



**RATIO – FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

OSVALDINA BERTOLDO DE SOUSA

**O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL DESENVOLVIDO PELA  
CLÍNICA VILA SERENA JUNTO AOS JOVENS EM SITUAÇÃO DE  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO MUNICÍPIO DE EUSÉBIO – CEARÁ.**

FORTALEZA - CE

2018

OSVALDINA BERTOLDO DE SOUSA

O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL DESENVOLVIDO PELA CLÍNICA VILA  
SERENA JUNTO AOS JOVENS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO  
MUNICÍPIO DE EUSÉBIO - CEARÁ

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Lauriene Marreiro Rodrigues

FORTALEZA - CE

2018.1

OSVALDINA BERTOLDO DE SOUSA

O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL DESENVOLVIDO PELA CLINICA  
VILA SERENA JUNTO AOS JOVENS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA  
QUÍMICA NO MUNICIPIO DE EUSÉBIO - CEARÁ

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. M.s Lauriene Rodrigues Marreiro (Orientador)  
RATIO - Faculdade Teológica e Filosófica

---

Prof. M.s Aline de Araújo Martins  
RATIO - Faculdade Teológica e Filosófica

---

Prof. Esp. Andressa Pereira da Silva Fernandes  
RATIO - Faculdade Teológica e Filosófica

## AGRADECIMENTOS

Gratidão especial aos meus pais: Maria Creusa Bertoldo e Raimundo Bertoldo (*in memoriam*). Por terem deixado vivo em nós o sonho de alcançar a formatura no ensino superior! Meu pai sempre dizia: “não quero meus filhos trabalhando no sol”... e minha mãe completava... “Quero meus filhos trabalhando com a caneta!

A minha família, irmão Kleber Muniz, sobrinha Esmirna Muniz, Jania Muniz cunhada, e amigos.

Agradeço a minha orientadora Profª. M.S Lauriene Marreiro Rodrigues, pela sua excelente orientação e paciência e por toda dedicação na construção desse trabalho.

Aos caros Professores da banca, Prof. M.s Aline de Araújo Martins e Andressa Pereira da Silva Fernandes, que tão prontamente aceitou meu convite, de contribuição valiosa para este trabalho.

Aos meus caros Professores Keula Xavier, Marliane Moura, por seus ensinamentos ao longo dessa trajetória acadêmica e por toda dedicação e atenção para com seus alunos.

A instituição Clínica Vila Serena por prontamente aceitar minha pesquisa, neste espaço de luta e recuperação para dependente químico, por partilhar suas experiências e profissionalismo para a conclusão deste trabalho de pesquisa.

A Faculdade Ratio, por todo o aprendizado e dedicação aos alunos, a coordenadora do curso Profª. Ms Virzângela Paula Sandy Mendes, por seus valores éticos e participação na vida acadêmica de seus alunos.

Aos colegas da turma 107 e 109 pelo companheirismo e muita paciência, pelas alegrias e dores compartilhadas.

“À Deus....

A Nossa Senhora Rainha do céu e da terra  
(totus tuus). Eu sou toda tua Maria”

## RESUMO

Este trabalho trata de uma das expressões da questão social que mais tem se ampliado e alcançado visibilidade na sociedade capitalista contemporânea, qual seja: o uso abusivo de drogas e questão da dependência química. Tal crescimento tem provocado e exigido respostas tanto por parte da sociedade civil como por parte do Estado. Dessa forma, registramos nas últimas duas décadas um conjunto de estratégias de enfrentamento a esta questão, sobretudo no âmbito das políticas públicas. Neste cenário, as chamadas clínicas de recuperação e comunidades terapêuticas tem alcançado relevância no debate junto a representantes governamentais e familiares. Neste contexto, registramos que a pesquisa social refletida neste estudo buscou observar as particularidades da realidade cearense. Para isto, apresenta como objetivo geral: Compreender em que consiste o trabalho social desenvolvido pela Clínica terapêutica Vila Serena junto aos jovens em situação de dependência química. A Clínica Vila Serena está localizada no município de Eusébio, região metropolitana de Fortaleza – Ce. Quanto aos objetivos específicos, registramos: identificar as principais estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional da Clínica Vila Serena junto aos jovens em situação de dependência química, analisar os principais desafios e avanços obtidos pelo trabalho social realizado pela instituição, registrar de que forma a família dos jovens participa do trabalho social desenvolvido pela instituição. Nesse trabalho utilizamos como metodologia a abordagem qualitativa com uso de pesquisa bibliográfica e de campo. As técnicas que foram utilizadas foram a observação e a entrevista, para poder complementar esse trabalho. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da clínica vila Serena e o critério utilizado para a escolha dos mesmos foi o tempo de experiência. Quanto aos principais resultados destacamos: Que profissionais da Clínica Vila Serena reconhecem que bastante complexo para o qual apresentam expressivo compromisso e forte vínculo afetivo tecido no percurso da história de suas próprias vidas e de seus familiares. O Cotidiano de trabalho é repleto de muitos desafios entre os quais destacamos: Aprimoramento de legislações específicas para maior eficiência no fluxo de atendimento no âmbito institucional (público e privado) que se associa ao processo de estigmatização e preconceito presente na sociedade. Isto traz obstáculos importantes para a oferta de serviços e para eficácia do tratamento junto à população.

**Palavras-chaves:** Comunidades Terapêuticas. Dependência Química. Política sobre Drogas.

## ABSTRACT

This paper deals with one of the expressions of the social question that has broadened and reached visibility in contemporary capitalist society, namely: drug abuse and the issue of chemical dependence. Such growth has provoked and demanded responses from both civil society and the state. Thus, in the last two decades we have recorded a set of strategies to deal with this issue, especially in the context of public policies. In this scenario, the so-called recovery clinics and therapeutic communities have reached relevance in the debate with governmental and family representatives. In this context, we recorded that the social research reflected in this study sought to observe the particularities of the state of Ceará. For this purpose, the general objective is: To understand the social work developed by the Vila Serena Therapeutic Clinic with the young people in a situation of chemical dependency. The Vila Serena Clinic is located in the municipality of Euzébio, metropolitan region of Fortaleza - Ce. With regard to the specific objectives, we identified: the main strategies developed by the multiprofessional team of Clínica Vila Serena with the young people in a situation of chemical dependency, to analyze the main challenges and advances obtained by the social work carried out by the institution, to record how the family of young people participates in the social work developed by the institution. In this work we use as methodology the qualitative approach with the use of bibliographical and field research. The techniques that were used were observation and interview, in order to complement this work. The subjects of the research were the professionals of the clinic village Serena and the criterion used to choose them were the time of experience. Regarding the main results we highlight: That professionals of the Vila Serena Clinic recognize that they are quite complex for which they have expressive commitment and strong affective bond woven in the course of the history of their own lives and their relatives. The daily life is full of many challenges, among which we highlight: Enhancement of specific legislation for greater efficiency in the flow of care in the institutional area (public and private) that is associated with the process of estimation and prejudice in society. This poses important obstacles to the provision of services and to the effectiveness of treatment among the population.

**Keywords:** Therapeutic Communities. Chemical Dependency. And Policy on Drugs.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEP/CONEP - Conselho Nacional de Saúde  
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas  
COEAD - Conselhos Estaduais Antidrogas  
COMAD - Conselhos Municipais Antidrogas  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas  
CT - Comunidades Terapêuticas  
FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas  
FETEB - Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas  
FENNOCT - Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas  
IPECE - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará.  
IHA - Índice de Homicídios na Adolescência.  
IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.  
OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
RDC - Resolução da diretoria colegiada  
SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas  
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UNODEC - Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crimes

## LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Espaço arborizado .....	22
Imagem 2 – Piscina e Área de Lazer .....	23

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. DETALHAMENTOS DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA .....	18
2.1. Construção do objeto de pesquisa: Coragem para enxergar além da dor .....	18
2.2. Aspectos Metodológico da Pesquisa .....	20
2.3. O Campo e os Sujeitos .....	22
3. COMUNIDADES TERAPEUTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM OLHAR SOBRE A QUESTÃO DA JUVENTUDE E DAS DROGAS .....	26
3.1. Comunidades Terapêutica: breves registros históricos .....	26
3.2. Drogas e sua trajetória .....	30
3.3. Juventude e Políticas sobre Drogas .....	36
4. REFLEXÕES SOBRE A VILA SERENA .....	40
4.1. Aspectos históricos sobre a Clínica Vila Serena: Clínica ou comunidade .....	40
4.2. Estratégias da Clínica Vila Serena .....	41
4.3 As estratégias de tratamento da Clínica Vila Serena: Narrativas da equipe multiprofissional .....	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	51
REFERÊNCIAS .....	53
APÊNDICES .....	56
ANEXOS .....	58

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história os significados e os efeitos do uso de drogas apresentam profundas contradições, mudanças e transformações. Na antiguidade, povos e culturas tradicionais a usavam para fins medicinais, religiosos, festivo e para o estímulo do prazer. (BRASIL, 2017)

Na cultura brasileira, sobretudo na época da colonização, a população nativa utilizava-se de erva (com componentes psicoativos e propriedades alucinógenas) como forma medicinal e para a busca de prazer. Com o passar dos anos, constata-se que o uso de forma descontrolada, abusiva e continuada das drogas, constitui um perigo à ordem pública e social, sendo caracterizada como um problema de saúde pública, relacionado a um conjunto complexo de problemas e com diversas consequências: pessoal, saúde, familiar, profissional, social entre outros. Nota-se, no entanto, que tais problemas têm sido mais recorrentes junto ao segmento jovem em nosso país. (BRASIL, 2017)

Na contemporaneidade, a inserção das drogas e seus múltiplos usos na lógica de mercado capitalista, provocou sua produção em escala industrial. Sobretudo, porque sua produção e consumo se complexificaram, pois estão inseridos numa imensa cadeia produtiva com envolvimento de trabalhadores e consumidores por todo o mundo.

Assim, as drogas, como produto de consumo, expressam as contradições de uma sociedade de classes e passam a serem compostas por uma diversidade de produtos químicos, sintetizados em laboratórios, tanto aqueles amparados legalmente com forte investimento de tecnologia, como laboratórios clandestinos, considerados ilegais.

Neste cenário complexo participam de modo central, o capital das indústrias farmacêuticas, consideradas uma das maiores cadeias produtivas da sociedade capitalista contemporânea, entre as quais se inclui as pesquisas científicas e as pesquisas médicas em todo o mundo. (BRASIL, 2017)

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID, em 2010, após a conclusão do "VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada nas Capitais Brasileiro", relata que ocorreu uma queda de 49,5 % no uso de drogas ilícitas entre estudantes da rede pública do País, isso em comparação com a última pesquisa, realizada em 2004.

Ainda segundo OBID (2017) o cálculo levou em consideração o uso, continuado ou não, no ano, de solventes/inalantes, ansiolíticos, anfetamínicos, cocaína, maconha, crack e anticolinérgicos. Somente a cocaína não apresentou redução de consumo.

Dessa forma, variadas pesquisas indicam que o público alvo mais atingido por tal situação são os jovens que ao invés de viverem a sua adolescência como um período de descobertas: físicas, psíquicas, social e afetivo se deixam levar por uma experiência nada construtiva no campo das drogas lícitas ou ilícitas.

Segundo o IPECE (2015), o Estado do Ceará no ano de 2001 estava ocupando o 18º lugar com a maior taxa de homicídios entre as 27 unidades federativas, e no ano de 2012 saltou para o 3º lugar, atrás apenas de Alagoas e Espírito Santo.

Segundo o IBGE (2010), as desigualdades sociais como um dos principais condicionantes para o aumento da violência. Fatores relacionados à falta de infraestrutura urbana, precariedade de serviços públicos, péssimas condições de habitação e baixa renda domiciliar, podem colaborar para o cenário de criminalidade urbana.

Na mesma perspectiva, Santos (2009), aponta que os indicadores vinculados à dinâmica populacional, distribuição de renda, pobreza, educação e infraestrutura são amplamente utilizados em estudos sobre os determinantes da taxa de homicídios. Segundo a OMS (2010), o consumo de drogas causa 500 mil mortes por ano.

Desse público alvo, os mais atingidos pelo uso de drogas, em sua extensão, são os jovens. No caso dos jovens de periferia observa-se uma maior incidência de danos, sobretudo pelo entrelaçamento do consumo com complexas organizações criminosas ligadas ao tráfico drogas. Ademais, na periferia tais fatores de consumo, estão associados ao baixíssimo acesso às políticas de proteção social que atendam suas necessidades específicas tais como: formação profissional, trabalho e renda, saúde, educação e cultural etc.

Os jovens de classe média e alta também são atingidos, “seduzidos” pelo uso das chamadas drogas e práticas ilícitas, sendo que, em menor grau de usualidade. Estes também são seduzidos pela falta de informação, pelas falsas promessas de que as drogas não causam dependência imediata. Além disso, são fortemente atraídos e influenciados sua rede de socialização mais próxima tais como: a escola, o bairro, amigos mais próximos, vizinhos, mídia e redes sociais. (BRASIL, 2017)

Ventura et al. (2009), relata que o uso de drogas ilícitas é assunto de extrema importância, pois causa danos sociais e econômicos afetando o desenvolvimento dos países. As drogas ilícitas são analisadas em diversos projetos e são objeto de diretrizes de ação estabelecidas por organizações internacionais/nacionais, Não governamentais e governamentais, surgindo a necessidade de refletir na introdução de leis e políticas públicas nacionais sobre o tema.

A problemática do aumento no consumo de drogas e, conseqüentemente, da comercialização e ou tráfico, é a relação entre os moradores das comunidades e à exposição das conseqüências desse contexto, que é marcado por problemas sociais, econômicos, legais, e de saúde, que envolvem violências e criminalidade, problemas no trabalho e desagregação de famílias. (REIS & OLIVEIRA, 2015)

Para Reis & Oliveira (2015), algumas comunidades estão mais expostas às drogas de abuso, e ao impacto decorrente do seu uso, ampliando a percepção e a discussão sobre os problemas sociais existentes e o impacto das drogas na qualidade de vida e saúde da população, o que faz com que as elevadas taxas de homicídio relacionadas ao uso e comercialização de drogas sejam a ponta do iceberg da violência social.

Mostrando assim, a real percepção da violência, onde o resultado é a exposição frequente a imagens violentas nos meios de comunicação, e ao testemunho de atos violentos na própria comunidade, fortalecendo a crença que a violência é o desfecho natural e legítimo para muitos conflitos sociais vividos pelos usuários de drogas. (REIS & OLIVEIRA, 2015)

Assim, notamos que esse ato de “socializar-se” articulado ao consumo de entorpecente que se alastra de forma exponencial se constitui com uma das expressões dramáticas da questão social neste estágio avançado da sociedade capitalista, pautada no: consumo exacerbado, no individualismo, no fetiche das mercadorias que coisificam os sujeitos sociais, tal como sugere Iamamoto. (REFERÊNCIA LIVRO CAPITAL FETICHE)

O abuso de drogas entre os jovens tem sido uma das questões que mais afligem a sociedade contemporânea. Assim, ao ganhar amplitude de questão social, tornou-se um demanda de saúde pública. Dessa forma, o Estado Brasileiro tem direcionado ações para o tratamento de pessoas com dependência química através da formulação de legislações e ofertas de serviços públicos.

Ventura et al. (2009), mostra que as Convenções das Nações Unidas sobre estupefacientes e drogas psicotrópicas, ratificadas pela maioria dos países do mundo, formam a base da legislação internacional sobre drogas, fazendo com que através destas determinou-se, que os países signatários deveriam tipificar como infração penal a posse e a compra de estupefacientes para consumo, permanecendo o enquadramento legal sujeito, entretanto, aos princípios constitucionais e aos sistemas jurídicos nacionais.

Contudo, é necessário reconhecer que o uso indevido de drogas e seu tratamento no âmbito das políticas públicas brasileira é recente, pois, historicamente esta questão era tratada como “caso de polícia”. Por isso não havia diferenciação de ações de repressão ao usuário e/ou dependente ou traficante. Esta diferença nas intervenções públicas passou a ser gradativa

e aos poucos passa a adquirir novas concepções e estratégias junto à população com dependência química, tais como: para ações de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social. Porém, mantendo a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. (VENTURA et al., 2009)

Quanto à legislação brasileira em relação às drogas notam-se avanços, saindo de um sistema totalmente proibicionista para um sistema menos repressor no que diz respeito aos usuários de drogas. O comportamento dos usuários de drogas é afetado por conta dos Tratados Internacionais, leis e políticas nacionais, uma vez que geram sanções a comportamentos considerados ilícitos. (VENTURA et al., 2009)

Consideramos como marco principal desse processo, a criação, somente em 1998, da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, que agrega o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, relacionando-se com os Conselhos Estaduais Antidrogas - COEAD e Conselhos Municipais Antidrogas - COMAD.

Assim, as intervenções públicas no Brasil são organizadas pelo Ministério da Saúde através do fortalecimento de rede de assistências à pessoas usuárias de álcool ou de drogas. A principal forma de atendimento e tratamento é ofertada por Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, CAPS - AD como forma de tratamento as pessoas com dependência química. (BRASIL, 2017)

Diante de tal realidade, a prevenção e o tratamento daqueles que se submetem ao uso de substâncias psicoativas, tem provocado a necessidade de especialização e do aprimoramento técnico de diversas áreas intervenção profissional: psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais entre outros trabalhadores da saúde.

As iniciativas de atendimento de acompanhamento de pessoas com dependências químicas e seus familiares e amplifica para fora da rede de atendimento direta do Estado e alcança instituições privadas e não governamentais que também compõem a rede de atenção a esta população. Neste caso, alcançam centralidade, as chamadas Comunidades Terapêuticas – CTs.

As CTs são consideradas espaços facilitadores e proporcionadores do tratamento para os usuários dessas substâncias psicoativas onde os profissionais são fundamentais. Sobretudo, porque acumulam experiência e constroem o processo de recuperação mediado por um conjunto complexo de estratégias multidisciplinares que apresentam o diálogo e o processo reflexivo como um pilar comum entre os profissionais. (SENAD, 2010)

Assim, a equipe multiprofissional atua numa realidade contraditória, uma vez que para dar respostas às demandas, sua prática é determinada tanto pelas condições histórico-conjunturais quanto pelos limites que a realidade impõe aos profissionais. (SENAD, 2010)

Outro segmento social essencial ao tratamento das pessoas com dependência é a família do usuário de drogas, sejam lícitas ou ilícitas. Pois, enfrenta os medos e desafios referentes à: descoberta e diagnóstico, aos estigmas e preconceitos, à adesão ao tratamento e aos processos de conflito, alteração de comportamento, violência e criminalidade que pode atravessar o consumo entre outros aspectos tais como a questão financeira. Contudo, a família é parte integrante do processo saúde global da família. (SENAD,2010)

Ora, a partir dessa breve aproximação com a temática, informo que a escolha deste objeto de pesquisa foi motivada por minha experiência pessoal, marcada pela inserção de meu irmão ao mundo das drogas.

Assim como, a maioria dos jovens citados na pesquisa acima, meu irmão passou a usar entorpecentes em uma festa de carnaval, acompanhado, sem dúvida alguma, do uso de bebidas alcoólicas. É relevante considerar que esta prática ocorreu logo após a morte de seu pai, meu padrasto que também era dependente químico e fazia uso de álcool há pelo menos vinte anos. Informo que o relacionamento de meu padrasto com o uso do álcool foi um traço na nossa convivência familiar e, especialmente na experiência conjugal de minha mãe. Contudo, esta prática abusiva de álcool ainda não havia alcançado o sentido doença, sendo naturalizada no contexto de nossas relações familiares e sociais.

As experiências pessoais e pesquisas que realizamos relativas a esta temática evidenciam que a grande maioria das pessoas que vivenciam perdas, traumas, sofrimentos psíquicos severos, tendem a utilizar de forma abusiva as drogas. Muitas vezes, tais usos funcionam como uma estratégia de suportar a convivências com tais acontecimentos da vida. Contudo, como na grande maioria dos casos, nós, os familiares têm muitas dificuldades de perceber sintomas e sinais de dependência, e isto também contribui para o agravamento da doença.

Assim, quando o diagnóstico ficou claro para os familiares e, sobretudo para os filhos, decidiram juntamente com ele, buscar e participar do tratamento. Todo o processo foi resolvido com o consentimento dele.

Decidimos que iríamos a um local, ou alguma comunidade que oferecesse tratamento. Após essa decisão, adesão ao tratamento, ele se recuperou. Hoje, ficamos contentes em registrar que este ano faz 4 anos, aproximadamente, que ele está “limpo”. Isto significa que

está consciente de seu processo de dependência, e que está conseguindo evitar completamente o consumo por todos esses anos.

É válido salientar que foi ao longo desta experiência familiar que o processo de aproximação e pesquisas de tratamento para pessoas com dependência química foi ganhando maior interesse na nossa trajetória acadêmica, onde elegemos como foco central o trabalho social desenvolvido pelas comunidades terapêuticas.

Diante desse percurso, registramos que este trabalho tem como objetivo geral: Compreender em que consiste o trabalho social desenvolvido pela Clínica Terapêutica Vila Serena junto aos jovens em situação de dependência química. E teremos os seguintes objetivos específicos: identificar as principais estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional da Clínica Vila Serena junto aos jovens em situação de dependência química, analisar os principais desafios e avanços obtidos pelo trabalho social realizado pela instituição, registrar de que forma a família dos jovens participa do trabalho social desenvolvido pela instituição.

Dessa forma, ao colocarmos com centro da análise as estratégias trabalho desenvolvidas pela Comunidade Vila Serena, elegemos as seguintes categorias de análise: Comunidade Terapêutica, drogas, Jovens Dependentes Químicos, Políticas sobre Drogas no Brasil.

Para isto, recuperamos as contribuições de Goffman (2011), para compreendermos as chamadas comunidades terapêuticas. Ora, o autor ao tratar sobre instituições prisionais, religiosas e de saúde e, sobretudo, sobre populações estigmatizadas, trouxe importantes reflexões para a análise do objeto em questão quando cita que “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhantes, separados da sociedade, mas ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Souza (2009) é outro autor considerado neste estudo, ao analisar jovens da periferia de classe baixa, registra que estes não tem a mesma liberdade que os jovens da classe média, alta, pois os da classe pobre não escolhem suas estratégias, já os da classe alta podem escolher, havendo assim uma grande desigualdade de classes.

Para a realização desta investigação social adotamos uma abordagem qualitativa, pois será através dela que poderemos compreender melhor as questões subjetivas e particulares dos sujeitos na qual iremos realizar a pesquisa, pois a partir dessa abordagem, poderemos trabalhar o universo dos significados como aponta Minayo (2001).

Realizamos pesquisa bibliográfica e de campo. Após todos esses passos, foi realizada a pesquisa de campo na Comunidade Terapêutica Vila Serena, na cidade de Eusébio – CE. Informamos ainda que, a Comunidade Vila Serena está presente também em outros estados como Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo. Foi inaugurada em 1997 no Eusébio, município do Ceará, distante a 30km da capital Fortaleza.

Para a coleta de dados junto aos sujeitos, adotamos as condutas éticas requisitadas pela pesquisa com seres humanos previstas na Resolução 510/2016. Pois, de acordo com a presente resolução é muito importante o consentimento do participante de forma consciente e livre. Esta resolução fala sobre os aspectos éticos da pesquisa em ciências humanas e sociais, do processo de consentimento e do assentimento, do registro e dos rios do procedimento de análise ética no sistema CEP/CONEP, do pesquisador responsável das disposições transitórias.

Quanto aos sujeitos da pesquisa, elegemos os profissionais que atuam na referida comunidade Terapêutica, são eles: Assistente Social, Estagiária de psicologia e o Monitor.

Os depoimentos foram gravados, transcritos, sendo todo o material guardado a posterior e incinerado após um período de cinco anos. Depois de realizada toda a leitura dos questionamentos de forma integral, realizamos a leitura cuidadosa de cada depoimento, procurando identificar os aspectos significativos sobre a temática de interesse. Serão levados em consideração os discursos que convergiram e divergirem e faremos uma comparação entre os pensamentos dos entrevistados sobre o tema proposto, e utilizaram-se alguns de seus depoimentos no decorrer da pesquisa.

Os resultados da pesquisa qualitativa serão analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdos de Bardin. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que pretende interpretar as comunicações, através da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo presente nas comunicações. (BARDIN, 2011)

Bardin (2011) apresenta três fases para a realização de Análise de Caso: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

Na primeira fase, após a transcrição dos questionários, o material registrado será submetido a uma leitura inicial. Na segunda fase, que consiste da exploração do material, as transcrições serão analisadas e o conteúdo organizado por temas, através de codificação do material, classificação e categorização das respostas. E, na terceira etapa, os resultados obtidos serão tratados e interpretados à luz da literatura.

O presente trabalho está dividido em três capítulos, em que no primeiro falaremos sobre a história das drogas no Brasil, onde trataremos o contexto e, como as drogas começaram a

fazer parte do nosso cotidiano. No segundo capítulo, abordaremos as comunidades terapêuticas e as famílias das pessoas com dependência química em processo de tratamento. E, no terceiro capítulo, apresentaremos os principais resultados com a interlocução de profissionais da Clínica Vila Serena.

Ao final realizamos considerações com a síntese dos resultados obtidos pelo estudo.

No próximo item abordaremos o detalhamento do processo de construção do objeto e o percurso metodológico no qual apresentaremos como metodológico da pesquisa.

## 2. DETALHAMENTOS DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Nesse capítulo iremos discorrer sobre os aspectos metodológicos da pesquisa, para isso, iremos dividir o capítulo em três partes: na primeira apresentamos o processo de construção do objeto da pesquisa. Na segunda, discorreremos de forma mais detalhada as escolhas e procedimentos metodológicos necessários ao desenvolvimento da investigação e, na terceira parte, esclarecemos, de forma breve, a experiência com a pesquisa de campo e do perfil dos sujeitos entrevistados.

### 2.1. Construção do objeto de pesquisa: *Coragem para enxergar além da dor*

Para falar um pouco sobre meu<sup>1</sup> o objeto de pesquisa preciso narrar alguns aspectos da minha história. Após o falecimento do meu pai, minha mãe casou com meu padrasto que sofria de dependência química (álcool), mas nunca se reconheceu como doente. Diante disso, minha mãe lutou muito para ajudá-lo, mas o mesmo não conseguia aceitar ajuda e isto provocou o fim de seu casamento.

Anos depois, tivemos a descoberta igualmente desafiante, de que meu irmão mais novo estava usando drogas. Ora, para ele, tudo começou como o uso recreativo, aos 17 anos numa festa de carnaval com os amigos em Aracati - Ce. No início, de forma escondida, como geralmente acontece num ciclo de esconderijo. Como o passar do tempo, veio a descoberta de que estava dependente, e isto causou um transtorno para todos da família.

A escolha do meu objeto de pesquisa se deu através de um processo de encontro comigo mesma. As dores e sofrimentos vivenciados por mim e por minha família, bem como a de outras pessoas com problemas semelhantes, motivou não apenas a construção desse objeto, mas a minha busca pela formação em Serviço Social.

Outro aspecto determinante para esta escolha, diz respeito ao processo de discriminação das pessoas que vivenciam o processo de dependência química e, sobretudo, a curiosidade por conhecer estratégias de enfrentamento desta problemática.

É válido registrar que a formação em Serviço Social foi fundamental para a compreensão da dependência química como uma das expressões da questão social. Isso significa, entre outras coisas, evitar um olhar culpabilizante dos indivíduos desconectando-os do processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas. E, sobretudo, isto

---

<sup>1</sup> Peço licença ao leitor para usar o verbo na 1ª pessoa por se tratar de minha aproximação com o objeto da pesquisa.

significa a afirmação dos valores do Projeto Ético Político da profissão, pautados no respeito à vida, à diversidade, à democracia para afirmação dos direitos sociais e luta incessante pela dignidade humana.

Nessa caminhada, a busca pela espiritualidade foi estruturante para minha família, especialmente para minha mãe, com sua devoção a Nossa Senhora, que foi fundamental para que encontrasse recursos emocionais para suportar as perdas familiares e a dependência química do meu irmão. Para mim, era um grande duplo desafio: compreender a raiva e o medo de perder o meu irmão por conta uso de drogas.

Nesta trajetória, em minha família, eu e minha mãe, chegamos a um impasse, por maior fé e devoção que tivéssemos não estávamos encontrando saídas pra ajudar meu irmão! Isso aconteceu quando começamos a sentir medo de conviver com meu irmão, sobretudo porque para consumir a droga ele precisava frequentar a “boca de fumo” (lugar onde vendem drogas), e não nos sentíamos seguras em casa e em nenhum lugar da cidade. Diante disso, eu busquei através da internet informações sobre oferta de Serviços para pessoas em situação de dependência química, foi quando me interesse pela proposta da Clínica Vila Serena.

Em seguida, fomos conhecer a Clínica Vila Serena e ao chegarmos lá fomos bem recebidos e a pessoa que nos atendeu nos mostrou a estrutura física do espaço, as normas e tudo sobre a clínica. Após a visita, percebemos que meu irmão ficou muito contente, pois a conversa com os profissionais na Clínica o fez perceber que toda a família estava doente! E que quando aceitou ajuda, isso significava que era uma estratégia de ajudar toda a família a encontrar formas de superar o sofrimento. Depois de decidirmos, cito que foi uma decisão de toda a família, meu irmão passou quatro meses internado na Clínica Vila Serena em processo de tratamento.

Durante o processo de internação fazíamos visitas a ele, dias de quarta e domingo, e percebíamos gradualmente sua melhora. Desde então, registramos que há quatro anos ele está livre do contato com as drogas. Dentre as principais estratégias para alcançar tal resultado, destacamos: o apoio de sua família sua esposa e filha, e, sobretudo a sua participação regular no grupo de Narcóticos Anônimos - NA, onde segundo seus relatos busca forças para resistir a cada dia. Dentre os diversos aprendizados que nossa família adquiriu ao longo do tratamento e da convivência com as diversas formas de enfrentamento da dependência química, registramos: a compreensão de que não é adequado o termo ex-drogado, porque aprendemos que as pessoas que deixaram o consumo regular são adictos em recuperação e os familiares

são co-depedentes<sup>2</sup>.

Outro aprendizado importante diz respeito aos nossos relacionamentos e convívio social, pois em nossa casa, muitos jovens, mulheres e homens que enfrentaram a dependência química passaram a ser nossos amigos e participar de nossa convivência. Esta convivência está relacionada ao fato de que durante o tratamento aprendemos a frequentar grupos de recuperação relacionados à dependência química, onde escutamos depoimentos e histórias de superação, frustração, derrotas e recomeços. Tais processos são fundamentais para a saúde de nossa família e para o nosso convívio social.

A construção desse objeto de pesquisa me permitiu ampliar meu olhar e saltar de meu lugar como uma familiar que vivenciou esta questão, para a condição de pesquisadora desse tema. Ao fazer isso, percebi que não se trata de uma questão singular de minha família, trata-se de uma questão coletiva. Vejo na luta de meu irmão a luta de todos!

Diante dessa trajetória resgatamos algumas questões que nortearam a construção desse objeto de pesquisa, são elas: Em que consiste o tratamento para pessoas com dependência química ofertada pela Clínica Vila Serena? Quais as principais estratégias de trabalho desenvolvidas durante o tratamento? Em que consiste o trabalho social desenvolvido pela equipe multiprofissional da Clínica Vila Serena? Quais os principais desafios encontrados ao longo do tratamento? O que são as chamadas comunidades Terapêuticas no contexto da oferta de serviço da Política Nacional sobre Drogas implantadas no Brasil?

A partir do próximo tópico abordaremos a questão dos aspectos metodológicos escolhidos para assim podermos realizamos a pesquisa de campo.

## 2.2. Escolhas metodológicas

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e exploratória, que segundo Gil (2010): “essa pesquisa têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. O mesmo autor coloca que a maioria das pesquisas realizadas assume um caráter de pesquisa exploratória.

Por esse motivo, neste estudo utilizamos a pesquisa exploratória, uma vez que busca um maior conhecimento do tema escolhido, proporcionando maior simplificação e, assim, tornando-se o mais claro possível aos participantes da pesquisa.

---

<sup>2</sup> **Codependência:** é um termo da área de saúde usado para se referir a pessoas fortemente ligadas emocionalmente a uma pessoa com séria dependência física e/ou psicológica de uma substância (como álcool ou drogas ilícitas) ou com um comportamento problemático e destrutivo (como jogo patológico ou um transtorno de personalidade). Acessado em <http://www.codabrasil.org.br/o-que-ecodependencia-2/> acesso 17/06/2018

O caráter qualitativo desta pesquisa caracteriza-se por trabalhar como “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de dados considerados qualitativos” corresponde a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2010)

A coleta de dados foi realizada no mês de março de 2018 por meio de entrevista semiestruturada onde se elaborou um roteiro que contemplaram perguntas de forma tematizadas e semiestruturadas, apresentando perguntas abertas onde o entrevistado teve a possibilidade de discorrer o tema proposto.

O campo de pesquisa foi realizado na Clínica Vila Serena, que foi inaugurada em 1997, no município de Eusébio, na Rua: Luís Simões, N° 15, na antiga residência do governador do Estado, sendo a maior das vilas, com capacidade para até 120 residentes. A clínica é um sistema de franquias, pois a matriz é em São Paulo e ela faz parte dessa rede de atendimento. Os sujeitos participantes das entrevistas foram os profissionais da Clínica Vila Serena com maior tempo de experiência, esse foi o critério utilizado para podermos colher, as informações com maiores precisão. Sendo os entrevistados: Assistente Social, Estagiária de Psicologia e o Monitor.

Quanto aos aspectos éticos, seguimos as recomendações previstas na resolução 510/16 do CNS, que descreve quatro princípios da bioética: beneficência, não maleficência, equidade e justiça. O referencial da beneficência pode ser traduzido como a proporção razoável dos riscos e benefícios que a pesquisa deve respeitar. Informamos ainda que todos os participantes aceitaram participar da pesquisa e foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, impresso em duas vias, onde a primeira ficou com o entrevistado e a segunda com a pesquisadora. Nesse termo se afirmou que seus nomes seriam fictícios e que seriam substituídos pelos cargos que ocupam na instituição, como Estagiária de Psicologia, Monitor, e Assistente Social, para preservar-lhes a identidade e garantir seu anonimato. Dessa forma, o benefício deve se sobrepor ao risco, para que a pesquisa seja eticamente aprovada e desenvolvida. O respeito à autonomia da pessoa humana descreve o fiel cumprimento da aplicação adequada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os referenciais da justiça e da equidade preconizam que toda pesquisa deve trazer resultados sócio humanitário positivo e que se revertam para a coletividade, além de orientar que os desiguais sejam tratados de maneira igualitária. (BERNARD, 1998)

Conforme descrito na Resolução 510/16, uma das responsabilidades do colegiado é realizar atividades educacionais e consultivas para o desenvolvimento de senso crítico em

torno da ética em pesquisa. Essa resolução estabelece, ainda, que toda instituição que procede a pesquisas com seres humanos deve ter instituir um comitê, assim como, condições adequadas para o seu funcionamento.

A partir do próximo tópico apresentaremos o campo de pesquisa que foi realizado na Clínica Vila Serena e os entrevistados que foram os profissionais, na qual utilizamos os critérios de maior tempo de experiência.

### **2.3. Trajetória da Pesquisa de Campo e o perfil dos Entrevistados**

A Clínica Vila Serena do Eusébio, como já apresentada anteriormente é uma franquia da rede Vila Serena com Matriz no Estado de São Paulo. Apesar de ser uma franquia a mesma é considerada a maior de todas as outras franquias com capacidade para até 120 residentes. (SITE DA CLINICA VILA SERENA 2018)

A Clínica Vila Serena é um lugar muito bonito, arborizado, com piscina, academia, cozinha, muito espaço para caminhada, chalés separados para homens e mulheres, pois, uma das regras da Clínica é que não pode existir relação amorosa entre os internos. A casa grande possui enfermaria, sala de jogos e cinema. Apresentaremos a seguir através de imagens o espaço físico da clínica.

**Imagem 1 – Espaço Arborizado**



**Fonte:** Site da Clínica Vila Serena, 2018.

## Imagem 2 – Piscina e Área de Lazer



**Fonte:** Site da Clínica Vila Serena, 2018.

A clínica atualmente tem aproximadamente 60 residentes entre homens e mulheres com idade variada de 18 a mais de 60 anos. Durante o dia eles convivem todos juntos, mas a noite dorme em chalés separados, pois existe essa separação dos dormitórios.

A minha primeira inserção em campo ocorreu no dia 19 de março de 2018, por volta das dez horas da manhã, em pleno um sábado, pois foi o dia disponível dos profissionais para a entrevista.

Neste dia, ao sair de um plantão de 12 horas realizado em uma instituição de saúde de Fortaleza, fui com o coração cheio de esperança e rumo ao conhecimento, apesar de muito cansada, nervosa, mas com fé que tudo iria dar certo!

Peguei uma topic no centro da Cidade de Fortaleza em direção ao município de Eusébio, desci no caminho que leva a clínica, e fiz o restante do percurso a pé. Enquanto eu caminhava uma tira da minha sandália quebrou, isso me deixou nervosa, mas não me passou pela cabeça em desistir! Prossegui o caminho e, logo em seguida, a outra tira da minha sandália também quebrou, parece brincadeira, mas é verdade. (risos)... Fui investida de meu papel de pesquisadora e cheguei finalmente à Clínica.

Fui recepcionada pelo monitor da clínica e pela enfermeira. Para a minha surpresa teria que passar o dia todo lá, pois seria uma entrevista pela manhã e outra à tarde. Pela manhã, fiz a entrevista com o monitor e à tarde com a acadêmica de psicologia. Fui convidada para almoçar, onde prontamente aceitei.

No dia 10 de abril de 2018, pude realizar minha entrevista com a Assistente Social da clínica, na qual devido a vários compromissos a mesma não pôde me atender na clínica, e me convidou até sua residência, localizado ali próximo ao Shopping Via Sul. Da mesma forma saí de um plantão de 12 horas e contei com a ajuda de um amigo de trabalho que me conduziu até o lugar de destino, pois o mesmo trabalha como moto táxi.

Cheguei ao meu destino por volta de oito e trinta da manhã, e fui prontamente atendida pela Assistente Social, uma senhora de 73 anos de idade, e que ama o que faz, pude ver isso nos seus olhos e perceber na sua fala, a entrevista durou cerca de uma hora e meia, e na sua fala, o amor a profissão, fruto de 19 anos dedicados a esta causa ficou nítido.

Durante esta entrevista ela relatou que no início o engajamento com o trabalho da clínica estava diretamente ligada ao fato de seu esposo ser um adicto em recuperação, por uso de álcool. Além disso, ela também relatou que seu filho adicto em recuperação, também por fazer uso de drogas, e nessa conversa percebemos que é possível ter uma vida longe do álcool e outras drogas. E como a nossa história se parece acredito que isso facilitou muito a minha entrevista com a mesma, pois ela conhece meu irmão e sabe de toda sua trajetória na clínica.

Em certo momento ela fala emocionada de sua carreira profissional e os preconceitos ainda existentes, quanto aos dependentes químicos, nesse momento nós nos emocionamos juntas, nos abraçamos uma compartilhando a dor uma da outra, foi surreal, foi uma experiência gratificante, foi maravilhosa. A entrevista durou por cerca de 2 horas. Sua história fez com que eu ficasse com o coração leve e agradei a Deus por conhecer uma mulher batalhadora, guerreira e que não se deixa abater pelos desafios da vida.

No dia 26 de abril de 2018, retornei à Clínica Vila Serena, para concluir a entrevista, mesmo após novamente sair de um plantão de 12 horas, esgotada, mas sabia que era necessário concluir esta etapa. Mas devido às mudanças que ocorrem no campo a entrevista teve que ser desmarcada, fez com que eu não pudesse concluir a pesquisa nesse dia. Mas como sabemos, essa mudança faz parte e, considero que pode enriquecer a pesquisa, pois pude perceber ainda mais o quanto é difícil, mas se faz necessário.

Para facilitar a aproximação com os sujeitos da pesquisa e com o cotidiano vivenciado na clínica, escolhi o dia de domingo para mais uma vez ir a campo, era dia 29 de abril de 2018. Desta vez fui acompanhada com meu irmão, pois ele estava de folga.

Ao chegarmos à clínica, fomos bem recebidos, pelo monitor e pela técnica de enfermagem que logo reconheceu meu irmão, notei que ficou à vontade entre os residentes, pois conhecia alguns que ali estavam residindo, pois muitos deles fazem parte do grupo do qual meu irmão é engajado.

Nesse dia, estava tendo um churrasco e fomos convidados a participar e aceitamos. A entrevista fluiu maravilhosamente, e tudo saiu como o esperado, meu irmão ficou conversando com os conhecidos e eu fiquei com o monitor para concluir a entrevista.

E assim pude concluir minha experiência de campo, após ter ido a clínica por três vezes, e realizar a entrevista na casa da Assistente Social. Após esta experiência, sinto muita gratidão por todos, por mais esta etapa concluída, e pelo apoio dos profissionais e residentes que generosamente contribuíram com a minha pesquisa.

Apresentamos a seguir o perfil dos profissionais entrevistados durante a experiência de campo: Perfil do Entrevistado 1, Estagiária de Psicologia - Tem 26 anos, natural de Fortaleza - Ceará, cursa o oitavo semestre de Psicologia na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), e está na clínica há um ano. A mesma afirma que está na clínica por ser co-dependente, e por isso se interessou por este campo, e afirma que está gostando muito, dizendo que é isso que ela deseja para a sua carreira profissional. Quanto ao perfil do Entrevistado 2, Monitor - Tem 35 anos de idade, é natural da cidade de Maranguape - Ceará, ainda não terminou sua faculdade, mas diz ser um adicto em recuperação, e que quando começou a fazer uso das drogas acabou abandonando a faculdade na qual estava cursando administração de empresas. O mesmo afirma que fez vários cursos na área da dependência química como: curso de monitor terapêutico, formação em monitoria em clínica e comunidade terapêutica. Já trabalhou em outras instituições e atualmente exerce o cargo de monitor na Clínica Vila Serena. O perfil do Entrevistado 3, Assistente Social - Tem 73 anos de idade, é natural de Fortaleza - Ceará, possui ensino superior completo, sua formação profissional é em Serviço Social, fez pós-graduação em dependência química pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). A mesma atua como Assistente Social na Clínica Vila Serena, e faz atendimento individual e de grupo fora da clínica, sendo atualmente aposentada, continua atuando com toda força e vigor e ama o que faz.

No próximo capítulo apresentamos breves reflexões sobre as comunidades terapêuticas e sua relação com a Política Nacional sobre Drogas no Brasil conferindo ênfase a questão da dependência química entre os jovens.

### **3. COMUNIDADES TERAPEUTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM OLHAR SOBRE A QUESTÃO DA JUVENTUDE E DAS DROGAS**

Neste capítulo iremos refletir sobre as comunidades terapêuticas, mostrando a sua importância no processo de recuperação dos adictos em álcool e outras drogas, assim como, também traremos o conceito de drogas e sua trajetória, e por fim abordaremos as políticas públicas no enfrentamento as drogas que passou a ser considerado um caso de saúde pública que afeta o conjunto da sociedade brasileira.

#### **3.1. Comunidades Terapêuticas: breves registros históricos**

De acordo com o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas – SISNAD (2014), as Comunidades Terapêuticas são entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD (2014), as Comunidades Terapêuticas surgiram por volta do século XX, essas iniciativas se deram em vários países do mundo devido a cada um apresentar suas especificidades e contribuições que pudessem ajudar no estudo do objeto em questão.

De acordo com SENAD (2014), as iniciativas que configuraram maior impacto e que continuam a influenciar a concepção de trabalho que é feita atualmente nas Comunidades Terapêuticas são as realizadas na Inglaterra e nos Estados Unidos. E assim, essas experiências empreendidas na Inglaterra e nos Estados Unidos, puderam ser consideradas como uma verdadeira revolução no campo psiquiátrico.

Sendo que esse modelo da Comunidade Terapêutica Psiquiátrica foi desenvolvido na unidade de reabilitação social do Hospital Belmont, na Inglaterra por volta da metade da década de 1940, onde os atendimentos eram feitos aos pacientes com problemas psiquiátricos que viessem apresentar distúrbio de personalidade duradouro.

Kennard (2003, p. 109), aponta os estudos feitos com profundidade às várias características das Comunidades Terapêuticas Psiquiátricas como estarão descritas a seguir:

Considera-se a organização responsável pelo resultado terapêutico; a organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento; um dos elementos centrais é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição; todos os relacionamentos são

potencialmente terapêuticos; a atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância a comportamentos disruptivos; atribui-se um alto valor à comunicação; o grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade; utilizam-se técnicas educativas e a pressão psicológica para propósitos construtivos; a autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.

Atualmente, essas características não mudaram muito, pois essa é a real intenção das Comunidades Terapêuticas, qual seja: atender o usuário e trabalhar diante de suas demandas individuais para que o mesmo através das atividades realizadas possa ter um retorno mais breve à sociedade. Como foi colocado por Kennard (2003) nos seus estudos sobre as Comunidades Terapêuticas Psiquiátricas.

De acordo com Kennard (2003) na história das Comunidades Terapêuticas, registra-se a importante contribuição de Franco Basaglia, médico, psiquiatra, como precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática.

Basaglia havia ingressando no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, após a Segunda Guerra Mundial. Ao assumir a direção do hospital em 1961, deu início a várias mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma Comunidade Terapêutica. Estas intervenções teriam melhorado as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos pacientes. Contudo, o mesmo percebeu que só a simples humanização do tratamento não seria suficiente, pois existia uma miséria humana criada pelas condições do hospital. E assim, seriam necessárias transformações profundas, tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura. (KENNARD, 2003)

Já na cidade de Trieste, ao norte da Itália, Basaglia, substituiu o tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, para melhor atender aos usuários que dependiam dos tratamentos tanto do hospital como do manicômio tentando assim humanizar esse atendimento. Então, essa rede de atendimento fazia parte dos serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os doentes mentais. (KENNARD, 2003)

Segundo o Kennard (2003), existia outra concepção de trabalho terapêutico com dependentes, cronologicamente anterior à de Jones. Pois, o mesmo é considerado o criador do conceito de Comunidade Terapêutica, senso também desenvolvido por ele um modelo inovador de tratamento psiquiátrico que substituiu o antigo conjunto de normas rígidas e eletrochoques por discussões sociais, filmes educacionais e opiniões sobre vida em comunidades.

Essa outra concepção se deu com Frank Buchman, ministro evangélico luterano, na segunda década do século XX, nos Estados Unidos. Essa fundação era uma organização religiosa. Esse grupo foi inicialmente denominado *First Century Christian Fellowship*, que traduzida quer dizer (primeira comunhão cristã) e sua mensagem central consistia em retornar à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã. Embora os transtornos mentais e o alcoolismo não fossem o foco, mas também foram contemplados, pois os mesmos eram sinais de destruição espiritual. (KENNARD, 2003)

Nesta mesma perspectiva de intervenção, posteriormente, Bill Wilson, que foi um dependente de álcool, através de um amigo cristão, pode acompanhá-lo e se converteu. O mesmo pertencia ao grupo de Oxford na qual esse grupo estabelecia normas éticas muito elevadas para seus membros, incentivando-os a que aspirassem aos quatro absolutos: sinceridade absoluta, pureza absoluta, amor absoluto, e desprendimento absoluto. Mas após sentir um forte desejo de beber, foi orientado a conversar com Bob Smith, outro dependente. E nessa conversa entre os dois homens se dá a fundação, em 1935, da Irmandade Alcoólicos Anônimos - AA, em Akron, Ohio.

A conversa e a troca de experiências entre esses homens nos despertaram mesmos a convicção e de que poderiam ajudar outros dependentes de álcool, e assim, se deu origem ao Alcoólicos Anônimos (AA) , um dos programas de recuperação de dependentes mais difundidos no mundo até hoje. (KENNARD, 2003)

Conforme aponta Kennard (2003), em agosto de 1959, foi lançada a primeira Comunidade Terapêutica Estadunidense, por Charles Dederich, um dependente de álcool em recuperação, que uniu suas experiências de AA a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas, a fim de lançar e desenvolver o programa da Synanon.

O programa tinha como objetivo ajudar o indivíduo a descobrir e alterar atitudes e comportamentos característicos associados à dependência de substâncias psicoativas.

E assim, esse programa foi se difundido em todo o mundo e pôde ser desenvolvido com a ajuda e participação de líderes cívicos, de políticos e profissionais de saúde e assistência social. (KENNARD, 2003)

Segundo Rahm (2001), no Brasil, ainda sob influência do programa da Synanon e da Day Top Village, no ano de 1978 se dá o início às Comunidades Terapeutas com a fundação da Fazenda do Senhor Jesus, na cidade de Campinas – SP. Idealizado pelo Pe. Haroldo J. Rahm, que ao perceber a grande necessidade desse tipo de atendimento aos usuários acabou por acelerar e qualificar a implementação de outras CTs em várias cidades do país.

Segundo Rahm (2001), o número de CTs começou a se expandir no Brasil, mas sem conhecimento e treinamento necessários, e assim, foi possível gerar uma série de movimentos e metodologias regionais tanto para a utilização das técnicas quanto para o desenvolvimento dos programas.

Rahm (2001), afirma que há organizações que se denominam Comunidades Terapêuticas, mas na verdade são apenas espaços de moradia. Por isso, considera que este é um dos fatores que explicam o baixo índice de recuperação entre as CTs. Tais dados podem ser demonstrados por alguns estudos, pois muitas dessas comunidades funcionam de forma clandestina, além de fazerem uso indevido da abordagem, o que dificulta o reconhecimento das Comunidades Terapêuticas – CTs.

Em outubro de 1990, o Padre Haroldo funda a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Para modificar o conceito que a população brasileira tinha das Comunidades, pois até a criação da federação “Comunidades Terapêuticas” era utilizada indiscriminadamente em todo o Brasil, em iniciativas, na maioria das vezes, inadequadas à proposta original. Esta iniciativa guardava a intenção de procurar implementar uma normalização e reconhecimento em todo o país. (RAHM, 2001)

Segundo SENAD (2014), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2001), ao perceber a necessidade de regulamentar o funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, adotou a Resolução da diretoria colegiada, RDC 101/2001 que estabeleceu regulamentação técnica através do documento “exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção as pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substancias psicoativas”.

Assim, a SENAD (2014) registra que algumas federações como a FEBRACT, a Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas - FETEB, a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas - FENNOCT, apontam que existem elementos essenciais, que ajudam na recuperação dos adictos residentes em Comunidade, voltado para a abstinência, que são as seguintes:

Prática da espiritualidade sem a imposição de crenças religiosas; internação e permanência voluntárias, entendidas como uma intervenção que objetiva auxiliar o dependente de substâncias psicoativas (SPA) a reinserir-se e reintegrar-se na sociedade, assumindo suas funções como cidadão, membro de uma família e trabalhador e/ou estudante; ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido técnica e eticamente, livre de drogas e violência, assim como de práticas sexuais (temporariamente, neste último caso); convivência entre os pares, participando ativamente na vida e nas atividades da Comunidade Terapêutica; critérios de admissão, permanência e alta definida com o conhecimento

antecipado por parte do dependente de SPA candidato e de seus familiares/responsáveis; aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela Comunidade Terapêutica, tanto pelos dependentes de SPA como pelos familiares/responsáveis; utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico no processo de tratamento na Comunidade Terapêutica e na recuperação do dependente de SPA; acompanhamento pós-tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação.

De acordo com SENAD (2014), as Comunidades Terapêuticas tem sua origem, no movimento que está ligado à Reforma Sanitária brasileira, que resultou a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. A criação das CTs também está ligada à experiência da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos e dos manicômios.

As Comunidades Terapêuticas passaram a prestar serviço para tratamento de dependentes químicos e familiares após terem passado por várias modificações, tentando se adequarem às necessidades de seus membros.

A partir do próximo tópico abordaremos a trajetória das drogas, apresentaremos também as drogas lícitas e ilícitas conforme a UNODC (2010), trataremos também a questão das drogas como expressão da questão social.

### **3.2. Drogas e sua trajetória**

O consumo de drogas está presente na história da humanidade. Dessa forma seu uso apresenta múltiplos sentidos para a sociedade. Ao partirmos de uma breve recuperação histórica sobre as drogas, consideramos essencial, abordá-la enquanto expressão da questão social na contemporaneidade.

De acordo com Toscano Jr. (2001), a ideia do consumo de drogas não é um fenômeno recente e vem de milhares de anos. A presença das drogas pôde se revelar de várias formas nas sociedades e na história de vida dos homens. A sua presença não está relacionada apenas à medicina e à ciência, mas também à magia, à religião, à cultura, à festa e ao deleite.

Velho (1997) aponta que a relação das sociedades humanas com estas substâncias expressa relação com a natureza e também expressa um processo singular de construção social da realidade. E sendo assim, nenhum desses grupos deixou de registrar algum reconhecimento de alterações significativas de percepção e relação com o mundo a sua volta.

Para Toscano Jr (2001), o homem sempre fez uso dessas plantas alucinógenas, e por isso o mesmo afirma que, essas plantas sempre estiveram relacionadas com o homem. De acordo com o mesmo, só na América foram encontradas cerca de 100 espécies de plantas alucinógenas, já na Europa juntamente com a Ásia foram encontradas somente 10 espécies.

Macrae (2003), fala da cultura da papoula do ópio, que se originou na Europa e Ásia Menor e ficou conhecida como planta da felicidade. E de acordo com registros sumerianos elas existem cerca de 3000 anos a.C. os sumerianos falavam sobre o seu uso medicinal e o próprio Homero o menciona como algo “que faz esquecer o sofrimento” em sua Odisséia.

Afirma que desde a pré-história, várias substâncias psicoativas que são naturais sintéticas que, absorvidas pelo organismo humano, na forma de ingestão, injeção, inalação ou absorção da pele, ao penetrar na corrente sanguínea alcançam o cérebro, e pode afetar equilíbrio e, com isso, provoca em seus usuários reações diferente em uns apatia, em outros à agressividade, sendo bastante relativo dependendo de cada indivíduo. Tais substâncias estão sendo amplamente usadas para diferentes finalidades: estados de êxtase místico, religioso, prazeroso, lúdico e até curativos.

Contudo, a partir da década de 1960, com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) e também de outras doenças transmissíveis, foi possível ter um novo olhar sobre o contexto sociocultural e biopsicossocial dos usuários de drogas. (MACRAE, 2003)

De acordo com Moreno et al. (2009), o álcool é a droga mais antiga que muda mentes e emoções. E pôde ser considerada como droga saudável na idade média, sendo utilizada como terapêuticas. A sua popularização e consequências se deu no século XIX, com a Revolução Industrial. E, com isso, até hoje podemos ver nos lares e em todas as festas a presença do álcool, sendo uma bebida social.

Andrade (2010), afirma que no Brasil a fabricação da cachaça indígena se dava pela fermentação da mandioca chamada cauim, e atualmente ela é fabricada com a cana de açúcar. Sendo que no Brasil essa bebida alcoólica é usada na alegria e na tristeza, e está presente em todas as classes sociais.

Outra droga que é nociva ao ser humano é o Tabaco. De acordo com Amaral (2000), o tabaco é uma planta chamada vulgarmente de erva-santa. Sendo considerado por muitos como um remédio, que servia para várias doenças, como as enxaquecas, pneumonia, chagas, gota, raiva, e também servia para relaxar e como lazer.

Segundo Laranjeira (2003), o consumo de anfetaminas é pouco conhecido. Na década de 1930 ele era fabricado para o tratamento de déficit de atenção e hiperatividade, mas nos últimos 20 anos começaram a ser fabricadas para outras finalidades e não só para fins médicos. O *Ecstasy* é um tipo de anfetamina e é usada em festas como *raives*.

Laranjeira (2003) explica que a cocaína é uma droga que surgiu nos últimos 20 anos. Dela originam-se vários subprodutos, a pasta de coca, crack, e a merla que podem ser

cheirados, injetados ou fumados. Sendo que a cocaína ao chegar ao sistema nervoso central, provoca euforia, bem estar e sociabilidade. Sendo que o uso frequente provoca dores musculares, náuseas, calafrios, e perda de apetite, além de provocar, em longo prazo, o comprometimento dos músculos esqueléticos.

A OBID (2014) registra que a cannabis é uma planta originária da Ásia, cujo nome genérico é cânhamo. No Brasil, a cannabis já foi denominada diamba, e hoje o termo maconha é mais utilizado. A maconha passou a ser considerada no início do século passado como problema social, sendo banida legalmente na década de 1930.

Ainda de acordo com a OBID (2014), o consumo de maconha pode desencadear quadros psiquiátricos temporários de natureza ansiosa, tais como reações de pânico, ou sintomas de natureza psicótica. A maconha é capaz de piorar quadros de esquizofrenia, além da possibilidade de ser um desencadeador da doença em indivíduos predispostos.

Laranjeira (2003) define os solventes, hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos como voláteis, e estão presentes em produtos como, tinta, gasolina, cola, esmalte, removedor, aerossol, verniz. E que se inalados podem apresentar problemas neurológicos graves.

Assim, cada droga utilizada exerce um efeito no organismo do indivíduo que a usa, vale ressaltar que a reação é diferente em cada indivíduo. E se todos tivessem o conhecimento dos efeitos causados ao indivíduo e seus familiares pensariam antes de tentar se aventurar e não experimentariam por curiosidade. Assim, diante do exposto nos interesse agora, refletir como tais substâncias vão adquirindo a classificação de drogas lícitas e ilícitas.

Conforme o Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC, 2014), afirma que as drogas lícitas são aquelas legalizadas, produzidas e comercializadas livremente e que são aceitas pela sociedade. Sendo as principais drogas lícitas o cigarro e o álcool.

Quanto às drogas ilícitas, são aquelas que não podem ser comercializada, pois é proibida pela legislação, e por não serem aceitas socialmente. Alguns exemplos dessas drogas são o crack, cocaína, LSD, heroína e várias outras. E por serem consideradas proibidas, essas drogas entram no país de forma ilegal através do tráfico que promove a comercialização feita sem a autorização das autoridades.

Sobre a definição de droga lícita e ilícita inicialmente, pode até gerar um questionamento quanto à gravidade de uma em relação à outra, onde, a droga lícita seria menos agressiva. Mas sabemos que todas elas sejam lícitas ou ilícitas tem consequência negativa, são danosas às pessoas e provocam a dependência química.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2010), a dependência química é uma doença, porque essa dependência faz alteração na estrutura e no funcionamento normal

da pessoa, trazendo vários prejuízos aos mesmos. De acordo a OMS, a dependência química, não tem causa única, como veremos;

É produto de uma série de fatores (físicos, emocionais, psíquicos e sociais) que atuam ao mesmo tempo, sendo que às vezes, uns são mais predominantes em uma pessoa específica, do que em outras. Atinge o ser humano nas suas três dimensões básicas (biológica, psíquica e social), e atualmente, é reconhecida como uma séria questão social, à medida que atinge o mundo inteiro, e todas as classes sociais. (BRASIL, 2014, p. 03)

Ao analisarmos o conceito de dependência segundo a OMS, podemos reconhecê-la como doença e que é um produto de vários fatores como apontado acima: físicos, emocionais, psíquicos e social, e independente da droga ser licita ou ilícita ela causa a perda de controle do indivíduo em relação à sua vida, causando assim vários prejuízos.

Devido à expansão do uso e da distribuição das drogas é imprescindível programas de prevenção de drogas. De acordo com a SENAD (2014), seguem alguns princípios básicos: modelos de programas de prevenção devem ser desenvolvidos com filosofias definidas: que ofereçam aos alunos informações sobre os efeitos das drogas; devem quando dirigidos à família, valorizar o vínculo familiar, relações familiares, técnicas de comunicação, etc; devem quando para ensino fundamental e médio aumentar as habilidades sociais; proporcionar aos alunos sentimentos positivos de autoestima; oferecer aos alunos habilidades de resistência às pressões negativas; ser vantajosos do ponto de vista do custo-benefício; ser específicos para as diferentes idades e culturas. (SENAD, 2014)

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID (2014), as intervenções podem ser feitas em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária: Na prevenção primária o objetivo é evitar que o uso de drogas se instale ou retardar o seu início. A prevenção secundária destina-se a pessoas que já experimentaram drogas ou usam-nas moderadamente e tem como objetivo evitar a evolução para usos mais frequentes e prejudiciais. Isso implica um diagnóstico e o reconhecimento precoce daqueles que estão em risco de evoluir para usos mais prejudiciais. Já a prevenção terciária diz respeito às abordagens necessárias no processo de recuperação e reinserção dos indivíduos que já têm problemas com o uso ou que apresentam dependência. (BRASIL, 2014)

Esses três níveis de prevenção devem ser contínuos, pois cada um deles vão trabalhar de acordo com a necessidade de cada indivíduo, por isso é de extrema importância essa prevenção primária, secundária e terciária. Portanto, exige que as ações sejam desenvolvidas em vários âmbitos, integradas entre as diferentes áreas sociais.

Tal como aponta Iamamoto (2008), a questão social apresenta múltiplas expressões e embora se expresse no cotidiano como fenômenos isolados aparentemente sem qualquer tipo de conexão entre eles, tais fenômenos tem uma única origem, qual seja: processo de exploração do trabalho pelo capital, como centro do modo de produção da sociedade capitalista.

Nessa direção de análise, tais como apontados na introdução deste trabalho realizaram reflexões e indagações que nos ajudam a compreender: Qual a relação do aumento da dependência química com o processo de alienação e coisificação da vida humana produzida na sociedade capitalista? Qual a relação entre a criminalização do uso de drogas e o processo de subalternização da classe trabalhadora e da população pobre? Qual a relação entre tráfico de drogas, intensificação do consumo, aumento da dependência química e o mercado capitalista? Qual a relação entre tais expressões e as respostas dadas pelos Estados no âmbito das políticas públicas... Qual a relação entre violência, tráfico de drogas, dependência química e o aumento de mortes juvenis na periferia de todo o Brasil? São muitas as conexões possíveis.

Contudo, para este trabalho iremos nos dedicar a refletir sobre a questão das drogas e das políticas públicas. Tendo como foco o trabalho desenvolvido nas Comunidades Terapêuticas.

Souza (2013), fala sobre essa ação do poder público no combate às drogas, se utilizando da obra do sociólogo Alessandro Baratta (1993) que o ajudou a desenvolver argumento que o auxiliou a compreender a temática. Veremos a seguir o relato segundo Souza: Para o sociólogo italiano Alessandro Baratta (1993, p. 197), a política de criminalização de determinadas substâncias psicoativas é um sistema autorreferenciado, ou seja, “um sistema que se autor reproduz ideológica e materialmente”.

Por reprodução ideológica, o autor entende o processo pelo qual cada ator ou grupo de atores de um sistema confirma a imagem que têm da realidade na atitude dos outros atores, estabelecendo uma relação de dependência ideológica uns pelos outros. Já a reprodução material, para Baratta (1993), é o processo pelo qual esse mesmo sistema produz uma realidade cada vez mais parecida com a imagem inicial na qual se baseia e se legitima. Para o sociólogo, é possível entender esse movimento de autorreprodução como uma “profecia autorrealizável”, em que a “reação social criminalizadora” produz a mesma realidade que lhe dá, inicialmente, aval para existir. (BARATTA, 1993, p. 199)

Souza (2013), afirma que a exclusão social, ou a pobreza acaba por levar ao consumo de drogas, estigmatizando assim o usuário, como se as drogas não tivesse alcançado a toda sociedade, o uso de drogas leves pode ocasionar o consumo de drogas mais pesadas.

Essa realidade inicial que o autor reproduz é composta, basicamente, por quatro elementos principais:

- (1) Uma relação necessária entre consumo de drogas e dependência (e a noção de que, necessariamente, o uso de drogas mais leves leva ao uso das mais pesadas);
- (2) A ideia de que os usuários de drogas, em geral, pertencem a uma subcultura diferente da maioria da sociedade, que seria “normal”;
- (3) A certeza do comportamento antissocial e delitivo dos usuários de drogas, que os impediria de ter uma vida produtiva e que os leva à criminalidade; e,
- (4) A noção de que os usuários de drogas se encontram em um estado de doença psicofísica, em que a dependência é irreversível. (BARATTA, 1993, p. 198 apud SOUZA, 1993, p. 22)

Pelo que podemos perceber as políticas públicas consideram a questão das drogas como uma questão social; contudo, não podemos deixar de reconhecer que as ações repressoras de combate ao uso de drogas por meio da violência atingem mais fortemente as comunidades mais pobres.

Sousa (2013), afirma que essa ação repressora do Estado tende a levar há um processo de exclusão social do indivíduo, e o mesmo estando a margem da sociedade pode vir a delinquir, e diante dessa situação o ciclo vicioso se fecha.

Vale ressaltar, que essas ações punitivas estão incorporadas diretamente a realidade de comunidades pobres e também no imaginário da maioria da população, onde em favelas e periferias urbanas é justificável as ações repressoras, por parte de Estado ao consumo e comercialização de drogas. Como se essas comunidades fossem o único lugar de comercialização, pois vale lembrar que as drogas alcançaram toda a sociedade e a diversas classes sociais.

O Estado para tentar justificar essa postura criminalizadora do usuário de drogas fez a substituição da lei nº 6.368, de 1976, que vigorou até meados dos anos 2000.

Tal legislação foi substituída pela lei 11.343, de 2006. Chamada, à época, de “Lei de Tóxicos”.

Segundo Souza (2013), a legislação trazia em seu texto disposições sobre medidas de prevenção e repressão, incluindo um capítulo sobre tratamento e recuperação e algumas considerações sobre medidas educativas. Isso tudo se deu devido à influência de tratamentos internacionais sobre drogas. E assim trouxe um novo elemento ao contexto brasileiro.

Para Souza (2013), essa lógica de combate ao “mal das drogas”, foi a forma escolhida historicamente pelo Estado brasileiro e pelos tomadores de decisão para lidar com a questão, e assim não passava pela lógica das políticas públicas.

Outro aspecto relevante diz respeito às questões relativas ao uso e ao comércio de drogas a partir de um viés jurídico-criminal, não como ações de saúde e assistência social a problemas como o abuso e o uso problemático de drogas, e sim, atuando como medidas encarceradoras ou disciplinares – e não de cuidado e autonomia – e inseridas em marcos normativos repressivos. (SOUZA, 2013)

E assim, podemos entender que essa concepção não deve ser compreendida como absoluta, mas é presente em nossa sociedade. E podemos perceber a disparidade entre os investimentos que são feitos em ações repressoras, ações de polícia e os investimentos que são feitos em ações de prevenção ao uso de drogas na sociedade brasileira.

A partir do próximo tópico apresentaremos as reflexões sobre juventude tendo como foco a análise das políticas públicas sobre drogas e sua capacidade de oferecer respostas à população jovem com dependência química.

### **3.3. Juventude e a Políticas sobre Drogas**

De acordo com Soares (2014), a juventude é uma construção social, o mesmo aponta que os estudos de Philip Ariés (1981), Edgar Morin (2006), Pierre Bourdieu(1983) e outros, apontam para essa afirmação. A juventude pode ser considerada como fase de transição, como um momento dramático, e específico de socialização e integração.

Segundo Abramo (1997), a juventude vem ganhando muito destaque nos últimos anos, tanto na mídia, nos programas e produtos a eles destinados, sem falar nos noticiários relacionados aos problemas sociais.

Gonçalves (2005), afirma que o vínculo funcionalista que faz associação da violência e da criminalidade a juventude surgiu por volta da década de 1920 e é predominante nos dias de hoje. Porém, é necessário refletirmos e superarmos essa visão funcionalista, e colocarmos em debate as perspectiva da juventude. Pois, esses jovens são sujeitos realmente ativos e capazes de agir e refletir. E não apenas serem categorizados como principais responsáveis pelos problemas da sociedade.

A juventude pode ser considerada como uma fase de transição e nessa fase eles buscam exemplos ou modelos fora de casa, e tentam experimentar de tudo buscando o prazer, na qual essa busca pelo prazer é preocupante, pois podemos reduzir ao consumo, e nesse

consumo os sujeitos são descartáveis e também considerados irrelevantes. E assim, a droga aparece para tentar garantir o prazer mesmo que momentâneo.

Sendo assim, Freud (1978), aponta que nossa vida psíquica apresenta oscilações entre uma liberação de prazer relativamente fácil e outra comparativamente difícil, assim, podemos perceber que existe uma luta pela felicidade e pelo afastamento da desgraça onde muitos buscam na intoxicação, e por isso muitos fazem uso de drogas como forma de refúgio. (SOARES 2014).

Nessa busca de se conhecer e na busca incessante pelo prazer, a juventude é a fase mais vulnerável aos vários apelos e aos prazeres momentâneos que as drogas podem oferecer, por mais que sejam por sua atração e pela novidade, ou até mesmo, pela curiosidade de experimentar. Sendo que esses problemas não serão tratados de forma repressora, sendo necessário entender os processos históricos do uso de substâncias psicoativas pelos indivíduos. (SOARES, 2014)

Podemos ver nas propagandas de TVS, filmes, novelas, seriados, o uso de drogas consideradas lícitas, mas também prejudicial à saúde, e são usadas como forma de glamour, sucesso, e beleza. E já o uso de drogas ilícitas é colocado como caso de segurança nacional. Assim, o uso de drogas ilícitas é associado a dor e ao horror da morte, vale lembrar que todas elas são prejudicial à saúde. (SOARES, 2014)

E assim, podemos perceber que o uso de drogas na adolescência geralmente aparece relacionado ao convite e à pressão dos grupos sociais na qual os mesmos fazem parte, e também pela vulnerabilidade e influências dos colegas, e essa aceitação esta muita associada à insegurança que é típica da idade e também por necessidade de ser aceito.

Porém, Schall (2000), a ponta que o uso experimental, mesmo que seja induzido ou não pelo grupo e pela vontade de ser aceito, não é causa imediata do consumo compulsivo.

Consideramos que essas campanhas preventivas ao invés de negar o caráter prazeroso do consumo, deveriam incorporar a realidade e não ignorá-la, devendo fazer de suas campanhas um exercício educacional para com vistas a estimular a autonomia ao sujeito, investindo em políticas que fossem capazes de formar sujeitos sociais capazes de refletirem e agirem por si mesmos, sendo capazes de avaliarem os reais riscos e prazeres.

No que tange às respostas do Estado em relação à temática do consumo de drogas, a Políticas de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas (2011), constituem-se como regulamentações emblemáticas para a nossa análise e um marco da atuação do Governo federal (2011) e representa um grande avanço das políticas públicas.

No campo da execução registra-se a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, órgão responsável por coordenar e integrar as ações do governo relativo à redução da demanda de drogas. Contando com a participação do governo e da população para o realinhamento da política desde 2001, Souza (2006), esclarece que a efetivação das políticas públicas seguem os propósitos do Estado Democrático.

A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. Das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, podemos extrair e sintetizar seus elementos principais:

- . A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz;
- . A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes;
- . A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras;
- . A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados;
- . A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo;
- . A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação. (SOUZA, 2006, p. 05)

Dias (2012), conceitua políticas públicas, como o Estado em ação, é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade. Diante dessa conceituação compreendemos que as políticas desenvolvidas pelo SENAD, inserem-se numa concepção de Estado, onde decorrem as políticas públicas, e do que venha a ser ações de combate à droga. Sendo assim, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD está inserida em uma estrutura maior, insere-se naquilo que denominamos Políticas Públicas, e para que essas políticas ganhem consistência prática, tornem-se ações, os organismos que compõe o Estado atuam de forma a viabilizar as propostas de governo.

Quanto à questão das políticas públicas sobre drogas, estas se inserem no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, criado pela Lei 11.343/06, que em seu artigo 1º descreve o que vem a ser o SISNAD e suas atribuições:

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

O SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, criado pela Lei 11.343/2006, foi regulamentado pelo Decreto nº 5.912/0636. Referido Sistema foi criado para cumprir metas e estratégias que estão elencadas em sua lei instituidora (Lei 11.343/06), mais precisamente no Art. 3º, onde diz que o mesmo tem finalidade de "articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas." (MJ, 2016)

Os órgãos integrantes do SISNAD, são:

I - Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Ministério da Justiça.

II - Secretaria Nacional Antidrogas - SENADA Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, é ligado ao Ministério da Justiça e além de outras atribuições, acompanha atividades que visem a prevenção do uso de drogas; organiza metas e planos de estratégias para conseguir cumprir e acompanhar a Política Nacional Antidrogas; é também responsável em gerir o Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD e fiscalizar o que é feito com a verba desse fundo que é transferida para órgãos que são conveniados.

III - Conjunto de órgãos e entidades públicos, do Poder Executivo Federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, mediante ajustes específicos, que exerçam atividades destinadas à prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

IV - as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas de atenção à saúde e da assistência social e atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares, mediante ajustes específicos. (MJ, 2016)

O esclarecimento do Ministério da Justiça sobre os organismos que compõe as políticas públicas voltadas ao combate às drogas demonstra no seu item IV onde se localiza os organismos da sociedade civil que atuam conjuntamente com os demais órgãos da esfera pública.

No próximo capítulo iremos tratar das reflexões da Comunidade Terapêutica Vila Serena, trazendo os principais resultados obtidos através da entrevista com os profissionais.

## **4. REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: UM OLHAR SOBRE A CLÍNICA VILA SERENA**

Neste capítulo apresentaremos uma síntese dos principais resultados apontados pela pesquisa realizado na Clínica Vila Serena. Dentre os principais aspectos apontados para a reflexão, destacamos os seguintes: Os aspectos históricos sobre a Clínica Vila Serena, Estratégias da clínica Vila Serena, e por fim, As estratégias de tratamento da Clínica Vila Serena: Narrativas da equipe multiprofissional.

### **4.1. Aspectos históricos sobre a Clínica Vila Serena: Clínica ou comunidade terapêutica?**

De acordo com o site da Vila Serena (2018), podemos compreender que a origem da Clínica está ligada à iniciativa de um americano, John Burns que em 1978, recebeu tratamento para o alcoolismo num centro de tratamento em Washington, D.C, Modelo Minnesota.

Ao retornar para o Brasil, Burns encontrou um executivo da Johnson & Johnson do Brasil, interessado no centro de tratamento que desenvolvesse o Modelo americano de Minnesota para seus funcionários e diante disso, emprestou a quantia de US\$ 50.000, para que treinasse uma equipe na Fundação Hazelden em Center City, Minnesota. E por muitos anos mantiveram um relacionamento participando em treinamento aqui e nos Estados Unidos.

A Clínica Vila Serena começou a expandir para outras cidades, especialmente com o advento da Lei nº 9.656, que incluiu tratamento de dependência química nos planos de saúde. Com essa expansão, por sugestão de Peter Rodenbeck, que trouxe McDonald's, Outback Steakhouse e Starbucks para Brasil, adaptou-se o modelo de franquias.

No decorrer dos anos abriram e fecharam diversas clínicas, até aprenderem que para ser um sucesso, uma franquia precisa desenvolver as seguintes características: Paixão, Conhecimento, Energia, Comprometimento. (SITE VILA SERENA, 2018)

O trabalho tem sido difícil considerando que há uma baixa margem de rentabilidade e, porque geralmente tem um funcionário por leito. Além disso, a Vila Serena não aceita doações ou subvenções para manter a finalidade do centro na recuperação do residente que é o melhor marketing. (SITE: CLINICA VILA SERENA, 2018)

Jhon Buss presidente da Vila Serena, afirma que cada vez fica mais claro que dependência é uma condição crônica, e requer apoio a longo prazo, ou em outras palavras,

tratamento não é recuperação. Os cinco centros que temos estão indo bem, adaptando-se a essa realidade. (SITE: CLINICA VILA SERENA, 2018)

Conforme aponta o site da Clínica (2018), no decorrer dos anos, Vila Serena sempre procurou aprofundar seu embasamento teórico. O principal tem sido psicologia arquetípica na visão de Carl Jung e James Hillman. Aqui apresentamos alguns documentos para os interessados.

A Clínica Vila Serena funciona no Estado do Ceará, no município do Eusébio, há 21 anos. Onde fica localizada na Rua: Luís Simões nº 15. Atualmente, a Clínica atua de forma particular, e atende a 60 residentes em processo de recuperação do álcool e outras drogas, e para atender a maioria desse público ela atende por meio de convênio de saúde.

De acordo com o site da instituição (2018), a Clínica Vila Serena, possui convênio com algumas empresas no Brasil, entre elas, podemos citar algumas: Abet, Assefaz, Avon, Bradesco Saúde, Cafaz, Caixa, Cameda, Cassi, CEF, Caprinos, Conab, Correios, Embrapa, Fassincra, Geap Saúde, Infraero, Mediplan, Med Serviço, Notre Dame, Petrobrás S / A, Petrobras Distribuidora, Unibanco - Aig Saúde, Unimed Multiplan, Unimed – Rio, Unimed Uniplano e Rede.

De acordo com o site da Vila Serena Fortaleza (2018), esta entidade constitui-se como uma clínica particular privada, direcionada para o centro de tratamento de dependência química.

#### **4.2. Estratégias da clínica Vila Serena**

De acordo com o site, algumas estratégias podem ser descritas e são desenvolvidas pelos grupos, como: Palestras Médicas, Palestras Informativas, Depoimentos, Avaliação, Dinâmicas, Vídeos, filmes, GT - Grupo Tarefa, GS – Grupo Sentimento, GFR - Grupo Formas de Relacionamento, Plano Terapêutico Individual, Reuniões de AA / NA, entrevistas individuais e familiares - antes e durante o tratamento, Confronto, Plano de pós-tratamento, Plano de vida, Sumário de alta.

Contudo, destacamos a metodologia dos Dozes Passos como uma das principais estratégias de tratamento desenvolvida pela instituição e que articula todo o processo de tratamento e recuperação dos residentes, vejamos a síntese de algumas diretrizes e princípios que norteiam este tratamento:

- . Primeiro passo: Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas;
- . Segundo passo: Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade;
- . Terceiro passo: Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos;
- . Quarto passo: Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos;
- . Quinto passo: Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas;
- . Sexto Passo: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter;
- . Sétimo passo: Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições;
- . Oitavo passo: Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados;
- . Nono passo: Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem;
- . Décimo passo: Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente;
- . Décimo primeiro: Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade;
- . Décimo segundo: Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades. (CODA, 2012, p. 9)

Segundo o site da Clínica (2018), sua metodologia é tratamento grupal baseado nos 12 Passos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos durante um período de internação de 45 a 60 dias ou regime ambulatorial, ambos com um plano de apoio por um ano.

Conforme o site da Clínica (2018), a instituição trabalha com o programa familiar, pois os mesmos afirmam que a dependência química é uma doença que afeta a saúde ou a dependência de todas as pessoas que convivem, na família ou no ambiente de trabalho. E com isso, a clínica apresenta três finalidades do programa familiar que são: “Informar sobre dependência e seu tratamento; Ajudar a família equacionar os impactos dos danos na família; Aprender apoiar o dependente em sua recuperação”.

Conforme o site da Clínica (2018), as técnicas terapêuticas utilizadas são as mesmas utilizadas com o dependente, sendo o programa genérico, porque geralmente, é limitado a quatro ou cinco sessões de quatro horas no sábado. E com esse programa limitado é sugerido aos familiares buscarem grupos de ajuda como o Alanon e Naranon<sup>3</sup>.

De acordo com a pesquisa realizada, o programa é familiarizado, ou seja, é destinado a toda a família do residente, onde trabalha o social, oferecendo uma oportunidade de melhorar

---

<sup>3</sup> Alanon é uma associação de parentes e amigos alcoólicos que compartilham suas experiências, força e esperança, a fim de solucionar os problemas em comum. Acredita que o alcoolismo é uma doença que atinge a família e que uma mudança nas próprias atitudes pode ajudar na recuperação. Acessado em <http://www.alanon.org.br/> acesso 17/06/2018.

Naranom é uma associação que tem o propósito de ajudar famílias e amigos de dependentes químicos acessado em <http://www.naranon.org.br/> acesso 17/06/2018.

a qualidade da vida e o relacionamento com outras pessoas, especialmente com o uso de drogas. O Programa da família é conduzido em cinco sábados consecutivos, das 09h30min às 12h30min, utilizando os recursos: palestras, filmes especializados e discussões em grupos compartilhando com outras pessoas que têm problemas semelhantes.

### **4.3. As estratégias de tratamento da Clínica Vila Serena: Narrativas da equipe multiprofissional**

Neste tópico, apresentaremos os relatos dos entrevistados em dois eixos de discussão. Num eixo procuramos refletir sobre concepção sobre o trabalho desenvolvido na Clínica Vila Serena e sua relação com a execução da Política Nacional sobre Drogas no Brasil. E assim, iremos abordar a concepção da comunidade terapêutica, a relação sobre a criminalização das drogas a concepção da política sobre drogas e o terceiro eixo.

Buscamos conhecer o conceito de Comunidade Terapêutica com vistas a compreender se este conceito abrange ou consegue definir a instituição em questão, tendo em vista a expansão das chamadas CTs em todo o país. Sobre isso o monitor registra que “é um lugar que acolhe os adictos que precisam de tratamento”. (MONITOR, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

A ANVISA (2010) define Comunidade Terapêutica como serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Ao que parece essa definição se aproxima da finalidade da Clínica Vila Serena que trabalha com os 12 passos dos NA, e o tratamento do modelo MinneSotaa (modelo Americano para tratamento a dependentes químicos.) Quanto a história da instituição e ao conceito de comunidade ou clínica, a assistente social e a psicóloga da instituição registram que:

Vila Serena é uma clínica que surgiu em 1999. Era uma rede de franquia de São Paulo a fim de fazer tratamento de dependentes químicos com o auxílios de médicos e trabalho terapêutico mesmo. (ASSISTENTE SOCIAL, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

A sociedade ainda vê a comunidade terapêutica ainda com muito preconceito, por que muita gente não sabe que a dependência química é uma doença. (PSICÓLOGA, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Apesar dos avanços, como a criação da Política Sobre Drogas, das criações dos programas em escolas e propagandas nas mídias, a sociedade ainda tem certo receio, e um preconceito muito forte ainda arraigado sobre a dependência química, pois não consegue compreender como doença e acabam compreendendo de diversas outras formas. Diante

disso, o trabalho socioeducativo continuado com foco das intervenções governamentais junto à sociedade.

Buscamos também conhecer qual a percepção dos profissionais entrevistados sobre a Política sobre Droga no Brasil.

As políticas sobre drogas no Brasil têm sido cada vez mais discutidas, tanto sobre o aumento do consumo, como o aumento da criminalização; nos espaços políticos vem sendo procurado cada vez mais, soluções de como poder controlar isso. (ASSISTENTE SOCIAL, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Podemos perceber que a política sobre drogas tem alcançado certa visibilidade civil, pública e política, pois tem aumentado essas discussões, e o aumento das legislações, uma tentativa de controle do estado para erradicar esse problema, apesar de ser considerado um problema de saúde, e que o tratamento é delicado, sendo necessário todo um acompanhamento profissional para que o adicto possa se recuperar, pois a OMS (2010), afirma que a dependência química é uma doença, e precisa ser tratado.

Diante disso, buscamos conhecer quais os principais serviços, programas e atividades ofertados, quadro de recursos humanos desta instituição, qual o público alvo e os critérios de atendimento para a população.

O serviço que temos dentro da clínica, é de aconselhamento terapêutico, atendimento psiquiátrico, médico, clínico geral e psicológico. Além disso, temos o trabalho da enfermagem que é mais de atenção aos residentes que a gente tem todos os dias atividades voltados para a recuperação, além da condução dos psicólogos e dos conselheiros das clinica, o público alvo da vila serena é de 18 anos até o público idoso. (ESTAGIARIA DE PSICOLOGIA, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Aqui na clínica temos um atendimento diferenciado das demais, pois temos enfermeiros 24hs, atendimento médico, psicológico, terapias, atendimento assistencial. Psiquiátrico um atendimento diferenciado das demais clinicas. (MONITOR, PESQUISA DE CAMPO 2018)

Os serviços prestados aqui na clínica são atendimento com a família, a escuta individual para tentarmos conhecer um pouco mais o paciente, e com toda estrutura de uma clínica, começando pelos profissionais que são capacitados para atender os internos com qualidade. (ASSISTENTE SOCIAL, PESQUISA DE CAMPO. 2018)

O trabalho desenvolvido é feito por toda uma equipe multidisciplinar, como médicos, psiquiatra, enfermeiros, assistente social, e os terapeutas, para assim, poder atender a todos os adictos de forma humanizada, e para demonstrar que é um espaço onde poderão confiar e contar com a ajuda de vários profissionais durante o tratamento.

Pedimos para que os profissionais pudessem registrar como ocorre o tratamento de jovens com dependência química, desde o ingresso até o desligamento ou alta do paciente, com o intuito de sistematizar como ocorre o tratamento realizado pela instituição:

[...] o tratamento que a gente faz é baseado no modelo Minnesota e nos dozes passos de narcóticos e alcoólicos anônimos, isso é feito desde a entrada dele até a saída, desligamento ou alta, aí é feito todo um trabalho dentro da clínica voltado à recuperação do indivíduo. Além dos dozes passos tem uns trabalhos voltados bem para o reconhecimento das pessoas. (ESTAGIÁRIA, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

O tratamento que realizamos aqui na Clínica é voltado aos 12 passos, pois são os princípios que utilizamos para o desenvolvimento da integridade e o cumprimento com os demais. (MONITOR, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Então, essas são as ferramentas utilizadas para ajudar o adicto a se recuperar, os dozes passos são considerados ferramentas positivas que podem possibilitar a recuperação. Sendo assim, são feitas reuniões para tentar ajudar os demais adictos. Já o modelo MineSota é um espécie de programa criado nos EUA, para atender essa população através de profissionais qualificados, pois a dependência química é considerado uma doença e não um sintoma de outra patologia,

Outro aspecto importante encontrado na narrativa dos entrevistados diz respeito aos desafios postos ao trabalho social desenvolvido, especialmente junto aos Jovens com Dependência Química. Buscamos conhecer a rede, os desafios enfrentados pela Clínica e as principais estratégias.

Procuramos também saber mais sobre a rede de atendimento dos usuários de drogas, e pedimos para que os entrevistados pudessem falar um pouco sobre o assunto. Segue os relatos:

A Rede de Atendimento de usuários de drogas como os CAPS AD, fazem o trabalho de manutenção de recuperação.” (ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Sobre a rede de atendimento temos o CAPS AD, que é um componente da rede de atenção em saúde, sendo trabalhado em três aspectos serviço de tratamento diferenciado, espaço voltado para o desenvolvimento indo além do tratamento intramuros, focando na reinserção social e por fim serviço articulador. (ASSISTENTE SOCIAL, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

O atendimento diferenciado desses usuários de drogas se deu a partir dos anos 70 com a reforma da assistência à saúde mental, possibilitando que esses usuários tenham outro tipo de atendimento como aponta Cruz (2007), pois antes esses usuários eram internados nos hospitais mentais para tratamentos e hoje é bem diferente a recuperação dos mesmos.

Neste sentido, os CAPS são fundamentais no processo de tratamento e na visibilidade enquanto direito de atendimento público. Pois passam a ter direito ao acompanhamento médico, psicológicos e não ficam internados, sendo necessários fazerem os acompanhamentos como recomendados pelos médicos.

Apesar de o CAPS fazer parte da rede de atendimento, podemos ver a precarização no serviço, assim como nas políticas públicas, que não conseguem dar conta da demanda e fazendo com que muitas famílias procurem uma clinica particular para tratar dos seus familiares.

Buscamos conhecer qual a percepção dos profissionais atuantes na Clínica, sobre o tráfico de drogas no Brasil. sobre o processo de criminalização dos dependentes químicos. E pedimos para que os mesmo pudessem falar um pouco:

Realmente hoje o tráfico se alastrou como podemos ver hoje em vários noticiários e plataforma da informática, [...] Hoje o dinheiro, o poder, a ganância virou os ídolos das nossas crianças, da grande maioria principalmente das que vivem nas comunidades, das que vivem na periferia e o tráfico está ai tomando de conta, como estas facções. (MONITOR, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Esse crescimento é notório, e tem trazido muitos prejuízos à sociedade civil e pública, podendo ser considerado um caso de saúde pública, pois atinge grande parte da população brasileira, que fazem uso de álcool e outras drogas, aliciando menores para o crescimento desse negócio ilegal e tirando a vida de muitos desses menores. Fazendo da periferia seus reféns, pois se utilizam das condições de vida dessas pessoas para assim, começar a usá-las, principalmente, crianças e adolescentes para esse comércio.

Segundo o Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência (2016), Fortaleza, a quinta capital do Brasil em população, com 2,6 milhões de habitantes, tem o maior Índice de Homicídios na adolescência - IHA. E o Ceará, a oitava unidade da federação mais populosa, com 8,9 milhões de moradores estimados em 2016, está em terceiro lugar entre os estados com mais mortes na faixa etária de 12 a 18 anos. Em 2015, 816 meninos e meninas de 10 a 19 anos foram mortos no território cearense, sendo 387 apenas na capital Fortaleza, segundo a Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social.

Ainda de acordo com o Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência (2016), o incômodo provocado pelas posições que o Ceará e Fortaleza ocupam no ranking de assassinatos de adolescentes levou a Assembleia Legislativa, o Governo do Estado e várias outras instituições do poder público e da sociedade civil a somar esforços e

expertises visando compreender esse fenômeno, por meio da criação do Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência.

Ainda segundo Comitê Cearense pela Prevenção de Homicídios na Adolescência (2016), no ano de 2015 no Estado do Ceará 418 adolescentes de 12 a 18 foram mortos, as pesquisas apontam fortaleza com o maior índice de mortes com 292, Juazeiro do Norte 24, Sobral 20, Maracanaú 32, Caucaia 28, Horizonte 13, Eusébio 9. Dessas mortes 97,95% eram do sexo masculino e 2,05% eram do sexo feminino.

Devido ao grande crescimento de Comunidades Terapêuticas procuramos saber através dos profissionais se entre elas existem articulações, como funciona, quais as principais lutas sociais enfrentadas pelas comunidades terapêuticas. De acordo com os entrevistados:

Aqui no Ceará até existe um envolvimento de algumas, mas no sul eu até vejo muito organizado, eu estou falando muito no sul, por que eu fiz um curso de monitor antes de vir aqui pra vila e foi com o pessoal de Blumenau da Cruz Azul, são pessoas que trabalham lá em comunidades e eles falam muito, deram muito testemunho deles, como é organizado lá, como eles interagem com os CAPS, então há essa interligação maior no sul. (MONITOR, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Podemos perceber que apesar da política sobre drogas incluir nos seus artigos a questão da articulação das redes de atendimento para essas pessoas, pode ver que na realidade isso não acontece, como citado pelo entrevistado. Notamos que o mesmo percebe uma rivalidade entre clínicas e comunidades terapêuticas, Essa falta de articulação prejudica a pessoa que está em busca de tratamento, e a torna ainda mais vulnerável por falta de ajuda profissional.

Dessa forma, conhecer um pouco mais sobre como é a aceitação dos programas realizados pelos jovens internos, na instituição também foi alvo de nossa reflexão junto aos profissionais, vejamos a seguir:

A aceitação que eles têm dos programas realizados é muito boa, até porque a gente é uma clínica voluntária, então a pessoa só fica se ela quiser, então tudo o que a gente sugere o corpo institucional, é feita por eles para que eles possam fazer o tratamento. (ESTAGIÁRIA, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

As atividades realizadas têm sido bem aceitas pelos adictos em recuperação, pois os mesmo reconhecem que necessitam de ajuda, e ao realizarem as atividades, os mesmos podem observar as mudanças, pois as atividades são realizadas para trabalhar de forma lúdica com cada um deles, fazendo com que eles possam refletir e se sentir melhor.

Também procuramos conhecer quais os avanços e desafios observados no trabalho de tratamento junto aos jovens dependentes químicos, realizado na instituição. Vejamos a seguir:

Os avanços dentro do tratamento e da Clínica é que a gente tem ficado através das experiências e dos estudos cada vez mais preparado para receber uma nova pessoa, um novo paciente, de que esteja ali em busca de recuperação, a gente faz ali o acolhimento, buscando sempre trabalhar em cima da pessoa. O que eu acho que a gente ainda pode melhorar, é a questão de nós mesmo, como nós nos sentimos quando um paciente recai e volta, eu acho que isso abala um pouco as pessoas que trabalham na instituição de achar que não fez o trabalho direito. (ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Os avanços são que a Clínica contrata bons profissionais, e tem buscado mais informações, tem trago mais palestras, se atualizar, mudar o dia da visita familiar, (MONITOR, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

A experiência aqui apontada revela a necessidade dos profissionais de terem que estudar muitos os casos de forma individual, pois o trabalho individual é essencial para tentar ajudar os residentes no seu processo de recuperação.

Através da pesquisa buscamos conhecer sobre como ocorre o acompanhamento dos familiares, dos jovens internados na instituição e como é a participação da família nesses grupos de atendimentos, e se os mesmo tem interesse em participar.

O Monitor relata que: “O atendimento das famílias é feito todos os sábados, num programa familiar que é ministrado pelos conselheiros das clinica, é feito esse aconselhamento as famílias, essa é atenção que é dada as famílias de prevenção e também de cuidado”. Enquanto a Assistente Social relata que:

O atendimento a família é feito de forma individual, pois depende de cada residente, uma vez na semana, sendo esse acompanhamento feito por terapeutas e psicólogos, onde é feita atividades referentes a espiritualidade, com meditação, trabalhos emocionais, e trabalhos específicos referente a psicologia, atividades lúdicas com músicas, poesia e outros.

Ao falar sobre o atendimento das famílias dos adictos em recuperação, podemos perceber que a uma preocupação da Clínica em não tratar só o adicto, mas sim toda a família, pois toda ela adoce, nesses encontros com a família, é feito todo um acompanhamento e aconselhamento da parte dos profissionais que trabalham nesse espaço para tentar ajudar a família na recuperação dos mesmos.

Procuramos saber a média de tempo que os jovens internos passam na Clínica, e quais os planos traçados caso haja necessidade de os mesmos terem que passar mais tempo internados. Segundo relatos:

O tratamento aqui da Vila Serena ele geralmente é entrono de 4 meses, variando de paciente para paciente, mas a normalidade é essa, a média de 120 dias para tratamento, mas havendo uma necessidade do paciente em conjunto, por que sempre

é traçado um plano terapêutico, familiar paciente e terapeuta, então pode se estender para 5 meses, 6 meses, 7 meses. (MONITOR, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Trabalhamos aqui de acordo com a Anvisa, o prazo para internação é de 120 dias, mas se houver necessidade conversamos com a família para explicarmos o motivo de ter que prolongarmos os dias de internação, também procuramos saber se é de interesse do residente ficar internado por mais tempo. (ASSISTENTE SOCIAL, PESQUISA DE CAMPO, 2018).

Como é colocado aqui na fala do Monitor, existe um prazo que é em torno de 120 dias para o paciente ficar em recuperação na Clínica, mas esse atendimento varia de pessoa para pessoa, pois na clínica, o trabalho é feito de forma individual tentando atender de forma subjetiva a cada um dos adictos, e se por ventura haja necessidade de ficar mais dias, é feito todo um plano entre adictos, familiares e profissionais.

Como sabemos, o índice de recaída é muito alto, buscamos conhecer através desse trabalho, como procedia a avaliação feita com os jovens que saíram da Clínica e depois retornaram bem como a percepção dos profissionais em relação às quais fatores provocam a reincidência ao uso drogas.

A assistente social cita que:

Na Clínica é feita uma avaliação diária, na qual os terapeutas fazem as orientações necessárias a cada residente e cabe a cada um deles aceitarem ou não das atividades. A recaída ocorre por que o indivíduo está realmente com vontade de uso e não buscou ajuda para poder se manter limpo, quando acontece a volta para a Clínica, a gente procura trabalhar em cima disso o porquê da recaída e ai a gente busca fazer esse tratamento mais voltado para recaída e tentar focar mesmo na recuperação novamente e ver onde a gente errou e ver onde podemos acertar.

O tratamento que a gente faz é baseado no modelo mine sota e nos dozes passos de narcóticos e alcoólicos anônimos isso é feito desde a entrada dele ate a saída, desligamento ou alta, ai é feito todo um trabalho dentro da clinica voltado na recuperação do individuo, além dos dozes passos tem uns trabalhos, voltados bem para o reconhecimento das pessoas, o atendimento das famílias é feito todos os sábados, num programa familiar que é ministrado pelos conselheiros das clinica, é feito esse aconselhamento as famílias, essa é atenção que é dada as famílias de prevenção e também de cuidado. (ESTAGIÁRIA DE PSICOLOGIA, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Nessa avaliação diária busca-se analisar como os residentes estão e se evoluíram, pois isso faz parte do processo de recuperação, para que quando os mesmos venham a sair da clínica não retornem as drogas, mas sabemos que é necessário todo um cuidado, e nessas avaliações são feitas muitas orientações para que os mesmos não venham a recair. Mas quando recaem e voltam à clínica é feito todo um atendimento voltado na recaída, para mostrar que mesmo após a saída deles das clínicas eles não estão imunes e estão sujeitos a voltarem ao uso de drogas.

Dentre as reflexões apontadas pelos entrevistados, registramos de forma sintética como funciona o trabalho da equipe multidisciplinar na instituição em relação a instituição e aos internos:

A nossa equipe é bastante unida, assim, no sentido de que toda semana fazemos reuniões, e procuramos falar como anda a instituição, como anda os pacientes, e saber no que posso melhorar então, eu acho que o nosso funcionamento como um todo como equipe é muito bom, pois a gente busca sempre ajudar uns aos outros. (ASSISTENTE SOCIAL, PESQUISA DE CAMPO, 2018)

Com a intenção de saber como andam os residentes é apontado pela entrevistada que semanalmente é feita reuniões para saber sobre o andamento dos residentes e melhoras no atendimento, visando garantir qualidade aos residentes. Consideramos muito importante essa forma de pensamentos como profissionais, e trabalham de forma unida para um bom desempenho da clínica e dos usuários.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre drogas é um verdadeiro desafio para nós acadêmicos, pois percebemos as dificuldades de ingressar em campo para poder realizar a pesquisa devido à subjetividade de cada sujeito, pois muitos não desejam se expor, e assim, temos que encontrar outras formas para realizar a pesquisa. Como sabemos o consumo de drogas pelo ser humano é uma realidade que o acompanha há milhares de anos, como aponta Toscano Jr. (2001) e Velho (1997), que apontam a relação das sociedades humanas com estas substâncias expressa relação com a natureza e também expressa um processo singular de construção social da realidade.

A partir desse estudo podemos perceber que as drogas tem trazido prejuízo a toda a sociedade, pois vem causando dependência química, sendo considerado pela Organização Mundial da Saúde (2010) como doença.

Dessa forma, podemos considerar esse conceito segundo a OMS (2010) um grande avanço para podermos enfrentar essa problemática, pois antes do conceito aqui deferido, o uso de substâncias psicoativas tinha muito a ver com a questão do caráter de cada indivíduo, sendo hoje mais difundido entre a sociedade e, assim, podendo reverter a visão que muitos antes tinham sobre a temática.

Através desse pequeno trabalho buscamos compreender como se dá a atuação da equipe multiprofissional no acompanhamento dos jovens em situação de dependência química no município de Eusébio, atendidos pela Clínica Vila Serena. E podemos perceber que a equipe trabalha de forma conjunta buscando melhor atender as pessoas que necessitam do seu atendimento, e articulado com as políticas públicas e de acordo com a Anvisa.

Neste trabalho buscamos compreender em que consiste o trabalho social desenvolvido pela Clínica Terapêutica Vila Serena junto aos jovens em situação de dependência química. Identificar as principais estratégias desenvolvidas pela equipe multiprofissional da Clínica Vila Serena junto aos jovens em situação de dependência química, analisar os principais desafios e avanços obtidos pelo trabalho social realizado pela instituição, registrar de que forma a família dos jovens participa do trabalho social desenvolvido pela instituição.

Neste trabalho buscamos discorrer sobre os aspectos metodológicos da pesquisa, falando como se deu a construção do objeto de pesquisa, os métodos utilizados, o campo e os sujeitos, trouxemos também as comunidades terapêuticas em especial a Clínica Vila Serena, falando das suas estratégias e as narrativas dos profissionais que atuam ali, trouxemos

também um breve histórico da clínica, também buscamos discorrer sobre as drogas e a sua trajetória, sobre juventude e políticas públicas.

Quanto aos principais resultados destacamos: Que profissionais da Clínica Vila Serena reconhecem que bastante complexo para o qual apresentam expressivo compromisso e forte vínculo afetivo tecido no percurso da história de suas próprias vidas e de seus familiares. O Cotidiano de trabalho é repleto de muitos desafios entre os quais destacamos: Aprimoramento de legislações específicas para maior eficiência no fluxo de atendimento no âmbito institucional (público e privado) que se associa ao processo de estigmatização e preconceito presente na sociedade. Isto traz obstáculos importantes para a oferta de serviços e para eficácia do tratamento junto à população.

Para podermos finalizar, acreditamos que esta pesquisa teve um resultado positivo no que se refere as indagações iniciais ao estudarmos a problemática das drogas, e a atuação das clínicas de recuperação e as comunidades terapêuticas que vem atuando no processo de recuperação dos usuários de álcool e outras drogas. Esse trabalho é apenas o início, pois ainda há muito que se buscar e aprender. Esperamos poder contribuir para novos estudos.

## REFERÊNCIAS

ABRAMO, Helena Wendel 'considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. Revista Brasileira de Educação. N. 6, 1997.

JONES, M. A comunidade terapêutica. Petrópolis: Vozes; 1972.

KENNARD, B. Comunidade terapêutica. In: DE LEON, G. (Org.). A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2003. p. 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n.º 29, 30 jun. 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º jul. 2011. Seção 1, p. 62. Disponível em: Acesso em: 30 maio 2016.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID.** Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11431&astro=PREVEN%C3%87%C3%83O%2FTipos+de+Preven%C3%A7%C3%A3o/Preven%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria%2C+secundaria+e+terci%C3%A1ria](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11431&astro=PREVEN%C3%87%C3%83O%2FTipos+de+Preven%C3%A7%C3%A3o/Preven%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria%2C+secundaria+e+terci%C3%A1ria)>. Acesso em 19 de outubro de 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Atlas, 2010.

LARANJEIRAS, R.; OLIVEIRA, R. A.; NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento.** 2ª Ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MUNDO DA EDUCAÇÃO. **Drogas Lícitas e Ilícitas.** Disponível em: <http://www.mundoeducacao.com/drogas/drogas-licitas-ilicitas.htm>. Acesso em 19 de outubro de 2014.

UNODC - Nações Unidas: Escritório sobre Drogas e Crime. **O Relatório Mundial sobre Drogas 2009.** Disponível em: [http://www.antidrogas.com.br/ind\\_unodc.php](http://www.antidrogas.com.br/ind_unodc.php). Acesso em 30 de março de 2016.

SENAD. Curso de **PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS** para Educadores de Escolas Públicas. Disponível em: [http://educadores.senad.gov.br/images/Caderno\\_de\\_orientacoes\\_completo.pdf](http://educadores.senad.gov.br/images/Caderno_de_orientacoes_completo.pdf). Acesso em 18 de outubro de 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (5ª ed). (L. Pinheiro, Trad.). Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BERNARD, J. **Princípios que governam a bioética.** In: BERNARD, J. A bioética. São Paulo: Ática, p. 69-82, 1998.

BRASIL. **Dependência Química.** OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. Disponível em: [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11269&astro=TRATAMENTO/Depend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11269&astro=TRATAMENTO/Depend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica)> Acesso em: 14 abr. 2016.

BRASIL. **Dependência Química.** OBID. Informações Sobre Drogas. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/obid/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-estatisticas/populacoes-em-contextos/estudantes-1> acesso em: 21 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília. 2004.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social.**

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.409 de 11 de janeiro de 2002. **Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.** (site: [www.senad.gov.br/](http://www.senad.gov.br/) acessado dia 11/09/06).

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Política Nacional Sobre Drogas.** Resolução nº. 03 de outubro de 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.560, de 19.12.1986. **Cria o Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB.** (site: [www.senad.gov.br/](http://www.senad.gov.br/) acessado dia 11/09/06).

\_\_\_\_\_. **Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Política Nacional Antidrogas.** Decreto nº. 4345, de agosto de 2001.

\_\_\_\_\_. **Estatuto da criança e do adolescente:** Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 145 de 15 de outubro de 2004. **Política Nacional de Assistência Social.** (DOU 28/10/2004).

\_\_\_\_\_. **Intervenção Breve:** módulo 4. – 11. e 12. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

\_\_\_\_\_. **Intervenção Breve:** módulo 1. – 11. e 12. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

COSTA, BERNARDINO COSOBECK da. **Análise da (in)aplicabilidade das políticas públicas de saúde ao dependente químico na comarca de colinas do tocantins/to: resoluções pactuadas pelo magistrado e a rede socioassistencial.**

REVISTA ESMAT ANO 9 - Nº 12 JAN. A JUN. 2017 REVISTA ESMAT 12 Pág. 87 – 100.

COSTA, S. F. **As políticas públicas e as comunidades Terapêuticas no atendimento à dependência química.** Palestra proferida no I Fórum sobre Dependência Química de Maringá, em 28 de junho de 2006.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Loyola, 2003.

FRACASSO, L.; LANDRE, M. . **Comunidades Terapêuticas.** In: Ronaldo Laranjeira; Marcelo Ribeiro. (Org.). O tratamento do usuário de Crack. 1ed.Porto Alegre, RS: Artmed, 2012, v. 1, p. 503-513.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOFMAN , E. (2001). **Manicômios, prisões e conventos** (D. M. Leite, trad.). São Paulo: Perspectiva.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

Clínica Vila Serena. Site [http://vilaserena.com.br/fortaleza\\_newer/](http://vilaserena.com.br/fortaleza_newer/) acessado em 26 de maio 2018

VENTURA, Carla Aparecida Arena et al . Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 17, n. spe, p. 810-816, 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000700009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000700009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Apr. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-1169200900070000>

REIS, Lúcia Margarete dos; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Drogas e violência: percepção social em uma comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 3, abr. 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28663>>. Acesso em: 20 abr. 2017. doi:<https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.28663>.

Thiry-Cherques, H. R. (2009) Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas em Marketing (PMKT)**, 9 (1), 20-27. 7 FEBRACT-Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas Reforma Sanitária Brasileira <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>

## APÊNDICES

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA APLICADO A

#### EIXO 1: PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome

Idade

Naturalidade

Escolaridade

Formação profissional:

Possui algum tipo de formação específica relacionada a sua área de atuação?

Você atua profissionalmente em outra instituição? ( ) sim ( ) não Relate brevemente suas experiências de trabalho anteriores mais relevantes:

Como e porque começou a trabalhar nesta instituição?

#### EIXO 2: CONHECENDO A REALIDADE DA COMUNIDADE TERAPÊUTICAS E DA EXECUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS NO BRASIL

. Qual a sua percepção sobre a Política sobre drogas no Brasil?

. Qual a sua percepção sobre o Tráfico de drogas no Brasil, e sobre o processo de criminalização dos dependes químicos? Isto ainda ocorre?

. O que é uma comunidade Terapêutica? O que melhor define esta instituição?

. Quais os critérios que definem uma comunidade terapêutica conforme a legislação de Saúde no Brasil?

. Como você percebe o trabalho das comunidades terapêuticas no Brasil e no Ceará? Quais os avanços e quais os desafios?

. Na sua percepção como a sociedade percebem as comunidades terapêuticas?

. Existe articulação entre as comunidades terapêuticas? Como funciona? Quais as principais lutas sociais enfrentadas pelas comunidades terapêuticas.

. Sobre a Rede de atendimento dos usuários de Drogas, Fale sobre isso.

### **EIXO 3: O TRABALHO SOCIAL NA COMUNIDADE TERAPEUTICA VILA SERENA : DESAFIOS PARA OS JOVENS COM DEPENDENCIA QUIMICA**

. Como surgiu a Comunidade terapêutica Vila Serena?(histórico)

. Quais os principais Serviços, programas e atividades ofertados, quadro de recursos humanos desta instituição, Qual o público alvo e os critérios de atendimento para a população?

. Registre o total da população atendida por faixa-etária juventude

. Registre por favor, como ocorre o tratamento de jovens com dependência química, desde o ingresso até o desligamento ou alta do paciente?

. Como é realizado o atendimento aos familiares dos jovens internados?

. Como é a aceitação dos programas realizados pelos jovens internos?

. Em média, quanto tempo os jovens internos passam aqui na clínica?

. Como são avaliados, os jovens que saem e que depois retornam? Quais são os fatores que provocam a reincidência ao uso drogas?

. Quais os avanços e desafios observados no trabalho de tratamento junto aos jovens dependentes químicos?

. Como funciona o trabalho da equipe multidisciplinar? Descrever por função.

**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: \_\_\_\_\_ desenvolvida por \_\_\_\_\_. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por \_\_\_\_\_, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) \_\_\_\_\_. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é \_\_\_\_\_. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura do (a) participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a):

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

\_\_\_\_\_

**ANEXO B – IMAGENS**

