

## VIVÊNCIAS DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO INTERIOR DO ESPÍRITO SANTO

Daniely De Oliveira Lorenzon<sup>1</sup>  
Elisângela Aparecida Soares<sup>2</sup>  
Emílio Morgan Uliana<sup>2</sup>  
Jaqueline Pandolfi Menenguci<sup>2</sup>  
Marilene Pettene<sup>2</sup>

### 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). Consiste em uma pesquisa exploratória, mediante entrevistas com roteiro semiestruturado. A pesquisa revelou que as vivências compartilhadas dentro da CT têm relevante impacto no PR, atividades de lazer, trabalhos em grupo, o apoio entre os internos e familiares, contribuem para que esse processo seja atingido com êxito. Verificou que a falta de profissionais qualificados prejudica o funcionamento da CT, gerando implicações no planejamento das suas atividades, constatou 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.

### 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.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa explicar acerca das 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 para que esse processo tenha êxito. Fica denominando oficialmente Comunidade Terapêutica como: Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em

---

<sup>1</sup> Psicóloga - Professora Orientadora.

<sup>2</sup> Graduando (as) em psicologia da Faculdade Capixaba De Nova Venécia – Multivix.

regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante o 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 (BRASIL, ANVISA, RDC nº 101, de 30 de maio de 2001).

É preciso ressaltar a importância desse tema, já que 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), calcula-se que em nível mundial, cerca de 250 milhões de indivíduos, cerca de 5% da população entre 15 e 64 anos, fez uso de pelo menos uma droga em 2014. Calcula-se que cerca de 29 milhões de usuários de drogas possuem algum transtorno relacionado a esse uso. Assim como vem aumentando os índices de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) em usuários de drogas injetáveis e mortes por overdoses.

O último Relatório Brasileiro sobre Drogas elaborado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (2009) em 2007 foram realizadas 135.585 internações associadas a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas em todo o Brasil, 69% devido ao uso de álcool, 23% devido ao uso de múltiplas drogas, 5% devido ao uso de cocaína. Entre 2001 e 2007 as regiões que apresentaram o maior número de óbitos diretamente associados ao uso de drogas foram: 44,3% no Sudeste, 27,8% no Nordeste, 16,3% no Sul. Faz-se necessário destacar a importância do tratamento e reabilitação dessas pessoas, contribuindo para redução desses índices e esclarecendo através de pesquisas questões ligadas a essa temática.

A questão central desse trabalho é compreender a importância e a influência das principais vivências compartilhadas no processo de reabilitação entre os internos de uma Comunidade Terapêutica. Foi possível examinar se de fato as vivências compartilhadas entre os dependentes de SPA em processo de reabilitação, a instituição e os profissionais envolvidos asseguraram a ação conjunta

em busca de melhores resultados, com intuito de fortalecer o processo de reabilitação em todas as suas etapas, permitindo uma visão clara e objetiva nos pontos a serem trabalhados nesse processo e a melhor forma de realizar intervenções psicoterapêuticas nesses grupos.

Este trabalho procura avaliar se o processo de reabilitação dos dependentes de SPA garante plena integração a todos os envolvidos, sem impor das partes a omissão dos seus valores, contribuindo na redução dos estigmas que entrelaçam esse tema tão complexo. Apresentar através de estudos de textos e artigos um maior esclarecimento sobre o assunto em questão, a repercussão e os reflexos do uso abusivo de SPA, evidenciando o demasiado aumento de pessoas que fazem uso de SPA no Brasil, e que têm preocupado a sociedade, considerado atualmente como um problema de saúde pública<sup>3</sup>, desta maneira tornou-se fundamental verificar se ainda há dificuldades no processo de reabilitação. A pesquisa proporcionou produzir uma escuta sensível às necessidades e/ou dificuldades apresentadas pelos dependentes de SPA em reabilitação, bem como possibilitou identificar fatores que potencializam esse processo.

## **1 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: BREVE HISTÓRICO**

Segundo Damas (2013) as CTs surgiram em 1950, com objetivo de tratar das neuroses obtidas na guerra em soldados ingleses, com base das observações clínicas realizadas pelo psiquiatra do exército inglês Dr. Maxwell Jones. O suporte terapêutico era centrado em tratamentos educativos, 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 a sociedade. Nesse sentido, necessitavam compor outro modelo de relacionamento nunca alcançado no decorrer da vida, mas que através de um ambiente grupal e terapêutico conseguiria provocar tais mudanças.

---

Neste 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).

Para Damas (2013) as CTs passaram a ter destaques a partir da década de 50, 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 voltavam-se ao modelo institucional dos antigos hospícios. 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.

De acordo com o mesmo autor, o 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 através 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 através 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 neste método.

De acordo com 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, desta maneira, cresceram, propagaram-se, 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).

Segundo Fossi e Guareschi (2015) as CTs não eram consideradas serviços de saúde, desta 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), através da Resolução - RDC nº 101 de 2001. “Entretanto, seu conveniamento com o Sistema Único de Saúde (SUS) como serviço de atenção da rede pública acontece 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:

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, 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 nestas instituições, nessa perspectiva estabelecendo um modelo básico para o seu funcionamento psicossocial, no sentido de garantir caráter terapêutico a partir das suas práticas e ações.

## 1.2 COMUNIDADES TERAPEUTICAS E SEUS RECURSOS TERAPEUTICOS

Para Damas (2013) algumas CTs adotam boa padronização de serviços bem como sua organização, em outras possuem alguns pontos negativos, no qual utilizam métodos religiosos, excesso de trabalho se utilizando pela técnica de laborterapia e seus gestores acabam se focando no lucro ou em pessoas com comprometimento intelectual.

Segundo Fossi e Guareschi (2015) as CTs possuem programa específico de reabilitação, com duração entre seis a doze meses, de acordo com cada instituição. As regras são rígidas e possuem atividades obrigatórias para todos os participantes. Enquanto as visitas de seus familiares são limitadas e muito restritas, atividades laborais e estudos durante esse período de reabilitação ficam suspensos. Para Pacheco e Scisleski (2013, p. 167) “as comunidades terapêuticas propõem internação em tempo integral, por isso, além de apresentarem se 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 este é auxiliado por outros membros do grupo e os profissionais da saúde, entre outros. O processo terapêutico que é utilizado nas CTs está focado em intervenções oferecendo funções de responsabilidades aos dependentes de SPA em reabilitação.

De acordo com 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. Segundo 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, nesse sentido foram inserindo neste contexto outras técnicas como meios terapêuticos.

De acordo com Pereira (2012) a família entremeia no processo de reabilitação dos internos nas CTs, a presença da mesma de maneira significativa torna-se relevante no apoio ao dependente de SPA para a etapa da reinserção social. Nesse sentido, a forma de como o dependente de SPA é recebido na família e no contexto social e de grande importância para o reestabelecimento das relações, promovendo autoconfiança social e emocional ao sujeito, viabilizando-o para conserva-se abstinente.

Segundo Pacheco e Scisleski (2013) uma questão muito importante e que vem preocupando, é a estigmatização pela qual os usuários de SPA sofrem, compondo um processo produzido socialmente, a começar por conotações mistificadoras e moralizantes, tendo como consequência a desvalorização do indivíduo. A sociedade ainda critica, rejeita e os rotula 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).

Todavia Pereira (2012) evidencia que para socializar os indivíduos reabilitados, é preciso associar a família, entidades, associações, fundações e grupos de apoio e de religiões para auxiliar o indivíduo a abandonar o vício, a seu ponto de vista a sociedade deve favorecer novas oportunidades profissionais e

peçoais nesse processo. 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, através 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.

### 2.3 AS VIVÊNCIAS E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

De acordo com 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 [...]”. Segundo Freitas e Araújo Júnior (2014) 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 destes.

Segundo Fracasso (2011) 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.

De acordo com Tinoco (2006) as regras além de necessárias para o funcionamento das CTs, tornam-se essenciais, e 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 esta 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, ainda segundo o autor, os internos tomam essa rotina como primordial, exigindo da equipe pontualidade nas atividades planejadas, ocorrendo uma contraversão de demanda levando o decréscimo da atribuição da equipe.

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 farão presentes”. O autor afirma ainda que, 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, reestabelecendo a autoestima 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 esta 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 através 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). Por outro lado 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, neste 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). Segundo 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.

“A comunidade terapêutica não pode ser uma ilha isolada, mas a etapa de um processo” (TINOCO, 2006, p. 29). Ainda de acordo com o autor, deve-se possibilitar a inclusão de seus membros na sociedade através de métodos intermediários utilizados no decorrer do processo de 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, através da intervenção do grupo, oportunizando modificar particularidades de caráter da personalidade do indivíduo.

Segundo Conte (2002) 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 através de sua palavra, pelo retorno das palavras a quem verbalizou, visualizando sua autoria. De acordo com 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 através de uma escuta institucional de sua história de vida.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 PARTICIPANTES**

Participaram da pesquisa um grupo de cinco pessoas do sexo masculino, com

idade entre 21 e 60 anos, dependentes de SPA em processo de reabilitação de uma CT localizada no interior do Espírito Santo.

## 2.2 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Utilizou-se o roteiro de entrevista semiestruturado previamente determinado, composto por questões abertas e fechadas, em que o entrevistado teve a possibilidade de falar sobre o tema em questão, possibilitando a construção de uma pesquisa concernente à subjetividade dos dependentes de SPA em processo de reabilitação. Através deste, foi investigado aspectos relevantes sobre o processo de reabilitação como, a convivência entre internos e profissionais da instituição, atividades desenvolvidas na CT, bem como, sua rotina e regras estabelecidas e o papel da família neste período, possibilitando maior compreensão das vivências compartilhadas durante esse processo. O roteiro de entrevista semiestruturado, “[...] oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

## 2.3 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados promoveu-se a partir do agendamento das entrevistas com os integrantes do grupo no processo de reabilitação, a partir da autorização do presidente da CT, considerando que o local utilizado para cada entrevista respeitou a privacidade dos participantes. Os dados foram gravados em áudio com o auxílio de um gravador. 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).

Neste sentido, essa pesquisa tem caráter de uma pesquisa 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 no que diz respeito à pesquisa qualitativa pode-se dizer que a mesma, “[...] 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). Além disso, considerou-se toda a subjetividade, complexidades culturais e sociais às quais estes internos estão submetidos.

## 2.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Para Gomes (2009) o procedimento de análise do conteúdo a partir da compreensão qualitativa, são englobadas a categorização, inferência, descrição e interpretação. Portanto, “[...] para que tenhamos categorização (ou classificação), é importante garantirmos que as categorias (ou classes) sejam homogêneas. [...] a inferência é uma fase intermediária entre a descrição e a interpretação [...]” (GOMES, 2009, p. 88-90). Neste sentido, realizou-se um processo de categorização, através de uma análise do conteúdo de comunicação, obtido das entrevistas com roteiro semiestruturado, tendo por fim, a codificação do material, produzindo um sistema de categorias, fornecendo uma condensação, uma representação simplificada e ordenada dos dados brutos e produzindo informações relevantes da realidade vivenciada entre os dependentes de SPA em processo de reabilitação.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tentativa de compreender sobre as vivências do processo de reabilitação em uma CT e quem são seus usuários, encontramos na pesquisa realizada, uma amostra composta, especificamente, por adultos do sexo masculino, naturais do interior do Estado do Espírito Santo, com média de idade de 36 anos e que se encontram na CT há uma média de cinco meses. Sendo que 50% são solteiros, 33% divorciados e 17% são casados, 67% deles têm filhos.

A pesquisa revelou que 33% dos participantes fizeram uso de substâncias lícitas, especialmente o álcool, consumido diariamente, e 67% fizeram uso de substâncias lícitas e ilícitas, sendo que as ilícitas de maior consumo foram a maconha e o crack, consumidos numa média de duas vezes por semana, 83% dos participantes fez uso das SPA até o dia em que ingressaram na instituição.

Desta maneira, segundo a SENAD (2012) podemos classificar as substâncias psicoativas consumidas pelos participantes 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% cursaram o ensino médio completo e 17% cursaram o ensino superior incompleto, estes dados confirmaram aqueles encontrados no estudo de Freitas e Araújo Júnior (2014, p. 17) realizado nas CTs do município de Aracati no Ceará, que diz que, “[...] 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% relatou 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:

*P1: 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 os estudos de Hess, Almeida e Moraes (2012) realizado em CTs da região metropolitana de Porto Alegre no 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 das mesmas, podendo apresentar

prejuízos cognitivos.

Na visão de Costa (2001) o processo de reabilitação realizado em CT se caracteriza pelas possibilidades de experiências positivas, trazendo lhes novas possibilidades e oportunidades de reinserção social e familiar, podendo provocar neles o despertar da autoestima e capacidade de realizar seus investimentos na vida, na esperança e nos sonhos, resgatando a cidadania. Nesse sentido, um dos membros da comunidade terapêutica relata:

*P1: [...] hoje, inclusive estamos fazendo um projeto aí, com a equipe de psicólogos, que dá apoio a nós, esse projeto é como se fosse um suporte pra quando a gente sair daqui, tipo pra gente não sair daqui vagando, a gente tem uma perspectiva [...].*

Baseado nas análises foi possível concluir que, na CT prevalece uma rotina fixa e rígida, estabelecida através de um cronograma elaborado pela coordenadora da instituição, onde estão dispostas as atividades que devem ser seguidas/realizadas, sendo cumpridas com rodízio dos internos. No entanto, percebeu-se que há flexibilidade em algumas dessas regras, além de receberem atendimentos de profissionais especializados.

*P1: 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.*

*P2: Minha rotina é boa, de segunda a sexta feira, 6h arrumar o quarto, 06:40 tomar café, 7h palavras de vida, 07:30 limpeza da casa, 08:30 laborterapia, 11:hs estudar a bíblia, 12hs almoço, depois descanso, 14hs realizar oficinas, 17hs banho depois jantar e nas sextas- feira temos psicólogos as 17hs.*

Portanto, constatou-se que grande parte dos participantes percebem as regras como sendo necessárias para uma boa convivência, como forma de igualdade entre os internos, além de contribuir para manter a ordem e os afazeres dentro da CT. Observou-se que as regras impactam de modo positivo no processo de reabilitação dos participantes.

*P4: A vida com regras está sendo melhor, antes eu não conseguia seguir nenhuma regra. As regras são boas, assim todos ajudam nas tarefas.*

*P5: As regras ajudam a manter o ambiente organizado e a ter um bom relacionamento com todos.*

Através da pesquisa, identificamos que existe uma convivência harmoniosa entre os internos.

*P1: Maravilhosa, parecia que a gente já se conhecia há muitos anos, nesse curto período aí, 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.

*P5: De um modo geral tenho uma boa relação com os outros, mas tem dois “aqui” que já tivemos alguns desentendimentos [...].*

*P6: Boa, apesar de algumas intrigas.*

No que se refere à melhoria dos relacionamentos com os demais colegas foram sugeridos 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.

*P1: 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.*

*P5: O respeito que temos um pelo outro, realizando os trabalhos juntos, temos que superar as diferenças, não tendo 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.

*P1: [...] 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.*

*P2: [...] 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 do apoio entre os internos ser de grande importância, foi exposto que o apoio familiar é fundamental para a adesão ao tratamento assim como para o processo de reabilitação.

*P1: A minha família é muito importante neste processo em que eu estou aqui em reabilitação.*

*P2: 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, desta forma o interno mantém o vínculo com aqueles aos quais tem 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 e pessoas onde voltar 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:

*P1: [...] com o alto consumo eu fui me afastando [...] separei, na verdade foi a mulher*



*que separou, então perdi a família, perdi tudo [...].*

*P2: 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 [...].*

Foi possível perceber que a instituição possui um quadro de funcionários insuficientes para atender os internos de forma específica e especializada. Sendo que a forma adotada pela CT é regida por profissionais voluntários, não efetivos. A falta desses profissionais dentro da instituição como corpo efetivo interfere de forma significativa nessas melhorias. Como mostram os relatos:

*P1: [...] a sala tá aí de computador, tem 15 ou é 25 computadores, a sala tá prontinha, só tá faltando o profissional [...].*

*P5: Poderia ser melhor, quero apreender a fazer as coisas com uma pessoa capacitada que tenha um amplo conhecimento [...].*

Conforme situação esboçada acima, pela falta de profissionais qualificados, podem-se constatar falhas no planejamento, na organização e no cumprimento de horários. Ficando evidente que os internos sentem falta de atividades como lazer, e se sentem ociosos, “deixando a desejar” no cumprimento das atividades planejadas.

*P1: Acho que se seguir realmente o cronograma, olhar lá na tabela, tá tudo bonitinho, das atividades, das oficinas, de 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.*

*P3: Precisa definir certinho o horário pra gente realizar as atividades do nosso dia a dia, às vezes a gente fica sem fazer nada, assim sem fazer nada, principalmente nos finais de semana.*

Constatou-se nestes relatos, uma situação semelhante encontrada nas CTs do município de Aracati no Ceará, segundo estudos realizados por Freitas e Araújo

Júnior (2014, p. 20) as “CTs estudadas [...] evidenciou uma necessidade imediata de contratação de corpo técnico [...]”. Neste sentido, observou-se que em razão deste contexto, quando se trata da relação entre os internos x colaboradores da instituição, constatou-se ser uma relação conflituosa.

*P5: [...] não gosto de fazer alguns serviços por receber críticas da conselheira por não fazer como é da vontade dela.*

*P3: [...] 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 serem desempenhadas seria de fundamental importância para a melhoria da vivência na CT.

*P1: Talvez redistribuir essas programações desse cronograma [...]. Porque não distribui essas tarefas pro 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.*

*P5: As nossas ideias e sugestões deveriam ser ouvidas e consideradas, por exemplo, realizarmos atividades dos nossos interesses [...].*

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

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo voltou-se à compreensão das vivências compartilhadas no processo de reabilitação em uma CT, onde pode-se verificar que o processo terapêutico nas CTs é de grande relevância, entretanto, para que a reabilitação ocorra de maneira eficaz, é essencial a observação de alguns fatores a começar da

triagem do dependente, por equipe multidisciplinar da área da saúde e assistência social entre outros, analisando cada indivíduo na sua subjetividade. Entretanto, surgem aspectos durante o processo de reabilitação que devem ser observados diariamente, pois podem ser obstáculos para o bom andamento das atividades propostas no processo de reabilitar.

A pesquisa indicou a fragilidade nas relações entre colaboradores com 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. Denota-se que o apoio entre os internos, assim como o apoio familiar, é um fator que tem contribuído para que permaneçam na CT. Evidenciou-se que nas CTs existem vários atores institucionais envolvidos, porém não se pode tirar o olhar humano no principal indivíduo que faz parte deste processo, o dependente de SPA, que almeja e busca a reabilitação.

Podemos concluir através dos estudos realizados, a importância do funcionamento proposto aos internos, porém com estratégias de mudança, objetivando a superação da dependência de SPA e contribuir para a emancipação do sujeito, trabalhando não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos psicossociais, os oportunizando a obter benefícios e redução de danos em suas vidas rumo à ressignificação de aspectos que antes não conseguiam perceber, devido à influência das SPA. Diante dos resultados encontrados e sua relevância qualitativa representada pela amostra estudada, percebe-se a importância de novas pesquisas, a fim de que se produzam conhecimentos que indiquem para a qualidade dos resultados, para que o processo de reabilitação ocorra de forma satisfatória.

## REFERÊNCIAS

BECK JÚNIOR, Aldo; SCHNEIDER, Jacó Fernando. 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/articloe/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](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](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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 01 dez. 2017.

CONTE, Marta. 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, Selma Frossard. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. **Serviço Social em Revista**. Londrina, n. 2, p. 215-242, 2001. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v3n2\\_processo.htm](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, 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, Marcelo Soares; FERRARI, Ilka Franco. 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\\_therapeuticas.pdf](http://www.isepol.com/asephallus/numero_19/pdf/comunidades_therapeuticas.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2017.

DAMAS, Fernando Balvedi. 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.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. 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, Laura. Comunidades terapêuticas. In: DIEHL, A. (Org.). Dependência química prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: 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%C3%BAblicas&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwIU18eW-IfMAhUFQZAKHW7zAf0Q6AEIHDA#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, Jonas Augusto da Silva; ARAÚJO JÚNIOR, Carlos Manta Pinto 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](http://www.fvj.br/revista/wp-content/uploads/2015/11/Socializando_20142_1.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **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, Adriana Raquel Binsfeld; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; MORAES, André Luiz. 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 Editora e Livraria, 2003.

LANDAU, Judith; SAUL, Jack. 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://mhpss.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: Vozes, 2009, p. 9-30.

PACHECO, Alice Leonardi; SCISLESKI, Andrea. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 165-173, 2013. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a12.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

PEREIRA, Elaine Lúcio. Processo de reinserção social dos ex-usuários de substâncias ilícitas. **Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Ceará**, Fortaleza, ano IV, n. 1, 2012. Disponível em: <[http://tmp.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/revista\\_2012-1.asp](http://tmp.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/revista_2012-1.asp)>. Acesso em: 15 mai. 2017.

PERRONE, Pablo Andres Kurlander. 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, Elisângela Maria Machado, SANTOS, Manuel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, 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, Nathali Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. 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.; STEMPLIUK 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.; PECHANSKY, 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, Rui. 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](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/57/2006_01_TXT3.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2017.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **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](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](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)>. Acesso em: 01 abr. 2017.