

Vivências do processo de reabilitação em uma comunidade terapêutica no interior do Espírito Santo

Daniely de Oliveira Lorenzon¹, Elisângela Aparecida Soares¹, Emílio Morgan Uliana², Jaqueline Pandolfi Menenguci², Marilene Pettene²

Submissão: 25/11/2020

Aprovação: 20/03/2021

Resumo - O trabalho objetivou-se explicar as principais vivências compartilhadas entre os internos de uma Comunidade Terapêutica (CT), localizada no interior do Espírito Santo, que estão em processo de reabilitação (PR) pelo uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA). A pesquisa consiste em uma pesquisa exploratória, mediante a aplicação de entrevistas com roteiro semiestruturado. O trabalho revelou que as vivências compartilhadas dentro da CT têm relevante impacto no PR. As atividades de lazer, trabalhos em grupo, o apoio entre os internos e familiares contribuem para que esse processo seja atingido com êxito. A falta de profissionais qualificados prejudica o funcionamento da CT, gerando implicações no planejamento das suas atividades, além de constatar que a mesma devesse levar em consideração a opinião dos internos, com o objetivo de edificar mutuamente os interesses dos usuários e da instituição.

Palavras-chave: Comunidade terapêutica. Reabilitação. Substâncias psicoativas.

Experiences of the rehabilitation process in a therapeutic community in the interior of Espírito Santo

Abstract - The objective of this study was to explain the main shared experiences among inmates of a Therapeutic Community (CT), located in the interior of Espírito Santo, who are in the process of rehabilitation (PR) for abusive use of psychoactive substances (SPA). It consists of an exploratory research, through interviews with semi-structured script. The research revealed that the experiences shared within the TC have a significant impact on PR, leisure activities, group work, support between the inmates and family members, contribute to this process being successfully achieved. He verified that the lack of qualified professionals impairs the functioning of the TC, generating implications in the planning of its activities, he found that it should take into account the opinion of the inmates, in order to mutually construct the interests of the users and the institution.

Keywords: Therapeutic community. Rehabilitation. Psychoactive substances.

INTRODUÇÃO

O número de usuários de drogas vem aumentando a cada ano, segundo o Relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC (2016). Estima-se que em nível mundial, cerca de 250 mi-

lhões de indivíduos - 5% da população entre 15 e 64 anos - fizeram uso de pelo menos uma droga. Além disso, em torno de 29 milhões de usuários de drogas possuem algum transtorno relacionado a esse uso (UNODC, 2016). Os índices de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) em usuários de drogas

1 Professora Orientadora da Faculdade Capixaba de Nova Venécia, Multivix, Nova Venécia, ES

2 Graduando (as) em Psicologia da Faculdade Capixaba de Nova Venécia, Multivix, Nova Venécia, ES.

injetáveis e mortes por overdoses vem aumentando (BOKANY, 2015).

O Relatório Brasileiro sobre drogas elaborado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 2009) mostra que 135.585 internações foram associadas a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas em todo o Brasil. Desse total, 69% foi devido ao uso de álcool, 23% devido ao uso de múltiplas drogas, e 5% devido ao uso de cocaína. As regiões que apresentaram o maior número de óbitos diretamente associados ao uso de drogas foram: 44,3% no Sudeste, 27,8% no Nordeste, e 16,3% no Sul (SENAD, 2009). É importante destacar a necessidade de mais estudos e pesquisas sobre essa temática, ampliar o tratamento e implementar cada vez mais os processos de reabilitação dessas pessoas.

A questão central deste trabalho é compreender a importância e a influência das principais vivências compartilhadas no processo de reabilitação entre os internos de uma Comunidade Terapêutica. É importante analisar se as vivências compartilhadas entre os dependentes de Substância Psicoativa (SPA) em processo de reabilitação, a instituição e os profissionais envolvidos asseguraram a ação conjunta em busca de melhores resultados. Tal estudo permite fortalecer o processo de reabilitação em todas as suas etapas, a obtenção de uma visão mais clara e objetiva nos pontos a serem trabalhados nesse processo e a melhor forma de realizar intervenções psicoterapêuticas em grupos com esse problema.

Neste trabalho, procura-se avaliar se o processo de reabilitação dos dependentes de SPA garante plena integração dos envolvidos, sem impor das partes a omissão dos seus valores, contribuindo na redução dos estigmas que entrelaçam esse tema. Por intermédio de estudos de textos e artigos científicos, buscar-se-á maior esclarecimento sobre o assunto em questão, a repercussão e os reflexos do uso abusivo de SPA. Ressalta-se o aumento expressivo de pessoas que fazem uso de SPA no Brasil. Esse problema atualmente tem sido considerado como de saúde pública e tem preocupado a sociedade (PRATA; SANTOS, 2009). Dessa maneira, é importante analisar se ainda existe dificuldades no processo de reabilitação.

Espera-se que a pesquisa proporcione a produção de uma escuta sensível às necessidades e/ou dificuldades apresentadas pelos dependentes de SPA em reabilitação e bem como possibilite identificar fatores que potencializam esse processo.

O objetivo deste trabalho é analisar as vivências compartilhadas do processo de reabilitação de dependentes de substâncias psicoativas em uma Comunidade Terapêutica (CT), localizada no interior do Espírito Santo, e como essas vivências colaboram com o êxito desse processo.

REFERENCIAL TEÓRICO

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: BREVE HISTÓRICO

Segundo Damas (2013), as Comunidades Terapêuticas (CTs) surgiram em 1950 com objetivo de tratar das neuroses obtidas na guerra em soldados ingleses, levando em consideração as observações clínicas realizadas pelo psiquiatra do exército inglês Dr. Maxwell Jones. O suporte terapêutico era centrado em tratamentos educativos e encenações de dramas e discussões em ambiente organizado por regras de convivência em grupo. Entretanto, o modelo ampliou-se para outras doenças, especialmente dependentes de substâncias psicoativas, que teve como base de entendimento que essas pessoas haviam falhado em sua vida perante à sociedade. Nesse sentido, necessitavam compor outro modelo de relacionamento nunca alcançado no decorrer da vida, mas que por meio de um ambiente grupal e terapêutico conseguiria provocar tais mudanças. Nesse período,

[...] um grupo de pessoas que fazia parte dos Alcoólicos Anônimos decidiu morar junto a fim de manterem-se em abstinência. Eles fundaram a Comunidade Terapêutica Synanon, na Califórnia (EUA). A partir desta iniciativa, foram surgindo outras comunidades terapêuticas que seguiam o mesmo modo de funcionamento da precursora Synanon (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 99).

As CTs passaram a ter destaque a partir da década de 1950, como meio alternativo para o tratamento psiquiátrico manicomial. Portanto, o surgimento das CTs e a possibilidade de seguir tal modelo foram severamente criticados, sendo que algumas CTs se voltavam ao modelo institucional dos antigos hospitais. Entretanto, percebe-se que o tratamento das toxicomanias iniciou a partir de 1960, sendo possível distinguir a partir de dois modelos: o modelo de Minnesota e o modelo Synanon (DAMAS, 2013).

Damas (2013) mostra que modelo Minnesota compreende o tratamento na versão institucional dos Alcoólicos Anônimos (AA), baseado na espiritualidade, na

ajuda mútua e nos doze passos . Seguindo o tratamento fechado que poderia variar de 28 dias a vários meses, o objetivo era a instalação de esperança por meio da espiritualidade. Já no modelo Synanon, a proposta que prevalecia era analítica. Preconizava que o comportamento desviador dos dependentes químicos só seria capaz de ser corrigido por meio de novas formas de convívio e métodos terapêuticos. Baseava-se na autoconfiança do indivíduo, utilizava recursos como humilhação, atribuição de culpa, e a laborterapia , sendo um dos pilares utilizado nesse método.

Para Costa (2009), as CTs surgiram no Brasil por volta de quarenta anos atrás, em tempos que não existia nenhuma política pública de atenção à dependência química no país. Dessa maneira, cresceram, propagaram e foram conquistando espaço para atendimento aos dependentes de SPA, que desejavam submeter-se ao tratamento.

Segundo Damas (2013), as CTs no Brasil geralmente se localizam na zona rural, em sítios ou fazendas.

[...] à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens (DAMAS, 2013, p.53).

Para Fossi e Guareschi (2015), as CTs não eram consideradas serviços de saúde, dessa forma, não poderiam fazer parte da rede de atenção à saúde. Porém passou a ser regulamentada para atuação como instituição de tratamento de usuários de drogas por ações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Resolução - RDC nº 101 de 2001. “Entretanto, seu conveniamento com o Sistema Único de Saúde (SUS) como serviço de atenção da rede pública aconteceu a partir de 2011” (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 95).

Na RDC Anvisa nº 29, de 30 de junho de 2011, em seu art. 19 (incisos de I a VI), e art. 20 (incisos de I a V) dispõem que (ANVISA, 2011):

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato;

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável. Art. 20. Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir:

I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

II - a observância do direito à cidadania do residente;

III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais;

V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

Segundo Costa (2009), foi nomeado oficialmente como Comunidade Terapêutica (CT) a partir da Resolução 101 da Anvisa, de 30 de maio de 2001. Essa nomenclatura surge como título da Resolução, estabelecendo regras para clínicas e CTs. Em seu artigo 1º, apresenta o conceito de CT como sendo ambiente de serviços de atenção a pessoas com problemas relacionados ao uso ou abuso de SPA, de acordo com o modelo psicossocial, reconhecendo a existência e o trabalho desenvolvido nessas instituições, estabelecendo um modelo básico para o seu funcionamento psicossocial, no sentido de garantir caráter terapêutico a partir das suas práticas e ações.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E SEUS RECURSOS TERAPÊUTICOS

No geral, as CTs adotam boa padronização de serviços, bem como sua organização. Mas existem as que apresentam pontos negativos, usando métodos religiosos, excesso de trabalho se utilizando pela técnica de laborterapia e seus gestores acabam focando no lucro ou em pessoas com comprometimento intelectual (DAMAS, 2013).

Fossi e Guareschi (2015) mostram que as CTs, no

geral, possuem programa específico de reabilitação rígido, entre seis a 12 meses, podendo variar em cada instituição. As normas são rígidas e possuem atividades obrigatórias para todos os participantes. Nesse período, as visitas de familiares são limitadas e muito restritas; atividades laborais e os estudos de reabilitação ficam suspensos. Para Pacheco e Scisleski (2013, p. 167), “as comunidades terapêuticas propõem internação em tempo integral, por isso, além de apresentarem como locais de confinamento, também podem ser consideradas instituições totais”.

Práticas como cobrança de trabalho e vigilância constante, visando disciplina e obediência, são muito utilizadas na instituição, que possui administradores e coordenadores representando figuras de poder que desempenham as funções de orientar e disciplinar, mas ao mesmo tempo, também controlam e vigiam o comportamento dos sujeitos, [...]. Além disso, a vigilância é uma maneira de se observar a pessoa, se está realmente cumprindo com todos seus deveres; é um poder que atinge os corpos dos indivíduos, seus gestos, seus discursos, suas atividades e sua subjetividade (PACHECO; SCISLESKI, 2013, p. 167 -168).

Sabino e Cazenave (2005) mencionam em seus estudos que a CT é uma modalidade de tratamento que é utilizada entre os membros, norteado em metodologia de intervenção, no qual o paciente é o maior responsável por sua reabilitação, sendo que ele é auxiliado por outros membros do grupo e os profissionais da saúde. O processo terapêutico utilizado nas CTs está focado em intervenções, oferecendo funções de responsabilidades aos dependentes de SPA em reabilitação.

Para Pacheco e Scisleski (2013, p. 169), as CTs geralmente têm dificuldades em trabalhar com questões relacionadas aos sintomas da abstinência “[...], pois frequentemente não trabalham utilizando medicações [...]”. Segundo Fracasso (2011), as CTs não fazem exceção dos tipos de SPA usados pelos sujeitos, e inclina-se a não seguir um tratamento farmacológico para os sintomas da abstinência. Porém, quando necessário, encaminham os internos para serviços médicos. Para Damas (2013), no Brasil as CTs progressivamente foram estabelecendo métodos teóricos fundamentados nas ideias alternativas. Muitas delas incluíram profissionais como: médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros. Dessa maneira, foram inserindo nesse contexto outras técnicas como meios terapêuticos.

De acordo com Pereira (2012), a família entremeia

no processo de reabilitação dos internos nas CTs. A presença constante da família é relevante no apoio ao dependente de SPA para a etapa da reinserção social. Nesse sentido, a forma como o dependente de SPA é recebido na família e no contexto social é de grande importância para o restabelecimento das relações, promovendo autoconfiança social e emocional ao sujeito, viabilizando-o para conservar-se abstinente.

Pacheco e Scisleski (2013) mostram que uma questão muito importante que vem preocupando os envolvidos nesse processo é a estigmatização que sofre usuários de SPA, acarretando em um processo produzido socialmente, a começar por conotações mistificadoras e moralizantes, tendo como consequência a desvalorização do indivíduo. A sociedade ainda critica, rejeita e rotula os usuários de marginais e vadios de forma excessivamente preconceituosa.

A população deve conscientizar-se que o ex-dependente químico não pode ser excluído, discriminado do meio em que vive, pois é um indivíduo que necessita de ajuda e colaboração, não se podendo ignorar as causas e as consequências que o levam à exclusão social. Assim, a reintegração social é um processo gradativo, ou seja, planejado, elaborado e orientado por todos que fazem parte da sociedade (PEREIRA, 2012, p. 13).

Pereira (2012) evidencia que para socializar os indivíduos reabilitados é preciso associar a família, entidades, associações, fundações e grupos de apoio e de religiões, que auxiliam o indivíduo a abandonar o vício, reinseri-lo na sociedade com novas oportunidades profissionais e pessoais.

Para Beck Júnior e Schneider (2012), no que se refere ao processo de recuperação de um dependente de substâncias psicoativas, grande parte da responsabilidade é da sociedade. O Estado, por meio de órgãos responsáveis e específicos, relacionados aos programas de prevenção e tratamento de dependentes do uso abusivo de SPA, tem um relevante papel na recuperação desses indivíduos.

AS VIVÊNCIAS E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Para Fernández (2011), citado por Damas (2013, p. 57), “[...] as CT formam um grupo social, [...]. Os membros do grupo se reconhecem e se identificam [...], e compartilham uma história comum [...]”. Frei-

tas e Araújo Júnior (2014) expõem que as CTs foram idealizadas como ambientes focados na comunicação, onde o grupo residente seria direcionado para uma rotina produtiva, com divisões de tarefas entre os envolvidos, contribuindo para a saúde e inserção social.

O tratamento em CTs tem como base um modelo de relacionamentos interpessoais estruturado, num espaço com regras particulares, que validam o favorecimento em relações abertas e francas entre os residentes. O comportamento individual dentro da CT e o grau de integração social são supervisionados pelos profissionais envolvidos e pelos próprios internos, de forma que cada sujeito possa tornar-se responsável por seu tratamento, avaliando também a si mesmo (FRACASSO, 2011).

Para Tinoco (2006), as regras, além de necessárias para o funcionamento das CTs, tornam-se essenciais. Por meio da rotina se dá a consolidação de elementos de autoajuda. As tarefas específicas distribuídas dentre os subgrupos remetem os internos a se conscientizar e desenvolver valores que se aproximam da responsabilidade. A essa organização é percebida a relevância de criar momentos de feedback ao mesmo momento que institui uma hierarquia.

A equipe técnica deve incentivar a hierarquia e a observação das regras essenciais. Os técnicos, [...] não estão acima dos residentes e podem ser chamados às confrontações. Por outro lado, as hierarquias podem ser reformuladas, as lideranças substituídas ou pode existir um líder específico para cada tarefa (TINOCO, 2006, p. 29).

“Sendo assim, a rotina de horários, atividades, funções, reflexões, é fundamental [...]. Cabe, também, à própria equipe de referência, respeitá-la e fazê-la valer” (CONTE, 2002, p. 35). Nesse sentido, o autor ainda mostra que os internos tomam essa rotina como primordial, exigindo pontualidade nas atividades planejadas da equipe, que acarreta contraversão de demanda, levando a diminuição de atribuição dos envolvidos no processo.

Todavia Costa (2001, p. 231), em seus estudos, diz que “o sucesso ou não do tratamento dependerá, em grande parte, dos novos relacionamentos que irá estabelecer no processo que se inicia e a forma como será apoiado para enfrentar os desafios que se fazem presentes”. Para que o processo de reabilitação seja visto como positivo, configura-se direcioná-los a novas possibilidades, oportunizando novas vivências na sociedade e na família, restabelecendo a au-

toestima e a competência de investir em sua vida, sendo assim, o regaste da cidadania. “A adaptação, pretendida e induzida por esse sistema de tratamento, pode ser vista como um substituto à dependência da droga: o interno deixa a droga e terá em troca a satisfação do trabalho e do calor humano do grupo” (COTTA; FERRARI, 2015, p. 9).

De acordo com Landau e Saul (2002, p. 22), em um processo de reabilitação torna-se relevante “o fortalecimento do sistema de apoio social, construção de alianças, informação e o compartilhamento dos recursos”. Os autores ressaltam que as CTs devem desenvolver uma visão de perspectiva positiva para o futuro, sendo essa a mais importante etapa na reabilitação. Acrescentam, ainda, que quando a comunidade consegue identificar recursos existentes no indivíduo, na família e na comunidade, torna-se uma via relevante a trabalhar com os indivíduos em processo de reabilitação, criando a partir daí formas de reabilitação por meio da comunidade com relações comunitárias.

Tinoco (2006) relata em suas pesquisas que é preciso saber avaliar os trabalhos desenvolvidos no processo de reabilitação. “É fundamental que se utilize a inventividade e a criatividade, despojadas dos estereótipos [...]” (CONTE 2002, p. 41). Perrone (2014, p. 578) acredita que “as CT poderão sim fazer parte das estratégias de atenção integral aos dependentes [...], consolidando-se como um excelente instrumento nos casos em que alternativas se mostrem ineficazes”.

Para Hinshelwood (2003), o trabalho psicoterapêutico realizado com os indivíduos evidencia a perspectiva psicológica, característico a esse. Nesse mesmo propósito, o trabalho em grupo evidencia a psicologia de indivíduos e grupo, partindo, então, do individual se direcionando ao grupo. “A capacidade que cada comunidade terapêutica tem ou não de mobilizar e rentabilizar as potencialidades do meio onde se insere é, seguramente, um critério de qualidade do trabalho desenvolvido” (TINOCO, 2006, p. 29). Para Damas (2013), o processo terapêutico em CT é pautado no acatamento das normas internas rigorosamente estabelecidas nas relações interpessoais, sendo que o papel do paciente é mais ativo, enquanto seus terapeutas são interpretados por outros indivíduos internos, com conhecimento da patologia.

Para Tinoco (2006, p. 29), “a comunidade terapêutica não pode ser uma ilha isolada, mas a etapa de um processo”. O processo deve possibilitar a inclusão de

seus membros na sociedade por meio de métodos intermediários utilizados no decorrer da reabilitação. Para tanto, o modelo institucional das comunidades terapêuticas se baseia numa terapêutica estabelecida nas relações afetivas, que oferece a chance de ressignificar posturas de relacionamentos e propósitos de vida por meio da intervenção do grupo, oportunizando modificar particularidades de caráter da personalidade do indivíduo (TINOCO, 2006, p. 29).

Conte (2002) mostra que o trabalho de intervenção é realizado no intuito de resgatar os significantes depositados na dependência, retornando-os como sujeito de sua própria subjetividade. A estrutura subjetiva é reposicionada no âmbito do próprio sujeito pelo fato de ir tomando consciência por meio de sua palavra, pelo retorno das palavras a quem verbalizou, visualizando sua autoria. Para Sabino e Cazenave (2005), a CT fracassará em seus propósitos se o residente não for reconhecido em sua singularidade, não apenas por meio de um ato terapêutico individual, mas fundamentalmente por meio de uma escuta institucional de sua história de vida.

MATERIAIS E MÉTODO

Para a realização do trabalho foram utilizadas as técnicas de pesquisa bibliográfica e de campo, com a aplicação de uma entrevista, seguindo Ferrão, R e Ferrão, L (2012). Participaram da pesquisa um grupo de pessoas do sexo masculino, com idade entre 21 e 60 anos, dependentes de SPA em processo de reabilitação de uma CT localizada em um município do interior do estado do Espírito Santo.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário com perguntas abertas e fechada, no formato de entrevista semiestruturado previamente determinado, em que oportunizou o entrevistado a opinar sobre tema em questão, possibilitando, assim, a construção da investigação referente à subjetividade dos dependentes de SPA em processo de reabilitação. Foram investigados aspectos relevantes sobre o processo de reabilitação, dando foco à convivência entre internos e profissionais da instituição, atividades desenvolvidas na CT, bem como sua rotina e regras estabelecidas e o papel da família nesse período. As informações coletadas possibilitaram maior compreensão das vivências compartilhadas durante esse processo. O uso do roteiro de entrevista semiestruturado, “[...] oferece as perspectivas possíveis para

que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Para a realização da coleta, foi agendada as entrevistas com os integrantes do grupo no processo de reabilitação a partir da autorização do presidente da CT, considerando que o local utilizado para as entrevistas fosse respeitado a privacidade dos participantes. Para perguntas abertas, as entrevistas foram gravadas. Os participantes foram informados dos objetivos, do caráter voluntário e confidencial da pesquisa, e requeridos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi de característica exploratória e qualitativa. A pesquisa exploratória, de acordo com Gil (2002), tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema para então torná-lo mais claro, oferecendo uma visão geral a respeito de certo fato, permitindo maior flexibilidade em seu planejamento. Já a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. [...] é entendido como parte da realidade social [...] vivida e compartilhada com seus semelhantes” (MINAYO, 2009, p.21). Ainda, para coleta dos dados foi considerada a subjetividade, complexidades culturais e sociais, às quais os internos em reabilitação estavam submetidos.

Para a análise dos dados a partir da compreensão qualitativa, foram englobadas a categorização, inferência, descrição e interpretação. Portanto, “[...] para a categorização (ou classificação), foi importante garantir que as categorias (ou classes) fossem homogêneas. [...] A inferência é uma fase intermediária entre a descrição e a interpretação [...]” (GOMES, 2009, p. 88-90). Nesse sentido, realizou-se um processo de categorização, por intermédio da análise do conteúdo de comunicação obtido pelas entrevistas, tendo, por fim, a codificação do material, suas categorizações e condensação, a representação simplificada e ordenada dos dados brutos e a obtenção de informações relevantes da realidade vivenciada entre os dependentes de SPA em processo de reabilitação (MINAYO, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para compreensão das vivências do processo de reabilitação em uma CT em relação aos usuários do estudo de uma amostra composta de adultos do

sexo masculino, naturais do interior do estado do Espírito Santo, verificou-se a média de idade de 36 anos, com tempo médio de cinco meses no local de recuperação. Desses, 50% são solteiros, 33% divorciados, 17% são casados, e 67% tinham filhos.

A pesquisa revelou que 33% dos participantes fizeram uso de substâncias lícitas, especialmente o álcool, que era consumido diariamente, e 67% fizeram uso de substâncias lícitas e ilícitas, sendo que as ilícitas de maior consumo foram a maconha e o crack, que eram consumidas numa média de duas vezes por semana. Ainda, 83% dos participantes faziam uso das SPA até o dia em que ingressaram na instituição. Dessa maneira, com base na Senad (2012), as substâncias psicoativas consumidas pelos participantes podem ser classificadas em três grupos: estimulantes, depressoras e perturbadoras. É relevante mencionar que a média de idade para o início do uso de SPA foi de 15,6 anos. Os dados corroboram com os estudos de Sabino e Cazenave (2005), realizado em uma CT do estado de São Paulo:

[...] encontramos que o gênero dominante na pesquisa foi o masculino: 92,3% dos questionários. A idade média foi de 36,7 anos. A maioria dos participantes é formada por solteiros e a minoria divide-se equitativamente entre os participantes separados e os que moram junto com o(a) companheiro(a). O primeiro uso de drogas [...] ocorreu em média por volta dos 15,5 anos, [...] indicando nesta amostra que é na fase da adolescência que geralmente ocorreu o primeiro contato com as drogas (SABINO; CAZENAVE, 2005, p.169).

Quanto à educação formal, 55% cursaram o ensino fundamental incompleto, 33% o ensino médio completo, e 17% cursaram o ensino superior incompleto. Esses resultados confirmaram aqueles encontrados no estudo de Freitas e Araújo Júnior (2014, p. 17), realizado nas CTs do município de Aracati, no Ceará, que diz: “[...] 52,2% alcançaram o ensino fundamental incompleto. [...] para o ensino médio completo com 14,5% [...] e 1,8% ensino superior incompleto”. Sobre a situação de emprego, 17% relataram possuir emprego formal conforme sua formação escolar, e 83% trabalham informalmente. Além disso, evidenciaram que o motivo principal para se tornarem dependentes das SPA foi a influência de amigos, no sentido de “fazer parte do grupo”, como apontou um dos participantes:

Comecei com 14 anos, [...] nós estávamos numa festa, aí naquela festividade ali, um colega, um amigo perguntou: rapaz, você não bebe nada não? E eu ali naquele vai e vem, disse: rapaz,

eu nunca bebi isso não, mas vou experimentar! [...] aí a partir daí sim, aí veio o primeiro gole, o segundo, tontiei [...] mas aí foi subindo gradativamente [...].

Verificou-se que 50% dos participantes fazem uso de medicamentos para tratamento de Transtornos Psicológicos. Segundo estudos de Hess, Almeida e Moraes (2012), realizados em CTs da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, revelam que é comum encontrar comorbidades psiquiátricas entre os usuários de SPA devido às lesões cerebrais causadas pelas substâncias, geralmente relacionadas com o tempo de uso, podendo apresentar prejuízos cognitivos.

Na visão de Costa (2001), o processo de reabilitação no CT se caracteriza pelas possibilidades de experiências positivas, trazendo-lhes novas possibilidades e oportunidades de reinserção social e familiar, podendo provocar nos envolvidos o despertar da autoestima e capacidade de realizar seus investimentos na vida, na esperança e nos sonhos de resgatar a cidadania. Nesse sentido, os membros da comunidade terapêutica fazem relatos conforme a seguir:

[...] hoje, inclusive estamos fazendo um projeto, com a equipe de psicólogos, que nos dá apoio. Esse projeto é como se fosse um suporte para quando a gente sair daqui, para a gente não sair daqui vagando, a gente tem uma perspectiva [...].

Baseado nas análises, verificamos que na CT prevalece uma rotina fixa e rígida, estabelecida por um cronograma elaborado pela coordenadora da instituição, que estão dispostas as atividades a serem seguidas/realizadas e cumpridas com rodízio dos internos. No entanto, percebeu-se flexibilidade em algumas dessas regras, além de receberem atendimentos de profissionais especializados, conforme expostos a seguir:

Depois do terceiro mês aí eles vão liberando mais; aí hoje a gente tem acesso, não só ao Jornal Nacional, mas outros, jogo, por exemplo, e Domingo do Faustão, as músicas nas rádios normal, porque antes era só música religiosa.

Minha rotina é boa, de segunda a sexta feira: 6:00h arrumar o quarto, 06:40 tomar café, 7:00h palavras de vida, 07:30 limpeza da casa, 08:30 laborterapia, 11:00h estudar a bíblia, 12h almoço, depois descanso, 14:00h realizar oficinas, 17:00h banho e depois jantar. Nas sextas- feira temos psicólogos as 17h.

Constatou-se que a maioria dos participantes per-

cebe as regras como necessárias para a boa convivência, como forma de igualdade entre os internos. Ainda, são conscientes que elas contribuem para manter a ordem e os afazeres dentro da CT. Observou-se que as regras impactam de forma positiva no processo de reabilitação dos participantes, conforme depoimentos abaixo:

A vida com regras está sendo melhor. Antes eu não conseguia seguir nenhuma regra. As regras são boas, assim todos ajudam nas tarefas.

As regras ajudam a manter o ambiente organizado e a ter um bom relacionamento com todos.

Os resultados da pesquisa mostraram a convivência harmoniosa entre os internos.

Maravilhosa, parecia que a gente já se conhecia há muitos anos, nesse curto período de cinco meses. Mas assim, a gente é uma família, nos comportamos como uma família [...]. Ninguém te maltrata, [...] é claro que tem hora que tem [...] umas brincadeiras assim, que eu costumo dizer assim: Brincadeiras sadias! [...].

No entanto, foi constatado que existem alguns momentos de conflitos.

De um modo geral tenho uma boa relação com os outros, mas tem dois "aqui" que já tivemos alguns desentendimentos [...].

A convivência é boa, apesar de algumas intrigas.

Quanto à melhoria do relacionamento com os demais colegas, foi sugerida a execução de mais atividades em grupo, trabalhos que estimulem a autoestima e a empatia de todos os envolvidos, além de desejarem um número maior de visitas.

Acho que mais dinâmica, mas aí sim, teria que envolver mais a equipe, porque fica muito restrito. Tem hora que dá sábado e domingo, aí dá uma solidão na gente, [...] mas poxa porque não vem alguém visitar. Visita é uma burocracia.

O respeito que temos um pelo outro, realizando os trabalhos juntos. Temos que superar as diferenças, não tem discussões entre nós. Precisa ter alguém para levantar a autoestima [...].

Torna-se relevante citar que as atividades desenvolvidas em grupo contribuem de forma positiva no processo de reabilitação, assim como o apoio entre os internos.

[...] é uma troca de conhecimento. A gente ali, rende mais, fica mais harmoniosa, eu fazer sozinho fica chato, todo muito tem que chegar e fazer,

então é bacana [...]. Ajuda sim no meu processo de reabilitação [...] estou resgatando tudo aquilo que eu tinha e isso é gratificante.

[...] o trabalho em grupo trabalha a mente. Sinto-me mais tranquilo através da comunicação com meus colegas. Me ajuda a ser menos ignorante, aprendi a ouvir as outras pessoas, principalmente a comunicação.

Além da grande importância do apoio entre os internos, foi exposto a relevância da presença da família para a adesão ao tratamento, assim como para o processo de reabilitação.

A minha família é muito importante neste processo em que eu estou aqui em reabilitação.

Para que eu me reabilite preciso de um suporte maior da minha família, principalmente da minha esposa [...] para que eu possa me recuperar melhor.

Segundo Costa (2001), o papel da família é de extrema importância em todo processo de reabilitação. Dessa forma, o interno mantém o vínculo com aqueles de referência afetiva. Por mais frágil que esteja, é de essencial importância para provocar o sentimento de segurança e alimentar a certeza de que tem lugar no retorno ao convívio, proporcionando condições propícias para manter-se abster-se. Foi possível observar que as relações sócio-familiares dos participantes, anterior ao ingresso na CT, estavam fragilizadas, como explícito nos relatos:

[...] com o alto consumo eu fui me afastando [...] separei. Na verdade foi a mulher que separou. Então perdi a família, perdi tudo [...].

Antes de entrar na instituição a relação familiar era ruim [...] comecei a beber demais a ponto de ir trabalhar bêbado. Não conseguia conversar com meus filhos e esposa, me irritava facilmente com eles, me divorciei, perdi o emprego [...].

Verificou-se, também, no estudo que a CT instituição possui um quadro de funcionários insuficientes - sendo a maioria voluntários não efetivos - para atender os internos de forma específica e especializada. A falta de profissionais no corpo efetivo interfere de forma significativa no atendimento do grupo, conforme relato a seguir:

[...] a sala está aí de computadores com 15 ou 25 computadores. A sala tá prontinha, só tá faltando o profissional [...].

Poderia ser melhor. Quero apreender a fazer as coisas com uma pessoa capacitada que tenha um amplo conhecimento [...].

Assim, pela falta de profissionais qualificados, verifica-se falhas no planejamento, na organização e no cumprimento de horários. Ficou evidente que os internos sentem falta de atividades de lazer, sentem-se ociosos e insuficientes no cumprimento das atividades planejadas, conforme relato a seguir:

Acho que se seguir realmente o cronograma, olhar lá na tabela, está tudo bonitinho, das atividades, das oficinas, da caminhada que até hoje não sabemos o que é, que tira um momento de lazer, por exemplo, o futebol: Não tem. Tá no papel, no cronograma, tá bonitinho no teórico, mas na prática deixa a desejar.

Precisa definir certinho o horário pra gente realizar as atividades do nosso dia a dia. As vezes a gente fica sem fazer nada, assim sem fazer nada, principalmente nos finais de semana.

Constatou-se, nesses relatos, uma situação semelhante a encontrada nas CTs do município de Aracati, no Ceará. Segundo os estudos realizados por Freitas e Araújo Júnior (2014, p. 20), as “CTs estudadas [...] evidenciou uma necessidade imediata de contratação de corpo técnico [...]”. Nesse sentido, observou-se que em razão desse contexto, quando se trata da relação entre os internos x colaboradores da instituição, constatou-se ser uma relação conflituosa.

[...] não gosto de fazer alguns serviços por receber críticas da conselheira por não fazer como é da vontade dela.

[...] não concordo com algumas atitudes da conselheira, ela age impulsivamente sem diálogo.

A pesquisa revelou que a participação do próprio interno na elaboração do cronograma/atividades a ser desempenhado seria de fundamental importância para a melhoria da vivência na CT.

Talvez redistribuir essas programações desse cronograma [...] porque não distribui essas tarefas para o próprio interno? Talvez tem um dos internos que tem mais facilidade, vamos supor: com pequenas criações, hortas, oferecer ao interno para fazer a programação. A gente quer fazer muitas coisas, mas eles dizem que não, que são eles que tem que decidir.

As nossas ideias e sugestões deveriam ser ouvidas e consideradas, por exemplo, realizarmos atividades dos nossos interesses [...].

Nesse sentido, Tinoco (2006, p. 27) ressalta que “a divisão do trabalho diário e a consignação de tarefas específicas a cada subgrupo favorecem o cultivo de valores próximos da responsabilidade”.

CONCLUSÃO

O processo terapêutico nas CTs é de grande relevância. Mas, para maior eficácia na reabilitação, é essencial a observação de fatores - a começar pela triagem do dependente - pela equipe multidisciplinar da área da saúde e assistência social, analisando cada indivíduo na sua subjetividade

A pesquisa mostra a fragilidade nas relações entre colaboradores com os internos. Nesse sentido, torna-se um fator decisivo para o sucesso na reabilitação dos dependentes de SPA que os profissionais envolvidos sejam capacitados para lidar com as adversidades envolvidas no decorrer do processo de reabilitação.

Para potencializar a reabilitação e a permanência dos internos na CT, é muito importante o apoio entre os envolvidos no grupo, além do apoio familiar. Evidenciou-se que nas CTs existem vários atores institucionais envolvidos, mas deve-se focar o olhar humano do principal indivíduo que faz parte desse processo, o dependente de SPA, que almeja e busca a reabilitação.

É importante o funcionamento proposto aos internos, porém com estratégias de mudança, objetivando a superação da dependência de SPA. Para a emancipação do sujeito, sugere-se trabalhar além dos aspectos físicos, os aspectos psicossociais, visando benefícios e redução de danos às vidas dos envolvidos, rumo à ressignificação de aspectos que antes não conseguiam perceber, devido à influência das SPA.

Há relevância qualitativa no estudo, mas os resultados direcionam para novas pesquisas, a fim de produzirem novos conhecimentos na direção de melhorar o processo de reabilitação dos internos com dependência de substâncias psicoativas

REFERÊNCIAS

BECK JÚNIOR, A.; SCHNEIDER, J. F. Dependência do crack: repercussões para o usuário e sua família. *Revista saúde e desenvolvimento*, ano I, n. 2, p. 60-79, jul/dez, 2012. Disponível em: <<http://grupouninter.com.br/web/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/viewFile/83/79>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

- BOKANY, V. (Org). *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça - proximidades e opiniões*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/publicacoesfpa/wp-content/uploads/2015/05/DrogasNoBrasil.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Resolução RDC n.º 101, de 30 de maio de 2001*. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2017.
- _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. *Resolução RDC n.º 29, de 30 de junho de 2011*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 30 mai. 2017.
- _____. Conselho Nacional de Saúde - CNS. *Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 dez. 2017.
- CONTE, M. A clínica institucional com toxicômanos: uma perspectiva psicanalítica. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 5, n. 2, p.28-43, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v5n2/1415-4714-rlpf-5-2-0028.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2017.
- COSTA, S. F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. *Serviço social em revista*. Londrina, PR: n. 2, p. 215-242, 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_processo.htm>. Acesso em: 18 mai. 2017.
- _____. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. *Serviço social em revista*, Londrina, PR: v. 11, n. 2, p. 1-14, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2017.
- COTTA, M. S.; FERRARI, I. F. Comunidades terapêuticas: uma invenção institucional para o tratamento da toxicomania. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 19, p. 4-15, 2015. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_19/pdf/comunidades_terapeuticas.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2017.
- DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Santa Catarina*, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>>. Acesso em: 21 mai. 2017.
- FERRÃO, R. G.; FERRÃO, L. M. V. *Metodologia científica para iniciantes em pesquisa*. 4. ed. Vitória, ES: Incaper. 2012. 254p.
- FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2017.
- FRACASSO, L. *Comunidades terapêuticas*. In: DIEHL, A. (Org.). Dependência química prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011, p. 61-159. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=zzivab1phXwC&printsec=frontcover&dq=Depend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica:+Preven%C3%A7%C3%A3o,+Tratamento+e+Pol%C3%ADticas+P%u18eW-lfMAhUF-QZAKHW7zAf0Q6AEIHDA#v=onepage&q=Depend%C3%Aancia%20Qu%C3%ADmica%3A%20Preven%C3%A7%C3%A3o%2C%20Tratamento%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas&f=false>>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- FREITAS, J. A. da S.; ARAÚJO JÚNIOR, C. M. P. de. Perfil de usuários das comunidades terapêuticas do município de Aracati. *Revista Socializando FVJ*, Vale do Jaguaribe, ano 1, n. 2, p. 9-21, 2014. Disponível em: <http://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2015/11/Socializando_20142_1.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2017.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: _____, DESLANDES, S.F; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 79-108.
- HESS, A. R. B.; ALMEIDA, R. M. M. de; MORAES, A. L. Comorbidades psiquiátricas em dependentes

- químicos em abstinência em ambiente protegido. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 1, p. 171-178. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n1/21.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2017.
- HINSHELWOOD, R.D. *O que acontece nos grupos: psicanálise, o indivíduo e a comunidade*. São Paulo: Via Lettera e Livraria, 2003.
- LANDAU, J.; SAUL, J. Facilitando a resiliência da família e da comunidade em resposta a grandes desastres. *Revista Pensando Famílias*, [s.l.], v. 4, n. 4, p. 56-78, 2002. Disponível em: <<https://mhps.net/?get=150/d1c2n6fcqr.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2017.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *O desafio da pesquisa social*. In: _____, DESLANDES, S.F; GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: RJ p. 9-30. Vozes, 2009,
- PACHECO, A. L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, MT: v. 5, n. 2, p. 165-173, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsau-de/v5n2/v5n2a12.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2017.
- PEREIRA, E. L. Processo de reinserção social dos ex-usuários de substâncias ilícitas. *Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Ceará*, Fortaleza, CE: ano IV, n. 1, 2012. Disponível em: <http://tmp.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/revista_2012-1.asp>. Acesso em: 15 mai. 2017.
- PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2017.
- PRATA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Revista Psicologia: Teoria e pesquisa*, Brasília, DF: v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2017.
- SABINO, N. Di M.; CAZENAVE, S de O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 22, n. 2, p. 167-174, abr./jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a06.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- SENAD - SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Relatório brasileiro sobre drogas*. In: DUARTE, P. C. A. V.; STEPLIUK V. A.; BARROSO, L.P. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/Relat%C3%B3rio%20brasileiro%20sobre%20drogas.compressed.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- _____. *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. In: DUARTE, P. C. A. V.; DIEMEN, L.V.; HALPERN, S.C.; PECHANISKY, F.. Brasília, SENAD, 2012. Disponível em: <<http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SUS-SUAS.pdf#page=22>>. Acesso em: 23 ago. 2017.
- TINOCO, R. Comunidades terapêuticas livres de drogas—da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Revista Toxicodependências*, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 21-30, 2006. Disponível em: <http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/57/2006_01_TXT3.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.
- TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em: <http://www.hugoribeiro.com.br/biblioteca-digital/Trivinos-Introducao-Pesquisa-em_Ciencias-Sociais.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.
- UNODC - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *World drug report*, New York, 2016. Disponível em: <http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2017.