré-requisito para ingressar nele. O tratamento se processa em regime de convivência terapêutica temporária, protegido das tensões e conflitos que permeiam os contextos de acesso ao álcool e/ou drogas, em ambiente apto a proporcionar auxílio aos consumidores abusivos, na ruptura tanto do consumo descontrolado quanto do estilo de vida decorrente desse consumo. Ela se propõe a atuar na função de auxílio terapêutico no enfrentamento ao consumo problemático de substâncias psicoativas. Adota sempre a forma menos invasiva possível, para fins de possibilitar que cada indivíduo seja protagonista na gestão de seu tratamento junto com a equipe terapêutica. A experiência segregada torna o indivíduo novamente apto a ser protagonista da sua vida. Isto é o que sugere De Leon (2003), nos EUA.

Para o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA), a expressão *comunidade terapêutica* se refere a uma significativa variedade de abordagens de atenção, de atendimento e de tratamento, para casos de consumo abusivo de álcool e/ou drogas, quer sejam drogas legais/lícitas, como o álcool, e/ou ilegais/ilícitas, nos termos da legislação de cada país. A principal característica dessa modalidade é o compartilhamento do vivido sob regras comuns, assim como o uso dos relacionamentos e interações sociais dentro de um programa de ajuda mútua, por conjuntos de atividades previamente organizadas, chamadas de rotinas diárias. São elas que efetivam o programa de tratamentos.

Fundamentalmente, deve ser um ambiente social protegido e apto a desenvolver e promover mudanças biopsicossociais nos coletivos segregados.

De acordo com a atual Política Nacional Sobre Drogas do Brasil, Lei nº 13.840/2019, a comunidade terapêutica é um espaço de acolhimento e permanência temporária para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, com oferta de projetos terapêuticos que visam à abstinência, e com adesão e permanência voluntárias expressas. A internação é etapa transitória para a reinserção social e econômica; o ambiente residencial é orientado à convivência e formação de vínculos entre pares, com atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal. A adesão exige prévia avaliação médica e elaboração de plano individual de atendimento e acompanhamento após a alta, sendo proibida qualquer forma de isolamento e castigo físico. Não acolhe pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave (BRASIL, 2019; 2011b).

Segundo a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), que no Brasil é o órgão regulador por excelência de entidades atuantes no campo da saúde pública e privada, elas são serviços de atenção prestados às pessoas que sofrem transtornos decorrentes de consumo abusivo de álcool e/ou drogas. Baseia-se em modelo e método desenvolvido em regime de residência temporária, ou mesmo outras formas de vínculos, como a residência terapêutica ou o hospital-dia ou hospital-noite. É um modelo de atenção em que as unidades de atendimento e acolhimento têm por função a oferta de um ambiente protegido técnica e eticamente orientado, que proporcionem suporte e tratamento aos consumidores abusivos durante o período de permanência em tratamento no programa terapêutico, que deve ser adaptado às necessidades de cada caso (BRASIL, 2001b; 2011b).

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) entende que comunidades terapêuticas são instituições que promovem o acolhimento e atendimento de pessoas com problemas, sofrimentos e transtornos associados ao consumo abusivo de álcool e/ou drogas. Essas instituições são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cuja adesão, permanência e saída dos tratamentos são voluntárias definidas em contrato. O ambiente é residencial de caráter transitório e deve ser um espaço de socialização propício à formação de vínculos pela convivência de caráter terapêutico entre os pares; programa de acolhimento; oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade; promoção do desenvolvimento pessoal; e no acolhimento de sujeitos com problemas de consumo abusivo de álcool e/ou drogas (BRASIL, 2015).

No estado de São Paulo, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED-SP) considera que o modelo das comunidades terapêuticas tem lugar especial no cuidado

proporcionado pelo estado paulista aos consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. E que, inclusive, podem contar atualmente com o apoio de uma significativa e bem organizada rede amplamente disseminada de serviços, centros de treinamento e capacitação, federações e confederações, trabalhando geralmente em proximidade com grupos de mútua-ajuda e federação de pais e familiares. Entre as quais se pode destacar os trabalhos da FEBRACT e também as contribuições do grupo católico Amor Exigente, notadamente no que se refere à atuação com as famílias de consumidores abusivos, no enfrentamento à chamada co dependência (SÃO PAULO, 2020).

No Brasil, o programa de tratamento alternativo da comunidade terapêutica consiste na convivência articulada dos pilares: Disciplina, Trabalho e Espiritualidade, em ambiente rural, com duração de até doze meses em regime de isolamento voluntário para consumidores abusivos de álcool e drogas. As rotinas diárias são organizadas em atividades de limpeza e manutenção, terapias de grupos e individuais, de ajuda mútua, atividades de desenvolvimento de espiritualidade, etc. (IPEA, 2017). Não é vinculada à psiquiatria, medicina e psicologia, mas destas e de outras áreas poderá adotar recursos, para serem utilizados pelo coletivo de residentes do tratamento. O método de tratamento na comunidade terapêutica é o convívio entre iguais que é direcionado a fortalecer o propósito de abstinência e mudança de estilo de vida que trouxe os residentes ao tratamento (DE LEON, 2003).

Um primeiro modelo de tratamento comunitário foi a revolução na psiquiatria social inglesa, que adotou uma abordagem mais humanizada e democrática no trato com portadores de sofrimento por enfermidade mental e também ex-combatentes das guerras do século XX (DE LEON, 2003; JONES, 1972). Esse primeiro modelo buscava promover uma ruptura com o padrão tradicional e rígido dos hospitais militares. E também buscava a adoção de procedimentos de tratamento mais humanizado para esse público, e novas formas e possibilidades de assistência à saúde. O psiquiatra de origem sul-africana Maxwell Jones e sua equipe perceberam que relações democráticas ofereciam melhores resultados do que o tratamento invasivo utilizado tradicionalmente. Esses profissionais também ampliaram oportunidades para grupos de convivência entre os pares (JONES, 1972).

A segunda versão se inicia com a comunidade *Synanon*, criada no ano de 1958 pelo empreendedor e ex-AA Charles Dederich, em Santa Monica, Califórnia, EUA. Esse foi o primeiro modelo (e método) de comunidade terapêutica e o impulso inicial para a formação de outras comunidades terapêuticas. Dederich desenvolveu seu trabalho adaptando o conhecimento e as vivências dos AA para trabalhar com portadores de transtornos e sofrimentos decorrentes do consumo abusivo de álcool e/ou drogas. Em síntese, as

comunidades terapêuticas modernas receberam influência de três movimentos: (i) o grupo de Oxford, criado pelo pastor luterano Frank Buchman com o nome de First Century Christian Fellowship; (ii) os Alcoólicos Anônimos (AA), e (iii) a comunidade *Synanon* (DE LEON, 2003).

O grupo de Oxford tinha influências dos *quakers* e dos anabatistas, que são precursores dos *menonitas* e dos isolados *amish*. Buchmann pretendia que os membros de sua igreja experimentassem um reavivamento ou experiência semelhante ao que acreditavam ter sido o cristianismo primitivo. Além de valores como a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada, que é comum aos modelos de convivência comunitária, a influência religiosa do grupo de Buchman pode ser percebida em valores evangélicos em geral, como a honestidade, a pureza, o altruísmo, o amor, o autoexame, o reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação por danos cometidos, o trabalho coletivo e o confessar-se uns aos outros, junto à crença pessoal de que a mudança individual envolve a adoção dos valores do grupo (DE LEON, 2003).

A contribuição dos Alcoólicos Anônimos (AA) são os recursos conhecidos como os Doze Passos e as Doze Tradições, que são os fundamentos de muitos programas adaptados em comunidades terapêuticas como base das rotinas. Esses Doze Passos são elementos de significativa importância nos processos de convivência em regime de residência voluntária, pois enfatizam que o problema está na perda de controle sobre o consumo das substâncias de preferência. Pela entrega ao poder superior – qualquer que seja ele – e pelo autoexame honesto, começam as mudanças de hábitos e estilos de vida, com a reparação, sempre que possível, e se não causar males maiores, e pela oração/reza como recurso na luta contra si mesmo, e no dever insubstituível de ajudar o próximo sempre (DE LEON, 2003).

A *Synanon* se utilizou de influências advindas das filosofias pragmática e existencialista, que são perspectivas presentes na cultura geral dos EUA, e também da psicologia. Chegou a se constituir como um empreendimento econômico muito bem-sucedido, que seguia a premissa de que a recuperação se dava por meio de ajuda mútua, no sentido de alguém fazer por si mesmo e pelo outro o que fosse necessário para ajudar, criando o sentimento de partilha e de responsabilidade coletiva. Essa ação de ajudar a si e ao outro era o elemento-chave da convivência, e também era o que propiciava efetivas mudanças nas práticas e nos estilos de vida. *Synanon* rejeitou a ênfase na espiritualidade do grupo Oxford e dos AA, e preferiu a adoção de uma postura centrada na autodeterminação e na responsabilidade pessoal (DE LEON, 2003).

O que se chama de tratamento em comunidade terapêutica é um tipo de convívio temporário em regime de segregação voluntária, motivado pelo duplo propósito de abandono do consumo abusivo de álcool e/ou drogas, assim como dos estilos de vida comumente associados a esse consumo. A convivência é a operacionalização de um conjunto de rotinas diárias, com atividades de caráter prático-educativo ligadas à manutenção, conservação e reforma do ambiente físico [rural e/ou urbano], práticas artesanais, culturais e religiosas orientadas por ideal de ajuda mútua entre indivíduos que se reconhecem, para além de suas diferenças singulares, partilhantes de um problema comum, que é o consumo problemático de substâncias psicoativas. Esses ambientes, em alguma medida, são reproduções da comunidade em que estão inseridos (DE LEON, 2003).

É tanto um modelo, no sentido de sua aplicabilidade e reprodução relativa e enganosamente fácil, quanto um método que se orienta por uma sequência lógica de relações e interações previamente sistematizadas e repetitivas, que se destinam a promover iniciativas que fortaleçam propósitos pessoais de abandono do consumo, de abstinência. Não se admite moderação na intensidade de uso, é abandono total do consumo. Centra-se no protagonismo do segregado como fator que determina o sucesso do tratamento. As comunidades terapêuticas podem adotar a perspectiva da abstinência total durante o período de convivência, mas esse abandono total ou parcial é uma decisão de quem consome. É a isso que se chama de protagonismo, pois não há como impor a abstinência total quando os sujeitos estão fora das rotinas convencionais do tratamento (DE LEON, 2003).

Outra versão é a clínica *Hazelden*, em Minnesota, centro-oeste dos EUA, experiência iniciada em meados da década de 1930 por uma equipe multiprofissional coordenada pelo psicólogo Daniel Anderson (1921-2003). O tratamento baseava-se na aplicação prática da abordagem dos AA, em um regime de convivência voluntária de comunidade terapêutica, e ficou conhecido como modelo Minnesota (BURNS, 1995; 1998). Conforme percebemos na presente investigação, o tratamento se difundiu por sua atenção a certas demandas de residentes, como, por exemplo, acesso e consumo de um número diário de cigarros, durante a construção da abstinência auto negociada. O que na comunidade terapêutica que adota a versão protestante pentecostal (FREESTON, 1993; 1996) do cristianismo brasileiro, é impossível de acontecer, pois a abstinência tem que ser absoluta.

O modelo Minnesota une as abordagens dos Doze Passos dos Narcóticos Anônimos (NA) e dos Alcoólicos Anônimos (AA) e trata a questão do consumo abusivo de álcool e/ou drogas como uma doença de múltiplas faces e dimensões, que pode ser tratada, mas jamais curada, pois é uma condição crônica, quer seja de um indivíduo ou de um grupo social. Uma

vez que cada comunidade terapêutica pode constituir suas regras de funcionamento (DE LEON, 2003), esse modelo parece se orientar por maior respeito às singularidades, assim como também por maior estímulo ao protagonismo entre residentes. Comumente, as unidades são compostas por equipe multidisciplinar, com psicólogo, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e ex-consumidores abusivos, os monitores (BURNS, 1998; 1995).

Para fins de caracterização mais geral sobre o tratamento em uma comunidade terapêutica, há um conjunto de treze elementos que comumente são identificados nas diferentes instituições que dizem adotar o modelo. São eles: isolamento da comunidade local; ambiente comunitário; atividades comunitárias; papéis e funções claras; companheiros como modelo de ação; rotina diária estruturada; trabalho como terapia e educação; programa dividido em fases; conceito de comunidade terapêutica; grupos de companheiros; treinamento de conscientização; treinamento em crescimento emocional; e duração planejada do tratamento por convenção entre residente e equipe terapêutica. Esses elementos não são estáticos, mas evoluem ao longo do tempo, incorporando as características de seus ambientes culturais (DE LEON, 2003).

Essas características referem-se ao modelo de comunidade terapêutica de forma geral, mas é importante destacar, em consonância com o prof. De Leon (2003), que a expressão *comunidade terapêutica* abriga uma grande gama de projetos e de iniciativas, que adotam a convivência comunitária e a ajuda mútua como base para constituir grupos de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool e/ou drogas. No Brasil, conforme caracterizamos na subseção a seguir, a comunidade terapêutica surgiu e se desenvolveu com características próprias, notadamente no que diz respeito à questão da religião. A comunidade terapêutica brasileira nasceu, se desenvolveu e mantém finalidades ou objetivos religiosos. Não há como entender a comunidade terapêutica sem a presença da religião; esta é uma característica indissociável da versão brasileira desse tipo de instituição total.

3.4 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO BRASIL

Quadro 1: As primeiras comunidades terapêuticas no Brasil.

Ano	Nome	Cidade/Estado	Fundador
1968	Movimento Jovens Livres	Goiânia/GO	Missionária Ana Maria Avelar de Carvalho Brasil (protestante pentecostal)
1971	Comunidade Cristã S8	Niterói/RJ	Pastor Geremias Fontes (protestante pentecostal)
1972	Desafio Jovem	Brasília/DF	Pastor Galdino Moreira Fontes (protestante pentecostal)
1975	Movimento para Libertação e Vida (MOLM)	Maringá/PR	Pastor Nilton Tuller (protestante pentecostal)
1975	Clínica Pínel	Porto Alegre/RS	Marcelo Blaya Peres (espírita)
1978	Fazenda Senhor Jesus	Campinas/SP	Padre Haroldo Rahn (católica)

Fonte: Fracasso [s.d].

Nas seis experiências iniciais, o elemento comum a todas é a religião cristã em suas diferentes versões, com predomínio da versão protestante pentecostal (FREESTON, 1993; 1996) nas primeiras quatro. Segundo Fracasso [s/d], essas são as primeiras experiências brasileiras registradas de utilização do convívio comunitário para induzir/estimular mudanças de práticas e hábitos em consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Destacamos que o protestantismo pentecostal é um movimento heterogêneo, constituído por variadas denominações, mas tendo entre suas características mais centrais a de professar uma fé e ação social proselitista centrada na obediência ao “ide” cristão, de pregar as boas-novas e ganhar as almas para Jesus Cristo (MARCOS, 16: 15 *apud* BÍBLIA SAGRADA, 1995). No Brasil, a comunidade terapêutica nasceu como projeto de expansão religiosa.

A Clínica Pínel, em princípio, não era orientada por abordagem religiosa de qualquer natureza, e seu fundador pretendia não confundir a assistência à saúde com a assistência religiosa, que julgava ser característica equivocada das abordagens nos tratamentos para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Mas a Pínel se tornou um projeto identificado como iniciativa do espiritismo ou religião espírita, pois a quase totalidade dos profissionais do

corpo médico se orientavam por essa versão do cristianismo brasileiro. A clínica foi inaugurada em 28 de março de 1961, em Porto Alegre (RS), pelo médico psiquiatra Marcelo Blaya Perez, com uma proposta associada ao trabalho de Maxwell Jones e sua equipe na Inglaterra. A Pinel era, e é, uma versão psiquiátrica que usa o nome de comunidade terapêutica (DE LEON, 2003; JONES, 1972)

A Clínica Pinel é um centro de tratamento especializado para consumidores abusivos, que atende a demandas do Rio Grande do Sul, Uruguai, Argentina e Paraguai. Iniciou seus trabalhos nos anos 60, mas só a partir de 1975 passou a adotar o tratamento em modelo de convivência terapêutica, semelhante às demais comunidades terapêuticas. Contudo, a Clínica Pinel se inspirou na psiquiatria de Jones (1972), cuja base são as ciências médicas para tratar problemas do corpo; e a psiquiatria e psicologia para tratar a relação corpo/mente. Assim, apesar de levar o nome de comunidade terapêutica, os fundamentos da Pinel, assim como de Jones, são científicos, enquanto nas outras versões de comunidade terapêutica o fundamento é a religião, e sua interpretação fica a critério da equipe terapêutica e/ou grupo dirigente (BRASIL, 2011b).

No estado de São Paulo, em 1978, foi fundada pelo padre texano Haroldo Rahm a Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), atualmente chamada de Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus, para atendimento de homens adultos. É uma comunidade terapêutica que conta com várias unidades pelo país, com abordagem religiosa católica, mas sem o proselitismo que caracteriza as comunidades terapêuticas de orientação protestante pentecostal. O padre Haroldo fundou, em 1990, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), com o objetivo de atuar no âmbito da prevenção, do tratamento, da recuperação e da reinserção social de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Esse trabalho foi determinante na criação dos principais dispositivos reguladores, que são as Resoluções – RDC-101/2001 e RDC-29/2011 – da Anvisa (BRASIL, 2001b; 2011b).

Desde as seis primeiras comunidades terapêuticas surgidas no Brasil entre as décadas de 1960 e 1970, ocorreu um impressionante crescimento no número de entidades, sobretudo aquelas ligadas ao heterogêneo movimento protestante pentecostal. Esse crescimento, contudo, se deu de forma desorganizada e sem controle, por conta, inclusive, da ausência ou omissão do Estado brasileiro na regulação dessas instituições. Entre as consequências do descontrolado crescimento, destacamos o que pode ser detectado nas denúncias feitas por ex-residentes e/ou familiares em redes sociais, que permitiram que fossem identificadas situações, por exemplo, de maus-tratos, violências físicas e mentais, uso de medicação

controlada como parte do sistema de punições, dentre outros problemas que evidenciamos nas subseções a seguir (CFP, 2011; 2018; 2020).

3.5 O PERFIL DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO BRASIL, SEGUNDO O IPEA

O governo brasileiro passou a ampliar sua atuação na questão das drogas, por meio do trabalho da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), e começou a financiar vagas em comunidades terapêuticas para pessoas com transtornos decorrentes do consumo abusivo de álcool e/ou drogas. A comunidade terapêutica foi inserida pela Portaria nº 3.088/2011 no Sistema Único de Saúde (SUS), e, em 2014, a SENAD encaminhou solicitação ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) para a realização de uma investigação sobre essa instituição no Brasil. O objetivo era reunir dados e informações que auxiliassem a compreender como atuam essas entidades, bem como os processos de avaliação e monitoramento dessas instituições, sobretudo, por se tratar de financiamento público, via verbas e/ou incentivos fiscais (IPEA, 2017).

O trabalho reuniu um significativo volume de dados sobre comunidade terapêutica no Brasil, abrangendo tanto dados quantitativos quanto qualitativos. Tratava-se de entender e explicitar como aconteciam os cuidados no interior dessas instituições para tratamento de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Também de procurar conhecer as condições estruturais gerais de acolhimento, quem eram os corpos dirigentes e as equipes terapêuticas que atuavam e prestavam serviços nessas comunidades. Contudo, a investigação sintetizada com a Nota Técnica nº 50 abordou de forma muito superficial a realidade da heterogênea população de pessoas que se encontram na transitória condição de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, nas comunidades terapêuticas estudadas em território brasileiro (IPEA, 2017).

No aspecto quantitativo, foi criado um *survey* com uma amostragem de 500 comunidades terapêuticas escolhidas em um cadastro com mais de duas mil unidades inscritas – cadastro elaborado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e/ou Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, em parceria com o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a pedido da SENAD em 2009. Em termos de legitimidade da representação, o corpo técnico do IPEA considerou o estudo como suficientemente representativo da realidade brasileira, ao longo dos anos de 2014, 2015 e 2016, período estudado pelos pesquisadores, para fins de realização do trabalho

de campo. O esforço etnográfico empreendido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada representou um trabalho pioneiro, metodologicamente (IPEA, 2017).

No âmbito qualitativo, como dito, foi realizada uma investigação de natureza qualitativa de abordagem etnográfica, amparada em intenso trabalho de campo desenvolvido em dez comunidades terapêuticas de diferentes regiões brasileiras. O objetivo foi o de obter uma massiva produção de conhecimentos tecnicamente qualificados acerca de como são as rotinas diárias, quais são as atividades envolvidas, enfim como estavam organizados os cotidianos dessas entidades que operacionalizam suas ações em modelo comunitário de segregação. Em especial, como eram estabelecidas as relações entre dirigentes, equipes terapêuticas e residentes. E também como se articulavam ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para constituírem-se como rede de atenção aos consumidores em descontrole (IPEA, 2017).

O trabalho investigativo foi realizado paralelamente à promulgação, pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), da Resolução nº 1¹¹, que passou a regulamentar o financiamento federal de comunidades terapêuticas em todo o Brasil. O IPEA destaca que a finalidade não era constituir uma avaliação sobre como as comunidades atendiam ou não à normatização nacional estabelecida pela autoridade pública brasileira, para seu adequado funcionamento. Autores da pesquisa enfatizaram unicamente seu compromisso em conhecer da forma mais aprofundada possível como essas instituições operacionalizam suas atividades, e também contribuir com a melhoria das políticas públicas de fomento a essas comunidades terapêuticas (IPEA, 2017). O trabalho do IPEA foi o primeiro esforço organizado de se conhecer a comunidade terapêutica brasileira.

A investigação evidenciou que, no Brasil, a comunidade terapêutica é um modelo de atenção para sujeitos acometidos de transtornos temporários por consumo abusivo de álcool e/ou drogas. Trata-se de estratégia amparada unicamente no paradigma proibicionista, que adota o regime de segregação voluntária durante o período de tratamento, que pode variar entre seis e doze meses, mas não é raro casos de permanências mais longas em algumas instituições. As duas condições que unem os indivíduos nesses períodos de permanência voluntária são: (i) a condição partilhada de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas e (ii) o propósito de renúncia ao consumo abusivo. A comunidade terapêutica é também chamada

¹¹

Ver: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32425953/do1-2015-08-28-resolucao-n-1-de-19-de-agosto-de-2015-32425806>. Acesso em: jun. de 2021.

de comunidade de cura pelo convívio, pois busca reconstruir os laços desses indivíduos tanto com os familiares como com a comunidade de origem (IPEA, 2017).

São instituições totais (GOFFMAN, 2001) que orientam suas atividades pela convivência entre pares, articulada pelos três pilares: *trabalho, disciplina e espiritualidade*, utilizando saberes técnico-científicos dos campos da medicina, da psiquiatria, da psicologia e da assistência social. Na prática, trata-se de uma combinação de práticas espirituais que atuam no sentido do despertar da fé em Deus, ou em um poder/instância superior (qualquer que seja esse poder), com o trabalho terapêutico às vezes chamado de *laborterapia*, muito embora sem a presença de terapeutas ocupacionais em suas equipes de trabalho. São atividades laborais diretamente ligadas aos trabalhos de manutenção e conservação dos ambientes físicos das entidades. Também podem ser atividades geradoras de rendas, como venda de objetos ou pedido de dinheiro em semáforos e vias públicas (IPEA, 2017).

Há controvérsia em relação às atividades que recebem a denominação de *laborterapia* nessas entidades, dada a falta de terapeutas ocupacionais atuando nas equipes. As entidades alegam que tais atividades não têm finalidade lucrativa, que são unicamente recursos didáticos que propiciam formação do autocontrole e da autodisciplina, inexistentes nos consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. E que são atividades terapêuticas realizadas em benefício da vida comunitária e coletivista, com vistas a despertar os laços preexistentes de solidariedade social da vida comunitária. O compartilhamento de responsabilidades é um dos elementos fundamentais do modelo convivencial da comunidade terapêutica, em que a moral comunitária atua na formação e fortalecimento de laços e vínculos entre os indivíduos (IPEA, 2017).

A comunidade terapêutica brasileira nasceu por iniciativa religiosa e privada, tendo como justificativa social uma demanda represada de tratamento para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, demanda não respondida, ou muito insuficientemente respondida pelo Estado brasileiro, e que ajuda a lançar luz sobre o imenso crescimento desse tipo de instituição de tratamento alternativo no Brasil, já que o crescimento do consumo tem como uma de suas consequências o aumento da demanda por tratamento. De acordo com a investigação, algumas das comunidades eram vinculadas a religiões de tradição cristã principalmente, muito embora umas poucas não tivessem vínculo com nenhuma religião específica. Mas a pesquisa evidenciou que a religiosidade é, indissociavelmente, um dos elementos constituintes, quando não determinante, da comunidade terapêutica brasileira (IPEA, 2017).

O elemento fundamental do modelo de comunidade terapêutica é a convivência entre uma grande diversidade de sujeitos de diferentes partes e regiões do país, em regime de residência temporária e coletiva. Esta é orientada por um programa de rotinas diárias e práticas terapêuticas determinadas previamente pela instituição. É nessa estrutura comunitária que se dá o compartilhamento das experiências vividas e dos sofrimentos, que são a base comum de aprendizado e de reorientação a um viver sem drogas. O sucesso obtido é também o estímulo e a indicação do caminho para os demais. O exemplo moral é o elemento que gera autoridade diante do coletivo e deve ser uma das principais características de monitores que tenham se submetido a um programa terapêutico com sucesso e obtido a cura, isto é, a abstinência total (IPEA, 2017).

Os exemplos morais têm sido apontados pelos defensores do tratamento em comunidade terapêutica como evidências práticas de sua viabilidade, e confiabilidade, como modelo e método de atenção e tratamento para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. A comunidade terapêutica, na organização de suas atividades, criou uma nova ocupação, que é o monitor de dependente químico. Esse agente é quem auxilia na reabilitação de outros, pois é visto como alguém que obteve sucesso no tratamento. Ele agora atua como monitor e/ou coordenador de novos residentes para fins de suporte e/ou vigilância. Esse fluxo de indivíduos que vivem **da** e **na** comunidade terapêutica garante a reprodutibilidade desse modelo e método de tratamento para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas (IPEA, 2017).

O problema do consumo abusivo de álcool e/ou drogas é compreendido na comunidade terapêutica a partir do paradigma proibicionista, orientado por abordagem moral de fundo cristão. Assim sendo, considera-se que comportamentos vistos como antissociais são praticados por indivíduos desajustados, além de moralmente fracos. A abordagem se orienta por discurso médico-jurídico, em que o consumo de álcool e/ou drogas tem o estatuto de enfermidade/doença (FIORE, 2006; 2020). A condição designada pela expressão *dependência química* é a causadora de transtorno mental passageiro, e o tratamento dispensado segue protocolos bastante similares aos de pessoas diagnosticadas com transtornos psicóticos e neuróticos graves, com a utilização de psicofármacos e reclusão (IPEA, 2017).

Pressupor, mesmo que de forma transitória, que consumidores abusivos são tanto indivíduos doentes mentalmente quanto sujeitos moralmente fracos e instáveis, faz com que essas entidades desenvolvam programas orientados para tratar a questão do consumo abusivo como problema de reforma moral, como um processo de recriação de si em que o marcador pessoal consumo de álcool e/ou drogas é substituído por nova vida. O desenvolvimento desse processo tem como principal instrumento a segregação ou o isolamento social por longos

períodos de tempo. Nesse período de segregação voluntária, são limitadas as interações na visita mensal e as comunicações por cartas, e-mails e telefonemas ficam restritas à família. Também é terminantemente proibido o uso de álcool e/ou drogas, assim como ter relacionamentos sexuais (IPEA, 2017).

Todas as interdições aplicadas visam estabelecer uma ruptura com a vida anterior, a partir da adesão voluntária ao tratamento. O foco das ações e interações é a vida comunitária, com a dinamização de rotinas diárias orientadas às atividades espirituais produtivas. Nas relações anteriores ao tratamento envolvendo familiares, amigos pessoais, etc., são identificadas as origens do problema do consumo abusivo, daí a necessidade de isolamento. A submissão às regras e rotinas diárias terapêuticas, sob a orientação de um coletivo de iguais e de equipes multiprofissionais por um tempo predeterminado, é apresentada como a chave para o retorno à vida anterior. No isolamento, as relações são reconfiguradas pelos indivíduos, de maneira a selecionar quais são as boas, e devem ser mantidas, e quais são as más, que devem ser evitadas (IPEA, 2017).

O IPEA (2017) sugere como equivocada a concepção de que a comunidade terapêutica promove um proselitismo agressivo em seus internos. Para esses investigadores, o que há é o fortalecimento de posturas morais ativas, em que o divino contribui com os propósitos de manutenção da abstinência e da sobriedade (IPEA, 2017). Em comunidades terapêuticas ligadas à FEBRACT, por exemplo, não há práticas proselitistas, muito embora haja menções constantes e até constrangedoras ao poder superior, para ateus e agnósticos (IPEA, 2017). Já em relação às comunidades terapêuticas protestantes pentecostais (FREESTON, 1993; 1996), a realidade é outra. A versão protestante pentecostal do cristianismo brasileiro tem no *ide* de Jesus Cristo (BÍBLIA SAGRADA, 19954) uma ordem imperativa cujo não cumprimento é o mesmo que renegar a fé.

3.6 PROBLEMAS ENCONTRADOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS BRASILEIRAS, SEGUNDO O CFP

Além do trabalho realizado pelo IPEA (2017), também o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011; 2018; 2020)¹² empreendeu abrangentes investigações sobre a comunidade terapêutica brasileira. Os resultados, como salientado na mencionada pesquisa do

¹² Trata-se de duas investigações: a primeira foi (CFP, 2011), sobre a qual não comentamos por seus problemas estarem representados na segunda investigação: (CFP, 2011; 2018; 2020). Outra investigação é decorrente desta segunda investigação: (CFP, 2020). Assim, como apresentamos uma síntese de ambas, adotamos como padronização das citações CFP (2011; 2018; 2020) ou (CFP, 2011; 2018; 2020). Exceto em algumas ocasiões em que citamos apenas CFP (2018) ou (CFP, 2018), quando tratar-se de dado ou informação sobre essa segunda investigação unicamente.

IPEA, não devem ser interpretados como a representação exata de toda a comunidade terapêutica no Brasil, mas, sim, como um problema a ser combatido com a lei. O CFP evidenciou que, além de instalações e estruturas pouco adequadas para o acolhimento de seres humanos em condição de sofrimento momentâneo por consumo abusivo de álcool e/ou drogas, há também recorrentes práticas de afronta e violação de direitos desses indivíduos segregados em regime de isolamento. A seguir citamos, e discutimos, essas práticas aqui enumeradas (CFP, 2011; 2018; 2020):

- (i) Muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação;
- (ii) Privação da liberdade;
- (iii) Castigos, punições e indícios de tortura;
- (iv) Violação de liberdade religiosa e
- (v) Violação de diversidade sexual;
- (vi) Laborterapia: trabalhos forçados sem remuneração;
- (vii) Fragilidades nas equipes de trabalho;
- (viii) Internação de adolescentes e
- (ix) Financiamento público (CFP, 2011; 2018; 2020).

Diante de denúncias apresentadas na mídia a respeito dessas entidades, o Conselho Federal de Psicologia, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF), promoveram uma inédita Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (CFP, 2011; 2018; 2020), realizada no mês de outubro de 2017 e que abrangeu as cinco regiões brasileiras. A ação organizada entre essas agências, pela primeira e única vez no Brasil, mobilizou um coletivo de mais de cem profissionais na realização de vistorias simultâneas em 28 estabelecimentos nos estados de Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo e Distrito Federal (CFP, 2011; 2018; 2020).

A ação contou com o trabalho de equipes especializadas em atividades de inspeção de instituições asilares do Ministério Público Federal, peritos de prevenção e combate à tortura, psicólogos, profissionais da saúde e do sistema de justiça, ligados aos Conselhos de Medicina, Enfermagem e Serviço Social, membros das Defensorias Públicas e das seccionais da Ordem dos Advogados do Brasil. As informações foram obtidas nos próprios ambientes onde aconteciam os tratamentos, isto é, nos sítios e chácaras onde funcionavam as comunidades terapêuticas visitadas. Priorizou-se a realização de vistorias nos espaços físicos, de entrevistas

com consumidores abusivos internados; (iii) de entrevistas com o corpo dirigente e, também, (iv) com as equipes de trabalho de cada comunidade (CFP, 2011; 2018; 2020).

Com relação aos muros, trancas e restrições no acesso a meios de comunicação, a investigação demonstrou que um significativo número dessas entidades mantém os segregados em condição de isolamento, o que implica restrições às comunicações e ao convívio familiar, tanto quanto social. Esse método segregador promove violações a direitos de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, direitos esses constantes na Lei nº 10.216/2001, que foi o dispositivo legal que introduziu e instituiu a Reforma Psiquiátrica brasileira. Essa reforma propôs atendimento multidisciplinar aos consumidores, e também de atenção a seus familiares, com atividades terapêuticas e laborais comunitariamente organizadas nos limites da região, do bairro ou da cidade, promovendo um convívio social ativo. O isolamento social, nessa perspectiva, prejudica os direitos dessa população (CFP, 2011; 2018; 2020).

Durante a inspeção foi constatado, pelos técnicos, dinâmicas de atividades cotidianas que promovem o isolamento total, havendo restrições à livre circulação, inclusive dentro das dependências da comunidade terapêutica. A ruptura de contatos e de interações de qualquer natureza com o mundo externo tinha por pretexto a revisão das decisões e escolhas que conduziram à internação, ou a necessidade de experimentar a condição de segregados. Essa situação de isolamento se beneficia, inclusive, das próprias instalações físicas onde acontecem as internações, que são comumente em chácaras e sítios, espaços aos quais são maiores as dificuldades de acesso (CFP, 2011; 2018; 2020). As chácaras e sítios são dotados de sistemas de proteção, como, por exemplo, grades, cercas, muros altos, os mesmos recursos usados para evitar as fugas e evasões no sistema penitenciário.

Apontamos aqui que, se a perspectiva de De Leon (2003) e da FEBRACT sobre comunidade terapêutica fosse levada a sério, não poderia acontecer algo como evasões ou fugas nessas instituições, pois elas só podem ser um auxílio se seu programa tiver adesão voluntária. Em um modelo e método de comunidade terapêutica, só pode ocorrer a desistência, nunca a evasão. Ou então não poderia se tratar de modelo e método convivencial denominado de comunidade terapêutica, que só admite tratamento voluntário, e em que não há como impedir a saída de segregado. Apesar disso, foram observadas nas comunidades terapêuticas vistoriadas a prática de retenção de documentos e pertences pessoais de consumidores abusivos, além da guarda de cartões de bancos ou de acesso a benefícios previdenciários (CFP, 2011; 2018; 2020).

A Constituição Federal (BRASIL, 1988) determina que é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, como também de dados e comunicações telefônicas. Exceto em caso de ordem judicial amparada nas hipóteses e formas da lei, para fins de estabelecer investigação criminal ou instrução processual penal, não podem ser abertas ou vistoriadas. Mas as inspeções demonstraram práticas sistemáticas de abuso e violação de direitos, como, por exemplo: (i) abrir e ler as correspondências tanto de saída quanto de chegada; (ii) prática invasiva de escuta dos diálogos entre segregado e a família nuclear, que são os únicos contatos permitidos durante o período de segregação – apenas os pais e os irmãos fazem visitas. Essa prática se estende aos meios eletrônicos, com acesso aos e-mails pessoais, contas em redes sociais, etc. (CFP, 2011; 2018; 2020).

Outro aspecto negativo evidenciado durante a inspeção (CFP, 2011; 2018; 2020) diz respeito à perda, ou à privação, da liberdade, afrontando tanto a legislação brasileira (BRASIL, 1940; 1988) quanto – e principalmente – os princípios que informam o que de fato caracteriza a modalidade comunidade terapêutica (GOTI, 1990; DE LEON, 2003), que é a voluntariedade de adesão, ou de não adesão, ao tratamento. Neste caso, o que está em foco são as contraditórias – senão criminosas – internações involuntárias, modalidade largamente praticada no Brasil, muito embora sejam incompatíveis com a abordagem comunitária sob quaisquer perspectivas que se venha a adotar, além de serem uma afronta direta à Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a) e rejeitada pela comunidade médica¹³.

Convém mencionar que a Lei nº 10.216/2001 determina três modalidades de internação no Brasil: *internação involuntária*, que é a que acontece sem que o indivíduo concorde ou consinta, pois é realizada a pedido de familiar ou representante do Estado, e só pode ser recomendada por um médico devidamente credenciado; a *internação compulsória*, que é a que se dá por sentença judicial condenatória; e a *internação voluntária*, que é aquela que só acontece com a concordância expressa do candidato à internação. Esta terceira é a única modalidade legalmente válida para comunidades terapêuticas. A internação involuntária é prevista para situações que só podem ser conduzidas por profissionais médicos devidamente habilitados, e a posição do Conselho Federal de Medicina, como citamos acima, é a de condenar a internação involuntária.

A respeito da privação de liberdade, recordamos o Artigo 5º da Constituição Federal de 1988, notadamente em seu inciso XXXIX, que afirma de forma taxativa e determinante

¹³ Ver:

<<https://www.polbr.med.br/ano13/for0613.php#:~:text=Assim%2C%20a%20admiss%C3%A3o%20involunt%C3%A1ria%20nas,Lei%2010.216%2F2001%2C%20Art.>>. Acesso em: jun. 2021.

que não há, sob quaisquer circunstâncias imagináveis no Brasil, a penalização de um crime por antecipação. Só existe crime se uma lei anterior o definir como tal. Crime é uma conduta humana previamente qualificada na lei (BRASIL, 1988), sendo isso o que se chama de Princípio da Legalidade Penal. Princípio basilar do direito nacional, também consta no Artigo 1º do Código Penal brasileiro, em que está reafirmado que não há crime sem lei anterior que o defina (BRASIL, 1940). A internação involuntária, sob qualquer perspectiva, é uma forma de aplicação de uma pena sem que exista qualquer crime definido anteriormente na legislação.

Foram encontrados, nas dependências das comunidades terapêuticas inspecionadas, vários casos de internações involuntárias, constituindo-se mesmo em uma perigosa tendência dessas entidades. A respeito desse tipo de internação, queremos destacar que, por ausência ou omissão do Estado brasileiro, antes da RDC 29/2001 e da RDC 201/2011 (BRASIL, 2001b; 2011b), a falta de regulação própria tornava comum a interpretação extensiva do Decreto-lei nº 891/1938, que dava base legal às internações involuntárias (BRASIL, 1938) na comunidade terapêutica brasileira. Apenas em duas das 28 comunidades visitadas foi encontrada documentação médica e jurídica com autorização para tais internações, muito embora, a rigor, insistimos, tal tipo de internação não faça parte do universo de atendimento das comunidades terapêuticas (DE LEON, 2003).

Durante as inspeções também foi possível notar que as internações involuntárias, fortemente desaconselhadas pelo Conselho Federal de Medicina (SOUZA; GOMES, 2017), não são mais a exceção; parecem ter se tornado quase regra, em desrespeito à legislação pátria. O CFP (2018) apontou para uma prática que as comunidades terapêuticas chamam de resgate ou remoção, que consiste basicamente em uma operação de sequestro: uma equipe entra na casa e comunica que se efetivará uma internação involuntária a pedido da família; é facultado ao futuro segregado ir *de boas* (sem medicação) ou tomar uma medicação (tarja preta, para evitar fuga). O resgate ou remoção assemelha-se bastante, como dito acima, com uma ação de sequestro, em que poderá ocorrer ou não o uso de violência física e/ou psicológica (CFP, 2011; 2018; 2020).

Esse serviço de resgate ou remoção era oferecido nas 28 comunidades terapêuticas inspecionadas, muito embora seja uma ação que se equipara ao crime de sequestro, claramente interdito no país, conforme dispõe o Artigo 148 do Código Penal (BRASIL, 1940). Mas, como a inspeção nacional identificou, o Poder Judiciário tem adotado essa prática de internações involuntárias, em desconformidade com o que estabelece a legislação. Nesse sentido, “as inspeções revelaram, no entanto, a existência de um contingente de usuários de drogas enviados a comunidades terapêuticas por determinação judicial, com o

objetivo de suposto tratamento de dependência química” (CFP, 2018, p. 13). Os custos dessas internações involuntárias são pagos pelo Estado, portanto, com dinheiro público (CFP, 2011; 2018; 2020).

A próxima questão é a dos castigos, punições e indícios de tortura, práticas evidenciadas que encontram fina sintonia com o sistema penitenciário brasileiro. Os técnicos que realizaram as vistorias identificaram em mais de 50% das entidades que foram visitadas, isto é, em 16 das 28 comunidades terapêuticas vistoriadas foram desveladas práticas de castigos corporais e punição aos segregados. O conjunto de sanções aplicadas aos segregados eram do tipo: (i) obrigatoriedade de execução de tarefas repetitivas, (ii) aumento da laborterapia, (iii) perda de refeições, (iv) isolamento/solitária (quarto de contenção), (v) redução de descanso e horas de sono, (vi) redução de alimentos, (vii) contenção física (atar, amarrar) ou química (coquetéis medicamentosos, as vitaminas) e (viii) violência física e agressão (CFP, 2011; 2018; 2020).

No que diz respeito à violação à liberdade religiosa e à diversidade sexual – recordando que, no caso brasileiro, comunidade terapêutica e religião são indissociáveis –, o relatório da inspeção encontrou, em 24 das 28 comunidades terapêuticas inspecionadas, restrições e violações à liberdade religiosa, com rígida e sistemática imposição de assistir às reuniões que, de fato, são cultos religiosos, participar de orações (ajoelhados ou sentados) e participar da leitura bíblica (ajoelhados ou sentados). Também foi detectado desrespeito à diversidade sexual, que é tratada como pecado, abominação, maldição, etc. (CFP, 2011; 2018; 2020). É possível identificar, ainda, forte engajamento dessas instituições em um certo tipo de empreendedorismo moral (BECKER, 2019), que é desfocado dos complexos problemas sociais brasileiros e centrado na moral proibicionista unicamente.

Com relação ao que é chamado de laborterapia, na prática pode se tratar da realização de trabalhos sem retribuição ou remuneração. A palavra *laborterapia* é uma junção de labor, ou trabalho, + terapia, assim, as atividades ligadas à manutenção, conservação e reforma do ambiente físico de tais instituições totais recebem o *status* de terapia. Na prática, pode se tratar apenas de exploração de mão de obra, sem a devida remuneração, como dito anteriormente. Não apenas em atividades ligadas às chácaras ou sítios em que convivem os segregados, também por meio de campanhas especiais em semáforos, praças, mercados e em espaços públicos em geral, e até de porta em porta, para venda de produtos de limpeza, dentre outros itens. A utilização da força de trabalho dos residentes é consequência das precárias condições de muitos centros de recuperação (CFP, 2011; 2018; 2020).

Ainda sobre a laborterapia, Nascimento (1991) nos lembra da equivocada utilização da ergoterapia, ou ocupoterapia, como modelo de ocupação terapêutica para indivíduos portadores de transtorno mental permanente ou temporário. Por laborterapia, deve ser entendida a utilização de trabalhos manuais simples como parte de um conjunto de atividades laborais de caráter pretensamente terapêutico, desenvolvidas em espaços de segregação ou confinamento, como hospitais psiquiátricos, clínicas médicas e comunidades terapêuticas. O consumo abusivo de álcool e/ou drogas é um transtorno mental temporário (OMS, 2004), e é também um problema de saúde pública atual e complexo (UNODC, 2020), para o qual a laborterapia (NASCIMENTO, 1991), dissociada de outros aparelhos sociais, não faz muito sentido. Para a mesma autora, isoladamente, é um tipo de recurso ineficaz.

Agrupando-se as informações obtidas pela Inspeção Nacional, percebe-se que o que muitas comunidades terapêuticas chamam de laborterapia é, na verdade, um conjunto de práticas de trabalhos (em alguns casos, forçados e/ou em condições degradantes), havendo, sim, o que o CFP (2018) chamou de fortes indícios de crime análogo à escravidão, conforme interpretação dada pelo Direito brasileiro (BRASIL, 1940; 1988). Exigia-se a participação obrigatória nos trabalhos, com relatos apontando para o uso sistemático de castigos e punições de segregados que se recusavam a participar das atividades da casa. O uso da laborterapia tinha como uma de suas consequências a de “substituir a contratação de profissionais pelo uso de mão de obra dos internos – sem remuneração ou qualquer garantia trabalhista, em uma lógica de maximização do lucro” (CFP, 2018, p. 14).

Sobre as fragilidades das equipes de trabalho – eufemismo para a costumeira falta de profissionais tecnicamente qualificados nos quadros das equipes terapêuticas – os profissionais envolvidos nas inspeções evidenciaram a presença de trabalho voluntário, realizado pelo obreiro/monitor/estagiário, que, de fato, é apenas uma forma de reduzir os custos operacionais da comunidade terapêutica. Barateamento às custas de direitos trabalhistas dos ex-segregados que atuam como monitores. Essa violação dos direitos trabalhistas se dá de duas formas: (i) pelo recrutamento sem remuneração; (ii) pela permanência de ex-internos, que assumem tarefas como monitores/obreiros, que são os chamados para fazer a obra de Deus, sem garantia de qualquer direito pelos trabalhos prestados (CFP, 2011; 2018; 2020).

Das 28 comunidades terapêuticas inspecionadas, 15 praticavam a troca de trabalho por abrigo e alimentação. Isso, nos termos das leis brasileiras, poderia indicar regime análogo ao de trabalho escravo. No limite, situações análogas têm acontecido no meio rural brasileiro, ao longo de todo o território nacional, e têm sido caracterizadas como prática de trabalho

escravo. Foram ainda detectadas violações referentes às “internações de adolescentes” em 11 das 28 comunidades terapêuticas vistoriadas. Havia crianças acompanhando mães adolescentes, e dividindo quartos e alojamentos, em flagrante violação das diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990), e também da Portaria nº 3.088/2011, Inciso II, do Artigo 9º (BRASIL, 2011a), que estabelece que as comunidades terapêuticas brasileiras só podem acolher adultos (CFP, 2011; 2018; 2020).

Por fim, tratamos da questão do financiamento público, que em nossa opinião se constituiu em um perigoso gargalo para a corrupção, uma vez que, das 28 vistoriadas, 18 afirmaram receber algum tipo de recurso, subvenção, incentivo e/ou benefício de órgãos e instituições públicas das esferas municipal, estadual ou federal. A comunidade terapêutica já está elencada entre as entidades que prestam serviços ao poder público, o que implica que também se submetam às exigências relativas à qualidade de seus tratamentos. A documentação analisada permitiu compreender que os recursos, serviços e bens destinados pelas políticas de redistribuição das apreensões de drogas vão prioritariamente para comunidades terapêuticas com acesso a recursos federais. E elas também cobram mensalidades dos familiares e/ou responsáveis por segregados (CFP, 2011; 2018; 2020).

É preciso considerar que qualquer destinação de recursos públicos deve passar por fiscalização e acompanhamento, para fins de verificação das práticas desenvolvidas pelo destinatário dos recursos. E isso exige políticas de avaliações e acompanhamentos nessas comunidades. Mas a vistoria não detectou nada nesse sentido nas 28 comunidades terapêuticas visitadas, muito embora recebessem dinheiro público. Os dados e informações obtidos, durante a inspeção nacional em comunidades terapêuticas, apontaram para o financiamento indiscriminado de instituições, com recursos públicos sendo enviados para entidades nas quais já havia sido comprovadas diversas práticas de violações aos direitos, mesmo já operando com os recursos advindos desse tipo de parceria público-privado, na área da saúde e assistência social (CFP, 2011; 2018; 2020).

A finalidade desta seção foi a de dar uma noção sobre o que é uma comunidade terapêutica que oferece tratamento para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Entendemos ser necessário entender essa instituição total em que se concentram a albergagem, o trabalho e o ócio em um contínuo no tempo (GOFFMAN, 2001), para fins de reorientação de condutas e decisões de ações de indivíduos que compartilham esse tipo de estigma social (GOFFMAN, 1988). Não existe um padrão único de comunidade terapêutica, e entendemos que isso cria para o Estado, e para a sociedade, o dever de avaliá-las e monitorá-las, a fim de que sejam respeitados os direitos das populações que enfrentam os

problemas decorrentes do consumo abusivo, conforme nos alertam as investigações que descortinaram os principais problemas da comunidade terapêutica no Brasil (CFP, 2011; 2018; 2020).

Até aqui, trouxemos um pouco da história dessa entidade e caracterizamos algumas de suas funções sociais, e como ela se propõe a oferecer tratamento alternativo para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Identificamos suas origens, desde a Europa e os EUA, e evidenciamos, pelo menos em parte, sua atual condição no Brasil, como dispositivo de saúde pública (BRASIL, 2011a). Também trouxemos as principais características em sua versão brasileira (IPEA, 2017), e seus piores problemas (CFP, 2011; 2018; 2020), que exigem um olhar mais atento das autoridades públicas sobre essa entidade de assistência à saúde mental. Esta seção não apenas conecta público leitor com o objeto tratamento alternativo em comunidade terapêutica, é também uma preparação para a discussão que efetuamos em nossa próxima subseção, sobre a produção acadêmica brasileira no decênio 2011-2021.

3.7 DISSERTAÇÕES E TESES SOBRE COMUNIDADE TERAPÊUTICA PRODUZIDAS ENTRE 2011-2021

Apresentamos a seguir a revisão bibliográfica narrativa, que é aquela em que há espaço maior para as interferências advindas da subjetividade do pesquisador. Esclarecemos que a ideia de subjetividade está vinculada especificamente ao problema do desenho de pesquisa, determinado pelo investigador em relação a seu objeto de pesquisa. No caso deste estudo, destacamos a dicotomia existente entre o paradigma proibicionista da comunidade terapêutica e o paradigma psicossocial que é a base de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS). Lembrando que foi no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2010-2014) que a Portaria nº 3.088/2011 incorporou a comunidade terapêutica ao arcabouço de opções do SUS para enfrentamento a esse problema de saúde brasileiro que é o consumo abusivo de álcool e/ou drogas.

A disputa envolve, de um lado, grupos políticos que apoiam o modelo de comunidade terapêutica no Brasil e estão ligados a algumas figuras públicas, como, por exemplo, o médico negacionista e político gaúcho Osmar Terra¹⁴ (1950-), o pastor/cantor capixaba, e assumido fundamentalista, ex-senador Magno Malta¹⁵ (1957-) e o também pastor/cantor e deputado federal paulista Feliciano Marcos¹⁶ (1972-), igualmente fundamentalista. Incluem-se também

¹⁴ Ver: <<https://www.camara.leg.br/deputados/73692/biografia>>. Acesso em: jan. 2022.

¹⁵ Ver: <<https://www25.senado.leg.br/web/senadores/senador/-/perfil/631>>. Acesso em: jan. 2022.

¹⁶ Ver: <<https://www.camara.leg.br/deputados/160601/biografia>>. Acesso em: jan. 2022.

pesquisadores reconhecidos, como o Prof. Dr. Ronaldo Laranjeiras¹⁷. Do lado oposto, estão profissionais ligados à pesquisa e profissionais da saúde que lidam diariamente com a problemática do consumo abusivo e que ajudaram a instituir a importante Reforma Psiquiátrica brasileira, Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a). Disputa essa que pouco tem contribuído para fazer avançar o conhecimento sobre esse objeto.

Optamos por trabalhar unicamente com dissertações e teses produzidas entre 2011 e 2021. Digitamos a expressão *comunidade terapêutica* no buscador da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), pois nos interessava encontrar trabalhos que tratassem especificamente da comunidade terapêutica como espaço de internação. Havia, por exemplo, muitos trabalhos sobre experiências de residências terapêuticas, assim como de hospital-dia ou hospital-noite, que são programas abertos de enfrentamento ao consumo abusivo, mas não se trata de programas de internação e, portanto, não interessam a nosso trabalho. Obtivemos, na primeira etapa, 394 dissertações, das quais apenas 81 tratavam de fato da internação em comunidade terapêutica. Já entre as teses, obtivemos 158 trabalhos, dentre os quais somente 27 discutiam a comunidade terapêutica.

São necessários dois esclarecimentos. Primeiro, escolhemos o ano de 2011 por ser o ano de promulgação da RDC 29/2011 (BRASIL, 2011a), que substituiu a RDC 101/2001 e estabeleceu critérios frouxos para o funcionamento desses tratamentos, em prejuízo de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, e também, pelo fato de ter sido promulgada a controversa Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011b), que inseriu a comunidade terapêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) com subvenção do Estado. Em segundo, optamos por teses e dissertações, deixando de lado os artigos científicos. Conforme a NBR 6022/2003, um artigo científico é parte de uma publicação com autoria declarada em que são apresentados e discutidos ideias, noções, métodos, técnicas, processos e resultados de investigações promovidos nas diferentes áreas em que se divide e subdivide o conhecimento científico.

Já uma dissertação é um documento que representa o resultado de um trabalho experimental ou exposição de um estudo científico retrospectivo, de tema único e bem delimitado em sua extensão, com o objetivo de reunir, analisar e interpretar informações. Deve evidenciar o conhecimento de literatura existente sobre o assunto, e a capacidade de sistematização do candidato, e é feita sob coordenação de um orientador-doutor, para a obtenção do título de mestre (NBR 14724, 2005). Enquanto uma tese é um documento que representa o resultado de um trabalho experimental ou exposição de um estudo científico de tema único e bem delimitado, que deve ser elaborado com base em investigação original,

¹⁷ Ver: <<http://lattes.cnpq.br/4152477223577402>>. Acesso em: jan. 2022.

constituindo-se em real contribuição para a especialidade em questão. Feito sob orientação de um doutor, visa à obtenção do título de doutor, ou similar (NBR 14724, 2005).

Muito embora reconheçamos a importância dos artigos científicos, nos deparamos com o dilema do tempo disponível, e optamos só pelas dissertações e teses.

Quadro 2: Dissertações e tese – produção anual.

Dissertações (2011-2021)	Teses (2011-2021)
2020 – (4)	2020 – (3)
2019 – (8)	2019 – (6)
2018 – (3)	2018 – (7)
2017 – (13)	2017 – (3)
2016 – (10)	2015 – (2)
2015 – (7)	2014 – (3)
2014 – (10)	2012 – (2)
2013 – (13)	2011 – (1)
2012 – (5)	
2011 – (8)	

Fonte: Elaboração própria, a partir da revisão bibliográfica narrativa.

Figura 1: Nuvem das dissertações.



Fonte: <<https://infogram.com/>>

Figura 2: Nuvem das teses.



Fonte: <<https://infogram.com/>>

Quadro 3: Dissertações e teses por disciplina do conhecimento.

Dissertações (2011-2021)	Teses (2011-2021)
Antropologia (1) Antropologia Social (2) Ciências Ambientais e Saúde (1) Ciências da Religião (3) Ciências da Saúde (3) Ciências Sociais (4) Economia (1) Enfermagem (5) Geografia (2) Gestão da Saúde (1) Gestão de Organizações de Saúde (1) Medicina (1) Memória Social e Bens Culturais (1) Mídia e Cotidiano (1) Neurociência (1) Política Pública (1) Política Social (1) Políticas Públicas e Desenvolvimento (1) Psicobiologia (1) Psicologia (18) Psicologia Clínica (1) Psicologia em Saúde e Desenvolvimento (1) Psicologia Institucional (1) Psicologia Social (3) Saúde Coletiva (7) Saúde Mental (1) Saúde Pública (3) Serviço Social (8) Sociologia (3) Teologia (1) Terapia Ocupacional (1) Vigilância Sanitária (1)	Antropologia Social (2) Ciências da Religião (2) Ciências (1) Ciências Sociais (4) Educação (2) Interdisciplinar (1) Medicina (1) Medicina Preventiva (1) Psicobiologia (1) Psicologia (3) Psicologia Clínica (1) Psiquiatria e Psicologia Médica (1) Saúde Pública (2) Serviço Social (2) Sociologia (1) Teologia (1)

Fonte: Elaboração própria, a partir da revisão bibliográfica narrativa.

Quadro 4: Dissertações e teses por grande área do conhecimento

Área	Dissertações	Teses
Ciências da Saúde	Neurociência (1), Psicobiologia (1), Psicologia (18), Psicologia Clínica (1), Psicologia em Saúde e Desenvolvimento (1), Psicologia Institucional (1), Psicologia Social (3), Saúde Coletiva (7), Saúde Mental (1), Saúde Pública (3), Terapia Ocupacional (1), Vigilância Sanitária (1), Ciências Ambientais e Saúde (1), Ciências da Saúde (3), Enfermagem (5), Gestão da Saúde (1), Gestão de Organizações de Saúde (2) e Medicina (1).	Medicina (1), Medicina Preventiva (1), Psicobiologia (1), Psicologia (3), Psicologia Clínica (1), Psiquiatria e Psicologia Médica (1), Saúde Pública (2) e Ciências (1).
Ciências Sociais Aplicadas	Serviço Social (8), Economia (1).	Serviço Social (2).
Ciências Humanas	Antropologia (1), Antropologia Social (2), Ciências da religião (3), Geografia (2), Sociologia (3), Teologia (1), Política Pública (1), Política Social (1), Políticas Públicas e Desenvolvimento (1) e Ciências Sociais (4).	Antropologia Social (2), Ciências da Religião (2), Ciências Sociais (4), Educação (2), Sociologia (1) e Teologia (1).
Linguística, Letras e Artes	Memória Social e Bens Culturais (1), Mídia e Cotidiano (1).	
Multidisciplinar		Interdisciplinar (1).

Fonte: Elaboração própria, a partir da revisão bibliográfica narrativa.

Ao compararmos a produção acadêmica com a produção legislativa, sobre o objeto tratamento em comunidade terapêutica, percebemos uma relação que merece um olhar mais atento tanto de pesquisadores quanto dos criadores e implementadores de políticas públicas, muito especialmente daqueles que Becker (2019, pp. 73; 84-89; 155-159; 159-162 e 169-170) define como “empreendedores morais”, que são os indivíduos, grupos e subgrupos sociais que trabalham com esse modelo de tratamento há mais de meio século no Brasil. Nos anos de 2019, 2017, 2016, 2015, 2014, 2013 e 2011, foram produzidas 71 das 81 dissertações, assim como 13 das 27 teses foram realizadas nos anos de 2019 e 2018. O que é possível concluir a partir desse dado? Como isso se relaciona à farta produção legislativa e à tímida produção acadêmica?

Antes de avançar, é importante nos determos um pouco mais nesse aspecto acima mencionado, pois derivamos dois conhecimentos dessa situação. Em primeiro lugar, acreditamos que a farta legislação, em um contexto de pouca produção de conhecimento sobre a operacionalidade e os eventuais benefícios práticos de utilização do modelo de comunidade terapêutica, sugere um forte descompasso entre a política e a ciência no Brasil. O campo político, quando sustentado por informações e conhecimentos validados cientificamente, pode vir a desenvolver soluções mais eficientes e democráticas. O que, de um ponto de vista lógico, contribui para o aperfeiçoamento das instituições sociais. Aqui, a palavra *aperfeiçoar* é usada em seu sentido pragmático de servir melhor aos interesses do maior número possível de indivíduos, grupos e subgrupos sociais.

Em 2020, na academia brasileira, foram defendidas três teses – uma na Antropologia Social, uma na Psicologia e uma na Psiquiatria e Psicologia Médica – e quatro dissertações – três na Psicologia e uma na Saúde Coletiva. No mesmo ano, o governo promulgou a Portaria nº 340, de 30 de março de 2020, do Ministério da Cidadania, que declarou as Comunidades Terapêuticas como atividades essenciais, nos termos do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, e da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da pandemia. E também a Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, da Secretaria Nacional de Assistência Social, pela Secretaria Especial do Desenvolvimento Social do Ministério da Cidadania, que orientou institucionalmente sobre questões relativas ao encaminhamento de pessoas em situação de morador de rua para a comunidade terapêutica.

No mesmo ano de 2020, também lançou a Nota Técnica CSIPS/GGTES/ANVISA nº 02/2020, que dá: “Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como Comunidades Terapêuticas

Acolhedoras”, e promulgou a Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, que trata da regulamentação de acolhimento para adolescentes em situação de consumo abusivo de álcool e/ou drogas em regime de comunidade terapêutica. E ainda emitiu o Parecer CFM nº 9/2015, de 26 de fevereiro de 2015, da Anvisa, que não considera essas entidades como ambiente médico de tratamento obrigatório, o que significa atestar que elas são ambientes inadequados para internações compulsórias e involuntárias.

Identificamos que, em 2019, foram apresentadas seis teses – uma na Sociologia, uma nas Ciências Sociais, uma nas Ciências da Religião, uma na Medicina, uma na Psicologia e uma no Serviço Social – e nove dissertações – duas nas Ciências da Religião, uma na Psicologia, uma na Sociologia, duas no Serviço Social, uma nas Ciências da Saúde, uma na Neurociência e uma na Gestão de Organizações de Saúde. O governo brasileiro produziu, no mesmo ano, a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, inserindo a comunidade terapêutica na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e submetendo-a à Resolução CONAD 01/2015 (CONAD, 2015); e a Portaria 562/2019, que “Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED”.

Também em 2019, foi promulgada a Portaria 563/2019, que: “Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e/ou drogas, seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o credenciamento no Ministério da Cidadania”; a Portaria 564/2019, que: “Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas”; o Decreto nº 9.761/2019, de 11/04/2019, integrando as comunidades terapêuticas na Política Nacional sobre Drogas; e a Lei nº 13.840/2019, que alterou a Lei 11.343/2006 e definiu as características das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, assim como quem poderia receber seu tratamento, e também dispõe sobre o Plano Individual de Atendimento (PIA).

Inclusive prevendo a “participação dos familiares ou responsáveis, os quais têm o dever de contribuir com o processo, sendo estes, no caso de crianças e adolescentes, passíveis de responsabilização civil, administrativa e criminal, nos termos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente”. Já o Tribunal Regional Federal da 3ª Região – TRF3, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP, em 5 de setembro de 2019, referendou a Resolução 1/2015 do CONAD e a Resolução 29/2011 da ANVISA, declarando sua consonância com a Lei nº 13.840/2019, com o Decreto nº 9.761/2019 e com a Lei nº 10.216/2001, esta última dispondo sobre a proteção e os direitos

das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Em 2018, sete teses foram defendidas na academia brasileira – uma na Psicologia, uma no Serviço Social, uma na Saúde Pública, uma Interdisciplinar, uma na Educação, uma nas Ciências Sociais e uma na Medicina Preventiva – e também três dissertações – uma na Gestão de Organizações de Saúde, uma nas Ciências Sociais e uma nas Políticas Públicas e Desenvolvimento. Nesse mesmo ano, há uma única produção do governo, que é a Resolução nº 1, de 9 de março de 2018, aprovando as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD, incluindo as Comunidades Terapêuticas. Apesar de um único dispositivo legal, trata-se de um dispositivo de alta performance política, já que é por meio dele que a comunidade terapêutica passa a incorporar uma política pública da envergadura social da PNAD. Esse processo foi gestado durante o governo Dilma/Temer (2014-2018).

No ano de 2017, foram defendidas três teses cujo objeto era a comunidade terapêutica: uma nas Ciências Sociais, uma nas Ciências da Religião e uma em Ciências. Também foram defendidas 14 dissertações: duas no Serviço Social, uma na Antropologia, uma na Geografia, uma nas Ciências da Religião, três na Psicologia, uma na Psicobiologia, uma na Enfermagem, uma na Vigilância Sanitária, uma em Mídia e Cotidiano, uma em Gestão da Saúde e uma em Saúde Coletiva. Nesse mesmo ano, nenhum dispositivo legal sobre a comunidade terapêutica foi promulgado, contudo, é quando é lançada a publicação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o IPEA (2017), que produziu o primeiro perfil brasileiro sobre a comunidade terapêutica.

Em 2016, não houve defesa de teses, mas foram defendidas dez dissertações: uma em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento, uma na Sociologia, uma na Política Pública, duas na Saúde Pública, uma na Política Social, duas nas Ciências Sociais, uma na Psicologia e uma nas Ciências Ambientais e Saúde. Nesse ano de 2016, em que o governo de Dilma Rousseff enfrentou o golpe político/jurídico, foram promulgadas: a Portaria nº 834 do MS, de 27/04/2016, com a Regulamentação do CEBAS das Comunidades Terapêuticas e entidades de promoção da Saúde, e também a Portaria nº 1.482, de 27/10/2016, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde: Art. 1º. Fica incluído, no Quadro de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CNES, o tipo 83 – Pólo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde.

No ano de 2015 foram defendidas duas teses – uma na Teologia e outra na Psicologia Clínica – e também foram apresentadas sete dissertações – duas na Psicologia, duas em Saúde

Coletiva, duas em Enfermagem e uma no Serviço Social. No plano político, durante o segundo governo de Dilma Rousseff, foi criado e aprovado um único dispositivo jurídico, que foi o importante Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas, operacionalizado politicamente por meio da aprovação da Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional sobre Drogas do Brasil, o CONAD, ocorrida no dia 07 de maio de 2015 e publicada no Diário Oficial da União no dia 28 de agosto de 2015. A falta de maiores conhecimentos técnicos sobre a comunidade terapêutica no Brasil não impediu o movimento político que a inseriu na vida da saúde brasileira.

No ano anterior, foram apresentadas três teses: uma na Psicobiologia, uma nas Ciências Sociais e outra na Antropologia Social. Também foram defendidas 14 dissertações: três na Psicologia, uma na Psicologia Social, duas na Saúde Coletiva, uma na Saúde Pública, outra nas Ciências da Saúde e também uma na Antropologia Social. Não houve produção legislativa em 2014.

Já em 2013 não houve defesa de teses, mas 13 dissertações foram apresentadas: três na Psicologia, uma em Memória Social e Bens Culturais, uma na Psicologia Clínica, uma na Psicologia Social, duas na Geografia, uma na Terapia Ocupacional, uma na Enfermagem, uma na Medicina, uma na Saúde Mental e uma em Saúde Coletiva. Foi também promulgada a Lei 12.868/2013, que regula a certificação específica para obtenção do CEBAS (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social). Ainda nesse ano, foi lançada a Nota Técnica GRECS/GGTES/ANVISA nº 55/2013, de 16 de agosto de 2013, que nomina expressamente o modelo de comunidade terapêutica e dá informações complementares relativas à Resolução RDC-029/2011 (BRASIL, 2011a), da ANVISA. Consideramos esse um importante passo dado em direção à construção de mecanismos destinados ao controle social e à regulação estatal. A implementação de critérios de admissibilidade dessa RDC-029/2011 representou um avanço significativo no Brasil, para o qual contribuiu decisivamente a FEBRACT.

No ano de 2012 foram apresentadas na academia brasileira duas teses: uma em Educação e outra em Teologia. Também foram defendidas cinco dissertações: uma na Psicologia, uma na Antropologia Social, uma na Psicologia Social, uma em Ciências da Saúde e uma em Economia. Sem nova legislação nesse ano.

Por fim, no nosso ano inicial de 2011, tivemos a defesa de uma tese na área Saúde Pública e a apresentação de oito dissertações: uma na Psicologia Institucional, uma na Sociologia, uma na Psicologia, três no Serviço Social, uma em Teologia e uma na Enfermagem. No plano político/jurídico, foi o ano em que a Resolução RDC-029/2011, da ANVISA, de 30 de junho de 2011, estabeleceu 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, revogando a Resolução ANVISA RDC 101/2001 e a Portaria nº 3.088/GM/MS/2011, que as inseriu definitivamente na importante Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

À questão da dicotomia existente entre o paradigma proibicionista e a abordagem psicossocial, associada à pouca informação relacionada às dinâmicas da comunidade terapêutica no Brasil – exceção feita ao esforço de compreensão sobre essas entidades realizado pelo IPEA (2017) –, muito embora exista um nada desprezível conjunto de legislações sobre essa instituição, notadamente a partir da RDC-101/2001 (BRASIL, 2001b), respondemos por meio do presente trabalho investigativo, explicitado em nossas Seções 1 e 3. Aqui, porém, fazemos uma breve síntese para fins de manter clara a narrativa (BECKER, 2015) e articular nossas seções. Nossa contribuição com esta tese tem caráter também teórico/prático: a compreensão articulada dos pilares; e de trazer contribuições ao debate sociológico sobre esses tratamentos.

Primeiramente, na construção de um panorama sobre a produção acadêmica nacional por meio da revisão bibliográfica narrativa (GIL, 2012), que é aquela que privilegia a subjetividade do pesquisador, necessariamente articulada com o problema. Revisão que nos apontou que há pouca, ou nenhuma, articulação entre a produção acadêmica e a produção legislativa sobre o tratamento em comunidade terapêutica no Brasil, para atendimento aos consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Isso propicia a emergência de políticas públicas pouco articuladas com as demandas sociais, mas, por outro lado, bem articuladas com a mobilização de verbas públicas para fins privados de partidos políticos, assim como de grupos que se beneficiam dessas políticas, conforme a citada matéria da Pública: Agência de Jornalismo Investigativo.

Vem, então, um segundo momento de nosso trabalho, que se iniciou com a necessidade de ter de resolver uma séria e objetiva limitação: o que fazer diante da impossibilidade de acesso às comunidades terapêuticas no Brasil, uma vez que a pandemia se iniciou no ano de 2020 e ainda estava em curso? Recorremos, então, a uma experiência de trabalho como educador social ocorrida no início de nossa carreira docente, experiência que aconteceu na comunidade terapêutica Pandora entre o segundo semestre de 2004 e o primeiro semestre de 2010. Diante das circunstâncias, escolhemos o método autoetnográfico (CHANG, 2008) como forma de retomar as memórias da experiência, por meio da mediação do conceito

de memória coletiva (HALBWACHS, 1990), ou da memória como fenômeno social, já que sempre, e necessariamente, ela reflete as interações sociais partilhadas.

Apresentamos a autoetnografia estruturada na forma de Mapas: social, espacial e temporal, em que adaptamos às nossas necessidades a lógica de trabalho de Schatzman e Strauss (1973), para fins de desenvolver um olhar sociológico (BERGERON, 2012) sobre a cotidianidade de uma comunidade terapêutica específica: Pandora. Lembrando sempre que, segundo o autor da principal obra sistematizadora desse modelo, o Prof. Dr. George De Leon (DE LEON, 2003), nunca foi possível e não há como universalizar uma comunidade terapêutica, já que o modelo é aberto às interpretações. Porém, ao apresentarmos uma experiência única e não generalizável, estamos alinhados com nosso propósito inicial de contribuir para a ampliação dos conhecimentos teórico-metodológicos, das técnicas e dos procedimentos por nós escolhidos, e que apresentamos na Seção 2.

E como articulamos um panorama advindo da revisão, com a qual salientamos o descompasso entre a produção acadêmica e a jurídico/política, e a autoetnografia? Articulamos na forma de uma base para discutir a articulação, ou desarticulação, entre os tradicionais pilares que constituem o alicerce de qualquer tratamento em comunidade terapêutica no Brasil: trabalho, disciplina e espiritualidade (IPEA, 2017). E então usamos a autoetnografia para mostrar a dinâmica de operacionalização de uma comunidade terapêutica que denominamos Pandora, entidade que tinha mais de 25 anos de experiência no oferecimento de tratamento em modelo de comunidade terapêutica. Fundada em 1979, era uma entidade de caráter abertamente confessional, que adotava a variante protestante pentecostal (FREESTON, 1993; 1996) do multifacetado cristianismo brasileiro.

O material da revisão e a descrição de algumas das dinâmicas experienciadas nesses doze semestres de uma socialização iniciada em projeto educacional são o conteúdo dos diálogos propositivos que desenvolvemos em nossas Considerações Finais e que constituem nossa contribuição às investigações sobre o tratamento em comunidade terapêutica brasileira no campo das Ciências Sociais. Na seção a seguir, desenvolvemos a autoetnografia (CHANG, 2008), trazendo alguns subsídios e adaptações técnico-procedimentais para absorver contribuições do olhar etnográfico de Geertz (1989), assim como outros aportes que evidenciamos adiante. Reconhecendo a legitimidade da discussão em torno da comunidade terapêutica no atual contexto brasileiro, trazemos nossa contribuição para fins de proporcionar conhecimento sobre esse objeto.

Por fim, para finalizar esta Seção 4, destacamos que as leituras realizadas durante a revisão bibliográfica narrativa (BOGDAN, BIKLEN, 1994; GIL, 2017), assim como as visitas

feitas em algumas comunidades terapêutica, durante as tratativas e diálogos para a realização desta investigação, bem como o resgate das memórias sociais (HALBWACHS, 1990) de nossa experiência de trabalho entre 2004 e 2010 – que é autoetnografia apresentada na Seção 5 a seguir –, nos permitiram entender melhor uma ferramenta do arcabouço teórico-metodológico da sociologia, que é o “tipo ideal” (WEBER, 1999, p. 106), fundamentalmente uma construção subjetiva feita pelo pesquisador a partir do universo teórico e conceitual do campo de seus objetos de interesses investigativos. Lembramos, contudo, remetendo-nos a Weber (1999), que esse tipo ideal não existe na realidade:

Obtém-se um tipo ideal mediante a acentuação unilateral de um ou vários pontos de vista, e mediante o encadeamento de grande quantidade de fenômenos isolados dados, difusos e discretos, que se podem dar em maior ou menor número ou mesmo faltar por completo, e que se ordenam segundo pontos de vista unilateralmente acentuados, a fim de formar um quadro homogêneo de pensamento (WEBER, 1999, p. 106).

A criação do tipo ideal tem por base a definição de um dado conceito de trabalho a partir do qual são reunidos e selecionados certos elementos da realidade que formam um tipo idealmente perfeito, e que serve de parâmetro analítico para o pesquisador desenvolver seu trabalho de forma comparativa. Nos parágrafos a seguir, apresentamos os mencionados treze elementos que definem no que consiste o tratamento em uma comunidade terapêutica (DE LEON, 2003), assim como tecemos considerações críticas a partir de contribuições do que denominamos, junto com Bergeron (2012), de “olhar sociológico”, ou seja, trata-se de descrever, de desmistificar e de desconstruir compreensões preexistentes sobre um objeto de investigação, para, a partir daí, compreender e explicar as relações que constituem e singularizam o estudo.

Para construção e descrição do tipo ideal acima mencionado, utilizamos como eixo de apresentação e discussão os treze elementos que caracterizam o tratamento em comunidade terapêutica – isolamento da comunidade local; ambiente comunitário; atividades comunitárias; papéis e funções claras; companheiros como modelo de ação; rotina diária estruturada; trabalho como terapia e educação; programa dividido em fases; conceito de comunidade terapêutica; grupos de companheiros; treinamento de conscientização; treinamento em crescimento emocional; e duração planejada do tratamento por convenção entre residente e equipe terapêutica (DE LEON, 2003) – e os descrevemos do ponto de vista de suas funcionalidades operacionais ideais. Interpretamos e descrevemos de forma prescritiva um tratamento em comunidade terapêutica do início ao término.

O primeiro ponto é o **isolamento da comunidade local**. A comunidade local, ou a cidade, região ou bairro, é o ponto de origem do residente tanto quanto do problema do consumo abusivo que ele desenvolveu nesse ambiente de convívio amplo. Mas essa comunidade local é para onde o indivíduo retorna ao término do tratamento. Assim, idealmente, esse distanciamento, que pode oscilar entre seis e doze meses de tratamento em regime de internato, tem a função de despertar ou de renovar o interesse desse indivíduo, o residente, pela vida social de sua comunidade de origem, pois nela estão inscritas as potencialidades e possibilidades reais de vida de quem se submeteu ao tratamento, e para ela retorna para recomeçar como sujeito socialmente reintegrado. Lembramos que a integração social é um tema clássico de interesse sociológico. E entendemos nós que também é a questão da reintegração social.

De um ponto de vista ideal, o isolamento deve atuar como um momento de suspensão da vida social, em que o indivíduo reduz drasticamente suas interações sociais para se dedicar a rever seus hábitos e práticas sociais, a fim de repensar decisões de ações que o levaram à transitória condição de consumidor abusivo de álcool e/ou drogas. Utilizamos a palavra *suspensão* com o mesmo significado que ela tem no Direito Processual brasileiro, isto é, indicando que um(a) juiz(a) determinou que o processo seja suspenso, não tenha movimentação, e seus efeitos sejam paralisados. Não há extinção, mas apenas uma suspensão, em que são sanados eventuais problemas no processo. O isolamento faz com que os efeitos sociais do consumo problemático sejam suspensos, enquanto o indivíduo segregado faz um inventário de sua vida na busca de superar tanto o consumo quanto os estilos de vida que o levaram a isso.

Em seguida, unimos o segundo e o terceiro elementos – **ambiente comunitário e atividades comunitárias** –, pois a expressão comunidade sempre sugere algo bom. Ter uma comunidade onde viver e estar socialmente integrado é uma necessidade humana. Se alguém se afasta do caminho que a moral social define como certo, é comum que se explique a conduta reprovável em função das más companhias. Se alguém se sente em profundo sofrimento e se vê privado de uma vida digna, entende-se que é a sociedade, pelo modo como está organizada, que impõe a desigualdade. Companhias ou sociedade podem ser más, e isso é algo que não acontece com a comunidade, que é sempre uma coisa desejável, boa. Já que sensações e significados que as palavras carregam são interdependentes, a comunidade produz uma sensação boa por causa dos significados que a palavra carrega, associados a prazeres desejados (BAUMAN, 2003).

A noção de comunidade é um elemento fortíssimo da convivência, pois anuncia um imaginário social (BACZKO, 1985), isto é, conjuntos de representações coletivas associadas ao exercício do poder no interior de uma sociedade, de um grupo ou subgrupo social. Essas representações associadas ao exercício prático do poder estão organizadas em elementos fundamentais do imaginário social, a partir dos quais é possível deslocar as crenças de um universo simbólico para se constituírem em ações efetivas no mundo social. As representações são conjuntos de classificações, divisões e hierarquizações que definem a compreensão do mundo social a partir de orientações das classes e frações de classes sociais, assim como grupos e subgrupos sociais, no interior de uma sociedade. São variáveis que se manifestam de acordo com a posição de cada um desses elementos em determinados espaços de uma sociedade (CHARTIER, 2002).

Nessa perspectiva, muito embora as representações do imaginário social venham revestidas de um discurso de neutralidade, a realidade é outra. Na prática, trata-se invariavelmente da articulação de estratégias de poder com finalidade de dominação, única e exclusivamente. Nesse sentido, as percepções do social não são absolutamente discursos neutros, antes produzem estratégias e práticas, sejam elas sociais, escolares, políticas, etc., que sempre tendem a se impor como uma autoridade sobre outros, e outros que são por ela menosprezados (CHARTIER, 1990). Assim, o imaginário social que reveste o termo ‘comunidade’, da expressão ‘comunidade terapêutica’, é a mobilização de elementos que sugerem neutralidade, mas que na prática são palavras que, em muitas ocasiões, encobrem o exercício de imposição e dominação de vontades.

O quarto elemento trata dos **papéis**, ou as responsabilidades atribuídas no interior de uma coletividade organizada, que é o que se espera de um indivíduo que ocupa certa posição ou que cumpre um papel social (CHINOY, 1966), e das **funções**, ou seja, as finalidades desse papel na consecução geral dos objetivos sociais, que devem ser sempre definidas com clareza e objetividade. Já o quinto elemento refere-se aos **companheiros como modelo de ação**, o que significa que ações a serem realizadas na vida comunitária devem ser imitadas/reproduzidas a partir do comando de superior hierárquico. Na prática, esses dois elementos se assemelham à antiga brincadeira infantil de ‘seguir o líder’, em que uma liderança exerce domínio sobre um coletivo qualquer, evidenciando que as dinâmicas próprias do modelo são uma negação do pressuposto básico de protagonismo e autonomia.

O sexto elemento são as **rotinas diárias estruturadas**, cuja finalidade é a gestão do cotidiano de forma a manter o coletivo de residentes/segregados com atividades durante todo o dia. Atividades como a ‘terapia espiritual’, que são os cultos diários de acordo com as regras

e normatizações eclesiais das diferentes versões do cristianismo brasileiro. Esses cultos podem variar na intensidade com que enfatizam o entregar-se à divindade ou ao Poder Superior como forma de superação do consumo abusivo e de reorientação do sentido da vida pessoal, mas invariavelmente a tônica dos tratamentos tende ser essa entrega. Essas rotinas diárias são organizadas a partir dos três pilares: trabalho, disciplina e espiritualidade, que são os elementos que constituem o padrão do tratamento em regime de comunidade terapêutica no Brasil (IPEA, 2017).

O sétimo elemento do tratamento em comunidade terapêutica é o **trabalho como terapia e educação**. Sendo o trabalho um dos pilares do modelo e método de tratamento, é também um ponto de tensão, pois, assim como as atividades são importantes para ajudar a passar o tempo durante o período de internação em que os dias parecem mais longos, elas constituem as rotinas diárias que são invariavelmente repetitivas, até mesmo por conta do limite de espaços na chácara ou sítio. Por outro lado, pressupor que atividades ocupacionais possuam intrinsecamente propriedades terapêuticas e educativas [que, neste caso específico, seria mais apropriado chamar de re-educativas] é atribuir demasiado valor a uma moral ligada ao trabalho unicamente, em detrimento de outros recursos e equipamentos à disposição da saúde pública brasileira (PINTO, 1988; NASCIMENTO, 1990; 1991).

O oitavo elemento é um **programa dividido em fases**, semelhante ao da Educação, cuja divisão em ciclos e séries pressupõe a aquisição de conhecimentos, competências e habilidades por etapas. Ao avançar de uma para outra fase no tratamento, é criada no segregado a percepção de avanço e evolução no tratamento. Ou, opostamente, quando o segregado fere as regras da comunidade terapêutica com, por exemplo, o abandono do tratamento, mas jamais fuga, ou ainda recaídas durante saídas e/ou visitas, o retornar às fases anteriores durante a internação se equipara às derrotas e revezes durante a carreira de consumidor abusivo de álcool e/ou drogas (BECKER, 2019). A força desse elemento consiste em criar, dentro das próprias rotinas diárias, diferentes graus de organização, complexidades, distribuição e coeficientes de poder no exercício dos papéis e funções (CHINOY, 1971).

O nono elemento é o **conceito de comunidade terapêutica**, que, conforme afirmado pelo professor George De Leon, um dos principais pesquisadores sobre comunidade terapêutica no mundo, se define pela convivência coletiva temporária entre pares como modelo e método privilegiado de tratamento, sem vínculo com a medicina, com a psiquiatria ou com a psicologia. Agrega-se aqui o décimo elemento, que são os **grupos de companheiros**, que se igualam pela condição de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, independentemente da classe ou estrato social a que pertençam esses indivíduos. Essa

igualdade artificial, semelhante à igualdade do ponto de partida da política liberal, tem como momento privilegiado o décimo primeiro elemento, que é o protagonismo de decidir sobre a **duração planejada do tratamento por convenção entre residente e equipe terapêutica**.

Assim sendo, chega-se ao décimo segundo e ao décimo terceiro elementos, que são, complementarmente, o **treinamento de conscientização**, ou o ato moral de tomar consciência de que o consumo abusivo é uma doença cujos efeitos lesivos à saúde só cessam pela abstinência total [paradigma proibicionista], *conditio sine qua non* para a obtenção da cura ou sucesso no tratamento; e o **treinamento em crescimento emocional**, que pode ser compreendido como o inventário moral que cada segregado deve realizar continuamente ao longo do período de tratamento para saber canalizar suas virtudes, assim como, paralelamente, neutralizar suas fragilidades, adotando uma constante vigilância interior à manutenção da abstinência total. Na prática, mesmo admitindo a recaída ocasional, o horizonte de cura no tratamento em comunidade terapêutica é a abstinência total (DE LEON, 2003).

4. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA PANDORA¹⁸: UMA AUTOETNOGRAFIA

O termo autoetnografia tem origem na língua grega: *auto* significando o *Self*, ou em si mesmo, + *ethnos*, em sentido de pertencimento a um grupo, + *grafo*, ou escrita. É uma forma de apresentação de características culturais de grupos sociais sob observação, e uma estratégia metodológica que substitui o mito da neutralidade científica pela valorização das impressões, sentimentos e questões advindos da experiência de participação e da observação feita pelo pesquisador. Originalmente nascida no campo antropológico, passou a incorporar o acervo de recursos e estratégias metodológicas de outros campos do conhecimento, como o campo da sociologia, por exemplo. A finalidade desta autoetnografia (CHANG, 2008) é a de construir uma descrição que, nos termos de Geertz (1989), propicie aos leitores uma imersão aprofundada na cultura da comunidade terapêutica.

A autoetnografia refere-se à minha¹⁹ experiência de trabalho como educador social, ministrando aulas de reforço do Telecurso 2000²⁰, inicialmente com as disciplinas de geografia e história, entre 2004 e 2007, quando a Lei nº 11.684/08 alterou o Artigo 36 da Lei nº 9.394/1996 e incluiu as disciplinas de sociologia e filosofia, que passei a lecionar. As aulas aconteciam às quartas-feiras, das 20h00 às 22h00, e aos sábados, das 14h00 às 17h00. Era uma preparação para prestarem as provas de Ensino Fundamental e/ou Ensino Médio no sistema Telecurso 2000, antecessor do Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos²¹. Desde meados dos anos 90, elas eram aplicadas em escolas da Diretoria de Ensino de São Carlos (SP), e meu trabalho se restringia às aulas de reforço, pois nunca participei da aplicação das provas, que eram aplicadas nas Unidades Escolares.

Sobre a pesquisa, inicialmente eu havia proposto à Pandora fazer um trabalho etnográfico (ERICKSON; SHULTZ, 1981; HAMMERSLEY; ATKINSON, 1983) ou um estudo de caso (YIN, 2007) sobre a comunidade terapêutica. Com este propósito, solicitei uma reunião com o pastor-diretor, que me recebeu na tarde de 18 de julho de 2019 para um diálogo, que começou por volta de 14h00 e se estendeu até as 17h30. Formalmente apresentei o convite para desenvolver a pesquisa etnográfica ou o estudo de caso, mas o pastor se

¹⁸ Pandora foi criada pelos deuses Hefesto e Palas Atena, a mando de Zeus, para castigar os humanos por terem recebido de Prometeu o segredo do fogo. A vingança consistia na caixa de Pandora, que, ao ser aberta, derramou as maldições sobre os humanos, saindo por último a esperança.

¹⁹ Até esta quinta seção, a escrita foi desenvolvida na voz da primeira pessoa do plural – nós. Contudo, segundo orientação de Chang (2008), a descrição autoetnográfica deve ser escrita na primeira pessoa do singular – eu. Nas Considerações Finais retomamos a primeira pessoa do plural.

²⁰ Ver: <<https://www.telecurso.org.br/>>. Acesso em: jun. 2021.

²¹ Ver: <<https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/enceja>>. Acesso em: jun. 2021.

recusou a participar, afirmando, naquela ocasião, que a entidade enfrentava problemas, que estavam sob segredo de Justiça, sem mencionar quais seriam esses problemas. Realizei, então, uma entrevista não estruturada em que busquei compreender a comunidade terapêutica, dada a experiência de trabalho de meu interlocutor, iniciada em 1978, o que fazia dele uma excelente fonte de informações.

Em 2020, teve início a pandemia, ainda em curso, o que inviabilizou a realização da etnografia ou do estudo de caso em outra comunidade qualquer. Foi então que me ocorreu retomar a experiência em Pandora, do início de minha carreira como professor de Educação Básica – PEB-II. Assim, orientado pela perspectiva de que as memórias são sociais (HALBWACHS, 1990), comecei com as leituras teórico-conceituais e, posteriormente, com uma revisão de dissertações e teses sobre o objeto comunidade terapêutica. Conforme explicado acima, Pandora não aceitou a proposta de trabalho investigativo, nem outras comunidades que procurei, dada a pandemia, decidi, então, apresentar esta autoetnografia (CHANG, 2008), com a qual pretendo proporcionar uma descrição densa (GEERTZ, 1989) sobre o tratamento naquela entidade de prestação de serviços de saúde.

Estruturalmente, apresento a autoetnografia seguindo uma adaptação que fiz do esquema lógico de Schatzman e Strauss (1973), constituído por: (i) Mapa Social, para indicar pessoas, suas hierarquias, divisão de trabalhos e funções; (ii) Mapa Espacial, com a descrição dos espaços, alguns equipamentos, salas de atividades e atendimentos especializados, quartos, etc.; e (iii) Mapa Temporal, constando o fluxo das rotinas, os horários das atividades e das rotinas terapêuticas, o horário das reuniões, as rotinas de trabalho e lazer, que apresentamos na forma de Quadros. Na escrita do texto, busco a simplicidade e a clareza, mas respeitando o rigor dos conceitos. Lembrando que esta é uma característica necessária na construção e apresentação de um texto sobre o trabalho investigativo desenvolvido no campo das Ciências Sociais (BECKER, 2015).

Também, conforme Chang (2008), é fundamental distinguir entre o momento em que o fenômeno foi percebido e seu posterior resgate, com outros recursos intelectuais e objetivos de trabalho. Assim, há, no texto, palavras e expressões que são termos que eram utilizados em Pandora para evidenciar relações, na forma como as percebi e vivenciei no trabalho educativo, e não como pesquisa social. Como educador, eu tendia a perceber residentes e monitores em uma relação que guardava certa semelhança com os processos de ensino e aprendizagem. Como pesquisador, busquei entender como crenças e interpretações do cristianismo protestante e pentecostal (FREESTON, 1993; 1996) poderiam ser terapêuticos, e também

procurei compreender e interpretar isso na cultura de Pandora. No final do texto apresento um Glossário que traduz, em parte, a cultura de Pandora.

4.1 MAPA SOCIAL

O trabalho docente como educador social foi realizado na comunidade terapêutica Pandora, inscrita no CNPJ sob número: XX.XXX/XXXX-XX; com Certificado de Utilidade Pública Municipal: Lei – X.XXX/XX; Certificado de Utilidade Pública Estadual: Lei – X.XXX/XX; Certificado de Utilidade Pública Federal Lei – X.XXX/XXXX; e Certificação Ativa emitida em 03 de novembro de 2005. Fundada pelo pastor, CPF: XXX.XXX.XXX-XX, e outros, em 27 de julho de 1979, na cidade de XXX XXXXXX/SP. Iniciei o trabalho no segundo semestre de 2004 e terminei no final do primeiro semestre de 2010, lecionando as disciplinas de filosofia, geografia, história e sociologia, que constituíam a grade das Ciências Humanas e suas Tecnologias, no Programa Telecurso 2000, para preparação de estudantes que iriam realizar as provas em nível Fundamental e Médio.

Pandora era uma comunidade terapêutica religiosa, composta por um coletivo de mais de 20 famílias, cuja maior parte dos homens que ali estavam haviam se recuperado na entidade nos seus mais de 25 anos de atividades. Foi criada e liderada pelo pastor, e outros, como um modelo teocrático para viver sob o governo de Deus, por meio da prática dos ensinamentos da Bíblia Sagrada. Era um sítio com cerca de 11 alqueires de extensão e estava dividido em dois ambientes. O ambiente 1 correspondia à maior parte da propriedade e era onde as famílias residiam; também eram os espaços das criações de animais, das hortas, e onde se realizavam as atividades de manutenção, conservação e reforma. O ambiente 2 ficava na parte interna do ambiente 1, cercado por um muro de dois metros, e mantinha os residentes e monitores solteiros separados do ambiente das famílias, que era o centro de recuperação.

Aproprio-me e utilizo, a seguir, alguns conceitos da teoria funcionalista, para fins de desenvolver uma descrição mais precisa. Pandora tinha um “estatuto” público: atender sob regime de internação consumidores abusivos de álcool e/ou drogas. Mas, na vida comunitária, segundo palavras que o pastor sempre repetia nos cultos, o estatuto era: “ganhar as almas dos drogados para Cristo e para o reino de Deus”. Nesse sentido, cabe esclarecer que, muito embora do ponto de vista técnico/jurídico a entidade se apresentasse como dedicada única e exclusivamente a desenvolver tratamentos alternativos sob regime de internação por período de até doze meses, nas práticas sociais, Pandora desenvolvia uma ação proselitista na forma

de evangelização para a cura e solução de problemas. Lembremos que, para Fernandes (1970, p. 148-149), o “estatuto” é o objetivo manifesto do grupo aos olhos de seus membros.

No “estatuto” estão inscritas as prerrogativas do sistema total de valores de Pandora, que era a Bíblia Sagrada na estrita interpretação do pastor, por ser ele o ungido de Deus. Desse “estatuto” decorria a “estrutura”, isto é, a hierarquização e divisão das atividades para a manutenção de Pandora, assim como toda uma organização de “normas” e “regras” atinentes ao convívio entre os ambientes 1 e 2, assim como no interior de cada um, e que constituíam o “aparato material” ou o mundo físico interno de Pandora. Havia, ainda, conjuntos de “atividades” estabelecidas em forma de rotinas fixas [com pretensão caráter terapêutico] e que constituíam a “função”, ou o objetivo, de todas as suas “atividades”, que era o de fazer valer seu “estatuto” (FERNANDES, 1970, p. 148-149), conforme esclareço no desenvolvimento desta quinta seção.

As narrativas que compõem esta autoetnografia (CHANG, 2008) se referem às experiências de trabalho e convívio no ambiente 2, junto com os diferentes residentes e monitores solteiros que passaram pela comunidade terapêutica nos seis anos em que lá dei aulas e que gostavam de me contar suas histórias de vida e os acontecimentos cotidianos em Pandora. Entendo que essa era uma forma de quebrarem a repetitiva rotina diária. Nossos diálogos aconteciam entre aulas ou quando os monitores faziam o transporte de ida e volta de minha residência ao sítio de Pandora, às quartas-feiras, das 20h00 às 22h00, e aos sábados, das 14h00 às 17h00 – estes eram meus dias e horários de trabalho docente na comunidade terapêutica Pandora.

Antes de apresentar e discutir as relações no Mapa Social, abordo o mito fundacional de Pandora. Esse tipo de mito é uma descrição sobre a origem do mundo natural e social articulada com elementos do sobrenatural de uma cultura, trazendo consigo alguma verdade, revelação e/ou missão especial. A importância do mito fundador nas culturas é que ele auxilia na explicação e na legitimação de dada ordem de mundo, ou para o surgimento de algum indivíduo ou instituição. Era com esta estrutura que Pandora articulava suas narrativas sobre como ela nasceu e para quais fins estava destinada dentro de seu sistema explicativo protestante pentecostal (FREESTON, 1996; 1993), já que era uma obra de Deus nascida do chamado e da unção que Ele deu a seu escolhido, o pastor, para fins específicos de libertar os drogados do vício por meio do Evangelho de Cristo (BÍBLIA SAGRADA, 1995).

A base do mito era uma passagem bíblica em que Isaías (ISAÍAS 6: 1-13 *apud* BÍBLIA SAGRADA, 1995) era chamado para ser profeta²². Na passagem, Deus precisava enviar alguém para dar a conhecer e realizar Sua Vontade entre os homens. Escolheu e chamou Isaías. Separou-o de seu grupo sócio/familiar para se dedicar única e exclusivamente ao serviço divino. Era uma convocação para a realização do sagrado pela via do extraordinário, do miraculoso e do sobrenatural no mundo dos humanos. Esta passagem está conectada com a história pessoal do pastor, que recebeu um chamado de Deus e o aceitou, e com isso foi ungido para realizar a obra de Deus, de salvar os drogados do vício – o que o pastor fez ao criar e estruturar a comunidade terapêutica Pandora. O chamado do pastor, como o de Isaías, tinha seu próprio elemento sobrenatural inserido na cultura do mundo social do pastor, conforme narro a seguir.

O pastor contava ter sido na adolescência um *hippie* e baterista de *rock and roll* em fins dos anos 60 e primeira metade dos 70. Ficou conhecido como um dos pioneiros no consumo de *cannabis* e *dietilamida do ácido lisérgico* (LSD) e por beber um copo de pinga antes das aulas no Ensino Médio. O consumo abusivo, a partir de meados dos anos 60, o levou, segundo narra em seus cultos, a um quadro de surtos psicóticos e internações psiquiátricas. Em sua última internação em um hospital psiquiátrico, foi considerado um indivíduo portador de alta instabilidade mental devido ao consumo prolongado de LSD. Essa narrativa não apenas gerava admiração pela história de superação do pastor, como ainda estruturava as relações em Pandora, pois mostrava que ele sabia o caminho para uma vida abstinentemente e com propósito: o Caminho de Cristo.

Seguindo a orientação de Chang (2008), é necessária não apenas uma descrição rigorosa na autoetnografia, mas ela também, e fundamentalmente, deve trazer as considerações e análises do pesquisador. Nesse sentido, devo ressaltar a relação do líder (pastor) com os(as) liderados(as) (presbíteros, membros das famílias, monitores solteiros e residentes). Muito embora tentassem manter uma relação democrática entre si, eram perceptíveis as relações fortemente hierarquizadas nas situações em que o pastor repreendia alguém por erros cometidos. Nas repreensões eram usadas expressões, às vezes, agressivas ou ultrajantes, com apelidos ou qualificativos pessoais do tipo: “anta”, “burro”, “animal de patas”, dentre outros. Ele explicava que essa era a única forma de os drogados entenderem e respeitarem a ordem social de Pandora.

²² Profeta: “substantivo masculino 1. RELIGIÃO – pessoa que anuncia os desígnios divinos, que prediz acontecimentos por inspiração de Deus. "Deus falava aos hebreus através dos seus profetas." e 2. pessoa que, supostamente, prediz o futuro; vidente, adivinho. "Na Antiguidade, muitos exerciam o ofício de profetas." Ver: <<https://languages.oup.com/google-dictionary-pt/>>. Acesso em: abr. 2022.

Durante os cultos públicos, o pastor costumava narrar algumas de suas aventuras. Em uma internação no estado do Paraná, afirmou ter vivido uma experiência espiritual, cujos resultados foram o chamado de Deus e a criação de Pandora. Ele definia a experiência como um profundo e regenerador renascimento espiritual em Cristo. Afirmava que, em um de seus surtos, precisou ficar contido por longo período na Unidade de Pacientes Agudos²³ (UPA), e a UPA era visitada por um missionário evangélico, que certo dia orou por ele. Na mesma noite, contou, Deus lhe apareceu em forma de uma bola de fogo próxima ao ventre e restaurou sua mente, lhe deu lucidez contínua e um propósito de servir a Deus pelo resto da vida. Foi assim que ele recebeu o chamado divino e uma unção especial para criar e administrar a obra de Deus. E esta obra era a de recuperar os drogados no Brasil e no mundo.

Assim, em meados dos anos 70, ele retornou à sua cidade e começou a servir a Deus na igreja Assembleia de Deus, ministério Madureira. No ano de 1978, alugou uma chácara e teve início todo o projeto da comunidade terapêutica Pandora. Em 27 de julho do ano seguinte, a entidade foi legalizada. Outras pessoas faziam parte da diretoria e posteriormente vieram a se retirar do projeto, mas a liderança do empreendimento e, principalmente, o empreendedor moral (BECKER, 2019) propriamente dito era o pastor. Sua liderança era reconhecida como parte do propósito divino. Desde o início, em 1978, foram se agregando os membros das mais de 20 famílias que tinham suas vidas e trabalhos em Pandora nos anos de 2004-2010, quando desenvolvi atividades como docente.

O código ético/moral dessas famílias eram os princípios que eles denominavam como sendo eternos, imutáveis e universais da Bíblia Sagrada (BÍBLIA SAGRADA, 1995). Essas famílias se organizavam de forma muito semelhante a uma igreja protestante pentecostal que vivia em regime de comunidade, e sob liderança espiritual e orientação de trabalho do pastor. Eles entendiam que Deus os havia chamado para essa mesma obra, cada qual ocupando seu cargo e funções para a realização dos trabalhos do centro de recuperação. Para esse coletivo, a principal legislação em Pandora não era a RDC-29/2011, vigente para as comunidades terapêuticas nessa época, mas a Bíblia Sagrada, que era aplicada à realidade das mais de 20 famílias e dos residentes internados para tratamento. O pastor não só tinha influência como participava diretamente dos casamentos dos filhos das famílias.

Sociologicamente, essas famílias formavam um grupo de referência (LAKATOS, 1990; CHINOY, 1996) para o coletivo de residentes; grupo de referência a ser seguido na

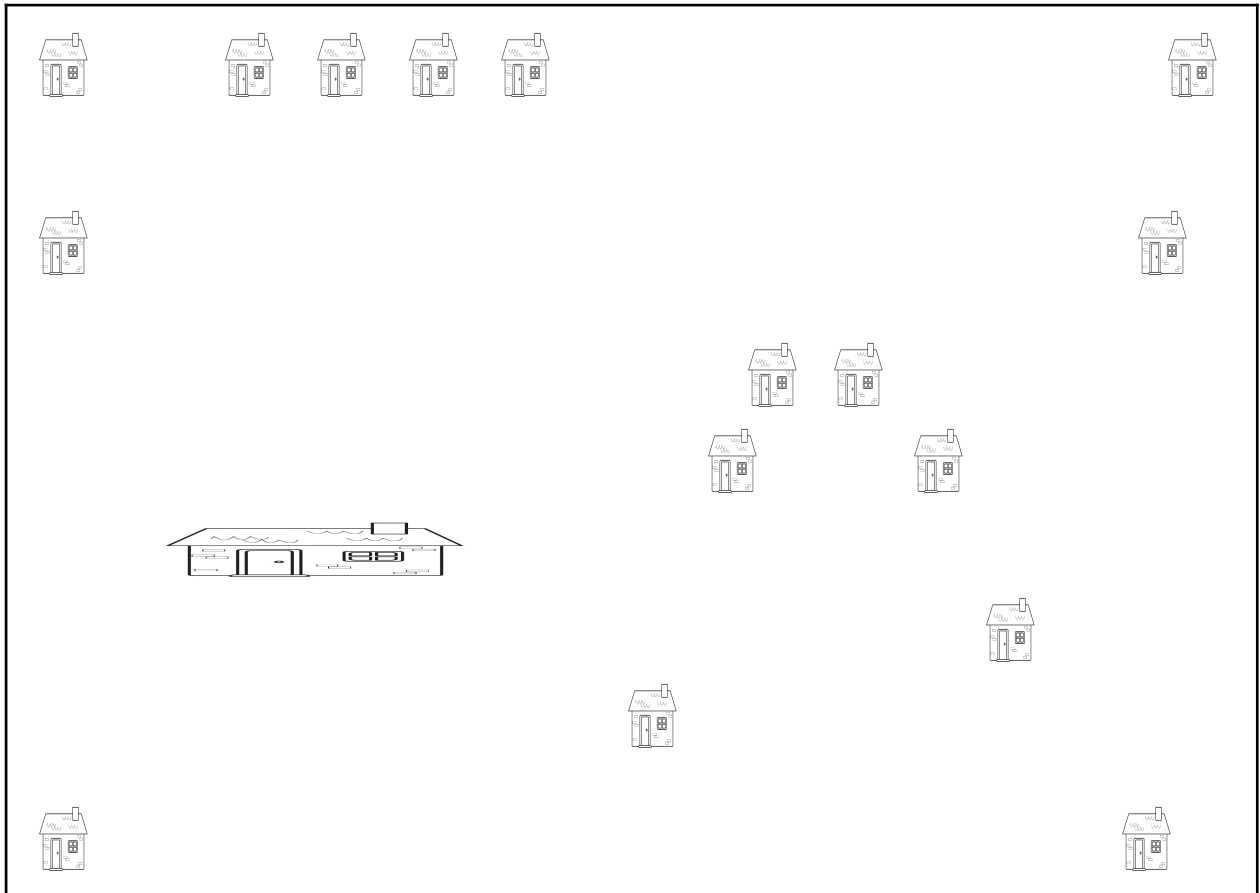
²³ Em hospitais psiquiátricos, na UPA são colocados os pacientes violentos e/ou em surto. Algumas comunidades terapêuticas (CFP, 2011; 2018) desenvolveram as salas de contenção para o mesmo objetivo de restrição, que pode ser com medicações e/ou amarrados à cama. Presenciei casos assim em Pandora.

perspectiva discipular, nos mesmos moldes que seguiam e se sentiam plenamente incluídos na chamada de Deus para o pastor. Para fins de fornecer uma descrição mais objetiva e detalhada, nos Quadros a seguir apresento o ambiente 1 e o ambiente 2, que eram a chácara ou sítio onde conviviam interativamente os grupos que constituíam a comunidade terapêutica Pandora. O espaço de realização de todas as atividades do convívio terapêutico entre as famílias residentes era o ambiente 1, e os residentes em tratamento, assim como os monitores solteiros, conviviam no ambiente 2, durante todo o período de tratamento.

Todas as atividades realizadas no ambiente das famílias eram acompanhadas pelos monitores solteiros, e os residentes só eram aceitos no ambiente das famílias se fossem considerados engajados no tratamento. Explicavam esse distanciamento pelo fato de haver adolescentes e mulheres jovens nas famílias de Pandora. Como cristãos, eles se consideravam no dever sagrado de manter seus filhos e filhas distantes dos residentes até que estes se tornassem confiáveis. Esta separação era para evitar e se precaver contra pecados. Entre as histórias que alguns monitores solteiros me contaram, houve, alguns anos antes de eu iniciar meu trabalho, dois casos em que filhas de famílias de Pandora tinham fugido com residentes que estavam internados em Pandora. Havia, portanto, uma separação física e, mesmo nos cultos públicos, homens e mulheres ficavam em fileiras separadas.

O pastor e as famílias definiam Pandora como uma obra de Deus. Em termos práticos significava que alguém poderia se vincular à Pandora mesmo não tendo sido um consumidor abusivo de álcool e/ou drogas, pois lá os seres humanos cansados da vida poderiam achar seu lugar no mundo. Este era o caso de um dos cinco presbíteros que, com sua esposa e quatro filhos, em 1987 deixou o emprego e a igreja, entregou a casa e foi fazer a obra de Deus em Pandora. Era marceneiro e músico. No caso dos residentes que se internavam para tratamento, a situação era diferente, pois tinham de passar por entrevista classificatória, conhecer o local, assinar o contrato de permanência, e só então passariam a viver no centro de recuperação de Pandora, que ficava no ambiente 2. A internação involuntária era feita pela família e pelo Ministério Público.

Figura 3: Representação dos ambientes 1 e 2 de Pandora.



Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Quadro 5: Os dois ambientes da comunidade Pandora.

Ambientes	O que continha
Ambiente 1: residências das 20 famílias	<ul style="list-style-type: none"> - casa do pastor, esposa e filho - casas dos presbíteros, esposas e filhos - casas das famílias que constituíam Pandora - hortas, estufas, celeiros de animais, etc.
Ambiente 2: centro de recuperação	<ul style="list-style-type: none"> - alojamentos dos residentes - salas multiuso de saúde - salas multiuso cultural - padaria - cozinha - alojamentos dos monitores solteiros - cantina - lavanderia

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

No ambiente 1 do sítio ficavam as casas das famílias que constituíam a grande comunidade Pandora gerida pelo pastor e sua esposa, duas filhas casadas com ex-residentes e os netos; um filho casado, a esposa e dois filhos; e outro filho solteiro. Três dos presbíteros com suas esposas e filhos, e todas as demais famílias, viviam na propriedade. Os monitores solteiros e os residentes, que eram acompanhados 24 horas por dia em sistema de revezamento, conviviam no ambiente 2, onde ficava o centro de recuperação, as salas multiuso para as aulas, os cultos, os jogos de mesa, etc. O coletivo Pandora costumava se encontrar às sextas à noite e aos sábados nos cultos públicos, em que se reuniam as famílias de Pandora, monitores solteiros, residentes, familiares de residentes em fase final de tratamento e as pessoas que eram convidadas a participar. Participei de vários desses cultos.

Quadro 6: Corpo dirigente e suas funções.

Cargo	Funções
Pastor (1)	<ul style="list-style-type: none"> - liderança espiritual/autocrática de toda Pandora - gestão econômica dos recursos - sendo o ungido de Deus, tinha a palavra final nos conflitos - pregações intercaladas nos cultos públicos - tocar bateria nos cultos das sextas e sábados - atendimento no escritório da cidade para as entrevistas de candidatos à internação e seus familiares - direção das reuniões das famílias, que não cheguei a assistir
Presbíteros (5)	<ul style="list-style-type: none"> - realização das atividades estruturais da comunidade - participação e partilhas em reuniões da comunidade - atuação nas atividades do centro de recuperação - revezamento nas pregações das sextas e sábados - participação em atividades externas à comunidade Pandora
As famílias (mais de 20 casais e seus filhos – em média eram 4 filhos por família em Pandora)	<ul style="list-style-type: none"> - ex-residentes mais antigos, casados e com filhos, que viviam sob orientação espiritual de Pandora - podiam ser pessoas que não eram nem ex-drogadas, nem ex-residentes. Era o caso de dois dos cinco presbíteros, sendo que um era marceneiro e músico profissional e outro se formou em direito e é advogado na comarca - famílias outras que, aprovadas pelo pastor e pelos presbíteros, eram aceitas para compor o quadro de famílias agregadas (LAKATOS, 1990)

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Um ponto me parece de significativa importância. Pandora adotava aquilo que eles chamavam de estrutura teológico-comunitária: nos cultos, homens e mulheres sentavam separados; aos visitantes e aos membros das famílias era solicitado nos cultos que contribuíssem com dízimos e ofertas para a obra de Deus; todos os membros que já eram batizados no Espírito Santo podiam livremente falar em línguas estranhas – a glossolalia –, que eles afirmavam ser uma continuidade da obra de Deus de espalhar seu Espírito sobre todos os seres vivos no planeta (ver JOEL: 1, 2 e 3; ATOS 2; I CORÍNTIOS: 14 *apud* BÍBLIA SAGRADA, 1995). Portanto, tratava-se de um projeto de igreja, cujos membros eram os que moravam no ambiente 1. Também separado e paralelamente, havia um centro de recuperação para consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, no ambiente 2.

Quadro 7: Equipe terapêutica e suas funções.

Cargo	Funções
Neurologista	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento individual na fase inicial, às quartas-feiras, das 20h00 às 22h00 - encaminhamento a outras especialidades, se necessário - o vínculo era unicamente trabalhista
Psicóloga	<ul style="list-style-type: none"> - atendimento individual às terças-feiras, das 14h00 às 16h00 - coordenação de grupos de ajuda mútua aos sábados, das 09h00 às 11h00 - o vínculo era unicamente trabalhista
Monitores solteiros	<ul style="list-style-type: none"> - acompanhar os residentes nos cultos da manhã e da noite - acompanhar os residentes nas atividades diárias do centro de recuperação - acompanhar os residentes em algumas atividades no ambiente das famílias - acompanhar os residentes na aulas e na sala multiuso cultural, para as atividades educacionais - acompanhar os residentes em saídas externas (médico, dentista, fazer as provas, etc.) - acompanhar os residentes em visitas de familiares à chácara ou em saídas pela cidade - o vínculo era religioso/ideológico (não recebiam salários, apenas ajuda de custo)

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Como disorro adiante, havia em Pandora uma fixação pela ordem. Não se trata de ordem no sentido estético, de embelezamento dos ambientes, que eram simples e mesmo precários, em alguns aspectos. A ordem em Pandora era centrada na obediência, conforme os ensinamentos do pastor. Essa interpretação era resultado de sua condição de ungido de Deus e de intérprete da vontade divina. Ele ensinava, nos cultos públicos, que a queda de Adão e Eva, narrada no livro de Gênesis (*apud* Bíblia Sagrada, 1995), ou o mito do pecado original, se deu por causa da desobediência de Eva, que acabou por derrubar Adão. A obediência era o centro da vontade divina: começava pelo pastor, o ungido de Deus, e se estendia a todos os demais irmãos, pois a autoridade deles derivava da autoridade do pastor. Para os residentes, a obediência sinalizava sucesso no tratamento.

Quadro 8: Os educadores físico e social.

Cargo	Funções
- Professor de Educação Física	- atividades físicas às sextas-feiras, das 14h00 às 17h00
- Educador social	- aulas às quartas-feiras, das 20h00 às 22h00 - aulas aos sábados, das 14h00 às 17h00

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Nas aulas de educação física, além dos exercícios de alongamento e aquecimento, jogavam futebol, que era o esporte preferido em Pandora. Algo que me pareceu muito interessante, à época, é que as mulheres em Pandora eram aguerridas torcedoras, disso me lembro bem, pois assisti em Pandora aos jogos da Copa do Mundo de 2006, que ocorriam às quartas à noite ou aos sábados à tarde. Eles costumavam fazer campeonatos entre os grupos de homens aos domingos, que era o dia livre. Nunca assisti a esses campeonatos, pois não tenho muito interesse por futebol. Quanto às aulas, aconteciam duas vezes por semana na sala multiuso cultural e eram frequentadas apenas por residentes e monitores solteiros. Nunca dei aulas para as mulheres de Pandora, mas lecionei para vários dos filhos das famílias de Pandora, em escolas estaduais públicas, onde trabalho até hoje.

Quadro 9: Residentes: o coletivo em tratamento.

Status	Funções
- residentes	<ul style="list-style-type: none"> - aderir voluntariamente ao tratamento - submeter-se ao tratamento, segundo a estrutura social da comunidade Pandora protestante pentecostal (FREESTON, 1993; 1996) - não usar drogas, não beber e não fumar tabaco - não fazer sexo - não brigar - idealmente, ao ‘aceitar a Cristo’, aceitação promovida pelos grupos (i) e (ii), exceto o médico e a psicóloga, se chegava ao tratamento bem-sucedido

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

O coletivo poderia ter até 40 residentes (BRASIL, 2001; 2011), mas num dos semestres havia 54 residentes. Eu precisava estar a par desse número em função das matrículas para a realização das provas do Telecurso 2000, que faziam parte de minhas obrigações de trabalho. Nos seis anos de trabalho, encontrei médicos (2), engenheiros (4/5), dentistas (5), advogados (8) e professores (7) internados em Pandora, mas eram minoria. O número de não concluintes da Educação Básica era muito grande, e foi o motivo de eu ter sido contratado para trabalhar como educador. Primeiro foi com os residentes e monitores solteiros, e depois vieram também homens e mulheres das famílias de Pandora, pois a maioria dos membros adultos não havia concluído os estudos básicos. Mas todos os filhos estavam regularmente matriculados na rede pública e usavam o ônibus particular de Pandora.

Para construir uma descrição sociológica de Pandora, nos orientamos por Chinoy (1996). Assim, um primeiro ponto a destacar é que, semelhantemente, “(...) *grupos sociais* foram definidos como ‘um número de pessoas cujas relações se baseiam em um conjunto de papéis e *status* inter-relacionados’” (CHINOY, 1996, p. 110, grifos no original, tradução livre feita pelo autor), em relações que são centradas em conjuntos de normas e valores auto vinculantes e voluntariamente aderidos. Pandora era um grupo social de origem contratual, pois alguém, com família ou solteiro, que desejasse pertencer ao grupo de famílias deveria passar por entrevista com o pastor e os presbíteros e somente se aprovado passaria a viver e se corresponsabilizar por adotar para si e para os seus as regras comunitárias das famílias de viver segundo a Bíblia (BÍBLIA SAGRADA, 1995).

As regras não eram escritas, não havia um manual de conduta para os residentes, a base era a oralidade e o que estava escrito nos contratos de internação. As orientações bíblicas eram o instrumento de resolução dos conflitos, utilizado pelo pastor e acatado pelos presbíteros e por todo o coletivo de famílias. As reuniões em que tratavam de questões internas das famílias de Pandora eram privadas. Contudo, em um universo de convivências tão próximas, uma potente rede fazia circular as notícias e as novidades da casa. Os principais comentadores dessas reuniões eram os monitores solteiros que delas participavam, assim como de outras interações no ambiente 1, das famílias, e alguns residentes mais confiáveis ou aqueles que eram estritamente obedientes às regras²⁴, que também trabalhavam no ambiente 1 e costumavam fazer comentários.

Ao trazer tais informações, o que me interessa é salientar uma dinâmica de circulação de relações de poder baseada em carisma (WEBER, 1999a), em que a biografia do pastor como líder máximo e ungido de Deus é o exemplo, e que afetava até mesmo o tipo de notícia em circulação sobre o mundo exterior. Havia uma preocupação do pastor com o tipo de informação que circulava na comunidade, e isso afetava todo o coletivo de famílias. Pandora seguia a percepção do pastor, que havia se convertido em um tempo em que a igreja à qual se filiou inicialmente, a Assembleia de Deus, proibia o uso de televisão para seus membros. De 1979 até 1998, a televisão era totalmente proibida em Pandora, situação que começou a mudar a partir da segunda metade de 1990. O divisor de águas foi a Copa do Mundo de 1998, quando o pastor permitiu o aparelho de TV e depois VHS e DVD, mas canais esportivos apenas.

Voltando às relações em Pandora, havia um sistema de sustentação e permanência na comunidade de mais de 20 famílias que seguiam as orientações do pastor para realizar os trabalhos da obra de Deus. Como já mencionei, duas filhas do pastor e também a filha de um dos cinco presbíteros haviam contraído matrimônio religioso e civil com ex-residentes (2001-2003). Esse trânsito da condição de residente para monitor solteiro, até aderir à vida comunitária, surgia da possibilidade de casamento com alguma das jovens mulheres solteiras, filhas ou parentes das famílias. Exceto pelo pastor, que já era casado ao criar Pandora, e de um dos presbíteros, os demais casais haviam se formado depois da recuperação. Muitos eram membros bem antes do período desta autoetnografia, que corresponde aos anos de 2004 até 2010.

Mesmo assim, a regra em Pandora era a ruptura das relações do indivíduo com seu meio de origem e formação sob o pretexto de que como o residente – qualquer residente –

²⁴ Também chamados, às vezes, de “puxa-saco”.

havia trocado a vida na sociedade pela loucura das drogas, sua recuperação dependeria de um processo de perda das relações e referências sociais anteriores por meio do isolamento social temporário. Em isolamento e superando as pequenas dificuldades e agruras desse novo *modus vivendi*, poderia começar a revalorizar aquilo que perdeu, ou quase perdeu, por ter escolhido o consumo abusivo de álcool e/ou drogas e os estilos de vida a ele associados. Como essa abordagem moral cristã é centrada na culpa pessoal, o isolamento é um caminho necessário à revisão das práticas pessoais. Muitos monitores solteiros defendiam essa postura.

Mas, para muitos residentes, isso era uma estratégia para a conversão ao cristianismo, já que Pandora não escondia suas intenções proselitistas. Até mesmo alguns dos monitores solteiros mais novos com os quais convivi consideravam o isolamento como uma pressão à conversão. Uma consequência possível era a adoção de comportamentos não-autênticos, ou falsos. Nos cultos de que participei, vi alguns de meus alunos mais críticos durante as aulas imitando o comportamento dos convertidos. Diziam-me ser uma forma de obter benefícios, como receber as famílias nos cultos públicos às sextas e sábados, dentre outros possíveis. Eles me descreviam situações como: fazer cara de sério ou triste nos cultos, manter os olhos fixos no pastor e nos presbíteros quando pregavam, não olhar para as irmãs no culto e esbanjar “glórias a Deus e aleluias” como sinais de possível conversão religiosa.

Na perspectiva de Goffman (2001), a comunidade terapêutica pode ser identificada como uma instituição total, isto é, que combina os três elementos centrais da vida social – trabalho, descanso e albergagem – em um ambiente único, o que constitui a realidade cotidiana de rotinas e as atividades concentradas no ambiente 2, que é onde funciona o centro de recuperação, conforme mencionei. Nesse sentido, à época da experiência, isso me parecia um jogo em que cada qual lutava por seus próprios interesses, algo que tinha alguma semelhança com minha atividade docente, em que negociava o ambiente e as partilhas para dar aula. Contudo, ao retomar esta memória com mente e objetivo de fazer pesquisa, me ocorreu que essa situação de não-autenticidade também pode ser a negação do modelo convivencial chamado de comunidade terapêutica. Explico melhor a seguir.

Aprofundando a questão a partir desta atual condição de pesquisador do campo das Ciências Sociais, em que devo mobilizar e articular coerentemente os conhecimentos obtidos ao longo do processo de investigação (CHANG, 2008) sobre esse processo de tratamento observado em uma comunidade terapêutica, sugiro enfaticamente, nos termos propostos pelo coerente entendimento sociológico de Mota (2007), que, sendo a questão o consumo abusivo de álcool e/ou drogas tanto quanto o tratamento alternativo analisado, ao desconsiderar o caráter biopsicossocial (MOTA, 2007) e criar um mundo artificializado, tornavam as relações

de pouca utilidade para quando esses residentes regressassem aos convívios sócio afetivos anteriores ao período segregado. A cura em Pandora, aparentemente, havia sido pensada unicamente em termos de permanência na proselitista obra de Deus.

Essa consideração acima se deve às orientações de Chang (2008) de que na autoetnografia devemos diferenciar o momento de percepção dos dados na condição e olhar de docente à época da experiência autoetnografada dessa última percepção evidenciada no parágrafo anterior, que é olhar sobre o assunto na condição de pesquisador, enquanto escrevo este texto. Essa mesma condição me leva a refletir também sobre outra questão que ao longo dos anos parecia incomodar residentes e monitores solteiros e que se referia ao tipo de isolamento que Pandora determinava na fase inicial. Nos primeiros três meses de tratamento, o programa previa o isolamento completo. O período inicial correspondia justamente ao tratamento à base de medicação tarja preta, que tinham efeitos colaterais pouco agradáveis, mas tinham prescrição e determinação médica.

No período autoetnografado (2004-2010), o coletivo de residentes nunca foi inferior a 40 residentes, em regime de internato, pelo período contratual de até 12 meses. Na época estava em vigência a RDC-101/2001 (BRASIL, 2001a), que determinava o número máximo de 30 vagas. Pandora podia ultrapassar esse número, pois transformava o *status* de residente em monitor solteiro. Quando alguém passava à condição de monitor, usufruía de certo poder nas relações com os residentes, pois eram esses monitores solteiros que conviviam com eles na cotidianidade do centro de recuperação de Pandora. Mas isso muitas vezes virava um problema, já que havia desentendimentos entre eles; quando alguém tinha poder sobre os demais, podia beneficiar os camaradas e complicar a vida diária dos desafetos. Este ponto se conecta à distribuição de poder em Pandora, que está ligada ao mito de fundação.

Como já disse, o pastor era a autoridade máxima, senão a única, que decidia toda e qualquer questão tanto entre as famílias quanto entre presbíteros, monitores solteiros e residentes. O modelo seguia uma hierarquia que, segundo o pastor, era de origem assembleiana, nesta ordem: pastor, presbíteros, obreiros chefes das famílias e, por fim, monitores solteiros. A hierarquia administrativa era definida pela fidelidade à obra e ao unguido de Deus, e também pelo tempo de permanência na comunidade. Menciono esta forma de organização, pois entendo que ela pode ser legítima no tipo de contrato social vigente entre o grupo das famílias. Mas essa mesma lógica de fidelidade e permanência era exigida dos residentes, ampliando, assim, as situações de não-autenticidade e indicando que um dos limites do uso da religião como método pode ser o sacrifício da autenticidade dos residentes.

Chamo a atenção para esse aspecto tão caro à comunidade terapêutica que é o convívio (DE LEON, 2003), a presença fundamental do outro, tanto o outro residente na condição de um igual, quanto do superior hierárquico que é o monitor de comunidade terapêutica. Este é o profissional que tem por função a Monitoria de Dependente Químico, ocupação em nível de Ensino Médio – CBO/5153-15 – que, em 2022, oferece salário médio de R\$ 1.436,51, com jornada de trabalho de 42 horas semanais²⁵. Esse profissional técnico, em Pandora, eram os monitores solteiros, o grau mais baixo na hierarquia de poder da comunidade. Os monitores solteiros que trabalhavam em Pandora recebiam do pastor um pró-labore mensal para despesas pessoais, mas não tinham salário. Contudo, eles eram definitivamente a principal influência para os residentes, até mesmo pelo constante convívio.

Identificamos nessa figura do monitor o primeiro exemplo prático do tratamento na comunidade terapêutica. Ele personifica a aproximação do ideal de sobriedade ou abstinência pela via do empreendedorismo moral (BECKER, 2019), que em Pandora tinha o sentido prático de seguir as regras da casa, pois o monitor deveria submeter-se a elas e auxiliar para que os residentes também o fizessem. Isso dava a ele a autoridade moral, que se transformava em poder pela via do carisma pessoal (WEBER, 1999b). Assim, o monitor era o primeiro exemplo objetivo de como promover uma mudança na carreira (BECKER, 2019), de consumo abusivo para a abstinência. Isso envolve a transformação de experiências sociais de insucesso em instrumento e ocupação profissional que é indispensável à comunidade terapêutica.

Percebemos que, numa comunidade terapêutica, a autoridade no tratamento é tecnicamente do corpo diretor e da equipe terapêutica, da qual o monitor é o elemento prático/operacional das relações, do acompanhamento e da terapia em sentido amplo, pois é ele quem permanece o tempo todo junto ao coletivo de residentes. Ao traçar essas considerações, queremos indicar a necessidade de investimentos para capacitação e qualificação profissional do Monitor de Dependente Químico. Esta sugestão segue a indicação de Chang (2008) de que, ao se desenvolver uma autoetnografia, além de descrições profundas, também é necessário introduzir questões, problemas e outros pontos a serem explorados, e mesmo indicações e sugestões que contribuam para fazer avançar o conhecimento sobre a cultura e/ou a temática em discussão.

Nesse sentido, passo a explorar a relação entre um consumidor mais jovem e um consumidor mais velho, em contexto de modelo convivencial. Em Pandora, os usuários mais antigos eram chamados de veteranos ou macacos velhos. Os termos não obedecem a nenhuma

²⁵ Ver: <<https://www.salario.com.br/profissao/monitor-de-dependente-quimico-cbo-515315/>>. Acesso em: jan. 2022.

precisão temporal específica, mas um macaco velho contaria com nunca menos do que duas décadas de consumo e de muitas histórias para contar aos usuários mais novos, histórias com certa coerência para não ser desprezado pelo coletivo, pois um macaco velho sem procedimento e sem atitudes coerentes poderá ser visto como um laranja/laranjão, o que dificulta seu trânsito pelo coletivo. As histórias contadas podem ser também mescladas com estórias, mas o importante é que não haja exagero ou incoerência. O macaco velho desfrutava de respeito pela autoridade do vivido, sendo um exemplo que poderia ser seguido.

A relação entre diferentes gerações sempre foi objeto de interesse do campo das Ciências Sociais. Neste âmbito, e tendo como pano de fundo a cultura, as contribuições de Dubet (1994) para a sociologia da experiência ajudam a dar melhores contornos às relações sociais. Especialmente em se tratando de relações que se processam em ambientes de convivência intensa como instituições totais (GOFFMAN, 2001) e também, conforme percebi, na própria comunidade terapêutica (CFP, 2018; IPEA, 2017; DE LEON, 2003; GOTI, 1990; JONES, 1972), que reúne em si todos os elementos e as condições para ser classificada como uma instituição total. Nesta convivência é que a presença/influência do monitor, na experiência coletiva e singular de qualquer residente, se constitui como indício ou possibilidade de mudança. É a esperança, portanto, o último item da caixa de Pandora!

Essa relação entre as culturas de diferentes gerações indica o diálogo, uma via proveitosa de comunicação entre as diferentes gerações (DUBET, 1994). A relação entre macacos velhos e os residentes mais jovens pode estimular importantes mudanças em um indivíduo que se encontre sob regime de segregação em uma comunidade terapêutica. Para além do bucólico apelo à ideia de uma comunidade que é de natureza terapêutica, seu modelo é tecnicamente o de uma instituição total (GOFFMAN, 2001) com convívio intenso e dotado de significativo apelo moral (DE LEON, 2008). Obviamente, trata-se de um empreendimento moral (BECKER, 2019), mas, ao potencializar as relações entre os macacos velhos [monitores] e os residentes [consumidores mais novos], surgem condições ótimas para que estes últimos, os mais novos, reorientem suas decisões sobre consumir drogas ou não, ou, ainda, que tentem controlar o consumo. Algo que também é possível.

O que evidenciamos acima dá alguns indicativos para quem cria e/ou implementa políticas públicas ou para quem estuda a instituição, mas principalmente para quem atua nela. O empreendimento moral (BECKER, 2019) me leva a discutir outra questão, que é a espiritualidade/religião, considerando o que sugere Becker (2015) sobre a transparência e a escolha de palavras. Em Pandora, a espiritualidade era um eufemismo para religião, e este pode ser um fator determinante para uma adequada compreensão sobre os limites da

comunidade terapêutica. Muito embora o IPEA (2017) alerte sobre o equívoco simplista de pressupor a comunidade terapêutica como instituição religiosa e proselitista, em Pandora havia claro e descortinado interesse religioso de ganhar as almas dos drogados para Cristo e ainda tornar essas almas em discípulos de Jesus Cristo. E quem lá se internava era informado sobre isso na entrevista, exceto no caso de internação involuntária.

Embora pessoalmente materialista, percebi em Pandora que a religião funcionava como um caminho inicial para legitimar a abstinência e a mudança de vida decorrentes desse processo. Esta é parte positiva. Mas a religião é também a parte mais significativa das críticas feitas a boa parte das comunidades terapêuticas brasileiras, especialmente aquelas que adotam o cristianismo protestante pentecostal (FREESTON, 1996; 1993), conforme as três últimas investigações promovidas pelo CFP (2011; 2018; 2020). Como apontamos na seção anterior, a comunidade terapêutica no Brasil nasceu vinculada à religião, evidenciando que tratá-la como pilar de espiritualidade, para não transparecer objetivos proselitistas, pode ser um engano, pela perda de efetividade, já que é possível simular comportamento de convertido, conforme percebi e ouvi dos residentes.

Descrevo e discuto a seguir algumas estratégias detectadas em Pandora para articular a relação profano/sagrado (BERGER, 1985). As canções tocadas transitavam dos estilos musicais *blues-gospel*, das filhas do pastor, até o *rock and roll* na *pegada* acelerada do pastor, além de participações de residentes com o *sertanejo* e bastante *hip-hop*. Todas as canções, sem exceção, traziam mensagens cristãs. As interpretações de canções *gospel* dos EUA e as versões *blues* dos hinos da Harpa Cristã eram executadas pelas filhas do pastor, sendo ele o baterista e também cantor. Para participação de residentes, o pastor exigia que fossem canções autorais e com mensagem cristã. Este era um empreendimento moral (BECKER, 2019) e educativo (DE LEON, 2003), que alguns residentes viam como aprendizagens mais duradouras, como o canto ou as técnicas para tocar algum instrumento musical.

Ainda sobre a música em Pandora, faço uma observação em relação ao pastor e sua família, para quem a cultura norte-americana era particularmente importante. As filhas, por exemplo, quando entoavam as canções tradicionais do *gospel* norte-americano em língua inglesa, executavam impressionantes *performances* tanto de covers, isto é, executar uma canção de forma idêntica à versão original, quanto de interpretações, a forma personalíssima e criativa de executar uma canção alheia. A mensagem cristã era o que constituía o “estatuto” de Pandora (FERNANDES, 1970) e era transmitida via *gospel* dos EUA, mas não havia diversidade de expressões culturais. O samba era associado às religiões afro-brasileiras ou ao

catolicismo miscigenado brasileiro. A MPB era associada aos odiados *comunistas* em geral. A ideia de cristianismo e a música dos EUA representavam o ápice da evolução cultural deles.

Para exemplificar, apresento abaixo uma canção que ouvi ser executada em diferentes estilos, durante os doze semestres em que trabalhei em Pandora.

Quanto vale um jovem?

(Autoria desconhecida)

Quanto vale um jovem nas mãos do Senhor?

Vale mais que o mundo inteiro.

Eles correrão e não se cansarão,

Subirão como águias a voar.

Cristo faz forte ao cansado UÔ UÔ

Dar forças ao que não tem nenhum vigor.

Liberta o escravo das drogas, das drogas

Por uma vida de paz, amor e salvação.

A canção acima se baseia em um texto do Velho Testamento:

Dá força ao cansado, e multiplica as forças ao que não tem nenhum vigor. Os jovens se cansarão e se fatigarão, e os moços certamente cairão; Mas os que esperam no Senhor renovarão as forças, subirão com asas como águias; correrão, e não se cansarão; caminharão, e não se fatigarão (ISAÍAS 40:29-31 *apud* BÍBLIA SAGRADA, 1995).

Os residentes diziam que ela possuía uma melodia chiclete, com o significado de um tipo de estrutura melódica de fácil assimilação, quer se goste ou não da música. Não se trata de emitir juízo de valor sobre a relação entre o sagrado e o profano na comunidade terapêutica Pandora. Mencionei minha posição materialista, mas reconheço que o sagrado é um elemento importante da vida social, tendo sido objeto de atenção sociológica nos clássicos trabalhos de Marx (1843/2005), Durkheim (1989) e Weber (2004; 2006), por exemplo. Por outro lado, juntamente com Simmel (2007), entendo a espiritualidade/religiosidade pelo seu valor de socialização ou propiciador de sociabilidades entre os indivíduos e entre os grupos e subgrupos sociais. E isso pode ser particularmente significativo em um modelo de convívio que se torna intenso, dadas as repetitivas rotinas.

Na perspectiva de Georg Simmel sobre o fenômeno religioso, um dos principais eixos é a dimensão humana geradora de sentidos que ele denomina de espiritualidade ou religiosidade, dependendo da tradução (SIMMEL, 2007). Esta dimensão é diferente da

abordagem da religião como fenômeno social proselitista e engajada em agenda e pautas próprias. A perspectiva de Simmel (2007) concebe a experiência social desdobrada em estratos que, mesmo analisados singularmente, podem propiciar compreensão sobre os demais estratos, revelando relações de interdependência mútua entre os seres vivos de forma que propicia compreender a criação de sentido nas relações sociais (SIMMEL, 2007). Essa perspectiva de criação de sentido, aplicada às atividades de caráter cultural, educativo e artístico, pode levar a rotinas diárias mais próximas da vida social não segregada.

Não se trata de fragilizar o direito de qualquer comunidade terapêutica de ter sua própria religião e empreender ações de caráter proselitistas, pois são direitos reconhecidos e consignados na Constituição Federal (BRASIL, 1988). Trata-se, antes, de enfrentar algo que entre alguns residentes de Pandora era chamado de terapia placebo. Não apenas em Pandora, pois aqueles a que me referi como macacos velhos já haviam experienciado internações em várias outras comunidades religiosas. O problema, confirmado por alguns dos monitores solteiros também, era que, enquanto internados, partilhavam relações, afetos, com consciência sobre seus problemas pessoais, mas o mundo partilhado na comunidade terapêutica não era encontrado quando retornavam à vida familiar e social em geral, após saírem do tratamento.

Seguindo a orientação de Chang (2008), faço distinção entre o que representava para mim essa explicação comum entre residentes, de que no retorno à vida social o mundo da comunidade não os acompanhava. Ou, como diziam, era uma terapia que, a médio e longo prazos, assemelhava-se ao placebo, isto é, um tratamento ou terapia que tinha a eficácia do momento. A palavra momento refere-se ao período contratual para internação, que no caso de Pandora era de doze meses de internação. Muitos deles afirmavam que o importante era, ao entrar no tratamento, conhecer as regras da casa, fazer amizade com os monitores e seguir o ritmo da casa. Entre os mais céticos, a intenção era apenas melhorar a situação de tensão das relações familiares, sociais, laborais, e não raro problemas jurídicos decorrentes do consumo abusivo de álcool e/ou drogas.

Na época – devo dizer – minha tendência era concordar com os monitores solteiros, quando estes argumentavam contra a falta de firmeza nos propósitos dos residentes, o que inclusive poderia revelar alguma fraqueza de caráter deles, pois, ao saírem do programa, costumavam abandonar o *modus vivendi* aprendido, e apreendido, durante o período de internação para fins de tratamento. Analisando essa questão na condição de pesquisador no campo das Ciências Sociais, percebo que essa forma de racionalizar abrigava um equívoco: transferia a responsabilidade unicamente para o residente, preservando o modelo de tratamento de qualquer crítica. Analiso a questão fora da perspectiva dicotômica de um estar

certo, enquanto o outro está errado. Não se trata de uma dicotomia, mas de um problema complexo. A comunidade terapêutica e os residentes não são opostos, antes, entendo que são parceiros.

É uma parceria iniciada quando da aderência do residente há algum dos modelos de convivência denominado de comunidade terapêutica para consumidores de álcool e/ou outras drogas. Se a parceria for unicamente pelo prazo de permanência no tratamento, então ampliam-se as possibilidades de comunidades terapêuticas terem uma função social mais próxima ao placebo do que ao remédio. O que chamo de ‘remédio’ são os recursos disponibilizados ao coletivo de residentes nas rotinas diárias do programa, no sentido de lhes proporcionar atividades e terapias que levem a melhorias na saúde física e/ou mental, de forma sustentada e não apenas durante a internação. Após a alta ou a desistência, costuma haver uma ruptura de contatos e relações, como acontecia em Pandora. Entre os resultados que observei dessa ruptura, destaco as recaídas que, em Pandora, eram rotineiras.

A ruptura de contato com quem se desligava de Pandora era imediata, o residente que saía fora do tempo passava a ser ignorado pelo coletivo. Se mencionado, era como um mau exemplo, como alguém que havia abandonado tanto o propósito quanto os irmãos da obra de Deus. Essa ruptura era particularmente complexa quando saíam membros das famílias, monitores ou alguém ligado ao coletivo [exceto residentes]. O pastor promovia algo como uma campanha enfatizando os erros e desacertos dos *infieis* à obra de Deus e aos irmãos, que consistia basicamente em salientar pontos negativos do indivíduo ou das famílias que se desligavam. Não eram ataques frontais, mas uma forma articulada, dentro do “estatuto” (FERNANDES, 1970), de deslegitimação das decisões e das ações de quem se desligava ou abandonava o projeto de Pandora.

Algumas vezes, os comentários sobre quem se desligava da obra de Deus eram feitos pelo pastor durante os cultos. Esse tipo de comportamento me causou certo estranhamento, pois havia um discurso sobre cristianismo, irmandade e compartilhamento de responsabilidades entre essas famílias. Porém, tão logo alguém decidia se desligar de Pandora, tornava-se imediatamente uma espécie de inimigo da causa de Deus na terra. Inicialmente entendia isso como um problema ou tensão entre ética da convicção e ética da responsabilidade (WEBER, 1982), mas percebi que se tratava de um padrão de comportamento sectário sistemático, cuja finalidade era desestimular a saída de outras famílias. Quando membros das famílias que constituíam Pandora se desligavam do trabalho na obra de Deus, o pastor não permitia contato entre os de dentro e os que saíam.

Outra característica da comunidade terapêutica no Brasil (CFP, 2011; 2018; IPEA, 2017; DE LEON, 2003) é o distanciamento dos residentes de todas as suas relações familiares, sociais, laborais, etc. anteriores à internação. Em Pandora, o isolamento total acontecia ao longo dos primeiros três meses do tratamento, em que não havia visitas em hipótese alguma. Esse período inicial de isolamento para tratamento era previamente acordado com as famílias, segundo os relatos de residentes e monitores solteiros, e para os residentes esse isolamento era uma das principais causas de abandono do tratamento, muito embora a comunidade Pandora explicasse o isolamento como fazendo parte do programa, cujo objetivo era contribuir para a melhoria das relações familiares, que tendiam a estar deterioradas em função do consumo abusivo e dos estilos de vida dele decorrentes.

Contudo, para os residentes tratava-se unicamente de não deixar que as famílias os vissem sob efeitos de medicação. Ao mencionar esta percepção contraditória entre a comunidade terapêutica Pandora e alguns de seus residentes, não pretendo discutir quem está certo. Quero apenas evidenciar que um mecanismo ajustador de condutas, tendo duas interpretações distintas e contraditórias entre si, pode ser um dispositivo que atua tanto contra os objetivos da comunidade quanto dos residentes, pois torna-se mecanismo propiciador de ambiguidades e tensões polarizadoras. O isolamento constitui um dos mecanismos que tradicionalmente integra o conjunto de recursos disponíveis no modelo manicomial. Aliás, o isolamento é considerado, inclusive, uma afronta à Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001a), que promoveu a Reforma Manicomial no Brasil.

Em Pandora, a primeira visita só era realizada no terceiro mês de internação, dentro do sítio e acompanhada pelo pastor, ou algum presbítero, membro das famílias ou monitor solteiro. Essas visitas a partir do terceiro mês aconteciam de segunda a sexta, sempre dentro do centro de recuperação e com duração de uma ou duas horas. Depois do sexto mês, com bom comportamento, o residente acompanhado por alguém de Pandora poderia almoçar na cidade com seus familiares, aos sábados ou domingos, mensalmente.

A explicação para essa regra era a de que as próprias famílias, em muitos casos, é que pediam para não ficarem a sós com os residentes, dado o histórico de manipulações e, não raro, pressões, ameaças e até violências psicológicas feitas pelos residentes tanto na vida em família quanto em internações anteriores. Esta regra, mesmo que aparentemente melhorasse a relação durante a visita, era fonte de tensão. Era percebida por alguns dos residentes como uma confirmação de suas dúvidas morais sobre a comunidade terapêutica, que, para alguns, tratava-se do pagamento das mensalidades e das despesas extras. Para complicar, as regras da casa ainda exigiam a presença de um vigilante. Esse é um problema para a comunidade

terapêutica, pois esse tipo de dinâmica eleva as taxas de conflitos internos e quebram o vínculo que especificamente define qualquer comunidade terapêutica, que é a convivência entre residentes e os monitores solteiros principalmente, que participavam do processo convivencial ao longo de todo o ano de tratamento. Esse problema poderia ser atenuado se a psicóloga atendesse também aos familiares, o que não acontecia em Pandora.

Mencionei anteriormente que alguns residentes questionavam moralmente a relação entre os custos do tratamento em Pandora e o tempo de permanência, que em Pandora era de doze meses o programa completo. Devo tratar desse aspecto relativo aos custos de manutenção do programa de tratamento, pois lá não havia muito segredo sobre isso, até mesmo nos cultos públicos ouvi o pastor ou algum dos presbíteros tratando abertamente do assunto. Muito embora as falas fossem abertas, não havia prestação de contas entre eles, apenas mencionavam genericamente valores e custos abstratos. Os residentes e monitores solteiros também falavam entre si sem se preocuparem com minha presença. Falavam da horta para verduras/legumes e das criações animais bastante diversificadas que permitiam que o coletivo de famílias e o centro de recuperação tivessem uma boa autonomia alimentar.

Os custos do tratamento eram objeto de discussões e reclamações entre residentes e até entre uns poucos monitores solteiros. Os preços praticados por Pandora tinham versões de custos diferentes, para o mesmo ano de tratamento. Em 2010, por exemplo, havia cinco valores²⁶. O pastor argumentava que os preços eram cobrados de acordo com as condições socioeconômicas de cada família, considerada singularmente. Segundo ele, todas as famílias eram informadas das políticas de preço antes de internar algum familiar e, apesar da discordância e reclamações dos residentes, em mais de um culto público ouvi famílias dizerem para os filhos e para os demais que concordavam com essa visão social de Pandora, pois achavam melhor gastar na tentativa de uma recuperação do que no consumo abusivo.

Em Pandora, segundo o pastor, havia uma política de atendimento aos hipossuficientes. A Prefeitura Municipal destinava uma ajuda mensal com gêneros alimentícios variados e material de limpeza, além de uma verba anual. Pandora destinava 10% das vagas à Prefeitura Municipal e mais 10% aos pobres, que ela própria selecionava. Não mostravam contratos de internação e nenhum dos documentos ou encaminhamentos da prefeitura ou de órgãos públicos, mas essas falas eram muito comuns nos cultos públicos dos quais participavam famílias de residentes. As falas eram como uma prestação de contas entre eles, já que as questões financeiras eram tratadas bastante abertamente entre o pessoal de

²⁶ Omito os valores, pois isso seria uma forma de identificação da instituição; portanto, seguindo orientação de Chang (2008), um trabalho autoetnográfico não pode incorrer em desrespeito à ética.

Pandora e seus visitantes. Mas não eram prestações de contas no sentido estrito do termo, como disse, eram discussões argumentativas e abstratas sobre custos e valores.

4.2 MAPA ESPACIAL

O Mapa Espacial tem a função de propiciar a descrição dos espaços e equipamentos, das salas de atividades ordinárias e de ambientes destinados a atendimentos especializados, dos quartos, banheiros, cozinha, padaria, locais de atividades, etc. Pandora se localizava em uma propriedade rural arrendada, de aproximadamente 10 ou 11 alqueires de terra, distante do centro de cidade em torno de 10, no máximo 12 quilômetros. O sítio havia sido arrendado e reformado alguns meses antes de eu iniciar meu trabalho docente. Além dessa chácara, havia outra propriedade rural, pertencente ao município e dada em regime de comodato pela Câmara Municipal, no ano de 1983, à Pandora. Nesta última residiam dois presbíteros, suas famílias e mais uns poucos casais, e nela não eram realizadas atividades com os residentes durante minha permanência, entre 2004-2010, razão pela qual não a descrevo.

Era na propriedade arrendada por Pandora à família de munícipes que se localizavam os espaços que apresentei como ambiente 1 e ambiente 2. No ambiente 1 residia a maior parte dessas famílias que constituíam Pandora à época, como também era o ambiente das criações, da produção de hortaliças e de leguminosas consumidas pelo coletivo. Também ganhei, semanalmente, legumes, frutas, verduras e ovos frescos durante o período trabalhado na comunidade terapêutica. No ambiente 2, trabalhei e convivi nos seis anos de trabalho. A descrição que faço neste Mapa Espacial é do ambiente 2, que era onde dava minhas aulas e, nos finais de semana, onde também ocorriam os cultos que, como mencionei, aconteciam às sextas-feiras e aos sábados, entre 20h00 e 22h00.

Na entrada de Pandora (ver Quadro 4), havia um portão grande com guarita, onde alguém ficava de plantão durante o dia para anotar quem saía e para onde se dirigia; no caso de chegar alguém a Pandora, era dali que se fazia a comunicação e os encaminhamentos. À esquerda tinha uma única casa, de uma das famílias, e à direita da entrada, rente à cerca que margeava a propriedade, ficavam as cinco casas das famílias. Seguindo reto pela estrada, encontrava-se a casa do pastor, esposa e um filho solteiro, a casa de um filho do pastor, casado, com dois filhos, de uma filha separada com seus quatro filhos e de outra filha, também separada, com dois filhos. Próximo das casas desses líderes, havia outras casas nas quais residiam mais três ou quatro famílias. Logo após a entrada, à direita, ficava a estrada

que levava ao centro de recuperação, que era cercado por um muro de mais ou menos dois metros.

A casa em que residiam o pastor, esposa e o filho solteiro, assim como a casa de seu filho mais velho [casado e com dois filhos] e as duas casas de suas filhas [uma com quatro e outra com dois filhos], destacavam-se pelas acomodações e pelos bens. Essa diferença material era aceita pela comunidade, dado que o pastor e sua família haviam iniciado a obra de Deus, que havia se tornado um lar ou família para todos os membros. Portanto, as melhores condições materiais em que claramente viviam o pastor e sua família não eram percebidas como exploração, mas como diferentes direitos a partir de diferentes responsabilidades, tanto na criação quanto na manutenção da obra. Eram claras e facilmente observáveis as desigualdades materiais e também culturais, já que o pastor, seus filhos e filhas e dois dos presbíteros mais velhos possuíam graduação. Os demais, apenas o Telecurso 2000.

Como dito, algumas das casas de Pandora tinham melhores acomodações e bens, como as casas dos três presbíteros e a própria casa do pastor e as de seus familiares, que eram diferentes em termos de comodidades e uns poucos confortos. Mas, aparentemente, isso não causava muitos problemas ou discussões no coletivo de famílias de Pandora. Observei as diferenças, pois frequentei algumas dessas casas em certas ocasiões, mas os comentários feitos pelos residentes sobre isso é que me chamaram a atenção. Contudo, até onde era visível para um estranho à comunidade e que era recebido como um colaborador, não pareciam diferenças tão grandes à época. Uma análise mais coerente só seria possível por meio do estudo de caso que propus, conforme mencionei anteriormente, e do qual, à época, o pastor se recusou a participar.

Interessa-me aqui propiciar uma perspectiva descritiva, que deverá ficar mais clara observando o Quadro 4 – Representação dos ambientes 1 e 2 de Pandora. No espaço que denominei como ambiente 1, as cercas eram baixas, serviam apenas para conter os animais de pequeno porte, pois animais maiores, como porcos e vacas, tinham seu próprio espaço de confinamento. O ambiente 2 destoava em função do muro que já mencionei. Era rígida a separação entre coletivos de residentes durante os anos de trabalho, até mesmo os monitores solteiros só andavam pelo ambiente 1 para a realização de trabalhos. A separação era um critério bastante severo, mas a aparência era a de um ambiente bem tranquilo, em que problemas e tensões eram resolvidos pela forma de organização sociopolítica que regia as interações entre os membros.

4.3 MAPA TEMPORAL

Quadro 10: Fase 1 – Cotidiano da comunidade terapêutica (dia 1º até o 90º).

Períodos	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Manhã						Psicólogo	
Tarde		Psicólogo				Telecurso	
Noite			Telecurso	Médico	Culto	Culto	Filme

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Parte do ciclo inicial de isolamento de 90 dias correspondia ao período em que o residente fazia uso das medicações, que, ou eram determinadas pelo médico de Pandora, ou eram medicações controladas. Nos dois casos, eram os monitores solteiros que ministravam os remédios, conforme prescrição médica. Residentes sob medicação não participavam de nenhuma das atividades diárias, passavam o dia acompanhados por monitores solteiros plantonistas e outros na mesma fase. Dos dez quartos para quatro pessoas, três deles eram destinados aos da primeira fase. Havia atendimento particular com a psicóloga às terças, entre 14h00 e 16h00, e em grupo, aos sábados, das 09h00 às 11h00; às quartas, das 20h00 às 22h00, o atendimento médico era individual. O residente sempre era acompanhado de algum dos presbíteros ou monitores solteiros nas consultas médicas.

Os residentes chamavam esse período de a fase dos remédios e dos papos. Aparentemente, essas medicações tinham efeitos particulares, que para qualquer leigo pareceriam bastante desagradáveis. Os diálogos ou papos serviam para explicitação do programa, suas rotinas e regras, que constituíam o tratamento oferecido em Pandora. Eram apresentados pelos monitores solteiros, que com os residentes partilhavam da condição de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas e que estavam na carreira de abstinentes (BECKER, 2019) há mais tempo, nesse mesmo programa. Os monitores solteiros e os residentes já partilhavam do estigma (GOFFMAN, 1988) de consumidores abusivos, e isso contribuía para o desenvolvimentos de relações menos conflituosas nesse início de caminhada até o obscuro ideal de uma abstinência absoluta e sustentada.

Nesses meses iniciais, os monitores solteiros, em sistema de revezamento, acompanhavam [e evangelizavam] segundo o que Pandora interpretava do cristianismo protestante pentecostal (FREESTON, 1996; 1993). Atuavam como empreendedores morais (BECKER, 2019), atualizando o chamado de Deus feito ao pastor no hospício paranaense em

meados da década de 1970. Esta era a convivência da primeira fase, uma articulação com uso de medicações psicotrópicas prescritas por profissional tecnicamente competente e com terapias psicossociais, geridas por profissional qualificado tecnicamente, paralelamente ao desenvolvimento de um empreendimento moral (BECKER, 2019) sustentado em um discurso religioso (BERGER, 1985). Esta síntese é uma descrição teórica da comunidade terapêutica Pandora, mas que não é muito diferente da de outras comunidades (CFP, 2011; 2018; IPEA, 2017).

Apresento a organização diária em Pandora evidenciando cada pilar com uma cor: para o pilar *trabalho*, a cor [amarela], para o pilar *disciplina*, a cor [verde] e, para o pilar *espiritualidade*, [azul]. Este cotidiano terapêutico se repetia mecânica e continuamente.

Quadro 11: Fase 2 – Cotidiano da comunidade terapêutica (dia 90° até o 365°).

Horários	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
07h00/07h30	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Livre
08h00/09h00	Oração	Oração	Oração	Oração	Oração	Oração	Despertar
09h00/09h30	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum	Desjejum
09h30/10h00	Leitura	Leitura	Leitura	Leitura	Leitura	Leitura	Livre
09h00/10h00	Louvor	Louvor	Telecurso	Louvor	Louvor	Louvor	Livre
10h00/12h00	Estudo	Estudo	Telecurso	Estudo	Estudo	Estudo	Livre
12h00/13h00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13h00/14h00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
14h00/16h00	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Ed. Física	Livre	Telecurso
16h00/16h30	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Jejum	Telecurso
16h30/18h00	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Ed. Física	Livre	Telecurso
18h00/19h00	Banho	Banho	Banho	Banho	Banho	Banho	Banho
19h00/20h00	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta	Janta
20h00/20h30	Oração	Oração	Telecurso	Oração	Oração	Oração	Livre
20h30/21h00	Louvor	Louvor	Telecurso	Louvor	Louvor	Louvor	Livre
21h00/22h00	Pregação	Pregação	Telecurso	Pregação	Pregação	Pregação	Livre
22h00/07h00	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnográfica (2004-2010).

Fase 2, o horário de levantar era às 07h00, seguido da higienização e arrumação das camas e guarda-roupas, pois as regras da casa não aceitavam sujeira ou desorganização nos quartos, mesmo sendo simples. Em seguida, um pequeno grupo de residentes voluntários preparava a sala de refeições, enquanto o grupo maior se dirigia para a sala cultural ou capela. Começava, então, a terapia espiritual, que era o culto da manhã, iniciando às 08h00 e terminando às 12h00, de segunda a sexta-feira. Das 12h00 às 14h00, era o horário de almoço e descanso; das 14h00 às 16h00, atividades laborais; das 16h00 às 16h20, hora do lanche da tarde e conclusão das tarefas, até 17h30. Entre 17h30 e 20h00, era horário de banho, descanso e jantar. Por fim, o culto noturno, das 20h00 às 22h00, fechando o dia com a mesma terapia espiritual com que o dia havia começado.

As tarefas das tardes – exceto às sextas-feiras, das 14h às 17h00, que eram as aulas de atividades físicas dirigidas – consistiam em cuidar de criações de porcos, caprinos, coelhos e galinhas, além de variadas tarefas de manutenção, conservação e reforma do ambiente 1 em que viviam as famílias de Pandora e do centro de recuperação, o ambiente 2. Outra variação das atividades ocorria às quartas-feiras, das 20h00 às 22h00, quando eu dava as aulas do Telecurso 2000 para quem estava inscrito nas provas. Os demais ficavam no culto. Essa grade de rotinas, que sinteticamente aqui descrevo, propicia um panorama sobre as duas fases do tratamento oferecido por Pandora para qualquer residente sob regime de segregação (GOFFMAN, 2001). Nos parágrafos a seguir faço uma descrição aprofundada e discuto essas rotinas.

Identifiquei um padrão nas 133 atividades oferecidas, com horários previamente estabelecidos e um conjunto de rotinas diárias. Esse padrão de Pandora é um indicativo de como essa comunidade terapêutica estabeleceu a valoração dos pilares que efetivam a terapia ou tratamento. Isso me permitiu compreender as finalidades e os objetivos da comunidade terapêutica Pandora nos meus seis anos de trabalho. Mas é um padrão que pode ser aplicado à compreensão do desenho de qualquer rotina oferecida por uma comunidade terapêutica. Em termos práticos, a relação entre tempo e atividades, que em Pandora servia à promoção de sua vocação (WEBER, 2004), também pode dar à comunidade um olhar mais abrangente sobre esse modelo de instituição que De Leon (2003) denomina como educativa.

Na comunidade terapêutica Pandora, entre 2004 e 2010, a estruturação das rotinas diárias apontou para um universo de 133 unidades de atividade/tempo, que é a ação realizada com horário de início e término, determinado para todo o coletivo de residentes, e que

constituía 100% do tratamento dessa entidade. O (i) pilar trabalho [amarelo] constava em 16 dessas unidades de atividade/tempo, ou 14,7% das atividades; o (ii) pilar disciplina [verde] dispunha de 81 dessas unidades de atividade/tempo, correspondendo, portanto, há 73,7% do tratamento, ficando o pilar espiritualidade [azul] com as outras 36 unidades de atividades/tempo, ou 32,8% do programa de tratamento. Ao fazer uma leitura desses dados construídos, teríamos, então, uma hierarquia em Pandora, sendo em 1º lugar a disciplina; em 2º, o trabalho; e, em 3º lugar, a espiritualidade.

Quadro 12: Descrição sintética das atividades que correspondem ao pilar Trabalho.

Atividade	Descrição
Atividades laborais ao ar livre	<ul style="list-style-type: none"> - jardinagem, serviços de poda e embelezamento do ambiente rural - horta: criação de canteiros de hortaliças em geral, transplante de mudas e ampliação da horta para fins de produção de excedente - conservação e manutenção: consertos e arrumações nos espaços/ambientes da chácara - reformas e reparos: consertos em mourões de cercas, porteiras, serviços de alvenaria etc. - criação de coelhos, porcos, cabras e galinhas, para consumo - atividades de reaproveitamento de retalhos de madeira
Atividade em ambiente fechado	<ul style="list-style-type: none"> - cocção de alimentos - lavagem de louça - panificação
Atividades ligadas à cultura	<ul style="list-style-type: none"> - sagrada: curso de teologia com pastor da Assembleia de Deus - sagrada: curso de grego básico - secular: Telecurso 2000

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Em Pandora, a dinamização das tarefas poderia ser dividida em atividades em ambiente aberto e atividades em ambiente fechado. As de ambiente aberto eram as atividades laborais preferidas, pois, segundo diziam, faziam com o que o dia passasse mais rápido, mas as atividades em ambiente fechado, que envolviam a cozinha, a padaria e limpeza geral,

também eram serviços disputados. As atividades orientadas à cultura eram o Telecurso 2000, que me levou a trabalhar em Pandora, e havia também um curso básico de teologia sistemática, que era ministrado por um pastor evangélico, aos domingos de manhã, mas foi encerrado no final de 2007. Em 2008, também aos domingos pela manhã, teve início um curso básico de grego, ministrado por um pastor nicaraguense que havia estudado engenharia na USP, mas a atividade foi encerrada no final desse mesmo ano.

Quadro 13: Os cultos que correspondem ao pilar espiritualidade.

turnos	Desenvolvimento
Manhã (das 07h00 às 12h00, de 2ª a 6ª)	<ul style="list-style-type: none"> - Provérbio + oração - Leitura (do Novo e Velho Testamento) - Louvor (voz + instrumentos acústicos) - Estudo bíblico
Noite (das 20h00 às 22h00, de 2ª a 6ª)	<ul style="list-style-type: none"> - Oração - Louvor - Testemunho - Pregação

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Oração: consistia em ler na Bíblia o capítulo diário do Livro dos Provérbios: 01 a 31 *apud* Bíblia Sagrada (1995). Após a leitura, começava um período de 60 minutos de oração/reza, que era uma espécie de fala livre dirigida à divindade, segundo a expressividade de cada um. Basicamente era preciso confessar-se pecador e entregar-se a Deus para a oração valer, ensinava Pandora. Quem não sabia, não conseguia ou mesmo se sentia constrangido teria de ler em voz alta o Salmo 51 (BÍBLIA SAGRADA, 1995) para os monitores identificarem o cumprimento da norma da casa. Explicavam que era uma técnica útil tanto na vida segregada quanto após a alta. Oração/reza era definida como o desenvolvimento de uma fé viva e atuante, estimulada pela obediência a Deus, que propiciava uma abertura ao sobrenatural e a vitória sobre o consumo descontrolado.

Leitura bíblica: consistia em um programa de leitura bíblica, ajoelhado ou sentado, diariamente, por aproximadamente 60 minutos, ao longo do tratamento. Iniciava-se sempre com a leitura do Novo Testamento, para conhecer Jesus Cristo e sua obra salvadora, e depois com a leitura do Velho Testamento. As leituras correspondiam aos conteúdos de conhecimentos propostos para estruturação do novo homem [convertido] e a substituição do

velho homem [consumidor abusivo]. Esse era um programa de estudos destinado a proporcionar um mergulho na cultura cristã em sua forma mais simples e primitiva, sob a afirmativa de que a leitura bíblica proporcionaria novas perspectivas, desejos e esperanças e, conseqüentemente, o redirecionamento de ações na vida pessoal. Serviria, diziam em Pandora, para os residentes saberem viver em novidade de vida, que era a conversão a Deus.

Louvor: consistia no canto dos hinos da Harpa Cristã, que é o livro de cânticos e louvores adotado nas igrejas da Assembleia de Deus do Brasil. Fornece um forte reforço ao processo de conversão pessoal, pois as canções possuem estruturas melódicas simples, repetitivas e de fácil memorização. As canções são como extensão das narrativas bíblicas.

Estudo bíblico: não eram estudos sistemáticos, mas a elaboração de estudos/reflexões livres, feitos pelos próprios membros de Pandora: presbíteros, chefes das famílias e monitores solteiros. Partindo de um tema – por exemplo, a salvação da alma –, articulavam nesses estudos versículos do Velho e do Novo Testamento. Quanto maior o número de versículos, mais profundos os estudos. Na lógica do sistema, esses estudos estimulavam a leitura, a racionalização e a escrita; mesmo com temáticas bíblicas, melhorava a cultura pessoal.

Testemunho: era dado principalmente por residentes e monitores solteiros, e também era chamado de partilha, enfrentamento e/ou autoenfrentamento. Consistia em falar sobre o consumo abusivo e as conseqüências, para fins de tensionar a relação entre os vícios do velho homem, isto é, qualquer residente em regime de internação, com as futuras virtudes do novo homem que emergirá do tratamento. Esta guerra entre as identidades dicotomizadas de consumidor *versus* abstinente constitui a estratégia discursiva de Pandora. Como mencionei no Mapa Social, em Pandora a conversão de residentes evidenciava que o chamado de Deus ao pastor ainda estava em vigência, tendo sido transmitido primeiro aos cinco presbíteros e aos chefes das mais de 20 famílias que com ele viviam em regime comunitário no ambiente 1 e no centro de recuperação que ficava em seu interior, que era o ambiente 2.

Pregação: forma pela qual se estruturava a construção do novo homem, não mais ligado à velha vida de consumo abusivo de álcool e/ou drogas e aos estilos decorrentes dessa vida. A pregação era iniciada com a leitura de algum trecho do Velho e/ou do Novo Testamento (BÍBLIA SAGRADA, 1995), e as máximas morais do texto eram discutidas partindo da aplicação da Bíblia à vida prática. O horizonte do tratamento ou o sucesso para qualquer residente era se manter no propósito de abstinência absoluta. Para sustentar essa abstinência, nessas pregações diárias de segunda a sábado e nos estudos bíblicos já mencionados, era apresentado o cristianismo como fonte para a obtenção da força necessária,

para manter o propósito e, paralelamente, poder voltar a desfrutar da vida em sociedade, junto com seus grupos de origem.

Mencionei mais os pilares de trabalho e espiritualidade do que o de disciplina, mas este é o pilar que sempre está presente em todas as atividades, já que a disciplina se refere ao uso do tempo de forma estritamente rigorosa – disciplinar no mais estrito sentido dado a esse termo por Foucault (1999a). Em Pandora, fazer “corpo mole”, em qualquer das atividades propostas, tanto as espirituais quanto as materiais, era indicativo de descompromisso com o coletivo. Para o pastor, presbíteros e monitores solteiros, era um indicativo de não adesão ou de baixa adesão ao tratamento. Em Pandora, havia clara predominância do coletivo sobre o particular. Era a interpretação que davam, entendo que muito próxima à perspectiva funcionalista (COLLINS, 2009), em que a referência é o mundo social exterior. Recuperar-se é poder voltar a participar deste mundo, de forma socialmente útil.

Muita embora a relação entre residentes e monitores solteiros aparentemente fosse tranquila e cordial, ficou óbvio, ao longo dos seis anos, que havia muitas tensões, desentendimentos e, não raro, discussões mais acaloradas e até mesmo algumas brigas, do tipo chegar às *vias de fato*. Ouvíamos com alguma frequência comentários nas aulas, aos sábados, e também sabíamos dos cancelamentos de visitas, passeios e saídas, que eram sempre a clara indicação de quebra das regras da casa e do recebimento de multa. Não presenciávamos nenhum tipo de violência e/ou violações a direitos humanos, conforme denúncias do CFP (2011; 2018; 2020), mas na Fase 1 havia pouco ou nenhum contato com os novos residentes, os medicados, isto é, usuários de medicação controlada. Esses eram os que dispunham de três quartos com acompanhamento.

Ao longo do tempo de convivência, alguns aspectos nos pareceram relevantes. Primeiramente, havia forte inclinação ao binômio regra/obediência, que adotava, inclusive, uma estrutura que diríamos de base militar, ou rudimentarmente de base militar. Para explicitá-la, nada melhor do que apresentar uma canção/corinho que era cantada nos cultos públicos, mas do qual não descobrimos a autoria. Alguns afirmavam ser o pastor o autor da letra e da música, mas ele não confirmou. Este coro, assim como a canção “Quanto Vale um Jovem”, apresentada anteriormente, são dotados de melodia simples e repetitiva, e com uma mensagem cristã cujo teor só pode ser adequadamente percebido se se toma em consideração as condições básicas de vida em uma instituição total, que se caracteriza pela sensação de solidão e autoderrota, segundo diziam os residentes.

Parte da letra do corinho dizia: “*O quintal da minha casa, não se limpa com vassoura, mas com o sangue do Cordeiro, e a graça restauradora (...)*”²⁷. Além de *ex-hippie*, o pastor também havia servido ao Exército no ano de 1972, antes do hospício, conforme repetitivamente narrava nos cultos públicos. Essa experiência é projetada na vida da comunidade, tanto das “famílias” que constituíam o projeto confessional Pandora, quanto, e principalmente, nas dinâmicas operativas do centro de recuperação. Conforme mencionamos anteriormente na Seção 4, havia uma rica mitologia em torno da carismática e complexa figura do pastor. Ele trabalhava essa relação nos cultos públicos, com canções do tipo da que acima apresentamos parte da letra, entremeadas com breves narrativas sobre sua agitada vida pregressa, que era famosa na cidade pelos exageros comumente cometidos.

O pastor comumente se referia a isso como experiência pessoal de seu passado vergonhoso. No centro de recuperação, esse relato produzia certos resultados, na forma de respeito e admiração pessoal, algo como seguir o exemplo do líder. O que também evidencia, em nossa opinião, a importância da mentalidade militar, ou em parte militarizada, de Pandora, assim como o mito do *ex-drogado* que, ao se converter, se torna uma bênção nas mãos do Senhor, que é parte solidamente sedimentada na mentalidade da comunidade terapêutica. Isso nós notamos entre os grupos de presbíteros e das famílias que há mais tempo constituíam a comunidade, e, principalmente, entre os residentes e monitores solteiros com quem partilhamos a maior parte do tempo de nossa experiência educativa na comunidade terapêutica Pandora.

Notei, em Pandora, um padrão nas relações que, na falta de expressão mais adequada, chamaremos de *discipulado/imitativo*. De forma simplificada apresentaríamos esse padrão como o exemplo do pastor sendo seguido, e também claramente imitado, por presbíteros, por membros da família Pandora, por monitores solteiros e até, não raro, por residentes que se encaminhavam ao cargo voluntário de monitores solteiros, o menor grau de autoridade na hierarquia comunal, mas que se constituíam nos trabalhadores *full time* do programa do centro de recuperação. Esta nossa conclusão se deve a alguns fatores, como as narrativas sobre um passado de drogas supervalorizado ou uma espécie de *anti-herói* que se converte. Essa relação discipular se baseava na figura bíblica de Saulo de Tarso, que se tornou o apóstolo Paulo (BÍBLIA SAGRADA, 1995). Entendi que há aqui algo importante.

Ao longo do tempo, sobretudo ao escutar sobre as muitas recaídas, percebi a importância desse uso criativo da autonarrativa de qualquer residente sobre sua vida anterior à

²⁷ A canção parecia ser uma espécie de paródia de uma canção de Geraldo Vandré intitulada (...), conforme lembrou à banca o Prof. Dr. Milton Lahuerta, em 26 de abril de 2022.

internação, ou, como diziam eles, quando estavam caídos [primeira internação] ou recaídos [segunda ou enésima internação], também chamado de *no mundo* ou *no mundão*, para lidarem com suas histórias pregressas. Eram históricos de problemas familiares envolvendo violências e abusos, ou ausência de limites, além de insucessos escolares (que eram o motivo de meu trabalho como educador social). Esse recurso de transformar as experiências negativas em histórias pessoais de sucesso, que é muito coerente com a dinâmica de conversões do protestantismo pentecostal (FREESTON, 1993; 1996), era bastante praticado em Pandora e se adequava muito bem à visão dicotômica de eterna luta entre o bem e o mal, no mundo.

Refletindo a respeito, elaborei alguns questionamentos e os apresentei, junto com minha orientadora [do doutorado em Educação], em um artigo, sugerindo que eram pontos importantes a serem observados na criação e implementação de políticas públicas. No artigo (LUIZ; GOMES, 2015), estimulados pela experiência ora autoetnografada, discorremos sobre algumas implicações possíveis de um eventual programa educativo dentro da comunidade terapêutica. Especificamente, nos questionamos sobre eventuais virtudes da perspectiva dada por Gohn (2006) à educação não-formal naquele texto. Mas, antes de avançar, devo esclarecer um ponto fundamental: não faço defesa do modelo de comunidade terapêutica. Reconheço sua existência, para dele exigir práticas absolutamente coerentes com a Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Trata-se de minha compreensão a partir de estudos anteriores e também desta investigação, ora concluída com a presente tese. Constatei que não está em discussão no Brasil o encerramento das atividades do modelo denominado de comunidade terapêutica. Muito pelo contrário. Por longos anos foi sendo gestada a inclusão do modelo no sistema público de saúde, e hoje ele já está inserido como parte do arcabouço de soluções governamentais (BRASIL, 2011a) para o problema do consumo abusivo de álcool e/ou drogas. Situação esta que, a exemplo de uma antiga sugestão de Becker (1963-2019), pode ser enfrentada com a contribuição de estudos que levem em consideração o desenvolvimento da cidadania pela via educacional não certificadora ou formal – a educação não-formal (GOHN, 2006) –, que, dado o seu propósito de promover a cidadania e a emancipação, pode ser bastante interessante.

Quadro 14: Hierarquia temporal.

Período	Função
1978/1979	Pastor
1979	Presbítero 1
1983	Presbítero 2
1983	Presbítero 3
1987	Presbítero 4
1987	Presbítero 5
1979 — 2004/2010	As “mais de 20 famílias” ou “mais de vinte famílias”
2004 — 2010	Monitores solteiros (ex-residentes, necessariamente)
2004 — 2010	Residentes

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

Ao utilizar a expressão **mais de 20 famílias**, ou **mais de vinte famílias**, não quero invisibilizar o papel desse grupo na comunidade terapêutica Pandora. Antes, para fazer uma comparação, entendo essas famílias como o coletivo de trabalhadoras de uma indústria em um parque industrial qualquer, em que os nomes que ganham visibilidade são os indivíduos que constituem a elite local, como ápice da hierarquia, conforme essa ordem que evidenciei no Quadro 13 acima. Essas famílias faziam o centro de recuperação ou comunidade terapêutica existir e atuar socialmente, muito embora ao longo desta autoetnografia (CHANG, 2008) apenas os nomes do pastor e dos presbíteros tenham sido os mais destacados, pois eram esses os que de fato falavam e agiam por, e em nome, de Pandora, tanto do ponto de vista oficial quanto nas práticas diárias. Eram o poder local.

Essas mais de 20 famílias produziam parte significativa do alimento consumido em Pandora, já que a busca por auto sustentação era um imperativo entre eles. A produção de alimentos era repartida de acordo com a necessidade de cada família, o que era uma orientação bíblica, segundo o pastor. Ele também dizia que isso representava o comunismo antes de Karl Marx (1818-1883), que a ordem era de que a igreja cuidasse de cada um de acordo com suas necessidades (ATOS 8: 32 *apud* BÍBLIA SAGRADA, 1995). Nessa perspectiva, havia um regime de produção e distribuição de bens em Pandora. Segundo o pastor me explicou, na obra de Deus, Pandora, havia o que eles definiam como sua justiça

social, baseada no versículo bíblico acima citado e no estímulo às iniciativas de produção de bens e serviços em regime de parceria, na forma de 40% para a obra de Deus, que entrava com a estrutura física, e 60% para quem produzia.

No que concerne ao coletivo de residentes, o número de pessoas com as quais trabalhei, dando aulas e fazendo as inscrições para as provas, foram mais de 250 estudantes, dos quais em torno de 160 realmente obtiveram a diplomação em nível de Ensino Fundamental e/ou Médio. Eram principalmente residentes e monitores solteiros, mas vários pais e mães dessas famílias concluíram seus estudos básicos na modalidade Telecurso 2000. Quanto ao tratamento, estimo que em torno de 300 a 400 pessoas passaram por Pandora na condição de residentes, e uns poucos monitores solteiros. Nos termos de minha referência metodológica (CHANG, 2008), que exige clareza e transparência, repito que, nos seis anos, só fiz anotações referentes ao trabalho docente, portanto não formei à época um banco de dados para eventuais pesquisas futuras. O que retomei até aqui são unicamente minhas próprias memórias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objeto de nossa investigação foi o tratamento em comunidade terapêutica, modelo de atenção para indivíduos em situação de consumo abusivo de álcool e/ou drogas e dos estilos de vida associados. Nosso objetivo geral foi compreender, descrever e explicar analiticamente essa instituição, e adotamos como objetivos específicos: descrever o ambiente e o programa de atividades das rotinas diárias, explicitando o processo terapêutico, e também analisar os fundamentos teóricos e conceituais dos pilares trabalho, disciplina e espiritualidade, que constituem o programa de tratamento. Os dados descritivos foram obtidos por meio de duas fontes: a autoetnografia de experiência de trabalho docente ocorrida entre os anos de 2004 e 2010 em uma comunidade terapêutica e uma revisão bibliográfica narrativa sobre produção acadêmica brasileira, entre os anos de 2011 e 2021, na BDTD.

O termo *comunidade terapêutica* é polissêmico e possibilita diferentes interpretações (DE LEON, 2003), conforme evidenciam os trabalhos do IPEA (2017) e CFP (2020; 2018; 2011). Além disso, a atual polarização em torno da disputa entre os paradigmas proibicionista e psicossocial mantém uma dicotomia que, segundo nosso entendimento, não contribui muito para o avanço do conhecimento sobre o tratamento desenvolvido nessas entidades. Embora pouco se conheça sobre as dinâmicas de funcionamento dessa instituição total, pessoas continuam sendo internadas nelas, diariamente, nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. O presente trabalho investigativo é nossa contribuição ao diálogo e ao desvelamento das dinâmicas de funcionamento do tratamento na comunidade terapêutica brasileira.

Assim, em nossas considerações finais, apresentamos uma discussão sobre a complexa comunidade terapêutica. A expressão é composta por **comunidade**, que significa a disposição de ambientes rurais, de chácaras e sítios (IPEA, 2017; CFP, 2011; 2018; 2020; DE LEON, 2003), e também de saberes práticos (IPEA, 2017; DE LEON, 2003) que são comuns aos grupos e aos indivíduos que deles participam, muito especialmente no caso de grupos cujas atividades sociais, ou parte delas, se desenvolvem às margens da sociedade. Trata-se de comunhão de propósitos e objetivos, que é o abandono do consumo abusivo, havendo concordância quanto às responsabilidades pessoais sobre esse tipo de consumo e também quanto à busca coletiva por harmonia consigo mesmo, com a família e com as demais relações na vida social de origem.

Esta vida em comunidade é adjetivada como tendo um caráter particularmente **terapêutico**, ou de **terapia alternativa** (IPEA, 2017; DE LEON, 2003), que propicia condições de cura ou de abandono e superação do problema de consumo abusivo de álcool

e/ou drogas, por meio da reprodução consciente e ativa de rotinas diárias que, segundo afirmam seus defensores, são aptas a auxiliar na formação de um novo indivíduo abstinente. A terapia refere-se à organização desse conjunto de rotinas diárias, que se subdividem em terapias espirituais que podem ser de uma única opção religiosa ou podem abrigar várias orientações. Nas primeiras, as entidades de orientação religiosa única, há, sim, promoção do proselitismo, buscando converter às suas formas de crença, enquanto aquelas que são abertas às diversas religiões tendem a ser mais democráticas, mas sempre com a hipótese de deus em evidência.

A própria convivência é que se torna fator de cura, conforme apontado por um dos principais especialistas em comunidades terapêuticas, o pesquisador norte-americano George De Leon (2003). O principal fator que distingue a comunidade terapêutica, portanto, é a ênfase dada à convivência entre pares, mas os pares não se organizam de forma igualitária. Há uma hierarquia que atribui maior poder nas relações aos residentes com mais tempo de casa e de manutenção da abstinência total de álcool e de drogas, muito embora em algumas instituições que visitamos antes da pandemia fosse permitido o consumo de tabaco na forma de cigarros industrializados e artesanais. Em todas elas também era permitido o uso de medicações psiquiátricas, desde que sob o acompanhamento de médico responsável.

Para além dessas considerações mais gerais, passamos agora às nossas contribuições para uma melhor compreensão da cultura de uma comunidade terapêutica. Este entendimento, embora não seja generalizável a toda e qualquer comunidade terapêutica brasileira, admitimos que é apto a proporcionar elementos para compreensão e discussões que promovam melhores normatizações e instrumentos de avaliação via políticas públicas. Essas entidades, conforme demonstramos, vêm obtendo apoio e incentivo político, muito embora sejam entidades deficitárias nos aspectos mais básicos (CFP, 2011; 2018; 2020), desde as péssimas condições das estruturas físicas até a utilização de programas que adotam a religião como terapia, e uma rotina diária que prevê medicações e ambientes de contenção que se assemelham a um modelo manicomial, só que mais barato.

Nossa análise tem por eixo os três pilares: disciplina, trabalho e espiritualidade, que compõem a terapia de uma comunidade terapêutica. Cada unidade tem autonomia para se organizar segundo a lógica de rotinas diárias que melhor atenda a seus objetivos. Mas é comum a divisão entre terapias espirituais, que podem se definir por um padrão religioso único, como era o caso da comunidade terapêutica Pandora, apresentada na seção anterior, ou ainda a combinação de cultos de várias religiões diferentes ao longo da semana. Há também certas atividades de enfrentamento e autoenfrentamento, que se refere ao posicionamento de

forma moralmente honesta diante do coletivo, cujo objetivo central é fazer o indivíduo consumidor abusivo de álcool e/ou drogas reconhecer-se dependente químico, mas que pode encontrar em si mesmo e no grupo as forças necessárias para romper o ciclo.

Há também um não muito diversificado conjunto de atividades a serem feitas e refeitas ao longo do período de permanência, que pode oscilar entre seis meses e um ano. São basicamente atividades de manutenção, de conservação e de pequenas reformas nos ambientes rurais, assim como de criação de pequenos animais para abate e consumo, além da produção de hortaliças e legumes. Na comunidade terapêutica Pandora, por exemplo, o período contratual era de doze meses, e mencionamos, para evidenciar o que já foi dito acima, a autonomia de cada unidade para avaliar os programas e o sucesso ou insucesso dos tratamentos. Também por isso, nosso trabalho é uma forma de responder a Becker (2019) e à demanda por trabalhos que evidenciem as culturas *outsiders*.

Quanto ao pilar disciplina, Foucault (1999b) adverte sobre os mecanismos da microfísica de poder, que são uma combinação entre a vigilância hierárquica e a sanção normalizadora. Na comunidade terapêutica em geral, há uma relação disciplinar entre residentes em tratamento e a equipe terapêutica, tratando-se de técnicas de submissão do corpo que tem na vigilância o seu principal elemento, sendo um controle externo que é exercido tanto pelo coletivo de residentes quanto pela equipe terapêutica. A convivência em uma comunidade terapêutica implica vigiar-se, enquanto se é vigiado pelos dois outros grupos: residentes buscando definir seu espaço dentro do coletivo e equipe terapêutica, que tem a função de vigiar e também de punir.

A prisão é o primeiro exemplo dos modernos mecanismos disciplinares que sucederam eficazmente ao suplício como técnica político-pedagógica para a manutenção de uma ordem social ou de um regime de poder. A instituição prisional moderna nasce sob a perspectiva de reformas sociais que pretendiam uma abordagem mais à altura das mudanças e transformações que engendraram o moderno mundo capitalista, a quem já não interessa o uso político do suplício e da tortura pública dos condenados. De fato, nada poderia ser mais agressivo ao iluminismo do que um sistema baseado na eliminação pública dos corpos, contra o que protestaram durante a segunda metade do século XVIII filósofos, teóricos do direito, juristas, magistrados, parlamentares e também os legisladores das assembleias (FOUCAULT, 1999b).

Mas, para além da prisão, esse autor nos oferece uma compreensão sobre o desenvolvimento de ambientes como a caserna militar, o convento, o hospital ou o manicômio, a fábrica capitalista e também a escola, instituições que sociais que propiciam o

desenvolvimento do controle a partir do próprio corpo dos indivíduos. Essas instituições representam a forma de o corpo político distribuir espacialmente os corpos, de modo a obter para si o máximo de suas forças e maximizar sua utilidade. Os corpos são parte de um espaço que molda comportamentos, que soma as forças desses corpos que se aglutinam, possibilitando um adestramento que torna esses corpos úteis a propósitos e interesses que se situam para além de si mesmo, pois são corpos que a vigilância e o controle ajudaram a moldar para a submissão a um regime de verdades (FOUCAULT, 1999b).

Um corpo político fabrica pequenas individualidades funcionais e adaptadas, inclusive nos detalhes dos gestos e até dos olhares, que propiciam o exercício do controle e da utilização dos corpos que, pelas práticas reiteradas, se tornam aptos à realização das tarefas e dos deveres que lhes são impostos (FOUCAULT, 1999b). Observada a indicação de não se poder generalizar a todas as comunidades terapêuticas brasileiras, as denúncias evidenciadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011; 2018; 2020) demonstram ser esse um dos problemas com o método de comunidade terapêutica em algumas unidades no Brasil, pois não se pode considerar situações como as denunciadas pelo CFP como tratamento, mas, sim, como crime de sequestro e cárcere privado, nos termos do Código Penal brasileiro (BRASIL, 1940).

Em Pandora, a disciplina era um pilar com valor central nas rotinas diárias. A história de como esse valor foi hierarquizado no centro de recuperação é coerente com a afirmativa de De Leon (2003, p. 13-26) de que, a partir da comunidade *Synanon*, as comunidades terapêuticas que surgiram se basearam em um programa anterior a que a liderança se submeteu, com o acréscimo de algumas singularidades e interpretações. A ênfase na disciplina em Pandora, conforme nos explicou o pastor, era centrada em três acontecimentos de sua história pessoal, interpretados segundo a Bíblia Sagrada (1995): sua experiência *hippie* a partir da segunda metade dos anos 1960; a prestação do serviço militar [e sua expulsão]; e a internação no manicômio. Ao descrevê-las a seguir, evidenciamos esse aspecto personalista de, a partir de si, criar uma cura para todos os demais.

Conforme mencionado na autoetnografia da seção anterior, o pastor havia sido *hippie* e, para além do consumo abusivo de álcool, de maconha e de LSD, ele estava comprometido com o que se chamava de *pacote completo*, isto é, o estilo de vida decorrente desse consumo. Um de seus critérios de ação era o de não se submeter a nenhum tipo de rotina senão as de seu próprio interesse, que estava voltado à tríade sessentista de *sexo, drogas e rock and roll*. Contudo, ao prestar o serviço militar, uma experiência o marcou, experiência esta que só compreendeu e resgatou seu valor quando de sua conversão. Segundo o pastor, para fazer a

obra de Deus, ele utilizou elementos da vida militar²⁸, como obediência às regras e à disciplina, a fim de organizar as rotinas diárias de Pandora. Essa visão sobre disciplina e regras, desde a fundação, em 1978-79, faz parte do programa de tratamento.

Quanto ao pilar trabalho, Nascimento (1990; 1991) adverte sobre uma crença muito comum, até mesmo entre terapeutas ocupacionais, de que qualquer tipo de atividade pode ser considerada terapêutica, desde que o profissional encarregado de desenvolver e aplicá-la a utilize com o objetivo de aperfeiçoar uma terapia. Nesse sentido, a autora destacou haver percebido, em suas pesquisas, que muitas vezes as atividades são consideradas como se fossem remédios a serem aplicados. Mas ela adverte que essa é uma crença equivocada. De fato, é um mito! Não há base científica que apoie a ideia de um sistema ou organização de atividades, que constitua um programa de rotinas diárias dentro de um ambiente de convívio intensivo, e que possua propriedades terapêuticas, ou propriedades de cura por si mesmo. E este equívoco tem origem conhecida (NASCIMENTO, 1990; 1991).

Nascimento (1990; 1991) sugere que o hospital psiquiátrico é um ótimo exemplo para se compreender a utilização do trabalho como terapia para sofrimentos e/ou transtornos de ordem mental. Ela aponta o trabalho de jovens médicos que atuaram na primeira versão da psiquiatria moderna, entre fins do século XVIII e início do século XIX, como reformadores desta e que foram quem elegeram o trabalho como o mais rico elemento a ser introduzido nos recém-inaugurados manicômios para alienados. Nascimento (1990, p. 18-19) menciona uma citação de Birman (1978, p. 411) sobre Philippe Pinel (1745-1826), para quem o rigor mecânico na execução de um trabalho deve ser considerado “o mais poderoso instrumento de cura, de manutenção da saúde, da ordem e dos bons costumes”. O trabalho é o pilar do tratamento moral desde a primeira metade do século XIX (NASCIMENTO, 1990; 1991).

A ideia geral de que tudo pode se constituir em uma terapêutica, a partir dos objetivos de transformar o trabalho em terapia, propiciou, conjuntamente, a emergência da exclusão dos doentes mentais, as grades em seus ambientes, o isolamento de toda a sua vida anterior, a imposição da autoridade, da ordem e da disciplina, que passam então a fazer parte do tratamento. É isso que, nos manicômios, permitia que o médico exercesse poder quase absoluto sobre seus pacientes portadores de doenças/problemas de origem mental. Ao coletivo de pacientes é negado o direito de ir e vir, precisa adaptar-se a andar onde lhe permitem e quando lhe permitem. Não pode nem mesmo ficar a sós ou ter qualquer objeto de valor

²⁸ O pastor era motoqueiro e forte apoiador do presidente Jair Messias Bolsonaro, de quem se diz admirador da coragem e determinação. Ele é também membro do clube de tiro esportivo na cidade e possui armas de fogo legalizadas, conforme ele mesmo mencionou tanto durante os cultos quanto em conversas particulares que tivemos.

afetivo sob sua posse. O trabalho como terapia é herança dos alienistas dos inícios da psiquiatria moderna, é também e fundamentalmente uma relação de poder (NASCIMENTO, 1990; 1991).

O trabalho como fonte de reestruturação moral dos doentes mentais se manteve presente mesmo quando o organicismo, concepção que une os campos da biologia e da filosofia, se impôs à medicina e à psiquiatria. Lembramos que, para o organicismo, a natureza se constitui como um organismo vivo, resultante da organização mecânica dos órgãos, que são relativamente autônomos e dotados de propriedades vitais redutíveis a processos físico-químicos. Esta abordagem atual se coloca em oposição às crenças na existência de uma força vital de natureza holística e imaterial. O que nos leva então à conclusão exposta pela autora de que não existem receitas prontas para resolver uma questão dessa natureza e complexidade, mas, sim, a promoção de ações transformadoras envolvendo os técnicos de saúde mental e seus pacientes (NASCIMENTO, 1990; 1991).

O escopo dessas ações seria o de restituição da condição de humanidade, de agência possível dos rumos de sua vida pessoal e nos limites das circunstâncias concretas de aproximação de grupos de pertencimento como a família e os demais. A promoção de condições para o exercício da cidadania e da participação, do envolvimento em atividades comunitárias e a aproximação com experiências exitosas no tratamento às diferentes doenças mentais (NASCIMENTO, 1990; 1991). Nós tomamos essa perspectiva da autora como referência para refletir sobre esse segundo pilar da comunidade terapêutica, que é o trabalho, como elemento do tratamento. Em Pandora, nos períodos de chuva, um problema incomodava a gestão: o que fazer com o coletivo? Fazer cultos o dia inteiro? Sim, era esse o único recurso: culto de manhã até a noite.

Concordamos com a crítica dos residentes, assim como com a indicação de um olhar sobre o problema do trabalho e da terapia feita por Nascimento (1990; 1991). Devemos apontar aqui o que para a quase totalidade dos residentes representava uma tortura: passar o dia na capela, que era a sala de cultos, de aulas, reuniões de grupo com a psicóloga e de algumas outras atividades esporádicas ou eventuais criadas para o centro de recuperação. Para os residentes, qualquer atividade que ajudasse a passar o tempo mais rápido era tudo o que desejavam como alternativa de tratamento durante o período de internação. E o que eles apontavam como crítica? Que se sentiam entre a “a cruz e o punhal²⁹”, pois as atividades de

²⁹ Para os residentes em Pandora, ficar entre a cruz e o punhal significava fazer uma escolha entre o ruim e o que poderia ser pior. Esclarecemos que *A Cruz e o Punhal* é o título de um livro escrito pelo pastor norte-americano David Wilkerson, sobre a história da conversão evangélica de Nicky Cruz (1938-), um violento líder de gangue na Nova York dos anos 50-60 e que atualmente é um conhecido pastor evangélico americano. Trata-se de um

cultos, que tradicionalmente aconteciam de manhã e à noite, eram interessantes para convertidos, mas não para quem queria apenas fazer o tratamento e ir embora.

Nesse sentido, admitimos a crítica apontada por Nascimento (1990; 1991) de que a associação pura e simples do trabalho à terapia remete a uma perspectiva moral aplicada à saúde mental que pode ser falaciosa. E não apenas falaciosa, mas pode inclusive dar causa à prática de crimes, como apontou o CFP (2011; 2018; 2020), com casos de exploração de mão de obra, como a venda de produtos em semáforos ou de porta em porta, como se pode verificar em qualquer médio e grande centro urbano no Brasil. Considerando, também, a crítica feita por muitos residentes de Pandora, de que as atividades que lá eram chamadas de terapia espiritual, e que aconteciam na capela, representavam uma tortura mental para aqueles que não tinham interesse em conversão religiosa, mesmo que respeitassem a orientação dada em Pandora. Ambas as críticas, em nosso entendimento, são pertinentes, mas o que fazer?

Notamos, em Pandora, uma tendência de repetição de atividades e horários, na perspectiva que evidenciamos acima ao discutir a disciplina. Questionamos os monitores, e mesmo o pastor, se o engessamento das atividades não se tornaria algo enfadonho. Foi-nos explicado que a gestão das rotinas diárias, por mais cansativa que parecesse, era parte fundamental do processo. Em Pandora, o processo de reinserção social, que nas comunidades terapêuticas em geral acontece após a alta, iniciava-se ainda no desenvolvimento do tratamento, por meio da gestão rigorosa da rotina diária. Ela era cansativa para drenar as energias e também produzir nos residentes uma sensação de satisfação pelo trabalho que eles mesmo realizavam. É bom lembrar que residentes cansados dormem à noite; por outro lado, se ficam acordados, acabam dando problemas, como diziam.

Entendemos que esse tipo de problema pode ser resolvido por meio da aplicação dos próprios princípios que orientam a comunidade terapêutica, notadamente no que se refere a uma efetiva atuação protagonista por parte dos residentes. As rotinas diárias envolvendo a *laborterapia*, ou trabalho como elemento terapêutico, para ganharem maior eficácia, precisam estar conectadas aos projetos pessoais desses indivíduos. O que estamos sugerindo é que, em uma internação em comunidade terapêutica, independentemente da idade dos residentes, todas as atividades sejam orientadas aos interesses dos que se submetem ao tratamento, e não aos interesses da comunidade terapêutica, quer sejam eles de natureza religiosa e/ou econômica. É

típico exemplo do que mencionamos na autoetnografia, a transformação e, sobretudo, a monetização de um passado violento, e de excessos e abusos, fenômeno comum ao cristianismo protestante pentecostal (FREESTON, 1993; 1996) surgido no sul dos EUA e que promoveu a partir do Norte do Brasil a expansão dessa interpretação do cristianismo protestante ou reformado.

fundamental, assim, descolar a comunidade terapêutica da abordagem manicomial, algo que só nos parece possível por meio de políticas públicas.

Por fim, vamos tratar do pilar espiritualidade, que nos pareceu um dos principais pontos de controvérsia e sobre o qual já fizemos algumas considerações anteriormente, mas que precisamos aprofundar. As tensões e contrariedades em relação ao pilar espiritualidade podem ser apresentadas como, na verdade, uma tensão entre a espiritualidade e a religião, em que a espiritualidade é um fenômeno próprio da socialização humana, conforme apontado por Simmel (2007), e as religiões são sistemas de crenças organizados que promovem compromissos e vínculos entre os indivíduos. Lembrando que o tema religião não é desimportante socialmente, de fato, a temática religião esteve presente nas investigações do campo das Ciências Sociais, particularmente da sociologia e antropologia, desde os estudos seminais de Durkheim (1989) e também de Weber (2004; 2006).

É preciso destacar que, ao abordar os conceitos de espiritualidade, na perspectiva de Simmel (2007), e de religião como fenômenos de particular interesse sociológico (DURKHEIM, 1989; WEBER, 2004; 2006; MARX, 2005), orientamos nosso olhar e reflexão pela perspectiva que o historiador Sérgio da Mata (2010) chama de agnosticismo metodológico. Nessa abordagem teórico-metodológica, não há interesse em validar ou invalidar os conteúdos ou o regime de verdades da religião estudada, pois, sendo um fenômeno cultural, ela diz respeito unicamente às cidadãs e aos cidadãos que livre e voluntariamente optam por reger suas vinculações e seus compromissos sociais por um regime de verdades em detrimento de outros quaisquer. O estudo e a pesquisa em religiões não favorecem ou desacreditam qualquer regime de verdades (MATA, 2010).

Partimos de nossa experiência com a comunidade terapêutica Pandora, em que havia clara determinação religiosa no programa de tratamento, que os levava a sugerir [em muitas ocasiões, conforme nos recordamos] que o termo espiritualidade era apenas um eufemismo para esconder o evangelismo praticado por instituições concorrentes. Como evidenciamos na Seção 5, em que apresentamos nossa autoetnografia, o comportamento religioso observado durante a internação era negado pelo significativo número de recaídas que presenciamos. Entendemos que a perspectiva de Simmel (2007), sobre a espiritualidade socializadora, pode responder às demandas de um atendimento democrático e inclusivo, que propicie aos indivíduos o protagonismo não só no tratamento quanto no pós-tratamento, já que consumo e/ou abstinência são fundamentalmente decisões de ordem pessoal, apesar de influenciáveis.

A tradição durkheimiana (COLLINS, 2009) evidencia que os rituais geram solidariedade entre os membros de uma coletividade humana, assim como produzem os

símbolos e conteúdos culturais que promovem a compreensão, reflexão e interpretação dos fenômenos vividos coletivamente nos grupos e nas sociedades em que esses grupos estão inseridos. Isso permite compreender a importância dada aos cultos em Pandora. Nos dois cultos diários, era reafirmado o regime de verdades cristãs, segundo a interpretação dada pelo pastor e seguida por seus liderados, na versão protestante pentecostal (FREESTON, 1993; 1996). Em termos de recuperação/reabilitação/abstinência, ou qualquer nome que se venha a dar ao não-consumo, quando residentes saíam do programa de Pandora e deixavam a rotina diária desses cultos, uma das consequências eram as recaídas, que se mostravam constantes.

Isso sugere que a comunidade terapêutica religiosa é uma alternativa de tratamento que parece se limitar por pelo menos uma condição específica para o pós-tratamento, que é a continuidade das relações de vínculo e compromisso com o universo religioso/mítico/ritualístico que deu a base para a ruptura com a condição de consumidor abusivo de álcool e/ou drogas. Daí, então, a insistência das religiosas comunidades terapêuticas brasileiras em que os indivíduos se convertam às suas respectivas abordagens religiosas. Este é o limite delas. E também de verificar e entender sob quais condições elas operam e quais contradições são próprias desse modelo alternativo de atenção social. Mas devemos entender que a decisão de subsidiá-las com verbas públicas é de natureza política, que é o campo em que se disputam o acesso e o uso de financiamento público.

Apontamos ainda um aspecto caro à Sociologia, em sua função de ciência da sociedade, que é a questão da integração social. Não nos aprofundamos na questão da integração social porque fugiria a nossos objetivos de trabalho, mas devemos salientar uma relação com a comunidade terapêutica. Diferentemente da sociologia compreensiva weberiana, que buscava o significado atribuído pelos indivíduos às suas ações, na abordagem parsoniana a integração social acontece a partir de estruturas e de processos por meio dos quais os indivíduos evidenciam suas intenções significativas e as aplicam às situações concretas que experienciam (PARSON, 1968). A comunidade terapêutica é fundamentalmente uma instituição de reintegração social produtiva, como apontou primeiramente o IPEA (2017), seu escopo, no limite, é um indivíduo reintegrado/reinserido nos termos de seu universo social.

Com esse propósito, algumas das comunidades terapêuticas brasileiras se orientam por discurso religioso (BERGER, 1985), que pode ser também proselitista. Esse discurso dá base ao tratamento, que visa promover a ruptura total com o consumo abusivo de álcool e/ou drogas e sustentar essa abstinência a partir de um empreendimento moral (BECKER, 2019), que, no caso apresentado em nossa autoetnografia (CHANG, 2008), era a conversão à religião

protestante pentecostal (FREESTON, 1996; 1993) adotada pelo programa de tratamento de Pandora. Ao promover com sucesso a reintegração social ou ressocialização pela via do sagrado, a comunidade terapêutica religiosa reintegra os indivíduos em seus mundos sociais, em que imperam processos de secularização e laicização. Nesse sentido, a conversão bem-sucedida não leva às igrejas, mas à vida social secular.

Apontamos como contribuições de nosso trabalho à reflexão proposta sobre o tratamento alternativo, em regime de comunidade terapêutica, uma ampliação do espectro teórico relativo aos pilares: trabalho – disciplina – espiritualidade, à medida que evidenciamos, por meio de compreensão, descrição e análise de práticas de Pandora, como elas eram articuladas na forma de um programa de tratamento. Notadamente no pilar trabalho, com as contribuições de Nascimento (1991), evidenciamos, como uma das lógicas que inauguram a instituição manicomial, o trabalho como uma espécie de dispositivo de reforma social que é praticado no interior de um programa de tratamento, no que fomos um pouco além do material encontrado em nossas pesquisas, em âmbito acadêmico, em relação ao tema dos tratamentos alternativos.

Proporcionamos, também, a um público não acadêmico, muito especialmente para as populações de consumidores abusivos de álcool e/ou drogas, e também para seus familiares, que são os principais tomadores desse tipo de serviço social não gratuito, indicações do que é o tratamento em comunidade terapêutica protestante pentecostal, com descrições e análises de algumas práticas de Pandora, cuja identidade foi legal e eticamente preservada. Disponibilizamos informações qualificadas que oferecem indicativos bastante precisos do que se pode encontrar com o nome de tratamento nessas instituições totais. Entendemos que a principal contribuição deste trabalho é a de proporcionar maior clareza sobre o que é um tratamento em regime de segregação voluntária, ou não, em uma comunidade terapêutica, protestante pentecostal. A autoetnografia e as análises se constituem, assim entendemos, como novos pontos de partida para o necessário e urgente diálogo sobre a comunidade terapêutica no Brasil.

Quanto à contribuição deste trabalho para os estudos sobre tratamento em comunidade terapêutica, entendemos que ampliamos o conhecimento já formalizado no âmbito acadêmico em relação ao tema, pois evidenciamos e discutimos analiticamente um tratamento de caráter assumidamente religioso e proselitista de uma instituição com mais de 25 anos de atuação no setor. Descortinamos algumas das relações significativas entre residentes e monitores da equipe terapêutica, mostramos como eram operacionalizadas suas práticas e como as regras eram percebidas e vividas de forma distinta entre os grupos, tendo, dentre suas consequências,

as recaídas, já que não havia propriamente aderência ao tratamento, mas uma acomodação ao modo de vida comunitário que era abandonado quando da alta. De fato, para muitos residentes, tratava-se de jogar o jogo para obter alta sem grandes problemas.

Assim, muito embora a experiência analisada seja única, ela se insere numa chave importante para se compreender o tratamento em comunidade terapêutica brasileira, que é a religião cristã, muito particularmente com a versão protestante pentecostal, que, conforme evidenciamos neste trabalho, corresponde ao maior número dessas entidades no país, tendo inclusive uma não desprezível relação com membros do primeiro e segundo escalões do governo de Jair Messias Bolsonaro (2018-2022), grandes apoiadores e incentivadores do tratamento em comunidade terapêutica, conforme se percebe pelo montante de verbas destinadas ao longo dos últimos anos. Situação preocupante, sobretudo à luz de um dos pontos que evidenciamos com a revisão bibliográfica narrativa, que é a falta de equilíbrio entre a produção de conhecimentos acadêmicos e a produção de leis sobre o tema no país.

Quanto ao impacto deste trabalho para a vida daqueles e daquelas que não dispõem de outra alternativa senão o tratamento em comunidade terapêutica, objeto de interesse do pesquisador, queremos apontar que a publicação desta tese na forma de artigo acadêmico contribuirá para o fomento do debate; assim como com conteúdos e subsídios às políticas públicas, quer de nível municipal, estadual ou federal. Muito embora não esgote o tema do tratamento nessa instituição total que é a comunidade terapêutica brasileira, nosso trabalho contribui para ampliar a compreensão sobre os estreitos limites desse tipo de tratamento, com base na convivência em uma comunidade terapêutica. Pode também ser um auxílio a quem se encontre em contexto de consumo abusivo de álcool e/ou drogas, já que, nos limites das situações concretas, informa o que é chamado de ‘tratamento’.

Nosso estudo também é uma contribuição às investigações sobre a instrumentalização da religião nos diferentes espaços sociais e públicos, temática esta que tem sido estudada pelas diferentes disciplinas acadêmicas do campo das Ciências Sociais, dentre as quais destacamos os estudos em sociologia da religião, muito especialmente do multiforme cristianismo brasileiro, em sua versão protestante pentecostal (FREESTON, 1993; 1996), que era a base dogmática de Pandora. Nosso trabalho ajuda a evidenciar como um tipo de tratamento foi aplicado por mais de 25 anos em comunidade terapêutica, sendo que sua base foi a experiência social de um único indivíduo, que, pela via da conversão religiosa, passava a ser interpretada como a fórmula para resolver um problema de alta complexidade, como o consumo abusivo de álcool e/ou drogas.

GLOSSÁRIO

Na comunicação cotidiana, os grupos, que se organizam em torno de valores, crenças e de objetivos comuns, criam seus ditos, provérbios, ditados e expressões no discurso informal, que têm suas origens nas experiências compartilhadas na vida em coletividade. Essas frases, ditos e expressões carregam consigo um tipo de conhecimento vinculado às percepções que esse grupo tem de si mesmo e dos demais com os quais necessariamente terá de interagir na vida social em sentido mais amplo. Eles transmitem não apenas a sabedoria de quem fala; é também uma aula/lição para quem ouve. Nessas comunicações sedimentam-se os valores; elas estabelecem como os valores e as crenças daquele grupo geram para os seus um sentimento de pertença e de identidade coletiva, que se reflete nas ações sociais, como elemento de singularização do grupo em relação a outros.

Nesta perspectiva, este Glossário tem por objetivo descortinar, pelo menos parcialmente, algumas das expressões que eram muito comuns nas comunicações pessoais do coletivo geral da comunidade Pandora, sendo a maior parte delas já apresentadas ao longo das Seções 4, 5 e 6 deste texto. Algumas são expressões que, à medida que desenvolvemos nosso trabalho, retornaram como parte das memórias coletivas (HALBWACHS, 1990). Não raro, eram palavras e expressões que traduziam muito de suas expectativas e esperanças e que, efetivamente, nos deixaram uma forte impressão de que a Pandora, naquela época (2004-2010), era uma espécie de “ilha”. Eram protestantes pentecostais (FREESTON, 1993; 1996), mas não interagiam com outros grupos da mesma orientação religiosa ou de qualquer outra orientação que fosse.

Há também um problema de ordem prática com o qual nos defrontamos: criar um grande Glossário com breve síntese das palavras e expressões ou, pelo contrário, um Glossário pequeno quanto às palavras e expressões, porém com articulação mais aprofundada. Nossa resposta ao problema seguiu nossa leitura de Chang (2008), de valorização dos próprios recursos dos pesquisadores e de suas percepções sobre seu fazer acadêmico. Somos músicos amadores, isto é, não tocamos por cachê. O gênero musical que tocamos é o *blues*, nosso instrumento é a gaita diatônica ou gaita de boca, instrumento de improvisação cuja regra é: mais é menos. Nosso Glossário, portanto, segue a regra de poucas palavras, termos ou expressões, mas com um nível de aprofundamento que seja coerente com o nosso objetivo geral de compreender, descrever e analisar o objeto.

Obra de Deus/Obra do Senhor – referência-chave a toda estrutura de Pandora, compreendendo os ambientes 1 e 2, além da outra chácara que mencionamos, pois era a partir dessa definição que se legitimava toda a gestão do pastor. A melhor forma que encontramos para explicitar o significado desta expressão é trazer aqui uma canção, ou corinho, composta pelo pastor cujo título era sugestivamente: *Obra de Deus*.

Obra de Deus

Autor: Pastor

*É preço de sangue, é preço de dor
Este é o preço da Obra
Preço da Obra do Senhor*

Pandora se via como uma Obra de Deus, ou Obra do Senhor, numa perspectiva muito própria e que a diferencia das demais denominações protestantes pentecostais (FREESTON, 1996; 1993). O pastor seguidamente mencionava sobre o chamado especial de Pandora em relação às outras obras de Deus da cidade, com a qual não se misturavam com muita facilidade. Ele afirmava que a unção que havia recebido de Deus era diferente e os que estavam com ele a seguiam.

Havia forte senso de fidelidade à Obra de Deus e, conseqüentemente, de fidelidade e obediência às instruções e orientações dadas pelo pastor concernentes ao trabalho do centro de recuperação, e também relativo à vida familiar do coletivo de famílias de Pandora. Consideramos importante destacar que, nas falas durante os cultos dos quais participamos, havia uma espécie de reforço moral na ênfase dada à fidelidade e à obediência como elementos marcantes da cultura de Pandora. A ênfase, nós percebemos, ocorria nas pregações e nos estudos que marcavam muito especialmente a interpretação dada pelo pastor ao Velho Testamento (BÍBLIA SAGRADA, 1995). Muito embora Jesus Cristo fosse a primeira camada dos discursos em Pandora, havia um destaque na ritualística dos cultos às figuras do Antigo Testamento, em especial aos reis-guerreiros, como o rei Davi (cerca de 1040-971 AEC).

Ungido de Deus/Ungido do Senhor – muito embora a afirmação de que, por ser o primeiro unguido, ele, o pastor, fosse apenas um primeiro entre iguais, na prática Pandora tinha relações hierárquicas rígidas e legitimadas pelos interesses da Obra de Deus [que era unicamente, afirmavam, a de conduzir as almas dos residentes – drogados – à Vida em Jesus Cristo] e pelo

direito incontestável de o Ungido de Deus/Ungido do Senhor ter sempre e invariavelmente a última palavra. Do ponto vista burocrático, o pastor ocupava o cargo vitalício de Presidente das Assembleias Gerais, conforme ele dizia, cargo de honra por ser o fundador da Obra de Deus/Obra do Senhor, e que não havia meios de destituí-lo legalmente nem de interditar os bens em nome de Pandora, dos quais ele se dizia ser apenas um mordomo, pois, assim como a Obra, também seus bens e recursos, inclusive humanos, eram propriedades de Deus.

Chamado/Missão – referia-se a uma forma de captação dos quadros de trabalho, que eram os indivíduos, e suas famílias, cujo Chamado/Missão seguia este itinerário: entrada como residente; concluído o tratamento, se optasse por permanecer, seria um monitor solteiro. O monitor solteiro poderia casar com alguma das filhas das famílias, que tinham em média de 4 a 5 filhos, entre crianças e adolescentes, ou poderia casar com alguém conhecido do passado, mas não havia namoro ou noivado, e sim casamento unicamente. O monitor solteiro que casava passava a compor o quadro das mais de vinte famílias que faziam Pandora funcionar. Para chegar ao presbitério, o fator determinante era o tempo, conforme mencionamos anteriormente. O pastor ocupava o ápice da estrutura social, política e administrativa de Pandora.

Quebrar o Eu – era um dos principais instrumentos para a recuperação em Pandora. Tratava-se de simplesmente manter os indivíduos sob cerrada negação de tudo aquilo que contrariasse as regras da casa. Não se tratava, contudo, de uma atitude sistemática de promoção do sofrimento entre os residentes, como denunciou o CFP (2011; 2018; 2020). Dentro da perspectiva teológica de Pandora, os desejos não submetidos ao senhorio de Cristo eram uma das principais causas dos problemas humanos. E a superação da vontade só se daria ao submetê-la ao império de Cristo, conforme escrito na Bíblia (BÍBLIA SAGRADA, 1995) e na interpretação de Pandora, que era dada primeiramente pelo pastor e pelos presbíteros que exerciam a liderança de toda a comunidade terapêutica e do ambiente das famílias.

Batismo no Espírito Santo/Selo/Promessa/Unção – ao dar-se um processo de quebra do *eu*, ele deveria proporcionar aos residentes um sentimento de culpa que os levasse ao arrependimento e à confissão, assim como também, paralelamente, à conversão à religião cristã segundo a particular interpretação de Pandora. Nesse processo, os residentes eram

estimulados a buscar o Batismo no Espírito Santo/Selo/Promessa/Unção, que era o sinal da bênção de Deus e, principalmente, de haver sido chamado à obra de Deus. Referia-se à unção especial que Deus havia dado à Pandora como obra de Deus particular, e essa unção representava a capacitação especial para fazer o que Deus já havia predeterminado antes de os indivíduos nascerem. Pastor, presbíteros, pais das famílias e os monitores solteiros se revezavam na afirmação de que todos tinham uma missão a realizar para Deus.

Falar em línguas estranhas – o ponto central dessa unção renovadora era a manifestação do falar em línguas estranhas como principal evidência de haver sido batizado no Espírito Santo. Trata-se do fenômeno denominado de glossolalia na literatura protestante pentecostal (FREESTON, 1996; 1993). Refere-se a uma interpretação feita sobre uma passagem do livro dos Atos dos Apóstolos, em seu capítulo 2, que narra a descida do Espírito Santo como marco inaugurador do cristianismo (BÍBLIA SAGRADA, 1995) e que proporcionaria uma unção especial para que os adeptos pudessem pregar as palavras de Jesus Cristo ao mundo inteiro. Trata-se da habilidade de pronunciar palavras desconhecidas, não necessariamente pertencentes às línguas faladas no planeta Terra. São de fato articulações fonéticas livres, sem qualquer compromisso com a comunicação ou compreensão de uma mensagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRÃO, Sônia. **Rafael Ilha**: as pedras do caminho. São Paulo: Editora Escrituras, 2015.
- ANVISA. **Resolução da diretoria colegiada no 101**. São Paulo: ANVISA/SENAD, 2001a.
- ANVISA. **Resolução da diretoria colegiada nº 29**. São Paulo: ANVISA/SENAD, 2011a.
- BACZKO, B. Imaginação social. In: **Enciclopédia Einaudi**. Antropos-Homem. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda, 1985. p. 296-332.
- BARBOZA, Maria Carolina Fregonesi Gonçalves. **Violência sofrida e violência infligida por dependentes químicos**: uma transmissão transgeracional. Dissertação (Mestrado em Psicologia) do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, 2017.
- BARROS, André; PERES, Marta. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas.. **Revista Periferia**, Volume III, Número 2, 2011.
- BARROSO, Priscila Farfan. **Comunidades terapêuticas como política de Estado: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2020.
- BAUMAN, Zygmunt. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- BECKER, Howard Saul. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. 2ª ed. [com novos capítulos] Rio de Janeiro: Zahar, 2019.
- BECKER, Howard. **Truques da escrita**: para começar e terminar teses, livros e artigos. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.
- BERGER, P. L. **O dossel sagrado**: elementos para uma teoria sociológica da religião. São Paulo: Paulinas, 1985.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BÍBLIA SAGRADA. In: **BÍBLIA DE ESTUDO PENTECOSTAL**. Português. Bíblia sagrada: contendo o antigo e o novo testamento. Edição Revista e Corrigida. Tradução de João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro: CPAD, 1995.
- BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**. Trad. Maria João Alvarez, Sara B. dos Santos e Telmo M. Baptista. Porto-PT: Porto Editora, 1994.
- BURNS, John. E. **O caminho dos Doze Passos no Brasil**. São Paulo: Editora Loyola, 1995.

- BURNS, John. E. **O Modelo Minnesota no Brasil**. Apostila, junho, 1998.
- BLUMER, Herbert. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1986.
- BLUMER, Herbert. **Man And Society**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1937.
- BRAGA, Analvari Franco Pereira. **Movimento Jovens Livres: religião, saúde e reinserção social**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia. 115 p., 2019.
- BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez.
- BRASIL. **Edital de credenciamento - SENAD nº 1/2018**. Diário Oficial da União, Brasília (DF), n. 1, 25 abr. 2018. Edição 79, seção 3, p. 93.
- BRASIL. **Resolução Conad Nº 01 de 19 de agosto de 2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/suaprotecao/politicas-sobre-drogas/backup-senad/comunidades-terapeuticas/anexos/conad_01_2015.pdf>. Acesso em: jun. 2021.
- BRASIL, **Glossário de álcool e/ou drogas**. Trad. J. M. Bertolote. Brasília, 2006.
- BRASIL. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília, DF, 2001b.
- BRASIL. **Portaria no 2.197, de 14 de outubro de 2004**: Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e/ou drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e/ou drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011b.
- CARLINI, Elisaldo Araújo. A história da maconha no Brasil. **Revisão de literatura, J. Bras. Psiquiatr.** 55 (4), 2006.
- COLLINS, Randall. **Quatro tradições sociológicas**. Trad. Raquel Weiss. Petrópolis/RJ: Editora Vozes, 2009.
- COOLEY, Charles. **Human Nature and Social Order**. Nova York: Schocken, 1964.

- COSTA, Andrew Aurélio Pinto de Almeida. **O discurso hegemônico de combate ao crack na internet e a política de internação compulsória no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Mídia e Cotidiano) Programa de Pós-graduação em Mídia e Cotidiano da Universidade Federal Fluminense. Niterói/RJ, 2017.
- CHANG, Heewon. **Autoethnography as method**. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2008.
- DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.
- CHINOY, Ely. **La Sociedad: una introducción a la ciencia a la sociología**. Trad. Francisco López Cámara. México: Fondo de Cultura Económica, 1966.
- DOWNES, David; ROCK, Paul. **Understanding deviance: a guide to the sociology of crime and rule-breaking**. Oxford: Clarendon Press, 1988.
- DUBET, François. **A Sociologia da Experiência**. Trad. Fernando Tomaz. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- DURKHEIM, Emile. **As regras do método sociológico**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- DURKHEIM, Emile. **As formas elementares de vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. São Paulo: Ed. Paulinas, 1989.
- ESCOHOTADO, Antonio. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004.
- FARIAS, Élcio Ricardo de Melo. **Ascensão das comunidades terapêuticas e a necrose do tecido psicossocial: um estudo em representações sociais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco. Fortaleza, 2020.
- FERNANDES, Florestan. **Elementos de sociologia teórica**. São Paulo: EdUSP, 1970.
- FERREIRA, Tereza Maria da Silva. **Saberes e discursos culturais sobre o uso de drogas**. Tese (Doutorado em Educação) do Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. V.1, 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999a.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 20. ed. Editora Vozes: Petrópolis, 1999b.
- FRACASSO, Laura. Comunidades terapêuticas: conheça a sua história no mundo e no Brasil!. Sem data (s/d). **Revista Dependência Química e Saúde Mental**. Disponível em <<https://revistadependenciaquimica.com.br/comunidades-terapeuticas-conheca-a-sua-historia-no-mundo-e-no-brasil/>>. Acesso em: jun. 2021.

- FRESTON, Paul. Breve história do pentecostalismo brasileiro. In: ANTONIAZZI, A. et al. **Nem anjos nem demônios: interpretações sociológicas do pentecostalismo**. Petrópolis: Vozes, 1996.
- FRESTON, Paul. **Protestantes e política no brasil: da Constituinte ao impeachment**. Tese de Doutorado, Campinas, IFCH-Unicamp, 1993.
- GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1989.
- GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Trad. Sandra Regina Netz. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. SP: Editora Atlas, 2017.
- GIMBA, Marcelo de Freitas. **Trajetórias de pessoas usuárias de drogas: narrativas, contextos relacionais e (re)significações em Comunidades Terapêuticas**. Tese (Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea) do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea (PPGFSC) da Universidade Católica de Salvador, 2018.
- GOFFMAN, Erving. **A representação do Eu na vida cotidiana**. 13a ed. Trad. Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.
- GOTI, María Elena. **La comunidad terapéutica: un desafío a la droga**. Ed. Nueva Visión, 1990.
- GLASER, Frederick. The origins of the drug-free therapeutic community. *Br J Addict*, v. 76, n. 1, p. 13-25, 1981.
- HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. Trad. Laurent Léon Schaffter. São Paulo: Editora Vértice, 1990.
- HALBWACHS, Maurice. **Los marcos sociales de la memoria**. Barcelona, Anthropos, 2004.
- HECK, Josiane. **Funções e desdobramentos do poder: análise das práticas sociais em uma comunidade terapêutica na interface com as políticas públicas**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Foz do Iguaçu, 2018.
- HUTT, Sidney John & HUTT, Corinne. **Observação Direta e Medida do Comportamento**. Trad. Carolina Martuscelli Bori. São Paulo: EPU, 1974.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Nota técnica nº 21 sobre perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf>.

Acesso em: jun. 2021.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Trad. Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Editora , 1972.

KWASINSKI, Roberto Estefano de Barros. **Elaboração de manual de boas práticas em segurança sanitária (BPSS) referente (a) RDC nº 29/11 em instituições que prestam serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas**. Dissertação (Mestrado em Vigilância Sanitária) no Programa de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária – INCQS/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2017.

LOPES, Liana Longo Teixeira. **O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e/ou drogas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, 2017.

LUIZ, Maria Cecília e GOMES, Ronaldo Martins. Educação não-formal e comunidade terapêutica para dependentes químicos: articulação de processos educativos em práticas sociais. **HOLOS**, ano 31, v. 3, 2015.

MARX, Karl. **Crítica da filosofia do direito de Hegel**: 1843. São Paulo: Boitempo, 2005.

MATA, Sérgio da. **História & Religião**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

MENDONÇA, Nicácio Pereira de. **Dependência de “drogas”**: uma construção subjetiva? Compreensão da configuração subjetiva sobre a dependência de drogas – um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017.

MERTON, Robert King. **Sociologia**: teoria e estrutura. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

MILLS, Charles Wright. **A imaginação sociológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

MISSE, Michel. As Drogas como Problema Social. **Revista Periferia**. Volume III, 2011. Disponível em: <<file:///home/djalma/Downloads/3948-15140-1-PB.pdf>>. Acesso em: jun. de 2021.

MITTELSTAEDT, Wojciech. **A religiosidade como um método terapêutico para dependentes químicos**: um olhar clínico. tese (Doutorado em Ciências da Religião) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2017.

MORAIS, André de. **Do veneno à instiga, da dependência à recuperação**: a espacialidade de tratamento de dependência química e a elaboração de identidades dos meninos em tratamento na comunidade terapêutica Marcos Fernandes Pinheiro, Ponta Grossa/Pr. Dissertação (Mestrado em Gestão de Território) do Programa de Pós-Graduação em Geografia. Ponta Grossa, 2017.

MOTA, Leonardo de Araújo e. **Dependência química**: problema biológico, psicológico ou social? São Paulo: Paulus, 2007.

NASCIMENTO, Beatriz Ambrosio do. O mito da atividade terapêutica. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 1, n. 1, ago. 1990.

NASCIMENTO, Beatriz Ambrosio do. **Loucura, trabalho e ordem**: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1991.

NETO, Humberto dos Santos. **Os recursos musicoterapêuticos nas comunidades neopentecostais**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2017.

NETO, Osvaldo José Theodoro. **Religião e enfrentamento do uso de substâncias psicoativas**: o caso da Comunidade Terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz/MA. Tese (Doutorado em Ciência da Religião) do Programa de Doutorado em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2019.

NEVES, Aline Gabriela Simon. **As políticas públicas de álcool e/ou drogas no Brasil**: uma análise da construção política de 1990 a 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2018.

OBID (**Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**). Tratamento/Dependência química/Diferentes abordagens. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em : jun. 2021.

PARSONS, Talcott. **La estructura de la acción social**: estudio de teoría social con referencia a un grupo de recientes escritores europeos. Madrid: Guadarrama, 1968.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. **Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos**: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, Botucatu, 2019.

PINTO, Jussara M. **Terapia Ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob poder disciplinar**. Dissertação (Mestrado em Educação, com ênfase em Administração e Supervisão Educacional) da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas - FE/UNICAMP, Campinas, 1988.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. 2020.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. 2011.

RUIZ, Geny Cristina Dias. **Caracterização do perfil de dependentes químicos sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde) Programa de Pós-Graduação em Medicina da Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto, 2018.

ROSZAK, Theodore. **A contracultura**. Petrópolis: Vozes, 1972.

SANDRONI, Paulo (Org.). **Novíssimo dicionário de Economia**. São Paulo: Editora Best Seller, 1999.

SILVA, Mayara Duarte. **O processo de contrarreforma na política de saúde mental: análise das tendências no governo de Michel Temer**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2019.

SIMMEL, Georg. **Religião: ensaios**. v. 1/2, São Paulo: Olho D'água, 2011.

SOUZA, Roberta Maia Alves de. **Eficácia no tratamento de dependência química em uma instituição clínica e outra religiosa**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião). Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2019.

SOUZA, André Ricardo de; GOMES, Ronaldo Martins. Reflexões sobre as religiosas comunidades terapêuticas a partir de algumas unidades paulistas. **Debates do NER**, v. 1, p. 283-305, 2017.

SOUZA, Maria de Lourdes de; SCARDUELLI, Paulo (ORGs.). **Comunidades Terapêuticas: cenário de inovação em Santa Catarina**. Florianópolis: Editora Insular, 2015.

SCHATZMAN Leonard & STRAUSS, Anselm Leonard. **Field Research: Strategies for a Natural Sociology**. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1973.

SPRADLEY, James P. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart and Winston Ed. 1980.

- TOURAINÉ, Alain. **Um novo paradigma**: para compreender o mundo de hoje. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.
- VELHO, Gilberto. Becker, Goffman e a Antropologia no Brasil. **Ilha** - Florianópolis, v. 4, n. 1, 5-16, jul. 2002.
- VELHO, Gilberto. **Nobres & Anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.
- WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2002.
- WEBER, Max. A “Objetividade” do Conhecimento nas Ciências Sociais. In: COHN, G. (Org.). **Sociologia**: Max Weber. São Paulo: Editora Ática, 2003.
- WEBER, Max. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo**. Trad. José Marcos Mariani de Macedo: São Paulo, Companhia das Letras, 2004.
- WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. 4ed. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: UNB, 1999a.
- WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. 4ed. Trad. Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: UNB, 1999b.
- WEBER, Max. **Sociologia das religiões**: e consideração intermediária. Lisboa: Relógio D'Água, 2006.
- WILLAIME, Jean-Paul. **Sociologia da religião**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.
- YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

ANEXOS

ANEXO A: LEGISLAÇÕES BRASILEIRAS SOBRE COMUNIDADE TERAPÊUTICA 2001-2021*Quadro 15: Legislações brasileiras.*

(i)	RDC-101/2001, da ANVISA, de 30 de maio de 2001 – Regulamento Técnico das Comunidades Terapêuticas
(ii)	Resolução RDC-029/2011, da ANVISA, de 30 de junho de 2011, estabelecendo 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, revogando a Resolução ANVISA RDC 101/2001
(iii)	Portaria nº 3.088/GM/MS/2011, inserindo as Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do SUS
(iv)	Nota Técnica GRECS/GGTES/ANVISA nº 55/2013, de 16 de agosto de 2013, que nomina expressamente as Comunidades Terapêuticas e dá informações complementares relativas à Resolução RDC-029/2011, da ANVISA
(v)	Lei 12.868/2013, alterando a Lei 12.101/2009, que prevê certificação específica para as Comunidades Terapêuticas para a obtenção do CEBAS (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social) nos artigos 7º-A e 8º-B, além de incluir as entidades de promoção da saúde no artigo 8º-A
(vi)	MARCO REGULATÓRIO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Aprovação da Resolução 01/2015 do CONAD em 07/05/2015, e publicada no Diário Oficial no dia 28/08/2015
(vii)	Portaria 834 do MS, de 27/04/2016 – Regulamentação do CEBAS das Comunidades Terapêuticas e entidades de promoção da Saúde
(viii)	Portaria 1.482, de 27/10/2016, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde: Art. 1º Fica incluído, no Quadro de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CNES, o tipo 83 – PÓLO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE
(ix)	Resolução nº 1, de 9 de março de 2018, aprovando as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD, incluindo as Comunidades Terapêuticas
(x)	Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS – Lista as Comunidades Terapêuticas como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definindo que, para fins de contratualização com o poder público, as Comunidades Terapêuticas devem obedecer a Resolução CONAD 01/2015
(xi)	Portaria 562, de 19/03/2019, do Ministério da Cidadania, que “Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED”
(xii)	Portaria 563, de 19/03/2019, do Ministério da Cidadania, de 19/03/2019, que “Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e/ou drogas e seus familiares, e estabelece regras e

	procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania”
(xiii)	Portaria 564, de 19/03/2019, que “Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas”
(xiv)	Decreto 9.761/2019, de 11/04/2019, integrando as comunidades terapêuticas na Política Nacional sobre Drogas
(xv)	Lei 13.840/2019, que altera a Lei 11.343/2006, que define as características das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, estabelece quem pode ser nelas acolhidas e dispõe sobre o Plano Individual de Atendimento – PIA, inclusive prevendo a “participação dos familiares ou responsáveis, os quais têm o dever de contribuir com o processo, sendo estes, no caso de crianças e adolescentes, passíveis de responsabilização civil, administrativa e criminal, nos termos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente”
(xvi)	Tribunal Regional Federal da 3ª Região – TRF3, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP, em 05 de setembro de 2019, referendou a Resolução 1/2015 do CONAD e a Resolução 29/2011 da ANVISA, declarando sua consonância com a Lei nº 13.840/2019, com o Decreto nº 9.761/2019 e com a Lei nº 10.216/2001, esta última dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental
(xvii)	Portaria nº 340, de 30 de março de 2020, do Ministério da Cidadania, que declara as Comunidades Terapêuticas como atividades essenciais, nos termos do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, e da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019
(xviii)	Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, da Secretaria Nacional de Assistência Social, pela Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, do Ministério da Cidadania, que orienta questões relativas ao encaminhamento de pessoas em situação de morador de rua para as Comunidades Terapêuticas
(xix)	Nota Técnica CSIPS/GGTES/ANVISA Nº 02/2020 – Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como Comunidades Terapêuticas Acolhedoras – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011
(xx)	Resolução nº 3, de 24 de julho de 2020, que regulamenta o acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas; xxi. Parecer CFM nº 9/2015, de 26 de fevereiro de 2015, que dá parecer de que as Comunidades Terapêuticas, conforme definição da RDC Anvisa nº 29/11, não são consideradas ambiente médico

Fonte: Elaboração própria, a partir da experiência autoetnografada (2004-2010).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA – DISSERTAÇÕES E TESES (2011-2021)

Quadro 16: Dissertações (81).

Ano	Título	Área	Programa	Acesso
2020	Ascensão das comunidades terapêuticas e a necrose do tecido psicossocial: um estudo em representações sociais	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco	< https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40042/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20%C3%89Ilcio%20Ricardo%20de%20Melo%20Farias.pdf > acesso em jun de 2021.
2020	Acolhimento por uso abusivo de drogas: inserção em uma Comunidade Terapêutica	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe	< https://www.sigrh.ufs.br/sigaa/public/departamento/noticias_desc.jsf?noticia=398657749 > acesso em jun de 2021.
2020	Mudança discursiva na política sobre drogas: análise crítica da Lei nº 13.840/2019 e de matérias jornalísticas	Saúde Coletiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza	< https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=115651 > acesso em jun de 2021.
2020	Adolescência e sentidos subjetivos sobre dependência de drogas em uma comunidade terapêutica	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Universidade Federal do Paraná	< https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/70228/R%20-%20D%20-%20POLLYANA%20CORDASCO%20TEIXEIRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2019	Eficácia no tratamento de dependência química em uma instituição clínica e outra religiosa	Ciências da religião	Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião Pontifícia Universidade Católica de Goiás	< http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/4215/2/Roberta%20Mayara%20Alves%20de%20Souza.pdf > acesso em junho de 2021.
2019	Dependência química: um estudo com profissionais de instituições de saúde pública e do terceiro setor	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de	< https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCo >

			Fortaleza	dig=114246> acesso em jun de 2021.
2019	Movimento Jovens Livres: religião, saúde e reinserção social	Ciências da Religião	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás	< http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/4205/2/Analvari%20Franco%20Pereira%20Braga.pdf > acesso em jun de 2021.
2019	Do cru ao cozido: a conversão de pessoas e alimentos num centro de recuperação de drogas	Sociologia	Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal Fluminense	< https://app.uff.br/riuff/handle/1/13386 > acesso em jun 2021.
2019	O processo de contrarreforma na política de saúde mental: análise das tendências no governo de Michel Temer.	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba	< http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/3575/2/DISS%20-%20Mayara%20Duarte%20Silva.pdf > acesso em jun de 2021.
2019	Análise dos efeitos do exercício físico na qualidade de vida e na memória de usuários de drogas – uma terapia de baixo custo	Ciências da Saúde	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa	< https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prifix/2860/1/Marcelo%20de%20Fran%20c3%a7a%20Machado.pdf > acesso em jun de 2021.
2019	Efeito agudo do óleo essencial de <i>lavandula angustifolia mill.</i> nos níveis de craving e ansiedade em usuários de crack	Neurociência	Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba	< https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/17119/1/Arquivototal.pdf > acesso em jun de 2021.
2019	Nos bastidores da loucura: diálogos acerca da família no âmbito da (des)proteção social em saúde mental	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília	< https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37016/1/2019_JozieliMariaSousaBarr os.pdf > acesso em jun de 2021.
2018	Caracterização do perfil de dependentes químicos sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas	Gestão de Organizações de Saúde	Programa de Pós-Graduação em Medicina da Universidade de São Paulo/USP	< https://teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17157/tde-11042019-111043/publico/GENYCRISTINADIASRUIZ.pdf > acesso em jun de 2021.

2018	A reinserção do dependente químico no mercado de trabalho: o caso da Comunidade Terapêutica Ave Cristo	Ciências Sociais	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.	< https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/166366/ramos_fs_me_mar.pdf?sequence=3&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2018	Funções e desdobramentos do poder: análise das práticas sociais em uma comunidade terapêutica na interface com as políticas públicas	Políticas Públicas e Desenvolvimento	Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana.	< https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/4329/Disserta%03%a7%03%a3o%20Josiane%20Heck%201.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2017	Famílias e dependência química	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho	< https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/152529/souza_ap_me_fran.pdf?sequence=3&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2017	Libertando-se da “vida louca” através da fé: Estudo sobre estigma e conversão religiosa na (re) construção das identidades sociais de usuários de drogas em tratamento em centro de recuperação religioso	Antropologia	Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal do Pernambuco	< https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/32947/1/DISSERTA%03%87%03%83O%20Graziela%20Ferreira%20da%20Silva%20Pinto.pdf > acesso em jun de 2021.
2017	Do veneno à instiga, da dependência à recuperação: a espacialidade de tratamento de dependência química e a elaboração de identidades dos meninos em tratamento na comunidade terapêutica Marcos Fernandes Pinheiro, Ponta Grossa/PR	Geografia	Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Ponta Grossa.	< https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/2324/1/MORAI%20Andr%03%a9%20de.pdf > acesso em jun de 2021.
2017	Os recursos musicoterapêuticos nas comunidades neopentecostais	Ciências da religião	Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás	< http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3684/2/HUMBERTO%20DOS%20SANTOS%20NETO.pdf > acesso em jun de 2021.
2017	Dependência de “drogas”: uma construção subjetiva? Compreensão da configuração	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de	< https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/54787 > acesso em

	subjetiva sobre a dependência de drogas – um estudo de caso.		Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná	jun de 2021.
2017	O trabalho da equipe multiprofissional no processo de desenvolvimento da dependência de álcool e/ou drogas	Enfermagem	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande	< http://repositorio.furg.br/handle/1/8357 > acesso em jun de 2021.
2017	Elaboração de manual de boas práticas em segurança sanitária (BPSS) referente (a) RDC nº 29/11 em instituições que prestam serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.	Vigilância Sanitária	Programa de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária – INCQS/Fiocruz	< https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/ict/36327/2/DISSERTATA%c3%87%cc3%83O_Roberto_Estefano.pdf > acesso em jun de 2021.
2017	O discurso hegemônico de combate ao crack na internet e a política de internação compulsória no Brasil	Mídia e Cotidiano	Programa de Pós-graduação em Mídia e Cotidiano da Universidade Federal Fluminense	< https://app.uff.br/riuff/handle/1/3770 > acesso em jun de 2021.
2017	Violência sofrida e violência infligida por dependentes químicos: uma transmissão transgeracional	Psicologia	Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	< http://bdtd.ufm.edu.br/bitstream/tede/509/5/Dissert%20Maria%20C%20F%20G%20Barboza.pdf > acesso em jun de 2021.
2017	Redes de atenção a pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou drogas: representações e desafios de profissionais de São Paulo	Psicobiologia	Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo	< https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5073882 > acesso em jun de 2021.
2017	A psicoterapia analítica funcional na Alemanha: usos e aceitabilidade por terapeutas	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná	< https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/47696/R%20-%20D%20-%20GABRIELE%20SPENST%20OTT%20LEDERER.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.

2017	Processo de trabalho em comunidade terapêutica: elaboração e validação de fluxograma descritor	Gestão da Saúde	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará	< https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=86281 > acesso em jun de 2021.
2017	Análise do perfil do tutor quanto aos desfechos dos alunos do Curso de Capacitação para Líderes, Voluntários, Profissionais e Gestores de Comunidades Terapêuticas – CapacitaCT	Saúde Coletiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”	< https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150295/carriel_ns_me_bot.pdf?sequence=3&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2016	Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas	Psicologia em Saúde e Desenvolvimento	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo	< https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-01082016-110208/pt-br.php > acesso em jun de 2021.
2016	Firmes nos propósitos: etnografia da internação de usuários de drogas em comunidades terapêuticas	Sociologia	Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos	< https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8431/DissMCN.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2016	Análise do funcionamento das comunidades terapêuticas de Caucaia/CE de acordo com a política nacional sobre drogas	Política Pública	Curso de Mestrado Profissional em Planejamento de Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará	< https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=86434 > acesso em jun de 2021.
2016	Saúde Mental: concepções e práticas em um campo em tensão	Saúde Pública	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo	< https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08032016-143321/publico/PaulaMorenaSoutoDerenssonSilveira.pdf > acesso em jun de 2021.
2016	A luta antimanicomial e a política de saúde mental na voz dos militantes do	Política Social	Programa de Pós-Graduação em Política Social da	< http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/8770/1/tese_9930_Sil

	Movimento pela Reforma Psiquiátrica		Universidade Federal do Espírito Santo	via%20Louzada%20Duarte.pdf> acesso em jun de 2021.
2016	Legitimidade das comunidades terapêuticas católicas para dependência química no espaço público brasileiro: o caso da Fazenda Esperança	Ciências Sociais	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora	<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/3688/1/vanesaaparecidadasilva.pdf> acesso em jun. 2021
2016	O impacto da religiosidade na infância e adolescência sobre o padrão de consumo em adultos dependentes de crack	Saúde Pública	Programa de Pós-Graduação em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora	<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/5466/1/alexandremoreiradealmeida.pdf> acesso em jun de 2021.
2016	Experimentações, aprisionamentos e posicionamentos: narrativas de história de vida de pessoas que passaram por tratamento em comunidades terapêuticas	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará	<https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15854/1/2016_dis_rbolanda.pdf> acesso em jun de 2021.
2016	Caracterização do funcionamento das comunidades terapêuticas: os avanços e entraves do tratamento da dependência química	Ciências Ambientais e Saúde	Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás	<http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC_GO_a6ed69ca4ac144cc8f78e73b8cb181cd> acesso em jun de 2021.
2015	Avaliação de habilidades sociais nos usuários de crack em tratamento no contexto das comunidades terapêuticas	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos	<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/4967/Jaluz%20Aim%3%a8e%20Schneider_.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em jun de 2021.
2015	Curso de capacitação para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas: o conhecimento em relação ao álcool, crack e outras drogas	Saúde Coletiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho	<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/132651/000854619.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em jun de 2021
2015	Fatores associados à adesão ao curso de capacitação a distância para líderes, voluntários, profissionais e	Saúde Coletiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de	<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/132014> acesso em jun de 2021.

	gestores de Comunidades Terapêuticas		Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho	
2015	Vivências de acolhimento noturno em um centro de atenção psicossocial para álcool e/ou drogas	Enfermagem	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas	< http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/1730/3/Viv%C3%Aancias%20de%20acolhimento%20noturno%20em%20um%20centro%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20psicossocial%20para%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas.pdf > acesso em jun de 2021.
2015	A psicanálise aplicada no espaço das comunidades terapêuticas para tratamento de dependência química	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais	< http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_CottaMS_1.pdf > acesso em jun de 2021.
2015	Serviço Social e o uso de drogas: um estudo sobre a reinserção social de pessoas em situação de dependência de álcool e/ou drogas	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	< https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17765/1/Denis%20Barreto%20da%20Silva.pdf > acesso em jun de 2021.
2015	Motivações atribuídas por usuários de drogas ao acesso às comunidades terapêuticas para tratamento	Enfermagem	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá	< http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/2406/1/000222291.pdf > acesso em jun de 2021.
2014	Mecanismos de enfrentamento e o papel da religião na prevenção de recaída no uso de álcool e/ou drogas em egressos de comunidade terapêutica	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora	< https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/759 > acesso em jun de 2021.
2014	Usuários de crack: prevalência e perfil de pacientes em tratamento em comunidades terapêuticas (CTS) na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora	< https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/780 > acesso em jun de 2021.

2014	Comunidade terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes – um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002-2013	Saúde Coletiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina	< https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129631/331368.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2014	Usuários de crack, instituições e modos de subjetivação: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN)	Antropologia Social	Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	< https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/19440/1/UsuariosCrackInstituicoes_Aguiar_2014.pdf > acesso em jun de 2021.
2014	Experiência espiritual no contexto do acolhimento à pessoa em uso abusivo de drogas e sua família: uma ação integrada à clínica ampliada na estratégia de saúde da família	Saúde Pública	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará	< https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8511/1/2014_dis_jasampaio.pdf > acesso em jun de 2021
2014	Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica	Ciências Sociais	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho.	< https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/88825/000739495.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2014	As mulheres no fenômeno das drogas: representações sociais de usuárias de crack	Psicologia Social	Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba	< https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7563/2/arquivototal.pdf > acesso em jun de 2021.
2014	Fatores prognósticos para o abandono precoce do tratamento da dependência do álcool, crack e outras drogas em uma comunidade terapêutica	Saúde Coletiva	Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”	< https://repositorio.unesp.br/handle/11449/123851 > acesso em jun de 2021.
2014	A redução de danos no atendimento especializado em álcool e/ou drogas	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte	< https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17551/1/BrunoCP_DISSE-RT.pdf > acesso em jun de 2021.
2014	Avaliação de parâmetros cognitivos, comorbidades psiquiátricas e marcadores biológicos em usuários de drogas de abuso, com ênfase em crack	Ciências da Saúde	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc	< http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/5689/1/Denilson%20Rodrigues%20Fonseca.pdf > acesso em jun de 2021.

2013	Comunidade terapêutica: do seu histórico ao acompanhamento de adolescentes – um estudo de revisão sistemática de literatura entre 2002-2013	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional da Universidade Federal de Santa Catarina	< https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106996 > acesso em jun de 2021.
2013	O consumidor de crack: a influência das crenças familiares no tratamento	Psicologia Clínica	Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco	< http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/189 > acesso em jun de 2021.
2013	Mapeando um patrimônio científico (1981-2012): produção acadêmica sobre a drogadição no Brasil (comunidades terapêuticas, redução de danos e políticas públicas)	Memória Social e Bens Culturais	Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Memória Social e Bens Culturais, na linha de pesquisa Memória e Linguagens Culturais, do Centro Universitário La Salle – UNILASALLE	< https://svr-net20.unilasalle.edu.br/handle/11690/648 > acesso em jun de 2021.
2013	Círculo de cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS	Enfermagem	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará	< https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4615/1/2013_dis_a_cspinto.pdf > acesso em jun de 2021.
2013	Histórias de vida na periferia: juventude e seus entrecruzamentos	Terapia Ocupacional	Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos	< https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/6867/4869.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2013	“Cenas embasadas”: a relação entre as espacialidades vivenciadas por jovens do sexo masculino e a morte por homicídio na cidade de Ponta Grossa-PR	Geografia	Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Ponta Grossa	< https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/pr.efix/617/1/GOMES%20Fernando%20Bertani.pdf > acesso em jun de 2021.
2013	Espaço espaiado: o uso de crack instituindo espacialidades vivenciadas por adolescentes do sexo	Geografia	Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade	< https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/pr.efix/618/1/Heder%20Leandro%20Rocha >

	masculino em Ponta Grossa-PR		Estadual de Ponta Grossa	.pdf> acesso em jun de 2021.
2013	A formação dos profissionais das equipes de saúde da família que assistem usuários de álcool e/ou drogas	Medicina	Programa de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe	< https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/3858/1/NORMACLEI_CISNEIROS_SANTOS_CARDOSO.pdf > acesso em jun de 2021.
2013	Os Doze Passos do governo das vidas na comunidade terapêutica	Psicologia Social	Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	< https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87556/000905264.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2013	Contribuições da análise do comportamento para o estudo da drogadição no Brasil	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia Experimental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	< https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/16701/1/Melicia%20Cardoso%20Geroni.pdf > acesso em jun de 2021.
2013	Comunidade terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica?	Saúde Mental	Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina	< https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106996/321219.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2013	Implicações dos sentidos atribuídos pelos psicólogos ao uso de álcool e/ou drogas no tratamento de usuários em CAPS ad e Comunidades Terapêuticas	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará	< https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6860/1/2013-DIS-RRPIRES.pdf > acesso em jun de 2021.
2013	Narrativas sobre a terapêutica utilizada no tratamento de dependentes químicos	Saúde Coletiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza	< https://uol.unifor.br/oul/ObraBddtSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=92303 > acesso em jun de 2021
2012	Comunidades Terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências	< http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/3090/1/000202920.pdf > acesso

			Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá	em jun de 2021.
2012	Dos fios quotidianos à trama terapêutica: subjetividade, uso de drogas e experiência	Antropologia Social	Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina	< https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/93076 > acesso em jun de 2021.
2012	Terapia familiar em grupo com familiares de dependentes de drogas	Psicologia Social	Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	< https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15116/1/Tatiana%20de%20Freitas%20Munia%20Barbosa.pdf > acesso em jun de 2021.
2012	Recursos e adversidades no ambiente familiar de indivíduos usuários de crack	Ciências da Saúde	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá	< http://repositorio.uem.br:8080/jspui/handle/1/2450 > acesso em jun de 2021.
2012	O fenômeno do alcoolismo: projetos de vida e redes de apoio	Economia	Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal de Viçosa	< https://www.locus.ufv.br/handle/123456789/3402 > acesso em jun de 2021.
2011	Drogas & vida: a alteração (des)controlada pelos dispositivos biopolíticos	Psicologia Institucional	Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo	< http://repositorio.ufes.br/bitstream/102903/1/tese_5275_Nielson%20E%20Vice ntini.pdf > acesso em jun de 2021.
2011	Práticas terapêuticas religiosas no tratamento da drogadicção : estudo de caso na comunidade Desafio Jovem de Sergipe	Sociologia	Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Sergipe	< https://ri.ufs.br/handle/riufs/6283 > acesso em jun de 2021.
2011	Crise e estabilização em psicopatologia fundamental	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	< https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15053/1/Carmen%20Silvia%20Avila.pdf > acesso em jun de 2021.
2011	Egressos da Fazenda da Esperança de Manaus: recaída, por quê?	Serviço Social	Programa de Pós Graduação em Serviço Social da	< https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao

			Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	=resultado&nrSeq=17808@1> acesso em jun de 2021.
2011	Atendimento emergencial dos residentes na Fazenda da Esperança: uma experiência de retorno à vida	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=18860@1> acesso em jun de 2021.
2011	A Fazenda da Esperança do Amazonas e o olhar do ex-residente	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=18620@1> acesso em jun de 2021.
2011	Da batalha espiritual à fé reformada como práticas terapêuticas	Teologia	Programa de Pós-Graduação em Teologia Escola Superior de Teologia	<http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/BR-SIFE/253/Cruz_sr_tm_p179.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em jun de 2021.
2011	A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial	Enfermagem	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado – Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná	<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/26247/DISSERTACAO_ANDREA%20NOÈREMBERG%20GUIMARAES_A%20PRACTICA%20EM%20SAUDE%20MENTAL%20DO%20MODELO%20MANICOMIAL%20AO%20PSICOSSOCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em jun de 2021.

Quadro 17: Teses (27).

Ano	Título	Área	Programa	Acesso
2020	Comunidades terapêuticas como política de Estado: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul	Antropologia Social	Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	< https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213011/001115874.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun. de 2021.
2020	Redução de danos e abstinência: a produção de subjetividades nos usuários da rede de atenção psicossocial para álcool e drogas	Psicologia	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia	< http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_SergioAlexandreAlvesFernandes_8448.pdf > acesso em jun de 2021.
2020	Fatores de risco e trajetórias de desenvolvimento com drogas de uma amostra multicêntrica de usuários de crack que buscaram tratamento em comunidades terapêuticas no Brasil	Psiquiatria e Psicologia Médica	Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade de São Paulo.	< https://repositorio.unb.br/handle/10482/34169 > acesso em jun de 2021.
2019	Lógica da inimizade e estado de exceção: a política brasileira sobre drogas a partir de 1988	Ciências Sociais	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos	< http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/9060/Carlos%20In%20cio%20Prates_.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2019	Religião e enfrentamento do uso de substâncias psicoativas: o caso da comunidade terapêutica Casa do Senhor, Imperatriz – MA	Ciências da Religião	Programa de Doutorado em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de Goiás	< http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/4448/2/Osvaldo%20Jos%C3%A9%20Theodoro%20Neto.pdf > acesso em jun. de 2021.
2019	Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas comunidades terapêuticas	Medicina	Programa de Pós-Graduação em Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista	< https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/DOUTORADO_PABLO_KURLANDER.PDF > acesso em jun. de 2021.

			“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu	
2019	A ética que rege o tratamento do dependente químico no espaço das comunidades terapêuticas: reflexões orientadas pela psicanálise	Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais	< http://www.biblioteca.pucminas.br/teses/Psicologia_CottaMSo_1.pdf > acesso em jun de 2021.
2019	A inserção profissional dos assistentes sociais nas comunidades terapêuticas no estado de Santa Catarina	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Serviço da Universidade Federal de Santa Catarina	< https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/214593/PGSS0235-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2019	Findas linhas: circulações e confinamentos pelos subterrâneos de São Paulo	Sociologia	Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de São Paulo	< https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-30102019-185218/publico/2019_FabioMallart_VCorr.pdf > avesso em jun. 2021.
2018	Análise funcional e tratamento dos comportamentos drogaditos em comunidade terapêutica	Psicologia	Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás	< http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/3989/2/Natanael%20Ribeiro%20de%20Sousa.pdf > acesso em jun de 2021.
2018	Espiritualidade/religiosidade e acolhimento de usuários de drogas: descrição das características, funcionamento e práticas religiosas em três instituições evangélicas no Rio de Janeiro	Serviço Social	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro	< file:///home/djalma/Downloads/Tese%20D%C3%A9bora%20de%20Souza%20Si lva%202018.pdf> acesso em jun de 2021.
2018	As políticas públicas de álcool e/ou drogas no Brasil: uma análise da construção política de 1990 a 2015	Saúde Pública	Programa de Pósgraduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz	< https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/ict/25762/2/ve_Alina_Neves_ENSP_2017.pdf > acesso em jun. de 2021.
2018	Trajetórias de pessoas usuárias de drogas: narrativas, contextos relacionais e (re) significações em comunidades terapêuticas	Interdisciplinar	Universidade Católica do Salvador, Programa de Doutorado em Família na	< http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prifix/400/1/TESEMA RCELOGIMBA.pdf > acesso em jun. de

			Sociedade Contemporânea	2021.
2018	Saberes e discursos culturais sobre o uso de drogas	Educação	Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, da Universidade Federal do Ceará	< http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/45202/1/2018_tese_tmsferreira.pdf > acesso em jun. de 2021.
2018	Takiwasi: o uso da ayahuasca no tratamento da adicção em uma comunidade terapêutica	Ciências Sociais	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia	< https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/19198/1/gabriela%20tese.pdf > acesso em jun de 2021.
2018	Caracterização dos usuários de crack que não recaem após o tratamento	Medicina Preventiva	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo	< https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/49171/2018-0009.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.
2017	Do governo de corpos ao “autogoverno de almas”: drogas, crime e fé num centro de recuperação pentecostal	Ciências Sociais	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	< https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/48886/48886.PDF > acesso em jun de 2021.
2017	A religiosidade como um método terapêutico para dependentes químicos: um olhar clínico	Ciência da Religião	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Religião da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	< https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/20521/2/Wojciech%20Mittelstaedt.pdf > acesso em jun. de 2021.
2017	Da pessoa que recai à pessoa que se levanta: a recursividade dos que usam crack	Ciências	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Universidade Federal de São Paulo	< file:///home/djalma/Downloads/Tese_Rossana%20Rameh.pdf > acesso em jun de 2021.
2015	A diaconia como serviço-mediação e a vida em seu autocuidado: a pessoa dependente de substâncias psicoativas e seu acolhimento em comunidades terapêuticas	Teologia	Programa de Pós-Graduação em Teologia da Escola Superior de Teologia	< http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/BR-SIFE/586/kruger_rr_td144.pdf?sequence=1&isAllowed=y > acesso em jun de 2021.

2015	Psicologia ambiental na promoção de saúde para dependentes químicos: uma proposta para psicólogos clínicos em comunidades terapêuticas	Psicologia Clínica	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	<file:///home/djalma/Downloads/Fabiana%20Coelho%20Fernandes.pdf> acesso em jun de 2021.
2014	Efetividade de cursos por educação a distância na capacitação de profissionais de saúde, assistência social e líderes religiosos/comunitários para realizar triagem do uso de drogas e intervenções breves	Psicobiologia	Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia da Universidade de São Paulo	<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1316295> acesso em jun de 2021.
2014	Interfaces entre religião e toxicomania: estudos de caso em duas comunidades terapêuticas religiosas para dependentes químicos no Rio de Janeiro	Ciências Sociais	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	<https://evento.ufal.br/anaisreaabanne/gts_download/Janine%20Targino%20Da%20Silva%20-%201021257%20-%20204459%20-%20corrigido.pdf> acesso em jun de 2021.
2014	A dependência química e seus cuidados: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS.	Antropologia Social	Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107897/000946258.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em jun de 2021.
2012	Espiritualidade terapêutica: critérios da logoterapia aplicados na <i>lectio divina</i> para reabilitação de adictos	Teologia	Programa de Pós-Graduação em Teologia da Escola Superior de Teologia	<http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/BR-SIFE/348/paula_d_tdl12.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em jun de 2021.
2012	O impacto dos usos das tecnologias da informação e da comunicação durante a ressocialização de sujeitos adictos em álcool e drogas em vulnerabilidade social através da qualificação para o trabalho	Educação	Programa de Pós-Graduação em Informática na Educação do Centro Interdisciplinar de Novas Tecnologias na Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/60937/000863500.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em jun de 2021.

2011	Terapia de redes para adictos: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidade terapêutica	Saúde Pública	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo	< https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-21032012-111848/publico/JairLourengo.pdf > acesso em jun de 2021.