
TEOLOGIA E INTERDISCIPLINARIDADE



COMUNIDADE TERAPÊUTICA: POR UMA VIVÊNCIA DA PEDAGOGIA DA AUTONOMIA¹

Therapeutic Community: Towards a living of the pedagogy of autonomy

Rolf Roberto Krüger²

RESUMO

A proposta das Comunidades Terapêuticas aponta para a reorganização da vida, que pressupõe um reaprendizado do bem viver, por meio do convívio em microssociedade. Nessas instituições, ocorre um encontro dos saberes na aplicabilidade vivencial. A instituição oportuniza um espaço terapêutico de convivência, com infraestrutura adequada, equipe terapêutica e um programa terapêutico, porém, é o residente quem deverá ser agente de sua recuperação, cabendo aos ofertantes da recuperação reforçar os quesitos motivacionais. Dentre os saberes, aportes da pedagogia da autonomia, de Paulo Freire, são consistentes para que a relação ensino-aprendizagem possa levar à efetividade do que De Leon apresenta como internalização. Para isso, é importante que se tenha consciência de que o “programa-terapêutico” é, por excelência, um “programa-educativo” que respeita a autonomia do residente, levando-o ao compromisso com o outro. Assim, autonomia não leva ao individualismo, pelo contrário, resgata deste e aponta para uma vivência comunitária.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica; pedagogia da autonomia; internalização; dependente químico; bem viver.

¹ Artigo recebido em 22 de abril de 2014 e aprovado pelo Conselho Editorial, em reunião realizada em 18 de junho de 2014, com base nas avaliações dos pareceristas *ad hoc*.

² Rolf Roberto Krüger é Mestre em Teologia e Doutorando no PPG da Faculdades EST (Escola Superior de Teologia), bolsista da CAPES. Pesquisa o tema: “Comunidade Terapêutica como modelo diaconal para o tratamento da Dependência Química”, sob a orientação do professor Dr. Rodolfo Gaede Neto. E-mail: rolf.kruger@flt.edu.br.

ABSTRACT

The therapeutic proposal of Therapeutic Communities point to the reorganization of life that presuppose a relearning of the well being, through living in micro-societies. In these institutions, occurs a meeting of different knowledge in experiential applicability. The institution provides a therapeutic space of living, with adequate infrastructure, therapeutic team and a therapeutic program, however it is the resident who should be the agent of its own recuperation, fitting to the recuperation offerers only to reinforce the motivational matters. In the knowledge, contributions from the pedagogy of autonomy from Paulo Freire are consistent so the teaching-learning relation can lead to effectiveness of what De Leon presents as internalization. For this, it is important to have consciousness that the “therapeutic-program” is, by excellence, an “educative-program” that respects the autonomy of the resident taking him to the compromise with the other. Thus, autonomy does not take to individualism, but on the contrary, it rescues this one and points to a communitarian living.

Keywords: *Therapeutic Community; Pedagogy of autonomy; Internalization; Chemical dependent; Well living.*

1 INTRODUÇÃO

A Comunidade Terapêutica (CT) é, também, uma comunidade de saberes. Não é o local em que a epistemologia dos saberes é intencionalmente discutida. É sim o encontro dos saberes na sua efetividade última: a existência humana. Teologia, Psicologia, Filosofia, Medicina, Sociologia, Pedagogia, entre outras, encontram-se com suas propostas de auxílio no processo terapêutico dos Dependentes de Substâncias Psicoativas (DSPAs). Conforme a CT, um ou outro saber poderá estar mais em evidência, sendo praticado de forma mais consciente, porque comunidade é feita de gente portadora de saberes. Assim, a ênfase será conforme a formação e informação dos que ali atuam.

A inter e a transdisciplinaridade será uma constante consciente ou inconsciente, visto que, ao atender o ser humano em tempo integral (24 horas por dia), na sua integralidade humana, um saber isolado se esgotará rapidamente, não atendendo à demanda.

Assim, haverá hora para a espiritualidade, para o esporte e lazer, para a alimentação, para o sono, para encontros e diálogos terapêuticos, para o convívio com o outro, e, não por último, para o ensino.

A intencionalidade deste artigo é fazer um recorte a partir da pedagogia da autonomia, encontrada em Paulo Freire. Inicialmente, é apresentada a CT enquanto método de atendimento. Dentre os autores, será destacado George De

Leon, pela sua insistência na internalização dos aspectos terapêuticos aprendidos na internação. O residente, enquanto agente de sua recuperação, é o sujeito que precisa resgatar a sua autonomia perdida na dependência das substâncias psicoativas.

O paradigma relacional entre educador-educando trará subsídios para a discussão da relação entre os profissionais que atuam na CT e os residentes.

O processo de ensinar por meio da escuta promotora de diálogo, da ética coerente, do importar-se pelo outro é a possibilidade de promover um ambiente terapêutico dentro da Comunidade que, somente com esse elemento será, de fato, terapêutica.

Esse processo só ocorrerá se a visão que se tem do outro é uma visão que proponha e mantenha a sua dignidade. Dignidade possível quando o outro é visto como um ser inacabado, autônomo e em constante aprendizado. Não diferente do que cada um – obreiro ou residente – já é.

2 COMUNIDADE TERAPÊUTICA: DA INTERNAÇÃO PARA A INTERNALIZAÇÃO

Comunidade Terapêutica³ é a nomenclatura pela qual são conhecidas as instituições que atendem no processo de recuperação da dependência de substâncias psicoativas, pelo sistema de internação; é um método de atendimento psicossocial, em regime de residência. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): “O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução”⁴.

³ Neste artigo, “Comunidade Terapêutica” será uma terminologia estrita à instituição de tratamento de dependentes químicos. O conceito amplo de comunidade terapêutica, enquanto humanização do atendimento hospitalar/psiquiátrico (AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 47), ou aplicado à comunidade de fé cristã – cf. HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs). **Comunidade Terapêutica:** Cuidando do ser através de relações de ajuda. São Leopoldo: Sinodal, 2003 –, serão pressupostos para a qualificação do atendimento institucional.

⁴ AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Art. 1º.

A ANVISA passou a regulamentar o funcionamento das CTs somente em 2001, quando publicou a sua primeira resolução a respeito,⁵ tirando as CTs da “clandestinidade”. Essa resolução prevê o necessário para que o residente⁶ seja atendido com dignidade, no que se refere à moradia (infraestrutura), ao serviço prestado, ao relacionamento da equipe de atendimento e ao processo assistencial⁷.

No entanto, mais do que apenas o previsto, é importante articular a temática no âmbito acadêmico, buscando referenciais que conceituem a CT enquanto modelo de atendimento.

2.1 O modelo terapêutico da Comunidade Terapêutica

Para De Leon, “A CT promove a aprendizagem por tentativa e erro, proporcionando um ambiente no qual se pode fracassar em segurança. [...] Assim, a CT é considerada uma microssociedade que prepara o indivíduo para uma vida de sucesso na macrosociedade do mundo real”⁸.

A funcionalidade da CT deverá ser muito semelhante à sociedade de

⁵ Resolução da ANVISA – RDC n.º 101, de 30 de maio de 2001 D.O de 31/5/2001. No item 2 Conceituação, consta: “Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivo e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.” <<http://www.febract.org.br/resolucoes.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2012. A Resolução – RDC nº 29/2001 não sugere mais a nomenclatura Comunidade Terapêutica, apenas “instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”.

<<http://www.febract.org.br/resolu%C3%A7%C3%A3o%20rdc%2029.html>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

⁶ Optamos pelo termo “residente” para nos referirmos ao indivíduo que está internado em uma CT. Visto serem as CTs um regime de residência e, ao mesmo tempo, lembrarem o convívio familiar.

⁷ <<http://www.febract.org.br/resolu%C3%A7%C3%A3o%20rdc%2029.html>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

⁸ De LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Loyola, 2003, p. 32.

origem, para que o indivíduo possa experimentar situações, e assim “treinar” habilidades para viver na sociedade⁹. Isso implica a construção de um programa terapêutico que conduza para fora da instituição, ou seja, desde o seu início, deve estar implícita a reinserção social¹⁰.

A vivência na CT é organizada com fins terapêuticos. Apresentando uma instituição de referência em Santa Catarina, Krüger aponta para o seu programa de atividades terapêuticas, que prevê: aconselhamento individual, reuniões de grupo, palestras informativas, *feedback*, regimento interno, assembleia geral, atividades esportivas e recreativas, atividades pedagógicas de ensino, cursos de caráter profissionalizante, oficinas (artística/artesanal), acompanhamento médico e medicamentoso, promoção da cidadania¹¹.

De Leon apresenta três modelos para os programas: a) programa escola, com um currículo de aprendizagem sobre o próprio eu, relacionamentos com os outros e sobre o viver bem; b) programa família substituta, com ordem na vida cotidiana, atenção amorosa, com segurança física e psicológica, aceitação, transmissão de valores; c) microssociedade – é a junção das anteriores: escola e família substituta, incluindo responsabilidades ocupacionais¹².

Assim, o que define o modelo da CT é, essencialmente, o “ser comunidade”.

Uma comunidade é regida por lideranças. Para que haja saúde na convivência social, é preciso que haja saúde na equipe de profissionais responsáveis.

⁹ FRACASSO, Laura. Características da Comunidade Terapêutica. In: SERRAT, Saulo Monte (Org.). **Drogas e Álcool: Prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2001, p. 283.

¹⁰ Esta é a principal preocupação da reforma psiquiátrica: a institucionalização da pessoa. AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 49.

¹¹ KRÜGER, Rolf Roberto. **Comunidade Terapêutica: Como Acolher Egressos de Instituições de Recuperação de Dependentes Químicos? Um Exemplo da IECLB em Florianópolis**. 162 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação em Teologia, São Leopoldo, 2005, p. 24-27.

¹² DE LEON, 2003, p. 31-32. Fracasso contrapõe o que considera uma CT saudável de uma CT doente. A doente lida de forma irresponsável com os elementos terapêuticos. A CT saudável mantém o equilíbrio em cinco áreas: A família, os pares, o trabalho/escola, a lei (regras sociais) e a espiritualidade. FRACASSO, 2001, p. 283-288.

2.2 A equipe de profissionais

São tantas as especificidades profissionais possíveis nas CTs, geradoras de um ecletismo profissional, que buscamos na palavra “obreiro”¹³ uma nomenclatura comum a todos. Assim, todos os que estão na “obra” da CT são “obreiros”.

De Leon pressupõe que os funcionários da CT são membros da CT, ou seja, não são apenas profissionais contratados. Eles interagem e vivem o dia a dia da CT. Assim sendo, há dois papéis que desempenham: o primeiro é a função/especificidade para a qual foram contratados, e a segunda é o papel genérico – papel de membro da comunidade. Nesse papel genérico, todos os membros do corpo de funcionários são: a) modelos/exemplos de comportamento; b) observadores do ambiente social, físico e psicológico da CT; c) professores do bem viver (no sentido de ensinar por meio da especificidade profissional); d) parte de um sistema de autoridade coerente e racional (contribuem na tomada de decisões); e) responsáveis clinicamente (no sentido de identificar problemas) e desenvolvem um caráter terapêutico¹⁴.

Nas palavras de Fracasso: “Antes de ser profissionais na C.T., são participantes e devem saber e respeitar as suas regras para que as relações aconteçam em um ambiente familiar, pois em uma família as pessoas se relacionam como pessoas, não como cargos e profissões”¹⁵.

Por isso, a formação de obreiros é mais do que a formação profissional. O ser profissional passará pelo ser pessoa. Adiante, ao tratar da relação educador-educando, Freire traz bons subsídios para essa formação e para a relação obreiro-residente.

2.3 A internalização, segundo De Leon

De Leon, apud Fischer¹⁶, apresenta dez fases do processo terapêutico de

¹³ KRÜGER, 2005, p. 23, rodapé 9.

¹⁴ DE LEON, 2003, p. 178-179.

¹⁵ FRACASSO, 2001, p. 280.

¹⁶ FISCHER, Alexander. **Dependência em Substâncias Psicoativas**: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação. Florianópolis: UFSC, 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia). p. 96-106.

um dependente químico:

a) Fases que compõem o pré-tratamento: 1) *negação* (do uso, do abuso ou da dependência da substância psicoativa e das consequências); 2) *ambivalência* (reconhecimento diante de situações críticas, porém, retrocede quando a situação é contornada); 3) *motivação extrínseca* (reconhecimento dos problemas, porém, responsabiliza fatores externos pela existência destes); 4) *motivação intrínseca* (admite a responsabilidade pessoal); 5) *prontidão para mudança* (ações de mudança conforme critérios pessoais); 6) *prontidão para o tratamento* (convicção de que precisa de ajuda por meio de um programa terapêutico). Essas fases têm como característica principal a “pressão extrínseca”, ou seja, o indivíduo é compelido a procurar ajuda por causa das consequências advindas do uso e abuso das substâncias psicoativas. De Leon alerta que “embora pressões extrínsecas levem o indivíduo ao tratamento, é a motivação intrínseca que mantém a participação continuada no processo”¹⁷. Essas pressões extrínsecas podem levar alguém a buscar uma internação, porém, essas percepções são mutáveis¹⁸. Por isso, a equipe terapêutica deverá atuar no sentido de promover a mudança motivacional;

b) Fases que compõe o tratamento: 7) *desintoxicação* (fortemente marcada pela síndrome de abstinência, por isso, exige o acompanhamento médico); 8) *abstinência* (caracterizada pelo aprendizado de manutenção da abstinência mediante a prevenção da recaída – trata-se dos “nãos” a serem dados para evitar a recaída)¹⁹;

c) Fases que compõe o pós-tratamento: 9) *continuidade* (gerenciamento da vida com condutas pró-ativas de reorganização social – trata-se dos “sins” a serem dados na reconstrução de uma vida social saudável); 10) *mudança de identidade e integridade* (internalização da sobriedade)²⁰. Conforme De Leon:

Internalização é um conceito psicodinâmico conhecido que indica uma aprendizagem que envolve ‘absorver’ o comportamento e os ensinamentos de outros. Na CT, a internalização é evidente quando um novo aprendizado torna-se parte ‘natural’ do repertório do indivíduo²¹.

¹⁷ DE LEON, 2003, p. 363.

¹⁸ DE LEON, 2003, p. 262-263.

¹⁹ Veja programa de prevenção da recaída de Marlatt e Gordon. MARLATT, Allan G. GORDON, Judith R. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 524p.

²⁰ FISCHER, 2004, p. 96-106.

²¹ DE LEON, 2003, p. 381.

Portanto, a última fase consiste em internalizar o estilo de vida ensinado e vivido na CT. Assim, internalização é viver a sobriedade.

Prochaska & Di Clemente²² apresentam seis fases pelas quais um DSPA passa no seu processo terapêutico: 1) pré-contemplação: a pessoa não tem consciência de que precisa mudar ou que tem um problema. 2) Contemplação: a consciência começa a despertar sobre a existência de um problema ou da necessidade de alguma mudança na vida. 3) Preparação para a ação (determinação): convencidos de que a mudança é necessária. Verbalmente apresentam mudança, mas ainda não estão prontos para agir. 4) Ação: além das ideias, a pessoa está agindo. Entra voluntariamente em um programa de tratamento. 5) Manutenção: domínio das habilidades aprendidas no estágio Ação. Estão abstinentes e continuam aprimorando seu plano de tratamento para assim permanecer. 6) Recaída – uma possibilidade durante todas as fases.

Relacionando as fases apresentadas por De Leon com as apresentadas por Prochaska & De Clemente, percebe-se que:

- a) A fase da *negação* equivale à fase da *pré-contemplação*;
- b) As fases de *ambivalência*, de *motivação extrínseca*, de *motivação intrínseca* equivalem à fase de *contemplação*;
- c) As fases de *prontidão para mudança*, de *prontidão para o tratamento* condizem com a fase de *preparação para a ação* (determinação);
- d) As fases de *desintoxicação* e de *abstinência* equivalem à fase da *ação*;
- e) As fases de *continuidade* e de *mudança de identidade/integridade* (internalização) conferem com a fase da *manutenção*. De Leon não classifica a recaída como fase. Ela está subentendida, principalmente no pré-tratamento, pois pode levar a uma conscientização maior da problemática.

A partir da decisão pela abstinência, o indivíduo enfrentará algumas dificuldades inerentes à sua situação de dependência química: a) Fissura (pressão interna do organismo dependente da substância química somado ao registro de memória da sensação prazerosa produzida pela mesma); b) ambiente social desfavorável (geradora de uma pressão externa que é causada pela oferta da

²² PROCHASKA & DI CLEMENTE, apud LARANJEIRA, Ronaldo; GIGLIOTTI Analice. **Tratamento da dependência da nicotina**. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm>. Acesso em: 13 dez. 2011.

substância); c) fragilidade psicoemocional (resultante de o processo de maturidade emocional ser afetado negativamente durante o tempo do uso da substância psicoativa). Daí a necessidade de um espaço geográfico e um ambiente relacional saudável para o aprendizado do bem viver. A CT pretende oferecer esse espaço.

Segundo De Leon, o processo da internalização apresenta algumas características desafiadoras:

a) Dissonância cognitiva e conflito comportamental. Ocorre na distância entre o saber cognitivo e a correspondência comportamental (quando o querer bem não corresponde ao fazer bem);

b) Generalização de elementos comportamentais aprendidos na CT e aplicados para realidades semelhantes fora dela (comportamento por repetição e não por convicção);

c) Aprender a aprender é o desenvolvimento da capacidade de analisar diferentes situações, aplicando os valores adquiridos;

d) Experiências confirmatórias, quando o indivíduo aplica o aprendizado e confirma as consequências positivas da nova atitude adquirida²³.

Rangel condena um saber que reflete apenas uma atitude ou posição intelectual e racionalizada, na qual, “embora se dê a compreensão da realidade ‘ser dependente químico’ e o entendimento da necessidade de mudar, não se observam mudanças significativas de comportamento no estilo de vida”²⁴.

Fracasso enfatiza a capacidade de decisão do indivíduo “dependente químico”: “Mesmo com a doença manifestada, ele conserva todas as capacidades e possibilidades de resgatar a *autonomia* individual, a capacidade de escolher e decidir”²⁵. Continua:

Conserva a capacidade e possibilidade de transformar a sua problemática humana em um projeto: tem a possibilidade de projetar, inicialmente, e viver, depois, uma existência repleta de significado e valores. Pode, a qualquer momento, valorizar a si mesmo, se descobrir o significado da sua história pessoal²⁶.

²³ DE LEON, 2003, p. 383-384.

²⁴ RANGEL, Eleni Rodrigues. O processo terapêutico na Comunidade Terapêutica. In: SERRAT, Saulo Monte (Org.). **Drogas e Álcool**: Prevenção e tratamento. Campinas: Komedi, 2001. p. 293.

²⁵ FRACASSO, 2001, p. 277 (grifo nosso).

²⁶ FRACASSO, 2001, p. 277.

Essa autora usa a expressão “programa terapêutico-educativo” para ser desenvolvido na CT²⁷.

No que concerne o aspecto educativo da recuperação, queremos tecer um diálogo com a pedagogia da autonomia de Paulo Freire.

3 APORTES DA PEDAGOGIA DA AUTONOMIA

Paulo Freire não escreve diretamente para a situação da dependência química. Não propõe um modelo terapêutico – visto não ser essa a sua área de articulação. No entanto, assim como Hirschon e Copit fazem um ensaio a partir da dialogicidade – “substrato essencial tanto da proposta educacional de Paulo Freire quanto da abordagem psicanalítica²⁸” – e sua relação com a psicanálise, atrevemo-nos a “ensaiar” um diálogo entre a proposta das CTs e Freire.

Por não ser possível esgotar tal proposta, faremos um recorte de Freire. Abortaremos o diálogo sobre a pedagogia da autonomia,²⁹ visto ser esta, parafraseando a citação de Hirschon e Copit, um substrato essencial, tanto da

²⁷ FRACASSO, 2001, p. 279.

²⁸ HIRCHZON, Cecilia Montag; COPIT, Melany. Psicanálise e Paulo Freire. In: GADOTTI, Moacir (Org.). **Paulo Freire: Uma biografia**. São Paulo: Cortez : Instituto Paulo Freire; Brasília: UNESCO, 1996, p. 629.

²⁹ FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. São três capítulos que apresentam as “exigências” do saber educar. São apresentadas nove exigências em cada capítulo. Com a expressão “educar exige” Freire aponta para a responsabilidade do educador frente ao educando. Não são opções. São exigências. Um panorama geral sobre os três capítulos mostra que todos os assuntos apresentados por Freire trazem subsídios que podem ser aplicados na CTs: O **primeiro capítulo**, direcionado na relação “educador–educando”, as exigências são: rigorosidade metódica; pesquisa; respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; corporeificação das palavras pelo exemplo; risco, aceitação do novo e rejeição a discriminação; reflexão crítica sobre a prática e o reconhecimento; assunção da identidade cultural. No **segundo capítulo**, consciente de que ensinar não é transferir conhecimento, exige-se: consciência do inacabado; reconhecimento de ser condicionado; respeito à autonomia do ser do educando; bom senso; humildade, tolerância e luta em defesa dos direitos dos educadores; apreensão da realidade; alegria e esperança; convicção de que a mudança é possível; curiosidade. O **terceiro capítulo** apresenta o desafio do ser profissional, exige-se: segurança, competência profissional e generosidade; comprometimento; compreender que a educação é uma forma de intervenção no mundo; liberdade e autoridade; tomada consciente de decisões; saber escutar; reconhecer que a educação é ideológica; disponibilidade para o diálogo; querer bem aos educandos.

proposta educacional de Paulo Freire quanto da abordagem das CTs.

Nas palavras iniciais de Paulo Freire ao seu livro *Pedagogia da Autonomia*, ele faz lembrar e assim insiste no que chama de inconclusão do ser humano. Essa inconclusão leva a um movimento permanente de procura, de curiosidade e de crítica. Com essa base, Freire reinsiste que formar é mais do que treinar para destrezas.³⁰ Retoma o assunto adiante:

Minha *franquia* ante os outros e o mundo mesmo é a maneira radical como me experimento enquanto ser cultural, histórico, inacabado e consciente do inacabamento. [...] o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento. Mas só entre mulheres e homens o inacabamento se tornou consciente³¹.

Eis a diferença que Freire aponta entre o ser condicionado e o ser determinado: o condicionado é o inacabado que não se sabe como tal. O determinado é o inacabado que, histórica e socialmente, alcançou a possibilidade de saber-se inacabado. Significa estar inserido no mundo para intervir (vocação ontológica), como sujeito e não objeto da história³².

Freire enraíza a ética no fato de o ser humano ter consciência de ser um ser inacabado³³. A consciência do inacabamento faz dos seres humanos seres responsáveis e éticos. Ética que pode ser traída por causa da possibilidade de optar e decidir, inclusive negando a decência. Por isso, antes da instrumentalização do ser humano por meio da capacitação, deverá vir a sua formação ética³⁴.

O conceito do ser humano enquanto um ser inacabado aplica-se a todo ser humano. É preciso cuidar para que não haja uma classificação entre mais e menos inacabados. Isso feriria a essência do que Freire afirma. E, caso assim fosse feito, o DSPA estaria classificado como menos inacabado. E pior, seu valor estaria no fato de poder vir a ser mais. Quando Freire apregoa o ser inacabado, ele não quer gerar uma classificação entre os seres humanos. Apenas quer manter o desafio constante do aprendizado. E isso é para todos, constantemente inacabados.

Os princípios éticos de Freire estão aportados na realidade dos que

³⁰ FREIRE, 1996, p. 14.

³¹ FREIRE, 1996, p. 50. (grifo do autor).

³² FREIRE, 1996, p. p. 53-54.

³³ FREIRE, 1996, p. 60.

³⁴ FREIRE, 1996, p. 56.

sofrem injustiças sociais, os “condenados da Terra”, os excluídos³⁵. Freire se refere aos aspectos sociais da dignidade e subsistência humana. No entanto, não seria difícil imaginá-lo fazendo uma reflexão sobre a exclusão social que o DSPA sofre a partir de sua doença.

A ética é o resgate da presença no mundo.

Presença que se pensa a si mesma, que se sabe presença, que intervém, que transforma, que fala do que faz mas também do que sonha, que constata, compara, avalia, valora, que decide, que rompe. E é no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da opção, que se instaura a necessidade da ética e se impõe a responsabilidade. A ética se torna inevitável e sua transgressão possível é um desvalor, jamais uma virtude³⁶.

A consciência dessa presença é um grande desafio na recuperação de um DSPA. Quando na ativa, no uso constante da substância psicoativa, o dependente esteve ausente. Ausente enquanto pessoa atuante, sonhadora, transformadora por meio de intervenções. Recuperação é resgatar a presença.

A presença consciente no mundo não exige da responsabilidade ética no mover-se no mundo³⁷. Reconhecer-se como ser condicionado, porém, não determinado. Condicionado pelas circunstâncias que deram início à dependência química, porém, saber que não precisa ser determinado por essas circunstâncias – é também um grande desafio para o DSPA. Reconhecer que a História é tempo de possibilidade e não de determinismo. Ser agente de sua própria história e assim influenciar a História no meio em que vive. Da passividade hedonista para a atividade transformadora da história pessoal, familiar, comunitária é a grande possibilidade e o grande desafio terapêutico.

3.1 O paradigma “educador-educando” nas Comunidades Terapêuticas

Conforme visto, a relação da equipe de obreiros com os residentes é fundamental para que o clima relacional seja terapêutico. A relação educador-educando muito contribui para essa questão, pois pode (e deve) ser aplicada para a relação obreiro-residente.

Para Freire, ensinar não é transferir conhecimento e, sim, levar o

³⁵ FREIRE, 1996, p. 14.

³⁶ FREIRE, 1996, p. 18.

³⁷ FREIRE, 1996, p. 18-19.

educando a assumir-se como sujeito da produção do seu saber. Se o discente apenas recebe conteúdo, ele se torna objeto e não sujeito de seu aprendizado. O aprendizado é mútuo, ou seja, “[...], quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se ao ser formado”³⁸. Assim, o residente não é alguém passivo, que está aí para apenas receber conteúdo. É alguém ativo, que interage com o meio social, aprendendo e ensinando.

Ensinar a pensar certo é mais do que apenas ensinar os conteúdos. A isso Freire chama de “dodiscência”, a docência e a discência juntas, indicotomizáveis. Esse é o caminho para o aprendizado³⁹.

O ensino dos conteúdos não pode acontecer separado à formação moral (ética) do educando. Assim, educar é formar. Não há como pensar certo fora dos princípios éticos. Mudar é uma possibilidade e um direito – a mudança exige o pensar certo. Esse pensar certo deve ser coerente: por isso, não é possível esconder a mudança. Por outro lado, não há mudança se esta não aparecer⁴⁰.

A moral, que é a ética posta em prática, ou a parte visível da ética, só será significativa se estiver internalizada no indivíduo. O processo de recuperação é essencialmente um processo de mudança ética. Muito é ensinado na CT, no entanto, o ensino não é somente o discurso. É substancialmente a convivência. Convivência que é regida por regras. Regras necessárias para o bem viver. Assim, o residente terá a chance de ver, na prática, o que é ensinado no discurso.

O que é ensinado pelas palavras deve ser visível no exemplo. A isso Freire denomina “corporeificação das palavras”. Pensar certo é fazer certo⁴¹.

A grande tarefa do sujeito que pensa certo não é *transferir, depositar, oferecer, doar* ao outro, tomado como paciente de seu pensar, a inteligibilidade das coisas, dos fatos, dos conceitos. A tarefa coerente do educador que pensa certo é, exercendo como ser humano a irrecusável prática de entender, desafiar o educando com quem se comunica e a quem comunica, produzir sua compreensão do que vem sendo comunicado. Não há inteligibilidade que não seja comunicação e intercomunicação e que não se funde na dialogicidade. O pensar certo por isso é dialógico e não polêmico⁴².

³⁸ FREIRE, 1996, p. 23.

³⁹ FREIRE, 1996, p. 28.

⁴⁰ FREIRE, 1996, p. 33-34.

⁴¹ FREIRE, 1996, p. 34.

⁴² FREIRE, 1996, p. 38. (grifo do autor).

É responsabilidade do formador produzir, em comunhão com o aprendiz, o pensar certo. Assim, “É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”⁴³. A CT é um ambiente de intensa comunhão. Os profissionais não ficam isolados no seu canto: consultório, escritório, auditório (sala de aula), etc. Nesses ambientes, ocorre o atendimento pontual. No entanto, o atendimento é integral à medida que ocorre a convivência. Nessa convivência, o obreiro é “desnudado”, ou seja, ele será o que é, sem poder camuflar pelas aparências (possíveis de serem mantidas apenas nos ambientes de atendimento profissional). E pelo que é, ensinará. Ou não!

Para mudar é preciso ser sujeito. É preciso assumir-se como está sendo e perceber as razões de ser assim. Daí é possível assunção. Por exemplo, a assunção de que fumar ameaça a vida é o conhecimento cabal adquirido do fumar e suas consequências⁴⁴.

Freire critica o treinamento pragmático dos que pensam serem os donos da verdade. É preciso respeito para com a identidade cultural, pois tem a ver com a assunção “de nós por nós mesmos”⁴⁵. O pragmatismo que Freire critica é o tecnológico, que implica apenas o fazer e não o ser. Quando De Leon apregoa que é possível um absorver comportamental – e assim um treino para a vivência social – está apontando para o fato de ser possível aprender a partir da convivência entre os pares e com a equipe terapêutica.

Os obreiros ajudam muito por meio de gestos simples, que são significativos para os residentes. Gestos de consideração, valorização, apreciação⁴⁶.

Freire aponta para a materialidade do espaço como uma força indiscutível de pedagogicidade. A regulamentação da infraestrutura da CT, como

⁴³ FREIRE, 1996, p. 39.

⁴⁴ FREIRE, 1996, p. 39-40. Freire ilustra com o exemplo de um tabagista: “Seria porém exagero idealista, afirmar que a assunção, por exemplo, de que fumar ameaça minha vida, já significa deixar de fumar. Mas deixar de fumar passa, em algum sentido, pela assunção do risco que corro ao fumar. Por outro lado, a assunção se vai fazendo cada vez mais assunção na medida em que ela engendra novas opções, por isso mesmo em que ela provoca ruptura, decisão e novos compromissos. Quando assumo o mal ou os males que o cigarro me pode causar, movo-me no sentido de evitar os males. Decido, rompo, opto. Mas, é na prática de não fumar que a assunção do risco que corro por fumar se concretiza materialmente”, p. 40.

⁴⁵ FREIRE, 1996, p. 42.

⁴⁶ Isso confere com o que Freire chama de gestos simples do professor para com o aluno. FREIRE, 1996, p. 44.

ambiente adequado para a vivência (e autorizada pelo poder público local)⁴⁷, deve contribuir para a formação do residente. Deve ser um ambiente agradável de estar. Um ambiente belo, que aponta para a beleza da vida⁴⁸. Freire diria: “para a boniteza da vida”.

3.2 A não transferência de conhecimento

“Saber ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a própria produção ou a sua construção”⁴⁹. Essa afirmativa é uma insistência de Freire. Anexo a essa afirmativa, aponta para o problema das contradições, quando o educador é regido por ideologias preconceituosas. Nesse sentido, pensar certo é saber que ensinar não é transferir conhecimento, é uma postura exigente, difícil, porque exige vigilância constante a ser exercida pelo próprio educador sobre si mesmo⁵⁰. É muito comum rotular DSPAs. Eles trazem rótulos da sociedade de origem. Esses rótulos demonstram preconceitos. Também é possível que obreiros façam, conscientes ou não, transferências de experiência negativa com residentes anteriores para residentes do momento. Para que isso não ocorra, é preciso essa vigilância constante do obreiro para consigo mesmo. É preciso ver cada qual como um indivíduo.

Freire alerta que o ser humano é capaz de grandes ações, mas também de baixaza e indignidade, isso pode também incluir o educador⁵¹. A diferença entre as grandes ações e a baixaza está na tensão entre o bem e o mal. Para existir é preciso optar, decidir... “Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida”⁵².

Isso gera esperança. Esperança que pressupõe a consciência do inacabamento humano. “A esperança é uma espécie de ímpeto natural possível e

⁴⁷ Por isso resoluções que regulamentam a qualidade de atendimento – a exemplo da RDC 29/2011 da ANVISA – são necessárias.

⁴⁸ CURY, Augusto Jorge. **Superando o Cárcere da Emoção**. São Paulo: Academia de Inteligência, 2000, p. 54

⁴⁹ FREIRE, 1996, p. 47. (grifo do autor).

⁵⁰ FREIRE, 1996, p. 48-49.

⁵¹ FREIRE, 1996, p. 51-52.

⁵² FREIRE, 1996, p. 52.

necessário, a desesperança é o aborto deste ímpeto”⁵³:

Eu não sou primeiro um ser da desesperança a ser convertido ou não pela esperança. Eu sou, pelo contrário, um ser *da esperança* que, por ‘n’ razões, se tornou desesperançado. Daí que uma das nossas brigas como seres humanos deva ser dada no sentido de diminuir as razões objetivas para a desesperança que nos imobiliza⁵⁴.

Essa imobilização provocada pela desesperança é que fragiliza o DSPA e aos seus familiares. Só haverá reação pró-ativa para o tratamento quando houver sinais da possibilidade de mudança, sinais de esperança.

Esperança é uma exigência ontológica⁵⁵. Ou,

Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter no *sonho* também um motor da história. Não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança⁵⁶.

Assim, “O sonho se faz uma necessidade, uma precisão”⁵⁷. Freire fala de esperança e de sonho na perspectiva da transformação social⁵⁸. Talvez a ausência do “sonhar” tenha levado o DSPA ao uso, daí para o abuso e finalmente para a dependência de substâncias psicoativas. É certo que, sem sonho/esperança, não haverá dias melhores, não haverá recuperação⁵⁹.

⁵³ FREIRE, 1996, p. 72.

⁵⁴ FREIRE, 1996, p. 73. (grifo do autor).

⁵⁵ FREIRE, 1996, p. 58.

⁵⁶ FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 91. (grifo do autor).

⁵⁷ FREIRE, 1992, p. 100.

⁵⁸ Streck aponta para o fato de que esperança não é apenas integrada nos escritos pedagógicos de Freire. É parte do seu ser no mundo e alimenta a sua busca e as suas lutas. Aponta também para a origem teológica deste tema. STRECK, Danilo R. Esperança. In: STRECK, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Revista e ampliada. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, p. 162.

⁵⁹ Esperança é uma palavra preciosa no âmbito do tratamento. Tanto que a instituição pesquisada por Krüger tem em seu nome esta palavra “Centro de Recuperação Nova Esperança – CERENE”. Site: www.cerene.org.br. Na página inicial do site está o lema da instituição: SI 68.6, que aponta não apenas para a esperança individual, mas também para a esperança familiar.

Para ser pró-ativo é preciso de autonomia. É possível temer que a assunção de alguém possa significar exclusão alheia. No entanto, “A assunção de nós mesmos não significa a exclusão dos outros. É a ‘outredade’ do ‘não eu’, ou do *tu*, que me faz assumir a radicalidade de meu *eu*”⁶⁰. Essa afirmativa, no contexto da temática da autonomia, gera o que Machado chama de um paradoxo: autonomia/dependência⁶¹.

Nesse sentido, estar no mundo significa estar com o mundo e com os outros⁶². É uma relação de interdependência.

Daí a necessidade do respeito à autonomia do ser educando. “O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros”⁶³ e esse saber “[...] exige de mim uma prática em tudo coerente com este saber”⁶⁴. Sendo esse o critério para a “[...] avaliação do meu próprio fazer com os educandos”⁶⁵.

A relação educador-educando, que na CT corresponde à relação obreiro-residente, deve ser permeada com a prática coerente, na qual se fazem necessárias as qualidades ou virtudes (respeito à autonomia, à dignidade e a identidade do residente). Elas são construídas no esforço feito para diminuir a distância entre o que é dito e o que é feito. “Este esforço, o de diminuir a distância entre o discurso e a prática, é já uma dessas virtudes indispensáveis – a da coerência”⁶⁶. Freire é taxativo quando alerta:

Como, na verdade, posso eu continuar falando no respeito à dignidade do educando se o ironizo, se o discrimino, se o inibo com a minha arrogância. Como posso continuar falando em meu respeito ao educando se o testemunho que a ele dou é o da irresponsabilidade, o de quem não cumpre o seu dever, o de quem não se prepara ou se organiza para a sua prática,[...] ⁶⁷.

⁶⁰ FREIRE, 1996, p. 41. (grifo do autor).

⁶¹ MACHADO, Rita de Cássia de Fraga. Autonomia. In: STRECK, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Revista e ampliada. Belo Horizonte: Autêntica, 2010, p. 53.

⁶² FREIRE, 1996, p. 57-58.

⁶³ FREIRE, 1996, p. 59.

⁶⁴ FREIRE, 1996, p. 61.

⁶⁵ FREIRE, 1996, p. 64.

⁶⁶ FREIRE, 1996, p. 65.

⁶⁷ FREIRE, 1996, p. 65.

Isso se resume no comprometimento, que leva a uma aproximação maior entre o que é dito e o que é feito pelo professor, entre o parecer e o ser⁶⁸.

Para que isso ocorra é preciso o bom-senso. Ao falar de bom-senso, Freire questiona a confusão que se faz entre autoridade e autoritarismo. Há uma tensão entre autoridade e liberdade. Essa tensão se resolve pelo bom-senso que, se bem exercido, trará autoridade. O bom-senso ensina que se deve respeito à autonomia, à dignidade e à identidade do educando e, na prática, procurar a coerência com esse saber⁶⁹. Visto que há uma hierarquia na condução de uma CT (assim como na condução de uma sociedade), é preciso evitar o autoritarismo. O critério do bom-senso e do respeito ao potencial decisório do residente é o que trará a autoridade necessária para a equipe de obreiros. Assim, a equipe não será respeitada por força dos cargos que cada um ocupa, e sim pela coerência, que se reflete no bom-senso.

Freire traz, com maestria, a relação entre liberdade e autoridade. Por um lado, insiste na necessidade de se superar a tradição autoritária, porém, percebe o perigo de se cair no comportamento licencioso. A liberdade bem exercida leva à responsabilidade pelas decisões tomadas. Assim, por exemplo, os pais são assessores dos filhos no processo do aprendizado de decidir. A decisão é o ato fundante da autonomia: “Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões [...]”⁷⁰.

Caso o bom-senso não seja suficiente para orientar e fundar as táticas de luta, ele será importante para a tomada de decisões, na qual não pode faltar a ética. “O meu bom senso não me diz o que é, mas deixa claro que há algo que precisa ser sabido”⁷¹.

3.3 Ser “profissional” na promoção da autonomia

A autonomia aponta para um processo de amadurecimento, por isso, a pedagogia da autonomia tem “[...] de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em *experiências respeitadas* da

⁶⁸ FREIRE, 1996, p. 96.

⁶⁹ FREIRE, 1996, p. 61-62.

⁷⁰ FREIRE, 1996, p. 107.

⁷¹ FREIRE, 1996, p. p. 63.

liberdade”.⁷² “O essencial nas relações entre o educador e educando, entre autoridade e liberdades,[...] *é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia*”⁷³.

A consciência de que “Sou gente. Sei que ignoro e sei que sei. Por isso, tanto posso saber o que ainda não sei como posso saber melhor o que já sei”⁷⁴ é fundamental para a construção da autonomia.

Para que isso ocorra, é preciso a escuta, porque “[...] ensinar não é transferir a inteligência do objeto ao educando mas instigá-lo no sentido de que, como sujeito cognoscente, se torne capaz de entender e comunicar o entendido”⁷⁵. A comunicação começa no ato de escutar. Escutar as dúvidas, os receios. Ao escutar se aprende a falar com o outro.

Freire define o escutar para além da possibilidade auditiva: “[...] significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro”⁷⁶. A escuta não causa a autoanulação de quem ouve, mas o prepara para argumentar⁷⁷.

Só consegue escutar quem se sabe igual e não superior ao diferente⁷⁸.

Só assim é possível a formação integral do ser humano:

A desconsideração total pela *formação* integral do ser humano e a sua redução a puro *treino* fortalecem a maneira autoritária de falar de cima para baixo.[...] a que falta, por isso mesmo, a intenção de sua democratização no *falar com*⁷⁹.

A escuta é central na terapia pontual, no consultório. É também na convivência diária. Não há diálogo sem o ato de escutar. Toda a atividade exercida na CT – da terapia à manutenção da infraestrutura – põe o profissional em contato com o residente. Esse contato gera diálogo. Diálogo que poderá ser formador. Assim, todo diálogo que parte da escuta se tornará um diálogo terapêutico. Por

⁷² FREIRE, 1996, p. 107 (grifo do autor).

⁷³ FREIRE, 1996, p. 94 (grifo do autor).

⁷⁴ FREIRE, 1996, p. 94.

⁷⁵ FREIRE, 1996, p. 119.

⁷⁶ FREIRE, 1996, p. 119.

⁷⁷ FREIRE, 1996, p. 119-120.

⁷⁸ FREIRE, 1996, p. 121.

⁷⁹ FREIRE, 1996, p. 115-116 (grifo do autor).

isso, todo obreiro – independentemente da função que exerce – poderá ter uma influência terapêutica na vida de um residente. Isso significa que a distinção entre “equipe terapêutica” e “equipe de manutenção” é antipedagógica, antiterapêutica. Lá onde há diálogo que parte da escuta, haverá terapia. Para que isso ocorra é preciso confiança relacional. Essa só haverá lá onde há coerência entre o que é dito e o que é praticado. Ou seja, ética vivenciada.

Essa ética será visível na convivência. Só haverá o conviver saudável lá onde houver afetividade: “Na verdade, preciso descartar como falsa a separação radical entre *seriedade docente e afetividade*”⁸⁰.

Há instituições que se chamam de Comunidades Terapêuticas – porém, adotam um sistema “militar” de agir com os chamados “internos”. Quando essa situação de severidade, frieza e distância “acinzentada”, entre obreiros e residentes, é cultivada como paradigma de ação, é preciso repensar, porque a afetividade não leva a uma severidade que prejudique o relacionamento e nem a uma permissividade que prejudique o tratamento do residente.

Freire fala em dimensão terapêutica da docência. O docente não é terapeuta, porém, não pode passar longe do sofrimento do estudante. A CT tem a missão de ser terapêutica. Comunidade é formada por todos os que vivem nela: os residentes que buscam vencer a dependência de uma química, e outros reveses da vida, e os obreiros que assumem a responsabilidade de criar o ambiente terapêutico. Alguns dos obreiros são terapeutas formados (teologia, psicologia, medicina, serviço social). Outros estão em funções não menores (manutenção, alimentação, serviço). No entanto, todos devem ter essa “dimensão terapêutica” da qual Freire fala. Isso porque “*Lido com gente e não com coisas*”⁸¹. Essa frase, se tomada como lema de um obreiro, com certeza, fará toda a diferença.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O princípio da internalização do tratamento, apregoado por De Leon, é ratificado por Freire. Não pela mesma terminologia, e sim, pelo princípio pedagógico da autonomia. Pode-se dizer que a pedagogia da autonomia é o caminho para a internalização do tratamento.

⁸⁰ FREIRE, 1996, p. 141 (grifo do autor).

⁸¹ FREIRE, 1996, p. 144 (grifo do autor).

O residente que não se tornar autônomo – responsável pelo seu tratamento – poderá até aprender ações pragmáticas/comportamentais que manterão uma abstinência temporária, porém perigosa, porque nas constantes recaídas, cria-se desesperança pessoal e familiar.

O modelo psicossocial da CT é ser Comunidade. A ênfase no “psico” se dá na perspectiva da responsabilidade de cada residente pela sua recuperação: “autoajuda” só ocorre mediante a “autonomia”. Contudo, não é uma autonomia independente. Ocorre no “social”: “mútua-ajuda” que implica outredade. Todas as atividades nesta “microsociedade” ensinarão a viver na “macrossociedade”, de forma a assumir seu papel histórico com compromisso de cuidado pessoal e comunitário.

Esse aprendizado ocorrerá quando os que trabalham na CT forem exemplos desse estilo de vida, que se sabe responsável pela sua história pessoal e, por isso, vê-se como ajudador do sofrimento alheio.

A motivação é a chave da recuperação. As fases pré-tratamento, descritas por De Leon, podem ser resumidas na averiguação do momento motivacional em que se encontra o residente. E é nessa questão que a autonomia freiriana é significativa: ela ajudará no processo motivacional. Para isso, é importante que se tenha consciência de que o “programa-terapêutico” é, por excelência, um “programa-educativo”, que respeita a autonomia do residente, levando-o ao compromisso com o outro.

A pedagogia da autonomia é assim um “substrato essencial tanto da proposta educacional de Paulo Freire quanto da abordagem das Comunidades”. O ser humano inconcluso e que se sabe assim é um ser humano condicionado, porém não determinado, o que vai levá-lo a ser presente (e assim agente) de sua recuperação. Essa presença é um princípio para a ética pessoal e comunitária, visto ela evocar a responsabilidade para consigo e para com o outro.

Espera-se que esse princípio seja ensinado e vivido pela equipe de obreiros de uma Comunidade Terapêutica. Caso contrário, esta perderá sua dimensão “terápica”. O conhecimento não será transferido e sim construído entre os obreiros e os residentes. Vencendo preconceitos, vendo cada qual como indivíduo, livrando-se de rótulos que encaixotam o outro, permitirá que o terápico ocorra. Assim, será terápico para o residente e, como efeito bumerangue, para os obreiros.

A escuta, o diálogo e o bom-senso são o caminho para lidar com o

outro, que é gente. Gente que convive e, nesse convívio, vai se formando para um amanhã melhor. Essa Comunidade, em que ocorre o encontro dos saberes é, em sua essência, uma comunidade também pedagógica.

Uma Comunidade com esse perfil promoverá a esperança, que é o impulso para a mudança da estrutura pessoal e familiar.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 101**, de 30 de maio de 2001. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/resolucoes.htm>>. Acesso 02. dez. 2012;
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC nº 29**, 30 de junho de 2011. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/resolu%C3%A7%C3%A3o%20rdc%2029.html>>. Acesso 02 dez. 2012;
- AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995;
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002;
- CURY, Augusto Jorge. **Superando o Cárcere da Emoção**. São Paulo: Academia de Inteligência, 2000.
- De LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Loyola, 2003;
- FISCHER, Alexander Fischer. **Dependência em Substâncias Psicoativas: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação**. Florianópolis: UFSC, 2004. Dissertação (Mestrado em Sociologia).
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987;
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996;
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 10. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992;
- HIRCHZON, Cecília Montag; COPIT, Melany. “Psicanálise e Paulo Freire”. In: GADOTTI, Moacir (Org.). **Paulo Freire: Uma biografia**. São Paulo: Cortez : Instituto Paulo Freire; Brasília: UNESCO, 1996. p. 629 – 631;
- HOCH, Lothar Carlos; NOÉ, Sidnei Vilmar (Orgs). **Comunidade Terapêutica: Cuidando do ser através de relações de ajuda**. São Leopoldo: Sinodal, 2003;
- KRÜGER, Rolf Roberto. **Comunidade Terapêutica: Como Acolher Egressos de Instituições de Recuperação de Dependentes Químicos? Um Exemplo da IECLB em Florianópolis**. 162 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) – Instituto Ecumênico de Pós-Graduação em Teologia, São Leopoldo, 2005;
- MACHADO, Rita de Cássia de Fraga. “Autonomia”, in: STRECK, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Revista e ampliada. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 53-54;
- MARLATT, Allan G. GORDON, Judith R. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artmed,

2003. 524p.

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

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

- STRECK, Danilo R. “Esperança”. In: STRECK, Danilo; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. 2. ed. Revista e ampliada. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 161-162;

- STRECK, Danilo R. **Correntes Pedagógicas: Uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes; Rio Grande do Sul: Celadesc, 2005;

- INTRODUÇÃO AOS GRUPOS DE APOIO. Disponível em: <http://www.cruzazul.org.br/grupos/manual/manual_conceito.htm>. Acesso 02 dez. 2012.