



Comunidade Terapêutica como parte da Rede de Atenção Psicossocial: Conformidade e Monitoramento são possíveis?

Therapeutic Communities as part of addiction healthcare framework: Are compliance and monitoring possible?

Katia Isicawa de Sousa Barreto
Graduação em Ciências Sociais – UNESP
katicawawa@hotmail.com

Guilherme Sabino Godoy Filho
Graduação em Psicologia - UNIFESP
guilhermegodoypsi@gmail.com

Gleuda Simone Apolinário
Graduação em Sociologia - USP
gleuda.apolinario@gmail.com

Pablo Andres Kurlander Perrone
Doutorado em Saúde Coletiva - UNESP
pablokurlander@gmail.com

Lucas Roncati Guirado
Graduado em Psicologia - UNIP
lucas.roncati@gmail.

Ronaldo Laranjeira
Professor Titular – Departamento Psiquiatria UNIFESP
ronaldoramoslaranjeira@gmail.com

Clarice Sandi Madruga
Professora afiliada Departamento de Psiquiatria – UNIFESP
clarice.madruga@unifesp.br

Resumo

A Comunidade Terapêutica tem sido incluída como na rede de cuidados para a dependência química, faz parte de recentes mudanças na política de saúde mental. Em virtude do hiato entre o surgimento e a normatização/regulamentação desses serviços, este trabalho busca descrever a implementação de um sistema de monitoramento nas Comunidades Terapêuticas que receberam recursos financeiros do Estado de São Paulo, bem como avaliar os resultados obtidos entre 2014 a 2016. Os dados demográficos evidenciam um perfil de usuário em sua maioria público masculino (91,5%), escolaridade em nível fundamental (48,2%), solteiros (70,7%), sem renda (87,2%), denotando vulnerabilidade social e incapacidade de auto sustento; após o descritivo das prevalências, as CTs por sua vez apresentam-se em áreas rurais (62,5%), embasadas por orientação religiosa ecumênica (45,8%). Observa-se também que mais de 90% da amostra total participaram de três atividades: Apoio Psicossocial (96,4%), Conscientização sobre Dependência de Substâncias Psicoativas (92,3%) e Espiritualidade (95,2%). Cabe evidenciar os processos de desligamentos qual aponta altos índices de retorno ao convívio familiar em condição de auto sustento (21,4%), sobressaindo os dados de que tendo geração de renda ou não, ambas as vertentes denotam importante recuperação de vínculo de alta relevância considerando a fragilidade das



relações no início do processo em detrimento a reconstrução de vínculos sociais. O referido estudo aponta que a avaliação contínua das CTs permitirá no monitoramento da eficácia e efetividade destes equipamentos, bem como nortear sobre o desenvolvimento de atividades embasadas em evidências científicas.

Palavras-chave: Comunidade Terapêutica. Tratamento. Dependência Química.

Abstract

The Therapeutic Community has been included as part of the care network for drug addiction, it is part of recent changes in mental health policy. Due to the gap between the emergence and the standardization / regulation of these services, this work seeks to describe the implementation of a monitoring system in the Therapeutic Communities that received financial resources from the State of São Paulo, as well as to evaluate the results obtained between 2014 to 2016. Demographic data show a user profile that is mostly male (91.5%), primary education (48.2%), single (70.7%), without income (87.2%); It is also observed that more than 90% of the total sample participated in three activities: Psychosocial Support (96.4%), Awareness about Psychoactive Substance Dependence (92.3%) and Spirituality (95.2%). It is worth highlighting the termination processes, which indicate high rates of return to family life in a condition of self-support (21.4%). The aforementioned study points out that the continuous evaluation of the TCs will allow the monitoring of the effectiveness of this equipment, as well as guiding the development of activities based on scientific evidence.

Keywords: Therapeutic Community. Treatment. Addiction.

Introdução

A Comunidade Terapêutica (CT) como local de cuidado esteve presente em diversas modalidades ao longo da história da humanidade, notadamente nas vertentes espirituais. Contemporaneamente há duas vertentes de CT: o modelo psiquiátrico e o modelo para tratamento da dependência química (DE LEON, 2008).

As primeiras CTs psiquiátricas surgiram ainda na primeira metade do século XX, na França, com a atuação dos psiquiatras Paul Balvet e Françoise Tosquelles no Hospital Psiquiátrico Saint Alban. Na segunda metade do mesmo século, no Reino Unido, com a atuação do psiquiatra sul-africano Maxwell Jones, atuando no Hospital Psiquiátrico Maudsley. Este modelo, estruturado por Jones, incorporou a participação ativa do paciente no processo terapêutico inovando o procedimento, quando comparado com os modelos psiquiátricos da época. (PERRONE, 2019).

A demanda pela ampliação do leque de modalidades no tratamento para dependência química surge tendo em vista os baixos índices de sucesso das demais abordagens (NIDA, 2020). O Grupo Oxford, fundado na segunda década do século XX, com o objetivo de desenvolver estratégias para a demanda do sofrimento humano, incluindo o alcoolismo, caracterizou-se por uma vertente majoritariamente religiosa, visto que a estratégia central estava no “renascimento



espiritual” do indivíduo. Já em 1958 é fundada o modelo Synanon, adotando o conceito de 12 passos do Alcoólicos Anônimos (1935), bem como influências filosóficas e pragmáticas, atendendo não apenas alcoolistas, mas outros dependentes químicos (DE LEON, 2008).

Inicialmente as CTs eram primordialmente norteadas por dois princípios: “pressão entre os pares” e “auto-ajuda”. O princípio “Pressão entre os pares” ou “influência entre os pares” consiste em estratégias utilizadas para ajudar os residentes a aprender a assimilar normas sociais e desenvolver habilidades sociais mais efetivas. Já o princípio “auto-ajuda” consiste na estratégia que os próprios indivíduos são os principais protagonistas do processo de mudança (SMITH; GATES; FOXCROFT; 2006).

Ao longo do tempo, as CTs sofreram influências de campos da educação, medicina, direito, ciências sociais, dentre outros, permitindo que seus programas fossem paulatinamente reordenados com variados recursos técnicos, notadamente no que diz respeito aos atendimentos psicológicos, vocacionais e educacionais (DE LEON, 2008). Assim, em 1963 surge nos EUA, o modelo de CT DayTop Village. Esta modalidade de tratamento passa a incluir em sua abordagem a presença de uma equipe multidisciplinar, possibilitando abordagens baseadas na ciência (PERRONE, 2019).

Entretanto, de acordo com De Leon; Perfes; Joseph, Blunt (2015)., as Comunidades Terapêuticas tradicionais precisaram expandir seus serviços para incorporar novas intervenções, de acordo com a necessidade de novas populações (pessoas em situação de rua, mulheres, adolescentes, dentre outros), como por exemplo, serviços familiares, cuidados de saúde primários, tratamentos baseados em treinamento de prevenção a recaída, grupos de 12 passos, serviços de saúde mental, bem como outras práticas baseadas em evidências, como Terapia Cognitivo Comportamental e Entrevista Motivacional.

No Brasil, na década de 1960, surge as primeiras iniciativas de CT, no estado de Goiás, as quais foram marcadas por um forte embasamento religioso. Em 1978 foi fundada a Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), hoje denominada como Instituto Padre Haroldo, no estado de São Paulo, como o primeiro modelo de CT baseado no modelo DayTop Village, que depois se difundiu por todo o país (PERRONE, 2019).

As regulamentações e legislações foram formalizadas no Brasil apenas no início do século XXI, com a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC-ANVISA) nº 101/2001. Este foi o marco legal de regulamentação das Comunidades Terapêuticas no território nacional.

Na década de 2010, houve intensa publicação de legislações e regulamentações. Em junho de 2011, a RDC nº 101/2001 foi revogada e passa a vigorar a RDC-ANVISA nº 29/2011. Em dezembro de 2011, as Comunidades Terapêuticas são reconhecidas como serviço pertencente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 3.088/2011, publicada pelo Ministério da Saúde. O primeiro financiamento público de CTs no Brasil ocorreu em 2012, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Em 2015 foi publicado a Resolução CONAD nº 01/2015, nomeada como “Marco



Regulatório das Comunidades Terapêuticas”. Em 2019 foram publicados o Decreto nº 9.761/2019 estabelecendo a Política Nacional de Álcool e Drogas, e a Lei 13.840/2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

O hiato entre o surgimento das CT no final da década de 1960 e a formulação de regulamentação e legislação, década de 2000, permitiu o aumento desordenado de organizações sem requisitos básicos (infraestrutura, profissionais, metodologia) para o funcionamento, além de abordagens pautadas notadamente nos pilares da disciplina, do trabalho e da religiosidade. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), havia no Brasil em torno de 1.900 CTs e organizações que se autodenominavam como CTs (IPEA, 2017).

Embora hoje no Brasil haja normatizações e regulamentações para que a atuação das CTs seja norteada por diretrizes universais de abordagens validadas na ciência do tratamento da dependência química, ainda existe uma dificuldade na validação deste serviço como parte da rede de assistência psicossocial para o tratamento da dependência química. A existência de organizações que praticam atividades não regulamentadas e não seguem abordagens baseada em evidências faz emergente a demanda por avaliações e monitoramento.

A necessidade de desenvolver e implementar um processo de avaliação e monitoramento desses serviços permite observar a melhoria da qualidade do serviço ofertado, bem como observar a utilização de abordagens baseadas em evidências científicas.

Tendo isso em vista, este trabalho busca descrever a implementação de um sistema de monitoramento nas Comunidades Terapêuticas que receberam recursos financeiros do Estado de São Paulo, bem como avaliar os resultados obtidos entre 2014 a 2016.

Método

A avaliação do perfil dos usuários e o monitoramento dos serviços prestados pelas Comunidades Terapêuticas que receberam recursos públicos estaduais foram realizados por meio de dados previamente existentes, advindos do protocolo de monitoramento destes serviços pela instituição gestora (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT), não envolvendo qualquer tipo de coleta de dados direta com os usuários dos serviços.

Procedimento

O protocolo de atendimento nas Comunidades Terapêuticas prevê o preenchimento de 04 formulários durante o período de acolhimento, são eles:

- 1 – “Cadastro do Beneficiário” é o primeiro formulário a ser preenchido, e o preenchimento deve ser feito em até 24 horas após o acolhimento do usuário na organização. Este formulário é composto notadamente por dados sócio demográficos;
- 2 – “Avaliação de Entrada” é preenchido por psicólogo da organização, obedecendo os cuidados com sigilo e privacidade do acolhido. Este formulário é composto, por escalas



psicométricas. Ele deverá ser preenchido apenas uma vez e em até 07 dias após o acolhimento do usuário na organização;

- 3 – Formulário de Andamento é o terceiro formulário a ser aplicado e consiste em um check-list das atividades realizadas pelo acolhido durante o processo de acolhimento. Ele é aplicado após 01 mês em que o usuário está na organização, e é replicado mensalmente.
- 4 – Formulário de Desligamento é o último formulário a ser preenchido, podendo ser aplicado com ou sem a presença do acolhido. É um formulário também composto por escalas psicométricas, além de avaliar o processo de reinserção social do acolhido. Este formulário também permite a avaliação do processo de acolhimento social, realizado pela equipe.

O protocolo de monitoramento das Comunidades Terapêuticas prevê a aplicação de 01 formulário:

- 5 – Formulário de Visita in loco: é um formulário composto por questões para avaliação de capacidade de atendimento, vertente religiosa, público atendido, estrutura física, prontuários, limpeza e conservação;

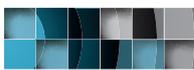
Os resultados descritos no presente estudo são baseados nos formulários 1, 2, 4 e 5. Os dados selecionados foram: sexo, estado civil, educação, vínculo empregatício, renda, naturalidade, participação nas atividades e condições do acolhido no momento do desligamento, vertente religiosa, capacidade de atendimento, quantidade de profissionais de nível superior atuantes e localização.

Análise dos Resultados

Os dados obtidos através do sistema online de monitoramento foram armazenados em um formato de planilha do programa Excel. A análise destes dados envolveu a adaptação (exclusão dos dados de identificação pessoal dos participantes) e avaliação de consistência do banco de dados e a posterior conversão para o pacote estatístico (STATA SE 13). Razões de prevalência, desvios padrão e análises multivariadas de associação foram calculados utilizando o índice de significância de 0,05.

Resultados

Os dados analisados neste estudo, proveniente de um sistema de monitoramento de Comunidades Terapêuticas no estado de São Paulo, são referentes a dados de registros de



indivíduos (n=8109) que foram acolhidos em Comunidades Terapêuticas (n=48) entre o período 2014 e 2016. Estas instituições estavam distribuídas em 41 municípios do estado de São Paulo.

Distribuição de Registros de Indivíduos por Ano			
2014	2015	2016	Total
% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
23,7 (1.920)	33,0 (2.675)	43,3 (3.514)	100,0 (8.109)

Tabela 1 - Distribuição de Registros de Indivíduos por Ano

Distribuição de CTs por ano		
2014	2015	2016
(n)	(n)	(n)
34	38	48

Tabela 2 – Distribuição de CTs por Ano

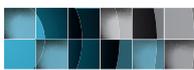
Perfil das instituições avaliadas

As instituições avaliadas faziam parte do escopo de instituições que recebiam financiamento público estadual, bem como receberam supervisão e monitoramento trimestralmente.

De acordo com os dados da Tabela 3, 45,8% das CTs possuem como vertente religiosa o ecumenismo, além de 85,4% dessas instituições atenderem ao público masculino, e estarem localizadas na região rural (62,5%). Em relação os profissionais que trabalhavam nessas organizações, todas as instituições possuíam no mínimo 02 (dois) profissionais de nível superior. Observa-se também que a maioria (54,2%) das CTs são de porte médio, com capacidade de 31 a 60 vagas.

Caracterização das CTs	
Vertente Religiosa	Número de vagas disponíveis
Ecumênico 45,8%	Até 30 35,4%
Católico 27,1%	31 a 60 54,2%
Evangélico 25,0%	61 a 120 10,4%
Espírita 2,1%	
Total Profissionais Nível Superior	Público Alvo
2 22,9%	Masculina 85,4%
3 20,8%	Feminina 10,4%
4 22,9%	Mista 4,2%
5 14,6%	
Acima de 6 18,8%	Localização
	Rural 62,5%
	Urbana 37,5%

Tabela 3 – Característica das CTs

*Perfil dos indivíduos acolhidos em CT*

De acordo com os dados da Tabela 4, no período analisado (2014 a 2016), 91,5% do público atendido era homens, e 8,3% mulheres. Observa-se que os registros de atendimento do público transgênero iniciaram-se a partir de 2015, correspondendo 0,2% (n=17) da amostragem total. Considerando a idade dos indivíduos, a média é de 37 anos de idade.

Em relação ao nível de escolaridade, 48,2% do total da amostra possui ensino fundamental e 35,5% da amostra possui ensino médio. Vale ressaltar também que 12,8% da amostra nunca estudou.

Observa-se também que 70,7% dos indivíduos eram solteiros e 12,4% separados ou divorciados.

Vale ressaltar que 73,4% dos indivíduos, no momento do acolhimento, não possuíam vínculo empregatício, bem como 87,2% não possuíam renda.

Por fim, 24,3% da amostra eram paulistanos, enquanto 56,0% dos indivíduos nasceram em outros municípios do estado de São Paulo. Além disso, 19,7% da amostra nasceram em outros estados.

Características Sócio Demográficas				
	2014	2015	2016	TOTAL
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Sexo				
Homens	94,6 (1.816)	90,5 (2.420)	90,6 (3.185)	91,5 (7.421)
Mulheres	5,4 (104)	9,2 (245)	9,2 (322)	8,3 (671)
Transgênero	0,0 (0)	0,4 (10)	0,2 (07)	0,2 (17)
TOTAL	100,0 (1920)	100,0 (2675)	100,0 (3.514)	100,0 (8109)
Educação				
Nunca estudou	12,9 (139)	13,3 (339)	12,4 (422)	12,8 (900)
Fundamental	48,6 (865)	47,9 (1.216)	48,4 (1.641)	48,2 (3.722)
Médio	34,9 (621)	35,5 (901)	35,5 (1.205)	35,5 (2.727)
Ensino Técnico ou Superior	3,7 (66)	3,3 (83)	3,7 (125)	3,5 (274)
TOTAL	100,1 (1.691)	100 (2.539)	100,0 (3.393)	100,0 (7.623)
Estado Civil				
Solteiro	71,3 (1.369)	71,9 (1.922)	69,5 (2.441)	70,7 (5.732)
Casado/Amasiado	15,8 (304)	15,6 (416)	16,2 (569)	15,9 (1.289)
Separado/ Divorciado	12,2 (235)	11,4 (304)	13,3 (467)	12,4 (1.006)
Viúvo(a)	0,6 (12)	1,2 (33)	1,1 (37)	1,0 (82)
TOTAL	100,0 (1.920)	100,0 (2.675)	100,0 (3.514)	100,0 (8.109)
Vínculo empregatício				
Não	75,0 (1.441)	73,6 (1.968)	72,2 (2.539)	73,4 (5.948)



Sim	25,0 (479)	26,4 (707)	27,7 (975)	26,6 (2.161)
TOTAL	100,0 (1.92)	100,0 (2.675)	99,9 (3.514)	100,0 (8.109)
Renda				
Não possui	93,7 (1.798)	88,5 (2.367)	82,6 (2.904)	87,2 (7.069)
Ate 1 SM	3,4 (66)	8,0 (215)	11 (388)	8,3 (669)
1 SM ou mais	2,9 (56)	3,5 (93)	6,3 (222)	4,6 (3,71)
TOTAL	100 (1.920)	100,0 (2.675)	99,9 (3514)	100,0 (8.109)
Naturalidade				
São Paulo Capital	31,9 (547)	24,5 (613)	20,2 (680)	24,3 (1.840)
São Paulo Interior	48,3 (828)	56,1 (1.402)	59,8 (2.018)	56,0 (4.248)
Outro	19,8 (340)	19,3 (483)	20,0 (674)	19,7 (1.497)
TOTAL	100,0 (1.715)	100,0 (2.498)	100,0 (3.372)	100,0 (7.585)

Tabela 1 - Características Sócio Demográficas

Descritivo das Intervenções

Conforme apontado na Tabela 5, observa-se que as Comunidades Terapêuticas que participaram do financiamento público estadual, possuíam em seus projetos terapêuticos institucionais diversas atividades de sociabilidade, recuperação e acolhimento social, dentre elas, destaca-se “Apoio Psicossocial”, “Atividade de Auto Cuidado e Sociabilidade”, “Conscientização sobre Dependência de Substâncias Psicoativas (SPA)”, “Atividades Lúdico-Terapêuticas”, “Atividades Artísticas, Recreativas, Culturais e/ou Desportivas”.

Observa-se que mais de 90% da amostra total participaram de três atividades: Apoio Psicossocial (96,4%), Conscientização sobre Dependência de SPA (92,3%) e Espiritualidade (95,2%).

Mais de 80% da amostra participaram das atividades: Auto Cuidado e Sociabilidade (88,4%), Lúdico-Terapêutica em Grupo (85,1%) e Individual (88,7%), e Recreativas, Artísticas, Culturais e/ou Desportivas (85,1%).

As atividades que possuíram as menores taxas de participação foram “Geração de Renda e Trabalho”, com a participação de 30,4% do total da amostra, e a atividade “Prática Inclusiva de Capacitação, Aprendizagem e Formação Profissional” com participação total de 46,0%.



Participação em Atividades de Sociabilidade, Recuperação e Acolhimento Social				
	2014	2015	2016	TOTAL
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Apoio Psicossocial	96,7 (1.710)	95,8 (2.297)	96,7 (3.172)	96,4 (7.179)
Auto Cuidado e Sociabilidade	87,8 (1.685)	85,7 (2.293)	90,7 (3.189)	88,4 (7.167)
Conscientização sobre Dependência de SPA	92,3 (1.610)	91,7 (2.170)	92,7 (3.012)	92,3 (6.792)
Elaboração PAS/PTS ou PIA	63,5 (1.061)	71,5 (1.612)	77,0 (2.362)	72,0 (5.035)
Espiritualidade	95,0 (1.649)	95,5 (2.260)	95,0 (3.090)	95,2 (6.999)
Geração de Renda e Trabalho	26,8 (382)	29,7 (560)	32,8 (899)	30,4 (1.841)
Lúdico-Terapêutica – em Grupo	88,3 (1.479)	88,7 (2.000)	80,7 (2.487)	85,1 (5.966)
Lúdico-Terapêutica – Individual	88,5 (1.478)	89,5 (2.022)	88,4 (2.761)	88,7 (6.261)
Prática Inclusiva de Capacitação, Aprendizagem e Formação Profissional	43,6 (635)	48,7 (986)	45,9 (1.332)	46,0 (2.953)
Recreativas, Artísticas, Culturais e/ou Desportivas	85,4 (1.436)	85,7 (1.941)	84,6 (2.666)	85,1 (6.043)
Reestabelecimento de Vínculos Familiares	74,0 (1.233)	80,3 (1.768)	81,4 (2.502)	79,3 (5.503)

Tabela 2 - Participação em Atividades de Sociabilidade, Recuperação e Acolhimento Social

Desfechos no desligamento

A Tabela 6 apresenta o desfecho dos indivíduos no desligamento, saída ou alta da Comunidade Terapêutica, ou seja, as condições em que o acolhido estava, notadamente em relação ao destino e condição de auto sustento.

Observa-se que 54,7% dos indivíduos no momento do desligamento da CT, retornaram ao convívio familiar. Deste grupo que retornaram ao convívio familiar, 21,4% saíram com condições de auto sustento e 33,3% sem condições de auto sustento.

Do total da amostra, 10,9% dos indivíduos, no momento do desligamento não retornaram ao convívio familiar nem possuíam condições de auto sustento.



Desfecho dos Indivíduos no Desligamento				
	2014	2015	2016	TOTAL
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Não há registro da informação / Não houve tempo hábil	34,1 (642)	27,0 (704)	24,2 (757)	27,6 (2103)
Retornou ao convívio familiar e em condições de auto sustento	17,6 (331)	20,5 (532)	24,5 (768)	21,4 (1631)
Retornou ao convívio familiar, mas sem condições de auto sustento	31,5 (593)	34,9 (908)	33,1 (1035)	33,3 (2536)
Não retornou ao convívio familiar, mas em condições de auto sustento	3,5 (66)	5,0 (130)	4,8 (152)	4,6 (348)
Não retornou ao convívio familiar, e sem condições de auto sustento	12,0 (225)	11,1 (290)	10,1 (318)	10,9 (833)
Serviços Sócio-assistenciais (Albergue, República, CT, Centro POP, CRAS, etc)	1,2 (23)	1,1 (29)	2,7 (84)	1,8 (136)
Óbito	0,00 (0)	0,3 (08)	0,3 (08)	0,2 (16)
Detenção / Reclusão Sistema Prisional	0,1 (01)	0,1 (03)	0,3 (09)	0,2 (13)
TOTAL	100,0 (1881)	100,0 (2604)	100,0 (3131)	100,0 (7616)

Tabela 3 - Desfechos dos Indivíduos no Desligamento

Discussão

A implementação de um sistema de monitoramento nas Comunidades Terapêuticas permitiu avaliar a execução dos serviços prestados bem como observar o perfil dos indivíduos que foram acolhidos nessas instituições.

O conhecimento aprofundado do perfil dos indivíduos acolhidos nas CTs e o monitoramento da prestação desses serviços são fundamentais para a elaboração de estratégias de acolhimento e de reinserção social mais eficazes, bem como para aumentar os índices de adesão e sucesso terapêutico.

O perfil das CTs avaliadas no processo de monitoramento também condiz com o estudo realizado pelo IPEA (2017), visto que os dados convergem em relação a distribuição de vagas, público alvo atendido e localização das instituições, sendo a maioria inserida em área rural. Cabe salientar que em relação à orientação religiosa, observa-se que diferente do apontado pelo IPEA, a maioria das CTs avaliadas no presente estudo são ecumênicas.

Considerando as atividades desenvolvidas pelas CTs durante o processo de tratamento, a literatura mostra que as CTs favorecem uma vivência terapêutica para se buscar de forma ativa as soluções da própria vida juntamente ao processo de evolução pessoal nas áreas emocionais, sociais, podendo ser reintegração familiar e social e acadêmicas/profissionais. O desenvolvimento



de atividades grupais e o aconselhamento individual realizados nas CTs provem aos residentes oportunidades de expressar sentimentos e resolver problemas de ordem pessoal e social. Estes processos aumentam a comunicação e as habilidades interpessoais trazendo autoanálise e confrontação de comportamentos e atitudes como alternativa a padrões prévios. Somando-se a isso, as terapias cognitivas podem ser empregadas para áreas específicas como prevenção de recaídas, noções jurídicas, tratamento de trauma e transtorno de estresse pós-traumático (DE LEON; PERFAS; JOSEPH; BLUNT; 2015).

Assim, ao observar as atividades realizadas pelos indivíduos, durante o processo de tratamento nas Comunidades Terapêuticas, nota-se que tais instituições possuem em sua construção metodológica, uma série de atividades que corroboram para que as práticas terapêuticas mantenham-se em conformidade com a literatura, bem como com as legislações e regulamentações dos serviços, notadamente a Resolução CONAD 01/2015, visto que organiza atividades no âmbito de capacitação, promoção de aprendizagem, promoção de auto cuidado e sociabilidade, desenvolvimento de espiritualidade, atividades recreativas, dentre outras.

Embora o perfil sócio demográfico dos usuários tenha demonstrado uma necessidade de qualificação dos indivíduos, para facilitar o processo de reinserção social – baixo índice de escolaridade dos usuários (61,0% dos usuários não estudaram ou possui ensino fundamental) e ausência de vínculo empregatício (73,4%) – as instituições ainda precisam melhorar muito no que diz respeito ao oferecimento de atividades relacionadas à geração de renda e trabalho (30,4%) e capacitação/qualificação profissional (46,0%).

No âmbito do perfil sócio demográfico dos dependentes químicos acolhidos em Comunidades Terapêuticas, embora sabe-se que o perfil varia em função de sua região e tipo de instituição de acolhimento, percebe-se uma tendência quanto a alguns aspectos, sexo masculino (91,5%), adulto (37 anos), solteiro (70,7%), bem como a alta prevalência de indicadores de vulnerabilidade social, dentre eles, baixo grau de escolaridade (61,0% dos indivíduos nunca estudou ou possui ensino fundamental) e ausência de renda (87,2%) e ausência de vínculo empregatício (73,4%), conforme também é apontado no Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA), notadamente no relatório do perfil dos frequentadores da Cena de Uso da Região da Luz – Cracolândia (2020).

No momento do desligamento na Comunidade Terapêutica, os desfechos dos usuários, considerando os índices de vulnerabilidades sociais, permitiu observar um impacto na vida dos acolhidos, notadamente no que diz respeito ao retorno do convívio familiar e a condição de auto sustento. Observa-se que as Comunidades Terapêuticas têm desenvolvido de atividades para o reestabelecimento de vínculos familiares (79,3%). Ao observar o desfecho no momento do desligamento, observa-se que no momento do desligamento, 54,7% dos indivíduos retornaram ao convívio familiar. Isto permite corroborar estudos que têm apontado o envolvimento da família como preditor de sucesso da dependência química (PAZ; COLOSSI. 2015).

O desfecho de retorno a família com condições de auto sustento pode ser considerado o indicador mais relevante em termos de sucesso de reinserção social. Destaca-se que o índice de



21% para este indicador está acima de uma série de estudos longitudinais com populações em tratamento para estimulantes, uma vez que geralmente espera-se índices entre 15 a 20% (SINHA, 2015).

De forma geral os resultados encontrados apontam para índices consideravelmente bons, no que se refere a indicadores de participação de atividades, a caracterização do perfil sócio demográfico dos usuários e o desfecho dos indivíduos no momento do desligamento. Entretanto, as limitações do referido estudo apontam para o viés de preenchimento dos dados, além do viés de ser um estudo de instituições que estão em um processo diferenciado regulamentação, o que não vai necessariamente ser representativo das Comunidades Terapêuticas no Brasil.

Conclusão

O presente estudo permitiu observar a importância de ter um modelo de monitoramento para os serviços de Comunidades Terapêuticas, notadamente para aquelas que recebem financiamento público. O sistema de monitoramento implantado nas CTs permitiu avaliar os serviços durante o período de 2014 a 2016, avaliando as atividades ofertadas durante o processo de tratamento dos usuários dos serviços, bem como traçar o perfil tanto dos usuários quanto das instituições, bem como os desfechos dos indivíduos no momento do desligamento. Este estudo aponta o ineditismo de avaliação e monitoramento dos referidos serviços, visto que não há outros estudos desta magnitude e robustez desenvolvidos no país.

A avaliação contínua de indicadores sobre os serviços prestados, bem como sobre os diversos aspectos do perfil e relacionados à recuperação dos indivíduos, permitirão o monitoramento da eficácia e efetividade destes equipamentos. Ademais, este monitoramento também permitirá a identificação de modelos de acolhimentos que apresentam melhores resultados, podendo assim implementar protocolos de acolhimentos mais efetivos e baseados em evidências. Portanto, conformidade e monitoramento são possíveis para as Comunidades Terapêuticas.



Referências

DE LEON, G. A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método. Ed. Loyola, 2003

DE LEON, G.; PERFAS, F; ALOYSIOUS, J.; BUNT, G.; (2015) Therapeutic Communities for Addictions: Essential Elements, Cultural and Current Issues, ResearchGate 63:1030-1038

DE LEON, G. (2010.) Is the Therapeutic Community an Evidence Based Treatment? What the Evidence Says. Therapeutic Communities: the International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations · January 2010

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2017

NIDA. 2020, June 9. What Are Therapeutic Communities? Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities> on 2020, November 17

PAZ, F.M.; COLOSSI PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estud Psicol.* 2015 Sep 10];18(4):551-558. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a02v18n4.pdf>

PERRON, P. Fatores associados à recidiva e abandono do tratamento de dependentes químicos: um estudo longitudinal em duas Comunidades Terapêuticas. Botucatu 2019

SINHA, R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Curr Psychiatry Rep*, 13(5), 398-405. doi:10.1007/s11920-011-0224-0

SMITH LA, GATES S, FOXCROFT D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005338. doi: 10.1002/14651858.CD005338.pub2. PMID: 16437526.