

CELISA APARECIDA SILVA DE BARROS

**UM ESTUDO SOBRE RELAÇÕES ENTRE INDIVÍDUO,
COMUNIDADE E DESENVOLVIMENTO LOCAL A PARTIR
DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
LOCAL MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2011**

CELISA APARECIDA SILVA DE BARROS

**UM ESTUDO SOBRE RELAÇÕES ENTRE INDIVÍDUO,
COMUNIDADE E DESENVOLVIMENTO LOCAL A PARTIR
DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local – Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, com o requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob a orientação do Professor Dr. Josemar de Campos Maciel.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
LOCAL MESTRADO ACADÊMICO
CAMPO GRANDE – MS
2011.**

Barros, Celisa Aparecida Silva.

Um estudo sobre relações entre indivíduo, comunidade e desenvolvimento local a partir de uma comunidade terapêutica.

Celisa Aparecida Silva de Barros, Campo Grande, 2012.

(1-68).

Tese (Mestrado em Desenvolvimento Local) Universidade Católica Dom Bosco UCDB de Campo Grande. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local.

1.Dependência Química, 2.Serviço Social, 3.Comunidade Terapêutica
4.Desenvolvimento Local. Maciel Josemar Campos.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Josemar Campos Maciel
(orientador/UCDB)

Prof. Dra. Cleonice Le Bourlegart (UCDB)

Dr. Jose Ricardo Nunes da Cunha

Deus conceda-me serenidade, para aceitar as coisas que eu não posso modificar. Coragem, para modificar aquelas que eu posso, e sabedoria para distinguir uma das outras.

(Oração da Serenidade - AA).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me proporciona todos os dias o Dom da Vida.

Aos participantes desta pesquisa; ao presidente da COMTAPS, Antonio Pio da Silva Neto, que abriu cordialmente a Comunidade Terapêutica que me recebeu com toda disponibilidade, compromisso e empenho em contar suas experiências e principalmente aos dos internos em tratamento.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Josemar Campos Maciel e demais doutores do curso de Mestrado por acreditar em mim.

Em particular à Profa. Dra. Maria Augusta; ao Especialista e Assistente Social Leandro Henrique Leite, à minha querida amiga Terapeuta Ocupacional Etna Gutierrez e à Mestra e Assistente Social Maria Auxiliadora Leal Capillé pelos seus ensinamentos valiosos, por seu carinho e apoio em todos os momentos. Levarei comigo essa aprendizagem, sua amizade e o exemplo de pessoas e profissionais que vocês são.

Ao meu grandioso e exemplar pai Emilio Pedro de Barros; aos meus queridos irmãos Jeferson José Silva de Barros, Cinara Maria Silva de Barros, Cleber Silva de Barros e à cunhada Marcela de Barros, pelo estímulo, apoio afeto e carinho.

Em especial os meus agradecimentos ao meu marido Alberto Martins Nogueira, sempre presente, contribuindo para que meu sonho se tornasse realidade.

Muito obrigada, queridos!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.A. – Alcoólicos Anônimos

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas

CEM – Centro de Especialidade Municipal

CT- Comunidade Terapêutica

CID- Classificação Internacional de Doenças

COMTAPS – Comunidade Terapêutica Antonio Pio da Silva

DL – Desenvolvimento Local

FIL-Associação da Fraternidade Igualdade e Liberdade

HR – Hospital Regional

N.A. – Narcóticos Anônimos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OTS – Organização do Terceiro Setor

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SPA - Substância psicoativa

SUS – Sistema Único de Saúde

TS – Terceiro Setor

UBS – Unidade Básica de Saúde

UCDB - Universidade Católica Dom Bosco

UNIDERP- Universidade para o Desenvolvimento da Região do Pantanal

RESUMO

A dependência química é uma doença que ocasiona agravos muitas vezes irreparáveis, não somente ao adicto, como a toda rede familiar e ao social a que este pertence. O trabalho que segue apresenta “Um estudo de caso na Comunidade Terapêutica Antônio da Silva na perspectiva do indivíduo, Comunidade e Desenvolvimento Local. Para que haja a mudança da população com a qual se atua é preciso entender o grupo social no local pesquisado, ou seja, encontrar, desvendar, distinguir e perceber a dinâmica que os usuários de substâncias psicoativas produzem em seu meio territorial como ordem coletiva, valores e símbolos. Assim foi necessária uma metodologia sobre a ótica da pesquisa-ação de natureza exploratória qualitativa. A pesquisa desenvolvida envolveu ações primárias observação, coleta de dados nas fichas sociais e escuta dos usuários) e ações secundárias, a partir de pesquisas bibliográficas. É visto como primordial entender a realidade vivida por esses residentes de forma subjetivada, para que com o estudo de caso possa identificar as dificuldades e potencialidades com a finalidade de se conseguir ao findar o tratamento e posterior viver sóbrio. As atividades desenvolvidas colaboram na efetivação do protagonismo de internos os quais são assistidos com um trabalho que visa ao empoderamento, tornando-os agentes de sua própria transformação, como seres em pleno desenvolvimento e transformação biopsicossocial. É importante identificar os fatores motivadores relacionados à experiência de consumo das substâncias psicoativas (se há relação com o sentido da vida, pertencimento a um grupo social, despreparo intelectual ou formação humana). Entende-se então que para atuar de forma efetiva dentro de qualquer comunidade, as políticas públicas não poderão ser padronizadas. Ao contrário, precisam ser constituídas de forma descentralizada, adequada e apropriada, respeitando cada território em sua particularidade e especificidade.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência química. Comunidade terapêutica. Desenvolvimento local.

ABSTRACT

Chemical dependency is a disease that causes often irreparable harm, not only the addict as the entire family and social network to which it belongs. The work that follows presents "A case study in the Therapeutic Community Antonio Pio da Silva from the perspective of the individual, Community and Local Development. To have the change of the population with which it acts is necessary to understand the social group in the place searched, ie, find, discover, distinguish and understand the dynamics that produce psychoactive substance users in their midst as a collective territorial, values and symbols. So it took a perspective on the methodology of action research qualitative exploratory in nature. The research involved primary actions developed primary (observation, data collection forms in social and listening to the users) and secondary actions, from literature searches. It is seen as critical to understand the reality experienced by those residents of subjective form, so that the case study to identify the difficulties and potentialities in order to achieve the close of the subsequent treatment and sober living. The activities collaborate in the realization of the role of inmates who are assisted with work aimed at empowerment, making them agents of their own transformation, as being in full biopsychosocial development and transformation. It is important to identify the motivating factors related to the experience of consumption of psychoactive substances (if you have to do with the meaning of life, belonging to a social, intellectual and human formation unpreparedness). It is understood then, that to act effectively within any Community, public policies can not be standardized. On the contrary, must be made in a decentralized manner, adequate and appropriate, respecting each territory in its particularity and specificity.

KEY WORDS: Chemical Dependence. Therapeutical Community. Local Development.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 ASPECTOS DA DROGADIÇÃO.....	14
1.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	14
2 ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS EM CAMPO GRANDE – MS.....	18
2.1 SERVIÇOS OFERECIDOS PELA SAÚDE.....	18
2.1.1 Caps AD.....	18
2.1.2 Hospital Nosso Lar	19
2.1.3 Hospital Regional de MS.....	19
2.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	20
2.2.1 Comunidades espontâneas.....	21
2.2.2 Comunidades especializadas.....	22
2.2.3 Comunidades mistas.....	23
3 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO LOCAL	24
3.1 DESENVOLVIMENTO LOCAL	24
3.2 TERRITORIALIDADE.....	28
3.2.1 Sentimento de pertencia	28
3.2.2 Participação comunitária processo desenvolvimento local.....	28
3.2.3 Local sentido de lugar território.....	29
3.2.4 Comunitarização para o desenvolvimento local	30
4 COMUNIDADE TERAPÊUTICA ANTONIO PIO SILVA - COMTAPS.....	32
4.1 HISTÓRICO	34
4.2 MÉTODO DE TRATAMENTO MINESSOTA.....	37
4.2.1 Reunião de sentimento.....	37
4.2.2 Reunião de confronto.....	38
4.2.3 Dinâmica de passo.....	39
4.3 MÉTODO TERAPÊUTICO.....	40
4.4 OS DOZE PASSOS.....	40
4.5 PROGRAMA TERAPÊUTICO.....	42
4.6 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	46
4.7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADE.....	48
4.8 O PERFIL DOS RESIDENTES DA COMTAPS.....	50
5. A COMTAPS COMO AGENTE DE DESENVOLVIMENTO LOCAL.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS	64

INTRODUÇÃO

Essa dissertação é o pré-requisito fundamental do programa de Pós-Graduação da Universidade Católica Dom Bosco - UCDB de Campo Grande, para adquirir o título de mestre. Considerará a relevância de reconhecer a COMTAPS como alternativa na reconstrução do indivíduo dependente químico, com consequente contribuição para essa questão social.

Nesse sentido surgem constantemente pessoas adentrando no mundo da dependência química. Essa problemática é uma questão social, pois não exige pessoa alguma de se tornar um adicto (em qualquer classe social ou de qualquer idade).

O usuário dependente químico gera um impacto forte à sociedade, a medida que pratica ações violentas e que trazem insegurança às pessoas, tanto em relação à criminalidade, quanto a situações causadas pelo efeito do uso da substância (acidentes de trânsito, sintomas psiquiátricos, entre outros).

Dessa forma, ao Estado cabe proporcionar alguma forma de tratamento a esses usuários, bem como equipar e manter instituições especializadas em guarda, custódia, intervenção sobre casos típicos e situações geradas pelo uso de drogas e por sintomatologias violentas delas decorrentes. Este cenário implica disponibilização de vários serviços (Polícia Militar, Samu, hospitais psiquiátricos, interdição jurídica do usuário, e outros), pesando sobre a rede social.

Uma questão fundamental é a construção da rede social, ela somente se concretizará uma vez que associada aos princípios da responsabilidade pela busca de soluções com os princípios da solidariedade.

Quando se trabalha em rede social há uma troca de experiência, vivência e busca de soluções para problemas comuns entre os pares, dessa forma, induz ao exercício da solidariedade e da cidadania, fomenta parcerias entre os setores governamentais e o terceiro setor, com intuito de implementar programas de orientação e prevenção, relacionados a

demandas específicas sugeridas pelo grupo.

Para Barnes (1987 apud DESLANDES; MENDONÇA, 1999), a rede social apresenta-se como um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos.

Através da metodologia abrem-se os caminhos para que os resultados sejam compreendidos. Assim, a pesquisa desenvolvida na presente dissertação envolveu ações primárias (observação, coleta de dados nas fichas sociais e escuta dos usuários) e ações secundárias, a partir de pesquisas bibliográficas.

A dissertação utilizou-se do método hipotético-dedutivo, já que foi antecedido o estudo das teorias existentes na bibliografia sobre o assunto, realizando-se posteriormente comparação dessa literatura com o que foi observado. De acordo com Lakatos e Marconi (2000), o método hipotético-dedutivo defende o aparecimento, em primeiro lugar, do problema que será testado pela observação e experimentação.

Delimitado o universo a ser estudado, definiu-se como espaço a ser pesquisado a Chácara dos Poderes, bairro de Campo Grande - MS que tem uma grande concentração de Comunidades Terapêuticas. Logo, escolheu-se a COMTAPS “Centro de Tratamento de Dependência Química Álcool e Droga” a Comunidade Terapêutica Antonio Pio da Silva. Esse local foi escolhido, pois a pesquisa refere-se a uma pesquisa-ação, sendo que há um número significativo de iniciativas que se abrem na tentativa de diminuir o índice alarmante do uso de álcool e outras drogas, bem como no sentido de efetivar o tratamento de dependentes químicos.

O sistema terapêutico que se tenta implementar na COMTAPS há alguns anos mostra-se como alternativa na reconstrução do indivíduo, uma vez que pode favorecer o restabelecimento da sua nova comunicação com a sociedade por meio de vínculo que pode ser de forma positiva e engajada de modo a alterar a conduta, restabelecer a autoimagem, além de delimitar seu espaço, atribuindo um novo sentido à vida. As redes sociais serão força integradora para os indivíduos e para a sociedade.

O objetivo da pesquisa é investigar a tríade indivíduo, comunidade e desenvolvimento local, identificando os impactos na reintegração dos dependentes químicos da COMTAPS, numa reconstrução individual e reinserção social ativa.

Mediante esta exposição é importante apresentar a organização desta pesquisa.

No primeiro capítulo serão abordados alguns conceitos sobre a drogadição.

No segundo capítulo serão apresentadas algumas alternativas de tratamento para dependentes químicos na cidade de Campo Grande, o qual abordará alguns serviços disponibilizados pelo poder público e outros pelo terceiro setor.

Em seguida, no terceiro capítulo, será discorrida a fundamentação teórica do Desenvolvimento Local, haja vista a importância do capítulo para o embasamento da pesquisa.

O capítulo quatro apresentará a Comunidade Terapêutica Antonio Pio da Silva - COMTAPS, sua forma de atuação, o tratamento e o término de tratamento.

E finalizando, o quinto capítulo, o fechamento de toda a pesquisa-ação, ou seja, a COMTAPS como um agente de Desenvolvimento local.

1 ASPECTOS DA DROGADIÇÃO

1.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Quando se discute o tema droga, é de fundamental importância diferenciar os conceitos de vários autores e irmandades.

Dessa forma, vale ressaltar que há algumas definições equivocadas de drogas, pois há dois tipos de interpretação sobre o assunto: droga e droga de abuso.

A farmacopeia brasileira considera como droga qualquer substância de origem mineral, vegetal ou animal.

A Organização Mundial da Saúde – OMS diz: “droga de abuso é a substância que age nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando efeitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes” (MIDIO, 1992).

Contudo, o primeiro exemplo abordado não caracteriza uso e dependência e sim uma interpretação ampla. Ao contrário da primeira citação, o segundo exemplo torna-se real e visível a questão da dependência.

Ainda faz-se necessário algumas explanações sobre a dependência química, uma vez que este assunto seja tão complexo.

De acordo com o dicionário de Ferreira (2004): Dependência – estado de dependente. Subordinação, sujeição. Necessidade de manter uso de droga. Adicto¹ – Que não consegue abandonar um hábito nocivo (álcool, droga, etc); que dele é dependente.

A enciclopédia livre define que vício² [...] significa "falha" ou "defeito"; é um hábito repetitivo que degenera ou causa algum prejuízo ao viciado e aos que com ele convivem.

O grupo dos Alcoólicos Anônimos reconhece a existência apenas de uma doença,

¹ **Adictos:** adjunto, adstrito, dependente

² **Vício:** falha ou defeito

presumivelmente chamada de alcoolismo.

O grupo dos Narcóticos Anônimos diz que é uma doença chamada dependência química é progressiva, incurável e fatal, (progressiva - porque a cada recaída ela progride ao uso, incurável - não tem cura e fatal - porque leva à morte.

[...] obsessão para usar a primeira dose e, quando o faz, passa a sofrer de compulsão (não consegue mais parar). Deixa a droga influir em sua vida, coleciona fracassos, tem depressão, tenta o suicídio, envolve-se em crimes e falcaturas. (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1993, p 03) e;

É uma doença com raízes mental (obsessão) e física (compulsão). Atua em todas as áreas (física, mental e espiritual) do indivíduo. A dependência química/adicção é progressiva, incurável e de determinação fatal. Progride mesmo quando o dependente químico/adicto não está "na ativa", ou seja, quando não está usando drogas. O dependente químico/adicto em recuperação consegue apenas estacionar a doença, nunca curá-la. E a doença mata degradando - acidentes de carro, suicídios, assassinatos. Quem não morre tem como outros destinos a prisões ou o hospício. (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1993, p 95)

Por sua vez, ainda define que um indivíduo é um dependente químico ou adicto, quando sua vida é controlada por alguma substância que altere a mente ou o humor.

Organização Mundial da Saúde - OMS considera o uso abusivo de drogas como doença e grave problema de saúde pública, e define a dependência química, através da Classificação Internacional de Doenças – CID10, como síndrome da dependência. Diz ainda, que o uso abusivo, compulsório de drogas, é uma doença e um grave problema de saúde pública. Define também droga como sendo qualquer substância que introduzida no organismo vivo, possa modificar uma ou mais de suas funções, quando esta entra na corrente sanguínea atinge o cérebro e altera seu equilíbrio.

Na tentativa de compreender a dependência química ou um dependente químico é imprescindível abordarmos as possíveis causas ou motivos ao uso de substâncias psicoativas. Já foi considerado que os pais podem ter forte influência na dependência. Isso pode sim acontecer, pois conforme Nazareno (2003), um filho de um alcoólatra tem uma maior possibilidade de se tornar um alcoólatra.

Esse mesmo autor discorre que o álcool é sem dúvida a mais remota de todas as drogas usadas para estimular o cérebro, com o desígnio de alterar a mente e as emoções. O seu uso e abuso vêm desde era da pré-história.

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece o alcoolismo como um problema de saúde pública, portanto, é necessário o empenho de toda a sociedade para que estes

dependentes sejam assistidos pelos serviços públicos oferecidos e estimulados ao resgate de sua autonomia e dignidade no convívio familiar e comunitário.

A dignidade humana precisa ser construída em bases comunitárias sólidas de amizade, comunhão, superação de dificuldades, fortalecimentos da homeostase e dos laços familiares, sem o que a pessoa perde a referência social e psicológica (MARQUES, 2009).

O álcool é tido como uma droga lícita que acarreta danos psíquicos e físicos no que tange às doenças cardiovasculares, cirrose hepática, câncer na boca e esôfago, dentre outras. Importante enfatizar que de acordo com o levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em um estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil em 2001, 11,2% da população brasileira são dependentes de álcool, esta é a principal dependência no Brasil, comprovando assim, ser a terceira moléstia que mais mata no mundo.

De acordo com Domingos (2008) o álcool é uma substância depressora do Sistema Nervoso Central que afeta as regiões do cérebro responsáveis pela censura interna e o autocontrole.

Ao mesmo tempo em que não pode ser compreendida de forma isolada suas causas e feitos, não é tão simples minimizar ou diminuir o uso dentro de uma sociedade. Essa temática tanto para descrevê-la ou para reduzi-la deve-se levar em conta que não é fato isolado que determina o uso compulsivo de substância e sim muitas variáveis (ambientais, biológicas psicológicas e sociais) atuando simultaneamente para influenciar qualquer pessoa a vir a usar, e consequentemente a interação entre o agente (a droga), o sujeito (indivíduo e a sociedade) e o meio (os contextos socioeconômico e cultural).

Para tanto a drogadição é uma doença biopsicossocial, mas que infelizmente o alcoolista ou usuário de drogas na maioria das vezes, em uma visão comum, é associado a mendigo, vagabundo, àquele que fica perambulando pelas ruas e representando risco à sociedade. Atualmente a dependência pode estar escondida em bolso de paletós de executivos bem-sucedidos, de donas de casa com problemas familiares, do aluno que sai da escola e vai beber com colegas, do aposentado com o costume de se reunir com os amigos em bares, ou seja, nenhuma pessoa pode afirmar que não está sujeita a ser dependente de alguma substância psicoativa, seja qual for sua condição social. A idade é outro fator que não exime ninguém do contato com o álcool ou outra droga e até mesmo de se tornar dependente dessa, pois todos nascem com alguma predisposição e ao longo da vida pode ter contato com essas substâncias e assim ter a doença instalada.

Ninguém nasce dependente do álcool e muito menos se torna dependente de uma noite para o dia, embora existam tipos de drogas que causam dependência já nas primeiras vezes de uso. Ressalta-se que o uso de substâncias ocorre após a pessoa haver experimentado, às vezes por simples curiosidade. O padrão de consumo dos vários tipos de droga vai modificando e a intensidade, concentrações e quantidades, aumentando, encaminhando-se para o uso sempre prejudicial (PEREIRA; PILLON. 2004, p.97).

Contudo, a dependência química é causada pelo uso de qualquer substância que altere o humor e a mente de um adicto, no qual acarrete um desejo incontrolável de consumi-la.

Essa doença é vista ao mesmo tempo como séria questão social da humanidade, uma vez que atinge todas as classes sociais e quem usa todas e quaisquer substâncias psicoativas. Se não houver tratamento adequado à doença há uma destruição gradativa do indivíduo, de modo que o vínculo que ele mantém com a família e com a sociedade em geral vai se degradando.

2 ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS EM CAMPO GRANDE – MS

O município de Campo Grande - MS tem como alternativa de tratamento para dependentes químicos aproximadamente três locais para internações, sejam eles de forma gratuita ou particular, como o CAPS AD, Hospital Nosso Lar e o Hospital Regional e estes diferenciados das comunidades terapêuticas, ou seja, o tratamento é acompanhado por uso de medicamentos.

2.1 SERVIÇOS OFERECIDOS PELA SAÚDE

2.1.1 CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas

O local disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Campo Grande, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, é o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS ad), que está localizado na Rua Joaquim Murtinho, Centro. É um tratamento gratuito, mantido pelo Ministério da Saúde e ofertado pelo SUS – Sistema Único de Saúde para dependentes de substância psicoativa e seus familiares.

O objetivo proposto do CAPSad é receber e cuidar de indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo e maléfico do álcool e/ou outras drogas. O trabalho busca reintegrar os dependentes químicos à sociedade de forma produtiva e participativa a ambientes sociais e culturais, e à vida cotidiana e familiar.

Conforme a Portaria GM nº 336, de 19/02/02, a equipe técnica mínima para se constituir um CAPSad é: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: Psicólogo,

Assistente Social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

2.1.2 HOSPITAL NOSSO LAR

O Hospital Nosso Lar foi constituído em 27 de janeiro de 1966, portanto atua há 45 anos na cidade de Campo Grandes MS, oferecendo atendimento aos 78 municípios do Estado de Mato Grosso do Sul. No início, o atendimento iniciou-se com 20 leitos, atualmente tem 200, destes, 193 são mantidos pelo hospital, dos quais 160 estão acondicionados ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Sua localização é na Avenida Dr. Bezerra de Menezes, 325, Vila Planalto, e seu quadro de funcionários é de 150 profissionais. O hospital tem uma demanda hospitalar de 93,45%, sendo que nem um leito fica ocioso.

As internações no Hospital Nosso Lar tem como causa primordial a esquizofrenia com 44.62%, a segunda maior causa é o tema em questão sendo transtornos mentais e de comportamento por substância psicoativa que sua representação é de 35,24% das internações; em terceiro lugar aparecem os transtornos mentais orgânicos, com 8,11 %, e em quarto e ultimo lugar segue o transtorno de humor com 12,03% das internações. Ressalta que o tempo máximo de internação é de 30 dias e sua internação pode ser de forma gratuita ou particular.

2.1.3 HOSPITAL REGIONAL

Fundado em 1997, o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS é um hospital público estadual, vinculado à Fundação Serviços de Saúde; presta assistência médico-hospitalar humanizada por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo saúde à comunidade em geral e priorizando o desenvolvimento do potencial humano.

O Hospital conta com 302 leitos atendendo 100% pelo SUS. Sua localização é na Av. Engenheiro Luthero Lopes, 36, Bairro Aero Rancho.

Tem como missão: “Ser uma instituição pública de atenção hospitalar voltada para a prestação de serviços referenciados em média e alta complexidade, baseados na valorização do ser humano, com formação de profissionais almejando a consecução objetiva, ética e responsável da promoção à saúde”.

2.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Uma Comunidade Terapêutica é uma microssociedade, ou seja, uma comunidade dentro de um espaço físico apropriado, contendo todos os elementos de uma grande comunidade ou sociedade, exceto o álcool e outras drogas em seu interior. Assim, com em qualquer cidade, há necessidade de um governante, na Comunidade Terapêutica existe a figura de um representante do grupo na direção como um líder.

As comunidades terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais. Essa mudança está ambientada em uma comunidade de residentes e profissionais trabalhando juntos para ajudar a si mesmos e aos outros, tendo como foco a integração individual dentro da comunidade. (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EUA).

Para garantir a ordem em um espaço geográfico dentro da sociedade faz necessário ter leis e normas e dentro da Comunidade Terapêutica não é diferente, existe uma série de normas e regras que norteiam o comportamento dos residentes. As Comunidades Terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais (ARAÚJO, 2003).

Assim como na sociedade civil, na Comunidade Terapêutica é cobrado dos internos o trabalho, utilizado na forma terapêutica de laborterapia. Geralmente essa modalidade consiste na divisão de todas as tarefas necessárias à manutenção da comunidade (limpeza, plantação, jardinagem, cuidado com os animais, reciclagem de materiais e alimentos doados, cozinha, e demais atividades domésticas).

Comunidades Terapêuticas são, portanto, instituições não governamentais que propiciam tratamentos a dependentes químicos, ou a usuário de substância psicoativa. Seu objetivo é convencer a pessoa doente a aceitar se tratar e também a ter o desejo de participar ativamente do próprio tratamento e recuperação. São instituições de cunho humanista, ou seja,

respeitam as diferenças e potencialidade das pessoas, sem qualquer discriminação, sempre comprometidas com os valores do ser humano.

Essa definição vem de encontro com o que preconiza a Organização Mundial da Saúde - OMS e também a Anvisa, pois a recomendação é que o programa terapêutico consiste em regime de residência e não ambulatorial, ou seja, a prática do tratamento ocorre pela forma terapêutica, visando à sua reabilitação por meio da vivência e experiência em grupo e do ambiente e não através de outras drogas alopáticas. Na comunidade terapêutica a mudança nos internos ocorre pelo “ouvir e pelo falar” e pela convivência entre os pares.

“As comunidades terapêuticas são unidades que têm por função fornecer suporte e tratamento em um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, aos usuários abusivos de substâncias psicoativas. A convivência entre os pares é o principal instrumento terapêutico que tem por finalidade resgatar a cidadania de seus usuários, através de reabilitação física e psicológica, bem como de reinserção social” (MANUAL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS, 2010, p.5).

Essas entidades podem também ser entendidas como “comunidade como método”, pois os membros da comunidade interagem entre si, com a influência dos coordenadores na mudança de caráter, costume, estilo, atitudes, percepções e comportamentos associados com o uso de drogas.

Neste sentido, o significado adotado como “comunidade como método” é uma forma positiva, pois os internos têm a oportunidade de ter sua própria percepção transformada pelo grupo.

2.2.1 COMUNIDADE ESPONTÂNEA

São entidades fundadas por ex-dependentes de substância psicoativa. Com tudo, é notório que o trabalho desses fundadores é de administrar seus próprios conflitos, frustrações, e reservas, pois sempre estarão em contato com a comunidade e assim constantemente em recuperação.

Algumas dessas entidades vislumbram e obtêm o sucesso; outras não, terminando por encerrar suas atividades. Diante dessa realidade, a figura do coordenador é importante e a motivação para exercer essa função o é ainda maior.

Conforme Olievenstein (1990, p. 32) o papel desse dirigente é de suma importância. Seu afeto e sua empatia pelo outro, bem como sua compreensão e aceitação deste, são a mola-mestra do sucesso dessas comunidades.

A comunidade que tem sucesso na recuperação de seus internos há em sua equipe um coordenador com capacidade empática bem presente, que usa como defesa o tratamento de seus próprios erros, aflições conflitos e angústias. Geralmente o indivíduo que institui a comunidade terapêutica, trata seus problemas de forma inconsciente, através de mecanismos de projeção naqueles que estão sob seus cuidados. Isso tanto pode ser compreendido de forma positiva ou negativa.

Seus dirigentes e coordenadores os tratam como gostariam de ser tratados pelos seus pais, de forma fraterna, atenciosa e respeitosa. A expressão inconsciente é: “Agora eu estou limpo e você sujo e eu ajudo você a se livrar disso”. Dessa forma, a projeção de sua própria necessidade e vontade de usar drogas é transferida e tratada no outro.

Normalmente, na comunidade terapêutica o presidente é o proprietário e os coordenadores são ex-residentes. Para os “internos” é sugerido que no fim de tratamento se realize um período de estágio no qual eles auxiliam os coordenadores.

Essas entidades se baseiam no trabalho, na participação, raramente contando com assessoria ou presença de um profissional de saúde. Quando necessário, os coordenadores encaminham os residentes para solicitar medicação (calmante) ou para que se forneça um atestado de que é dependente do álcool ou drogas (conforme a CID). Via de regra não são aceitas medicações psiquiátricas, já que, conceitualmente, este tipo de instituição acredita que o “poder superior” e o estudo dos 12 passos propostos pelo AA são seus efetivos recursos para tratamento.

2.2.2 COMUNIDADES ESPECIALIZADAS

Essas comunidades são criadas nos hospitais psiquiátricos por iniciativa de profissionais de saúde e contam com uma equipe de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e psicoterapeutas, individuais ou de grupo (com formação específica para tal). Essa equipe nem sempre promove o desenvolvimento de características de tolerância ou empatia, mais necessárias para dependentes químicos do que para portadores de outra nosologias.

Embora as comunidades terapêuticas especializadas também façam uso de recursos como tratamentos grupais ou laborativos e reuniões, dão muito menor importância à questão da empatia e do holding. Não é de nosso conhecimento que haja profissionais nessas comunidades terapêuticas.

2.2.3 COMUNIDADES MISTAS

A equipe dessa comunidade é composta não somente de profissionais ligados à saúde, médico, enfermeiros (alguns com curso da FEBRACT), psicoterapeutas, psicólogos (com formação de psicologia dinâmica), mas, também tem a participação ativa de pacientes internos que são por nós denominados auxiliares terapêuticos (são os participantes de grupos de contenção e grupos de recepção).

A comunicação nessas comunidades deve ser sempre na horizontal e jamais na vertical. A maior dificuldade é a escolha da equipe dada à necessidade de se privilegiar não a capacidade técnica, mas a capacidade empática.

3 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO LOCAL

3.1 DESENVOLVIMENTO LOCAL

Ao se estudar o presente tema é fundamental abordar a questão do espaço geográfico da comunidade em questão, enquanto espaço como um conjunto indissociável de sistema de objeto e sistema de ações. Para tanto, é importante destacar dois planos: o global e o local. O primeiro fala da forma, constituída pelas normas de uso dos sistemas localizados de objetos, ao passo que no segundo, o território, organiza uma norma para o exercício das ações. Diante dessas duas ordens, se forma uma razão global e uma razão local, que em cada lugar se superpõem e num processo dialético tanto se contrariam quanto se associam. Contudo, sua definição varia conforme o espaço, ou seja, com a natureza dos objetos e natureza das ações presentes em cada momento histórico.

Percebe-se que não há um tempo global único e nem há um espaço global, apenas espaços da globalização, espaços mundializados reunidos por redes (RIST, 1996 *apud* MILANI, 2005). O desenvolvimento deve ser entendido levando-se em conta os aspectos locais que têm significado em um território específico. O global passa a ter sua importância associada ao local e vice-versa, já que um está em constante mudança devido às interferências do outro e, por conta disso, muitos autores utilizam o termo global, como a junção dos dois aspectos, para se referir ao desenvolvimento. Para atuar em uma comunidade é fundamental definir o espaço e o território. O espaço antecede o território e o território se forma a partir do espaço e há ações e ao apropriar-se de um espaço abstrato ou concreto o espaço se territorializa, ou seja, o espaço é a "prisão original" (matéria-prima), e o território é prisão que os homens constroem para si (LE BOURLEGAT, 2000).

Ao se destacar esses dois diferenciais: espaço e território pode-se caracterizar e tentar interpretar a Comunidade Terapêutica. Para tanto se destaca uma nova concepção de

desenvolvimento, que valoriza o local como referência territorial (sentido de lugar) e que ganha força, na Europa, a partir dos anos 1980. Defende-se nessa concepção maior aproximação das pessoas, com apoio na solidariedade comunitária, buscando instrumentalizar a comunidade, envolvendo-a efetivamente na superação dos problemas e na promoção do desenvolvimento endógeno (GOBIERNO BASCO, 1994).

Quando se fala de local, está-se referindo à escala das inter-relações pessoais da vida cotidiana, que sobre uma base territorial constrói sua identidade. O lugar é essa base territorial, o cenário de representações e de práticas humanas que são o cerne de sua singularidade; o “espaço da convivência humana”, no qual se localizam os desafios e as potencialidades do desenvolvimento (MARTÍN, 1999).

O lugar é o cenário interativo dos acontecimentos, no qual os fenômenos naturais e humanos acontecem e produzem seus efeitos. Por isso não é apenas porção e sim síntese da totalidade socioespacial. Há, pois, uma “ordem local” diretamente associada ao cotidiano das pessoas, cujos parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade e a cooperação (SANTOS, 1996a). A força do lugar (ordem local) reside no território compartilhado e identificado por uma consciência social e comunitária de entorno, cuja essência é a própria história vivida em comum (SANTOS, 1996a; LÊ BOURLEGAT, 2000).

O lugar se apresenta para as pessoas por sua materialidade, pela aparência conhecida e familiar dos elementos que o compõem – casas, ruas, campos, a vizinhança, o clima habitual, etc.

[...] o agente de desenvolvimento local de fato age, [...] trabalhando e influenciando para que a comunidade mesma desabroche capacidades, competências e habilidades de desenvolvimento, sem a imediatista pretensão de querer levar o desenvolvimento para a comunidade ou de querer erigir iniciativas desenvolvimentistas na comunidade, que não fluam de seu real estágio de cultura, condições e política de progresso coletivo.

[...] o ‘núcleo conceitual’ do desenvolvimento local consiste no efetivo desabrochamento – a partir do rompimento de amarras que prendam as pessoas em seus status quo de vida – das capacidades, competências e habilidades de uma ‘comunidade definida’ (portanto com interesses comuns e situada em (...) espaço territorialmente delimitado, com identidade social e histórica), no sentido de ela mesma – mediante ativa colaboração de agentes externos e internos- incrementar a cultura da solidariedade em seu meio e se tornar paulatinamente apta a agenciar (discernindo e assumindo dentre rumos alternativos de reorientação do seu presente e de sua evolução para o futuro aqueles que se lhe apresentem mais consentâneos) e gerenciar (diagnosticar, tomar decisões, agir, avaliar, controlar, etc.) o aproveitamento dos potenciais próprios – ou cabedais de potencialidades peculiares à localidade, assim como a ‘metabolização’ comunitária de insumos e investimentos públicos e privados externos, visando à processual busca de soluções para os problemas, necessidades e aspirações, de toda ordem e natureza, que mais direta e cotidianamente lhe dizem respeito (ÁVILA, CAMPOS, *et al.* 2001, p.101 e 102).

Proposta de desenvolvimento local necessita, antes de tudo, ser movida pelo desejo de todos os agentes estarem envolvidos nessa busca autônoma do desenvolvimento de suas comunidades-localidades. Ávila (2000, p. 31-2) definiu que,

[...] a comunidade se configura por grupos de pessoas que se convergem, articulam e interagem através de relacionamentos primários e a sociedade também se constitui de grupo de pessoas que se convergem, articulam e interagem só que, ao inverso da comunidade, por relacionamentos secundários.

Conforme Ávila (2000) os relacionamentos primários baseiam-se em contatos e vínculos que se estabelecem no cotidiano das pessoas, de forma espontânea e informal, possibilitando o conhecimento, a avaliação e o controle do vivido nos territórios relacionais. Sua materialização se dá de forma dinâmica e construtiva nas vizinhanças, bairros, cidades e regiões que visam incentivar as iniciativas de Desenvolvimento Local, respeitando as peculiaridades das comunidades-localidades, bem como suas condições e potencialidades associativo-cooperativas. Já os relacionamentos secundários são gerados por normas, leis e regimentos que definem princípios jurídicos embasados no direito de que todos são iguais perante a lei, na perspectiva do coletivo.

A dimensão humana do desenvolvimento está fundamentalmente na valorização das pessoas em sua plenitude, que supõe crescimento econômico não como fim, mas como meio de reduzir as privações e as aflições humanas (TORRAS, 1995).

Voltar-se para as pessoas e não para os objetos, eis o princípio básico do desenvolvimento à escala humana (MAX-NEEF, 1986). Contudo, objetivar as pessoas e propor a sua participação em todo o processo de desenvolvimento (do planejamento à ação), mesmo que resultem em melhorias efetivas das condições materiais de vida, são insuficientes para assegurarem a continuidade do processo. O verdadeiro diferencial do desenvolvimento local não se encontra em seus objetivos (bem-estar, qualidade de vida, endogenia, sinergias etc), mas na postura que atribui e assegura à comunidade o papel de agente e não apenas de beneficiária do desenvolvimento. Isto implica rever a questão da participação.

Como propõe Martín (1999, p. 172), o desenvolvimento local proporcional à escala humana deve ser entendido como a satisfação das necessidades humanas fundamentais através do “protagonismo real e verdadeiro de cada pessoa”. Entende-se que criar as condições para que a comunidade efetivamente exerça este protagonismo se afigura como o maior desafio para que o desenvolvimento local aconteça, considerando que, diferentemente da Europa, nas

realidades locais persistem algumas ausências importantes: da cidadania, da identificação sociocultural e territorial e do sentido de vizinhança.

O desenvolvimento local proporcional à escala humana deve ser entendido como a satisfação das necessidades humanas fundamentais através do “protagonismo real e verdadeiro de cada pessoa” (MARTÍN, 1999, p. 172).

Ávila enfatiza desenvolvimento local” e de “desenvolvimento *no* local”, mesmo que com a “participação da comunidade”. Diria até que se trata de conceitos contrários (não contraditórios):

Desenvolvimento Local: quaisquer agentes externos se dirigem à “comunidade localizada” para promover as melhorias de suas condições e qualidade de vida, com a “participação ativa” dessa;

Desenvolvimento local: a comunidade mesma desabrocha suas capacidades, competências e habilidades de agenciamento e gestão das próprias condições e qualidade de vida, “metabolizando” comunitariamente as participações efetivamente contributivas de quaisquer agentes externos.

Fatores exógenos são aqueles externos ao contexto de cada comunidade que podem contribuir ou inibir o progresso social, cultural e econômico de uma comunidade localizada.

Fatores endógenos se constituem daqueles potenciais, dinamismos e forças tanto individuais, familiares e coletivos, quanto físico-ambientais. Ex.: os interesses e objetivos comuns, a identidade social, cultural e histórica, a diversidade de funções que se mobilizadas constituem em forças.

Ávila (1999) comenta que [...] “há que se somarem e necessariamente interagirem estratégias de dinâmicas exógenas e endógenas, visto que a primeira sem a segunda se afiguraria a mera caiação desenvolvimentista” [...] “e a segunda sem a primeira funcionaria como mecanismo de puro isolamento societário”.

Carpio Martins e Ávila (2001) dizem que desenvolvimento local é um conjunto de processo que a comunidade pode potencializar seu desenvolvimento, espaço pluridimensional com identidade social e histórica, espaço de convivência e emprego é efeito de desabrochamento das capacidades, competências e habilidades de uma comunidade.

Portanto, diante do contexto abordado o Desenvolvimento Local na complexidade da dependência química, focando uma comunidade terapêutica tem de primordial o resgate de identidade do adicto, a descoberta de habilidades e potencialidade individual e principalmente coletiva, para que assim, haja uma mudança de comportamento.

3.2 TERRITORIALIDADE

A seguir apresentam-se alguns pontos de referência da reflexão sobre pertença, pois a sua relação com a territorialidade é muito importante. Um território não é apenas um lugar físico, mas descortina uma série de dinâmicas de apropriação. A elas, dá-se o nome de pertença, ou pertencimento, como se verá.

3.2.1 Sentimento de pertença

Segundo Fernandes (2008), Albagli e Maciel definem que a noção de territorialidade procura evidenciar as interfaces entre as dimensões territorial e sociocultural, referindo-se às relações entre um indivíduo ou grupo social e seu meio de referência, manifestando-se nas várias escalas geográficas. Expressam-se pelo sentimento de pertencimento, por um modo de agir e é onde reflete o vivido em toda sua abrangência, em múltiplas dimensões, a coexistência dos atores sociais em um dado espaço geográfico, engendrado de sentimento de sobrevivência do coletivo e referências socioculturais comuns, ainda que considerada a diversidade de interesses ali presentes. Complementam que a territorialidade, como atributo humano, é primariamente condicionada por valores e normas sociais, que varia de sociedade para sociedade, de um período para outro.

3.2.2 Participação comunitária no processo do desenvolvimento local

Ávila (1993, p. 5), defendendo o que denomina de “municipalização qualitativa”, em termos de que seja esta uma “[...] saída, talvez porta única, na atualidade, para a endogeneização de nosso desenvolvimento [...]”, atribui importante papel à participação popular. Entende-se que a participação comunitária não se deve resumir a envolvimento esporádicos e parciais de alguns órgãos e instituições de representação social. Participação é

empenho pessoal por um aprendizado difícil das regras e meios de se fazer ouvir, entender e atender.

Por sua vez, Bordenave (1994, p. 22) define, [...] “participação é fazer parte, tomar parte e ter parte, que é próprio da natureza do homem, tendo acompanhado sua evolução desde as tribos e os clãs dos tempos primitivos, até as associações, empresas e partidos políticos de hoje, que se assemelha à democracia participativa”.

É importante visualizar a participação como resultado do processo de construção social, portanto sujeito os fatores históricos e culturais.

Neste sentido, a participação parece manter uma relação direta com a capacidade individual ou coletiva de interagir, cooperar, associar-se e confiar, isto é, com o chamado capital social. Embora complexo e conceitualmente ainda impreciso, o capital social assume patente visibilidade como recurso potencial de desenvolvimento, tanto mais pelo fato de que tem seu aporte na dimensão cultural e não apenas sociológica ou espacial.

A participação não pode ser vista como um mero requisito metodológico na estratégia de sensibilização ou conscientização popular. Ela é muito mais do que um atributo do diagnóstico ou um recurso da ação planejadora. Negligencia-se a participação mesmo quando se empreendem todos os esforços em oferecer às pessoas a oportunidade ampla e irrestrita de participar.

O esvaziamento de uma reunião pode não expressar desinteresse, mas ser um indicativo importante de que o seu conteúdo não foi perfeitamente entendido ou aceito. Neste sentido, participativo não é o processo em que apenas se assegura a oportunidade da participação, mas aquele que a promove em todos os sentidos, porque nela deposita sua própria condição de vitalidade. Isso significa acreditar muito mais nas pessoas do que se faz normalmente, possibilitando e condicionando sua participação qualitativa e não apenas quantitativa.

3.2.3 Local sentido de lugar território

Uma nova concepção de desenvolvimento, que valoriza o local como referência territorial (sentido de lugar) e que ganha força, na Europa, a partir dos anos 80, quer

aproximar-se das pessoas, apoiar-se na solidariedade comunitária, instrumentalizar a comunidade, envolvendo-a efetivamente na superação dos problemas e na promoção do desenvolvimento endógeno (GOBIERNO BASCO, 1994).

Quando se fala de “local”, está-se referindo à escala das inter-relações pessoais da vida cotidiana, que sobre uma base territorial constroem sua identidade. O lugar é essa base territorial, o cenário de representações e de práticas humanas que são o cerne de sua singularidade; o “espaço da convivência humana”, onde se localizam os desafios e as potencialidades do desenvolvimento (MARTÍN, 1999).

O lugar é o cenário interativo dos acontecimentos, nele os fenômenos naturais e humanos acontecem e produzem seus efeitos. Por isso não é apenas porção e sim síntese da totalidade socioespacial. Há, pois, uma “ordem local” diretamente associada ao cotidiano das pessoas, cujos parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade e a cooperação (SANTOS, 1996a).

A força do lugar (ordem local) reside no território compartilhado e identificado por uma consciência social e comunitária de entorno, cuja essência é a própria história vivida em comum (SANTOS, 1996a; LÊ BOURLEGAT, 2000).

O lugar se apresenta para as pessoas por sua materialidade, pela aparência conhecida e familiar dos elementos que o compõem – casas, ruas, campos, a vizinhança, o clima habitual, etc.

3.2.4 Comunitarização para desenvolvimento local

A comunitarização para o Desenvolvimento Local, Participação e Associação torna-se imprescindível o entendimento dos conceitos, visto que se torna necessária à análise de como a comunidade participa no processo de concepção e gestão do seu desenvolvimento.

A comunitarização versa em transferir um domínio que, no quadro institucional, depende dos relacionamentos primários e secundários.

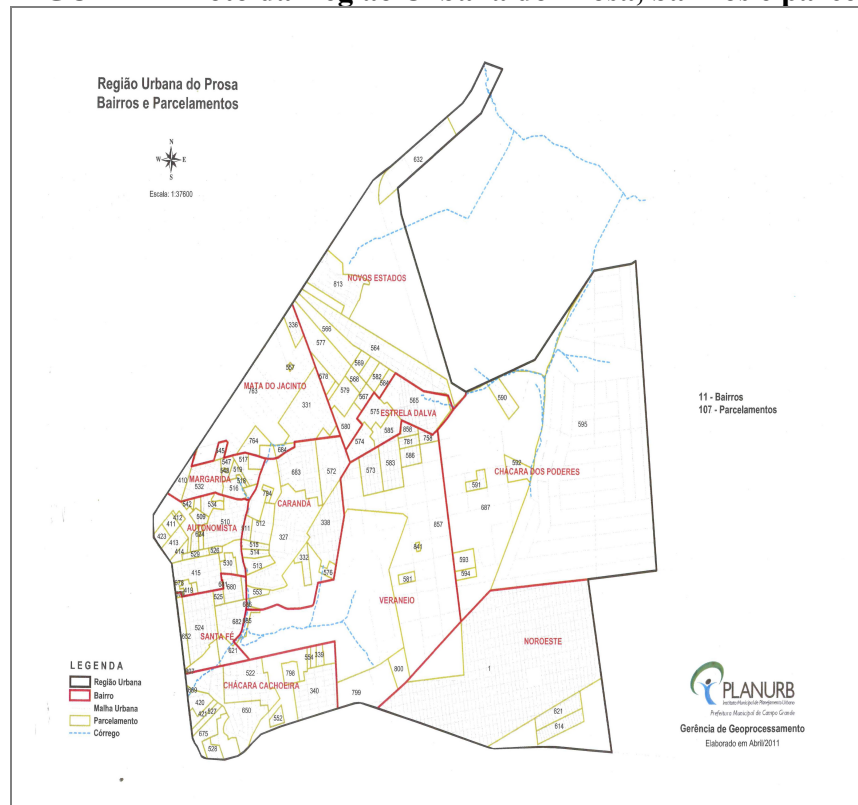
Constitui, sem dúvida, situação de impasse, dado que o dirigismo externo bloqueia portas ao desenvolvimento de aptidões e se torna difícil pensar na superação do dirigismo externo sem que se desenvolva e exercite capacidade de aptidões. No entanto, o progressivo

rompimento desse impasse é possível mediante a “comunitarização para Desenvolvimento Local”.

4 COMUNIDADE TERAPEUTICA ANTONIO PIO DA SILVA – COMTAPS

A cidade de Campo Grande é dividida em sete regiões, ver FIGURA 1, “Anhanduizinho, Bandeira, Centro, Imbirussu, Lagoa, Prosa e Segredo”. Diante disso, ressalta que a Comunidade em questão está localizada no parcelamento Chácara dos Poderes é um dos onze parcelamentos que compõem a Região do Prosa, que por sua vez é constituído pelos parcelamentos: Autonomista, Carandá, Chácara Cachoeira, Chácara dos Poderes, Estrela Dalva, Margarida, Mata do Jacinto, Noroeste, Novos Estados, Santa Fé e Veraneio.

FIGURA 1 - Foto da Região Urbana do Prosa, bairros e parcelamentos



Fonte: PLANURB, 2011 .

A Região do Prosa está localizada a leste de Campo Grande e o local pesquisado a leste da Região do Prosa, haja vista que este parcelamento se constituiu em 12 de maio de 1987, é composto de diversas chácaras, afastado do centro de Campo Grande, não há asfalto e sua caracterização é de zona rural, por ficar fora do perímetro urbano.

O número populacional é de 946 habitantes, 512 do sexo masculino e 434 do sexo feminino, dentre estes 83 têm idade de 0 a quatro anos, 234 têm de 0 a 14 anos, 628 de 15 a 64 anos e 81 de 65 anos ou mais. A idade média por habitante é de 32,98 anos e domicílio particular ocupado 305 cuja média de moradores por residência e de 3,10 (IBGE, 2010).

Nota-se que quando as pessoas se propõem a montar uma Comunidade Terapêutica busca-se um local calmo, sereno, com muita tranquilidade e bem afastado do perímetro urbano. Diante disso, fica fácil entender por que várias Comunidades Terapêuticas estão localizadas no Bairro Chácara dos Poderes, pois o local é exatamente o que os responsáveis por essas Comunidades necessitam para se constituírem e dar andamento nos seus objetivos.

Contudo, vale destacar que estão instaladas sete Comunidades Terapêuticas uma feminina e seis masculinas, somente neste bairro.

A procura por um local sossegado, quieto, pacato revela a busca pela paz, paz essa exterior e interior proporcionada por esse ambiente no qual é cercado pela natureza, com árvores frutíferas, plantas, animais, pássaros e muito verde.

Observa-se que estes Centros de Tratamentos para dependentes químicos de álcool e/ou drogas se estabelecem neste local com intuito de no primeiro instante proporcionar ao interno o desligamento da euforia, agitação e estresse dos centros urbanos, bem como baladas, festas have e curtidão.

Acredita-se por ser um lugar pacífico, ordeiro impulsiona os internos a meditar, refletir e possibilita a ele se conhecer e saber lidar com seus reais sentimentos, coisa que um dependente químico não sabe lidar, e também entender que é portador de uma doença, pois muitos não têm esse conhecimento.

O dependente químico é uma pessoa que busca saídas fáceis, pessoas que não sabem lidar com o dia a dia, não sabem lidar com seus sentimentos, suas emoções e decepções, suas frustrações; para ele, o mundo é totalmente errado e somente ele é o correto, e por sua vez o uso é o único meio de sobrevivência (BOCK, FURTADO; TEIXEIRA, 1998).

Portanto quando um usuário de substância psicoativa revolve procurar ajuda em uma comunidade terapêutica tem a possibilidade de fazer seu presente, desprender do seu passado e mudar seu futuro, uma vez que essa ideologia só depende dele.

4.1 HISTÓRICO

O Centro de Tratamento de Dependência Química Álcool e Drogas (Figura 2) se concretizou no ano de 2005, após o término de tratamento de três anos do presidente da instituição. Dessa forma, em reconhecimento ao que fizeram por ele, este idealizou esta Comunidade na expectativa de não somente devolver ao dependente químico uma vida de sobriedade, como fizeram com ele há nove anos, mas estar constantemente em recuperação, pois também foi um usuário de substâncias psicoativas.

FIGURA 2 - Foto da Comunidade Terapêutica Antonio Pio da Silva - COMTAPS



Fonte: PLANURB, 2011.

Segundo relato do presidente Antonio Pio da Silva Neto (2011):

Na idade de quatorze anos dou início ao meu uso de drogas, era uma situação controlável, ainda a doença não comprometia as minhas relações, pois trabalhava, estudava, namorava, tinha uma vida social muito agitada, sem danos nenhum, mas após cinco anos de uso eu havia percebido que perdera tudo, e assim minha família resolveu me internar em uma comunidade terapêutica, fora de Campo Grande- MS. (sic.)

Sua trajetória foi marcada por quatro tratamentos malsucedidos todos com recaídas, pois não terminara nenhum, conseqüentemente seus familiares perderam a total confiança que nele tinham, e só voltaram a acreditar nele, quando estava limpo e sóbrio, após três anos de término do seu quinto e último tratamento.

Diz Pio que “em 2003 realizei o meu quinto e último tratamento, no qual o concluí. Esse foi o incentivo para concretizar o meu sonho, montar e coordenar uma instituição relacionada com a problemática vivida” (sic)

Ao analisar sua fala, logo se entende a função das empresas privadas. Enfatiza a autora:

Os espaços ocupacionais do assistente social têm lugar no Estado – nas esferas do poder executivo, legislativo e judiciário –, em empresas privadas capitalistas, em organizações da sociedade civil sem fins lucrativos [...]. Esses distintos espaços são dotados de racionalidades e funções distintas na divisão social e técnica do trabalho, porquanto implicam relações sociais de natureza particular, capitaneadas por diferentes sujeitos sociais, que figuram como empregadores [...]. Elas condicionam o caráter do trabalho realizado (voltado ou não à lucratividade do capital), suas possibilidades e limites, assim como o significado social e efeitos na sociedade. Ora, as incidências do trabalho profissional na sociedade não dependem apenas da atuação isolada do assistente social, mas do conjunto das relações e condições sociais por meio das quais ele se realiza (IAMAMOTO, 2000).

Desse modo, sua avó lhe cedeu a chácara para realizar seu sonho, ou seja, constituir a COMTAPS, que por sua vez usou a metodologia da Comunidade Terapêutica Reviver, onde conclui o seu quinto e último tratamento que fica em Santa Catarina – RS.

De acordo com o seu Regimento Interno “A instituição foi criada no ano de 2005, posto que é uma empresa de direito privado, sem fins lucrativos e/ou econômicos e de duração por tempo indeterminado.”

A instituição pesquisada auxilia no tratamento a toxicômanos e etilistas desde abril de 2005, cuja atuação se dá em uma visão ecumênica, que trabalha com o modelo Minnesota³ - 12 passos de Narcóticos Anônimos (NA), que visa a recuperar e resgatar o ser humano num todo, sendo na área do esporte, educação, saúde, segurança, lazer e Assistência Social, estimulando a socialização, reinserção, e reabilitação social e assim proporcionar o bem-estar.

Tem como meta o resgate da auto-estima, da expectativa de vida, do ser humano em si, incentivando de modo permanente a autodisciplina nos internos. Na consecução de seus

³³**Modelo Minnesota:** Nasceu nos Estados Unidos há cerca de 50 anos, tendo sido replicado com enorme sucesso. Com altas taxas de recuperação, é muito utilizado.

objetivos oferece atividades de laborterapia; atendimento individual; dinâmicas em grupos; palestras socioeducativas e curso profissionalizante, ou seja, procura promover a reabilitação de pessoas dependentes químicas na complexidade da doença que é biopsicossocial.

A COMTAPS, ver figura 3, propõe, portanto, por meio da direção, coordenação, e uma equipe técnica multidisciplinar como: psicólogos, assistente social, terapeuta ocupacional, conselheiros em dependência química e, conselheiros espirituais, o resgate da cidadania, da auto-estima e principalmente a valorização do ser humano, visando à qualidade de vida desses residentes (internos), através de sua reabilitação (recuperação/tratamento).

Destaca ainda o Regimento Interno da COMTAPS (2007):

A instituição atua na questão da substância psicoativa, oferecendo tratamento e visando resgatar a vida do dependente químico, iniciando-o com valores elementares da convivência social, sendo a higiene mental, social e física, passando também por questões comportamentais que envolvem o caráter, a postura e os valores que norteiam as decisões do ser humano.

O fundamental princípio da instituição é a valorização do ser humano independente da classe social, além de mostrar como viver de forma íntegra, correta uma vez que estão sóbrios, ver Anexo A1.

FIGURA 3 – Centro de Tratamento para dependentes químico álcool e droga COMTAPS



4.2 MÉTODO DE TRATAMENTO – MINESSOTA

O programa de tratamento da COMTAPS⁴ compreende antes de tudo no entendimento da metodologia adotada por esta. Entretanto cabe ressaltar que o lema da instituição se caracteriza em mente aberta, boa vontade e honestidade, sendo assim é fundamental especificar cada um deles: Mente Aberta - “Acreditamos que precisamos ter mente aberta, para nos permitirmos compreender e aceitar as mudanças necessárias para a nossa recuperação”. Boa Vontade – “Acreditamos que precisamos querer mudar de vida, para pôr em prática todos os novos conselhos e orientações adquiridos no nosso tratamento, para desde já, aplicá-los no nosso dia a dia”. Honestidade – “acreditamos que precisamos ser honestos para fazermos a nossa parte com responsabilidade e não mais enganarmos a nós mesmo. Temos que ser honestos e transparentes para com os outros e para conosco”.

Dentre estes, também existem outros procedimentos, bem como grupos operativos que são grupo de sentimentos, reunião de confronto, dinâmica de passos, reunião de grupo de apoio, terapia em grupo e a espiritualidade, que por sua faz necessário especificá-los.

4.2.1 Reunião de sentimento

⁴ COMTAPS Comunidade Terapêutica Antonio Pio da Silva

A reunião tem por objetivo, fazer com que o residente partilhe os sentimentos que afloram no decorrer da semana. É muito importante esta reunião de partilhas, pelo fato de o residente aprender a identificar seus sentimentos, a se fazer conhecido para o resto do grupo, e a ouvir a si mesmo falando o que existe no seu coração. Tudo isso com a possibilidade de feedback⁵ dos companheiros. É através dos feedbacks que os companheiros o aconselham a conduzir-se dali em diante para que sua vida seja mais confortável e feliz. Sempre quando alguém partilha seus sentimentos, eles coincidem com os sentimentos de outros companheiros ali presentes formando-se, assim, elos de união e objetivos comuns, que são: a recuperação da sanidade e a reformulação do caráter.

4.2.2 Reunião de confronto

O objetivo desta reunião é o confronto propriamente dito, que é quando o residente ouve seus companheiros, como foi que eles viram o seu comportamento do decorrer da semana, e o autoconfronto, que é a maneira como o residente viu seu próprio comportamento no mesmo período. Os confrontos são feitos por meio de sinalizações. As sinalizações tanto podem ser referentes aos defeitos de caráter como também as qualidades do companheiro. Um exemplo de sinalização de defeitos seria, quando no decorrer da semana, durante as laborterapias, um residente não demonstrou disposição para o trabalho, nesta reunião ele será sinalizado de PROCASTINADOR⁶. E um exemplo de sinalização de qualidade, quando um residente é visto sempre disposto a auxiliar os companheiros, ele será sinalizado de PRESTATIVO.

Todas as sinalizações são consideradas dignas de atenção, porém, em caso de o residente receber três ou mais sinalizações idênticas, ele deverá tomar medidas sérias para reverter à situação (ele não pode receber três sinalizações negativas certo?).

Todas as sinalizações serão transferidas para um quadro, chamado ESPELHO DE CONFRONTO, de acordo com uma preestabelecida lista de qualidades e defeitos.

⁵ O feedback é uma forma de resposta, de retorno, de aconselhamento por parte dos companheiros para com os residentes com intuito de crescimento na recuperação.

⁶ Procastinador: que adia com frequência.

Ao final de cada mês, é feito um gráfico, no qual aparecem as oscilações do comportamento de cada residente, fazendo-o perceber suas alterações de humor, que muito auxiliarão na busca de seu equilíbrio emocional. Após o terceiro mês pode-se, através da confrontação dos espelhos, obterem-se características predominantes do caráter do residente.

4.2.3 Dinâmica de passo

Esta é uma nova técnica criada e em desenvolvimento nesta comunidade. Tem por objetivo fazer com que o residente tenha uma maior intimidade com as orientações e ensinamentos da filosofia dos Doze Passos de AA e NA. Faz também com que o residente consiga perceber a aplicabilidade dessas orientações em seu cotidiano. Faz com que o residente se faça mais conhecido dos companheiros. Permite que o residente faça uma auto-avaliação e um auto-feedback em relação as suas mudanças de comportamento.

Esta reunião, aliada ao novo trabalho do programa familiar, que é o de levar ao conhecimento dos familiares o conteúdo do programa de tratamento, se completam, no intuito de se conseguir que o residente compreenda e pratique cada vez mais os conselhos e o ensinamento deste programa.

Reunião de grupo de Apoio: As características desta reunião é que ela é exclusiva dos residentes, sem a participação da equipe.

Ela segue os modelos das reuniões de A.A e N.A, nos quais são observados, seus princípios e tradições. Ela serve para o residente partilhar qualquer assunto que teve ou tem importância na sua vida.

Psicoterapia individual: Identificar os conflitos até então mascarado pelo uso da droga, ou seja, os aspectos dependências.

Descobrir novas formas de lidar com esses conflitos, que não, através da droga.

Incentivar para que o adicto possa desenvolver recursos internos como: tolerância, a frustração, capacidade de controlar seus impulsos, limites em geral, em busca de um fortalecimento psíquico, em favor de uma reinserção social.⁷

⁷ **Reinserção Social:** Gomes (2003) defende que, a Reinserção Social se pauta em medidas de segurança que não atuem unilateralmente sobre o delinquente, mas sim em uma verdadeira política de interação entre o indivíduo e a sociedade.

Além do programa de tratamento a comunidade oferece três tipos de métodos terapêuticos.

4.3 MÉTODO TERAPÊUTICO

Primeiro Método: Tratamento de 12 (doze) semanas de reforço para pessoas que já fizeram o Programa de 64 tarefas e para empresários que dispõem de pouco tempo para o período de tratamento.

Segundo Método: Tratamento de 21(vinte e uma semanas), para pessoas que não concluíram outros tratamentos.

Terceiro Método: Tratamento Completo de **nove meses com 64 tarefas** (o tratamento sugerido a todos que ingressam).

O período de internação, ou seja, tempo de Programa é avaliado pela psicóloga e coordenação. _

O terceiro método é o mais utilizado dentro da Comunidade Terapêutica fundamentado na metodologia Minessota, composta por 12 passos, distribuídos em 64 tarefas, na qual os profissionais que atuam na comunidade devem estar em consonância com os objetivos dessa metodologia, pois conhecê-la é essencial para que não haja um desrespeito ao trabalho aplicado, sendo assim segue adiante a método Minessota.

4.4 DOZE PASSOS

Primeiro Passo: admite-se que se era impotente perante adicção, e que a vida tinha se tornado incontrolável. O estudo do Primeiro Passo compreende as 16 primeiras tarefas, que se inicia com uma retrospectiva da semana anterior à vinda para a comunidade, para que se tenha uma visão da atual condição. Depois é feito um histórico de vida e um esclarecimento sobre o surgimento e os efeitos dos tóxicos ou álcool. Faz-se também um relato com os fatos que o fizeram vir para a comunidade. Dirá também o porquê precisa e por que quer este tratamento. Nas tarefas de oito a 14 são feitos resgates da vida passada, relatando situações de

culpa, vergonha, humilhação, desonestidade, orgulho, agressividade, prostituição e irresponsabilidade ocasionados pelo uso de tóxicos ou álcool.

Segundo Passo: deve-se acreditar que um Poder Maior do que todos pode devolver a sanidade. O estudo deste passo compreende as tarefas de número 17 a 27. São identificadas as parcelas de responsabilidade do residente na sua história de mágoas, perdas, conflitos e abandonos. Fará uma lista de raivas e ressentimentos. Relatará também situações em que era importante que não usasse drogas e usou. Situações de intolerância e situações de comportamento doentio. Indicará onde em seu corpo foi prejudicado. Fará uma lista de tudo o que perdeu, deixou de ganhar, fazer ou construir pelo seu uso de tóxicos ou álcool.

Terceiro Passo: decide-se entregar a vontade e a vida aos cuidados de Deus, da maneira como O compreendia. Neste passo são relatadas situações em que se tentou controlar pessoas, situações e coisas. Também situações nas quais se tentou controlar e se ficou com raiva por não conseguir. Fazem-se também desenhos dos familiares, identificando seus aspectos positivos e negativos, bem como a qualidade do seu relacionamento.

Quarto Passo: faz-se um profundo e destemido inventário moral de si mesmo. Escrevem-se cartas separadas aos familiares colocando o que gostariam de ter dito a eles e não se teve oportunidade ou coragem, bem como cartas-resposta colocando tudo o que acha que eles lhe responderiam e o que gostaria que respondessem. Faz-se também o exercício do espelho com o intuito de elevar a autoestima. Faz-se também uma lista dos medos atuais, então se relata os comportamentos e situações que não se quis trazer a público e as apresenta ao conselheiro. Por fim faz seu inventário pessoal e moral.

Quinto Passo: admite-se a Deus, a si mesmo e ao outro ser humano a natureza exata das falhas pessoais. É partilhado então o inventário com um membro da equipe, por ele escolhido. Faz-se enfim uma lista de metas que irá cumprir a sua 1ª Ressocialização⁸: **Saídas na segunda-feira com o retorno na sexta-feira.** Ao retornar da ressocialização fará um relato de quais metas foram cumpridas, como foi o comportamento e quais foram os sentimentos.

Sexto Passo: prontifica-se inteiramente a deixar que Deus remova todos os defeitos de caráter.

Sétimo Passo: humildemente pede-se a Ele que remova todos os defeitos. Faz-se uma lista de todos os defeitos de caráter, que acredita terem trazido problemas.

⁸ **Ressocialização:** reintegrar, reincidência, regeneração.

Oitavo Passo: faz-se uma lista de todas as pessoas que se tenha prejudicado e dispõe-se a fazer reparações a todas elas.

Nono Passo: fazem-se reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo possa prejudicá-lo ou a outrem. Faz-se uma lista das pessoas que prejudicou, dizendo os danos causados e de que maneira serão feitas as reparações. Faz-se também um exercício de reparação com cinco cartas. São feitas então as metas para a Segunda ressocialização que é igual à primeira ressocialização.

Décimo Passo: continua-se fazendo um inventário pessoal e quando se estava errado se admite prontamente. Este passo é praticado durante o tratamento inteiro através da folha de sentimentos diários.

Décimo Primeiro Passo: procura-se, por meio de prece e meditação, melhorar o contato consciente com Deus, da maneira como O compreende, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a si, e o poder de realizar esta vontade. Fazem-se contatos diários e conscientes com o seu Poder Superior.

Décimo Segundo Passo: tendo experimentado o despertar espiritual, como resultado desses passos, procura-se levar a mensagem a outros adictos e praticar esses princípios em todas as atividades. Pratica-se o Décimo Segundo Passo levando a mensagem e ajuda aos novos residentes. Faz-se uma retrospectiva de todo o tratamento, relatando dificuldades que encontrou e como ocorreram as mudanças no comportamento e compreensão da própria vida.

Ao terminar o Método Minessota é feito uma cerimônia de apresentação da última tarefa, na qual é a entrega da meia quatro, o qual o interno faz-se um plano ou uma meta de vida realista, para os próximos seis meses nas áreas de: recuperação, espiritual, familiar, moradia, educacional, cultural, profissional, esporte, lazer e sexual.

4.5 PROGRAMA TERAPÊUTICO

Este programa terapêutico é uma exigência da vigilância sanitária conforme a RDC - Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA 29/2011 que revoga a RDC 101/2011, legislação que atualmente rege as Comunidades Terapêuticas que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestam serviços de atenção a pessoa com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.

Critério de inclusão

É feito uma pré-triagem com os conselheiros em dependência química e os psicólogos e posteriormente com a assistente social utilizando o instrumental “ficha social” na qual compreende saber o quadro da adicção ativa (uso de drogas substância psicoativa - SPA), mesmo os que vêm da clínica psiquiatria passa por essa mesma avaliação, porém continua-se com a prescrição médica (psiquiatria), até que os residentes tenham a alta dessa medicação.

Critério de residentes (pacientes)

Os pacientes podem ser desligados ou até mesmo nem ser admitidos quando possuírem ataques suicidas, epiléticos (grave), doenças contagiosas graves, e por sua vez encaminhadas à outra modalidade de atenção.

Atividades obrigatórias e opcionais

Todas as atividades são obrigatórias o seu fazer, porém a atividade de lazer e atividades espiritual ficam a critério dos residentes, sendo atividades opcionais.

Processo após alta, ao longo de um ano

É realizado um acompanhamento por telefone para a família e é sugerido que essa família frequente o dia da visita da instituição que é todo o terceiro (3º) domingo de cada mês, durante um período mínimo de um ano e, além disso, a Comunidade Terapêutica oferece um estágio de no mínimo mais três meses após a conclusão do tratamento, caracterizado um acompanhamento pós-alta.

Alta terapêutica

A alta se concretiza através dos residentes que concluem um processo de tratamento, baseado nos 12 Passos de Narcóticos Anônimos (N.A.) e Alcoólatras Anônimos (A.A.), através do método Minnesota cujo tempo é de seis a nove meses, por causa das sessenta e quatro (64) tarefas escritas e neste processo as psicólogas e os conselheiros fazem o acompanhamento até o seu término.

Desistência (alta pedida)

O residente comunica sua desistência quando solicita a equipe técnica multidisciplinar suas 24 horas é um período (tempo) que o residente tem para refletir e meditar realmente sobre esta vontade de ir embora e abandonar seu tratamento. A Comunidade Terapêutica é voluntária e o residente pode desistir a qualquer tempo.

Desligamento (alta administrativa)

O desligamento da Comunidade Terapêutica acontece quando o residente infringir o Regimento Interno, tendo comportamento inadequado ex: (sexo, drogas, violência física ou verbal).

Internação por Mandato Judicial⁹

É comunicada ao juiz a sua entrada quando o interno tem algum problema com a Justiça, caso o interno desista é comunicado imediatamente seu abandono do tratamento. Há também vaga com mandado judicial, pois o juiz determina seu tratamento como pagamento de pena e quando ele não termina o tratamento segue a mesma instrução citada acima, ou seja, é comunicada ao juiz sua desistência.

Evasão (fuga)

É comunicado imediatamente ao seu familiar ou responsável a sua evasão ou fuga do tratamento, caso ele tenha algum problema com a Justiça é feito um ofício ao juiz comunicando sua evasão.

Rotina da Comunidade Terapêutica

Clínico Geral

É levado ao Clínico Geral o residente que estiver com complicações (abstinência¹⁰, cortes, gripes fortes, dores).

Psiquiatra

⁹**Judicialmente:** Determinadas por uma autoridade judicial (Juiz).

¹⁰¹⁰ **Abstinência:** Ação de abster, de se privar de alguma coisa.

Quando o residente é avaliado pela equipe técnica que está comprometido, o psicológico abalado (vozes, sombras, vontade compulsiva de uso, paranoias).

Psicológica

É feito o atendimento quatro vezes na semana em grupo e individual, pois a Comunidade tem três profissionais de Psicologia.

Avaliação familiar

A avaliação com a família é feita com os profissionais no dia da visita ou da admissão do interno.

Exames laboratoriais

É realizado através do encaminhamento da enfermeira ou solicitação da assistente social ao CEM, UBS e ou através do SUS.

Programa terapêutico individual

O tempo compreendido de tratamento é por meio do modelo Minnesota (12 passos) às (64) tarefas que o próprio residente faz (módulo).

Mural

Existe um mural dentro da Capela e no escritório das atividades realizadas no tratamento.

Critério de visita, comunicação com familiares e amigos.

O residente passa por um período de adaptação de 15 dias. Nesse período, ele fica incomunicável. Após o décimo quinto dia ele pode receber seu primeiro telefonema, de cinco minutos, cartas; sua primeira visita após 30 dias.

Atividade física

Futebol, voleibol, academia, atividades no momento de lazer, ver ANEXO 2.

Lúdico - Terapêutica

Música (louvores, teatro e aula de violão), atendimentos com assistente social, psicólogos e terapeuta ocupacional.

Desenvolvimento interior

Opcional (cântico)

Atendimento em grupo

Reunião com assistente social, psicólogos e terapia ocupacional.

Rotatividade limpeza e cozinha

Através das laborterapias, cada residente tem responsabilidade de zelar por um cantinho da comunidade, ou seja, a rotatividade de manutenção é semanal e na cozinha de 15 em 15 dias, ver ANEXO 2.

Atendimento familiar

É sugerido à família ou ao co-dependente que procurem um grupo de autoajuda, assim que o residente em uma Comunidade Terapêutica, como a Amor Exigente, NA, AA, Alanon¹¹ e que traga o comprovante de frequência uma vez ao mês nas visitas à CT.

Avaliação e cuidados às pessoas em tratamento

É feito a Ficha de Sentimento do Dia ou o Bom Dia¹², sendo o diário do residente.

Agravo à Saúde

É encaminhado ao CAPSad, ao Hospital Regional, na ala psiquiatra, ou ao Hospital Nosso Lar.

Máximo de Internação

O tratamento é de seis a nove meses com três meses de estágio com no máximo um ano de tratamento.

4.6 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

¹¹ **Alanon** - Grupo de auto ajuda para a família de dependentes químicos

¹² **Bom dia** – diário do residente

A atuação do assistente social no tratamento a dependentes de substâncias psicoativas está inserida no trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

Na COMTAPS este é realizado por três coordenadores da instituição, uma assistente social, duas psicólogas, uma enfermeira e quatro estagiários em serviço social, esta dinâmica de trabalho em equipe nos permite conhecer melhor cada usuário de diferentes aspectos. Sendo assim o trabalho desenvolvido por cada integrante da equipe cada um abordando o tema que lhe é específico, o atendimento ao usuário se torna mais efetivo.

Pode-se considerar equipe um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los, de forma compartilhada. A comunicação entre os membros é verdadeira, opiniões divergentes são estimuladas. A confiança é grande, assumem-se riscos. As habilidades complementares dos membros possibilitam alcançar resultados, os objetivos compartilhados determinam seus propósito e direção (MOSCOVICI, 1995, p.05).

O trabalho psicossocial é importante no tratamento do dependente, de modo que se faz necessária a atuação do serviço social em consonância com a psicologia, pois não há como os problemas sociais não influenciarem nos psicológicos e vice-versa.

A parceria com o setor de enfermagem nos temas voltados à saúde, em que são abordados no acompanhamento do serviço social é muito rica. Ocorre que muitos internos declaram nas entrevistas as situações de risco que passaram no decorrer de sua drogadicção ativa. Neste aspecto o usuário aceita um encaminhamento para a enfermagem, e articula-se com o profissional as possíveis formas de conscientização dos internos, através de palestras, dinâmicas, dentre outras. Cabe ao profissional de serviço social passar para o enfermeiro as situações para que ocorra a intervenção.

A Terapia Ocupacional na instituição oferece atendimento em grupo, propondo atividades construtivas, expressivas, lúdicas e de geração de renda. Os recursos terapêuticos utilizados são materiais disponíveis na comunidade. Também são propostas parcerias, juntamente com a Assistente Social, de projetos com outras entidades (fabricação de tijolo ecológico, vassouras, rodos, entre outros).

É importante ressaltar o companheirismo com os coordenadores da instituição, pelo fato de já terem sido usuários de substâncias psicoativas e se encontrarem abstinidos. Eles possuem um conhecimento que nenhum livro pode passar com tanta propriedade e riqueza de detalhes. Ocorrem situações que o embasamento teórico não é suficiente. Assim, como os

coordenadores já terem sido internos em outro momento, eles auxiliam na explicação sobre, por exemplo, a rejeição em dada ação ou atividade proposta ao usuário. Mesmo estes coordenadores não tendo uma formação em nível superior o conhecimento sobre o que se passa na mente dos usuários em recuperação, vai além que qualquer outro profissional possui.

O trabalho do serviço social na comunidade terapêutica deve estar em consonância com os objetivos da metodologia utilizada na comunidade, e conhecê-la – e principalmente respeitá-la, é fundamental para que não haja um desrespeito ao trabalho aplicado pelos demais profissionais.

As palestras socioeducativas têm por finalidade o resgate de hábitos e limites perdidos, importantes para preservar e manter o bom convívio em coletividade. Reconhecemos que não é fácil conviver com pessoas “desconhecidas” de uma hora para outra, - no caso o tratamento em uma comunidade terapêutica - passar meses com estas pessoas e mesmo estando com elas diariamente saber respeitar momentos de privacidade e lidar com as diferenças muitas vezes não é fácil. Estas palestras são pertinentes principalmente pelo fato de muitos internos já terem sido moradores de rua, entende-se também que na adicção ativa, muitos usuários não se importavam em ser sociáveis á outras pessoas muito menos “tolerá-las”.

Na área social o atendimento visa o resgate do ser humano, através da cidadania, da auto-estima e principalmente a reestruturação e fortalecimento de vínculos familiares. Portanto o serviço social na instituição se caracteriza pelo atendimento técnico, estudo de caso, trabalho com a família, ações voltadas para a qualidade de vida, palestras sócio-educativas, e encaminhamentos para a rede sócio-assistencial.

4.7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

HS	SEGUNDA-FEIRA	HS	TERÇA-FEIRA
06:00	DESPERTAR "COZ. ÀS 5h20"	06h00	DESPERTAR "COZ. ÀS 5h30"
06h30	CAPELA DEVOCIONAL	06h30	CAPELA DEVOCIONAL
07h30	CAFÉ DA MANHÃ	07h30	CAFÉ DA MANHÃ
08h00	LABORTERAPIA	08h00	LABORTERAPIA
10h00	INTER. TERERÉ/ACADEMIA opcional	10h00	INTER. TERERÉ/ACADEMIA opcional
10h20	LABORTERAPIA	10h20	LABORTERAPIA
11h00	BANHO	11h00	BANHO
11h30	ALMOÇO/DESCANSO	11h30	ALMOÇO/DESCANSO
13h50	LEVANTAR DESCANSO	13h50	LEVANTAR DESCANSO
14h00	REUNIÃO DE SENTIMENTO	14h00	PSICÓLOGA/TROCA DE PASSO
15h00	TERAPIA OCUPACIONAL	16h30	LANCHE/LAZER/BANHO opcional
16h30	LANCHE/LAZER/BANHO opcional	19h00	REUNIÃO ESPIRITUAL opcional

19h00	REUNIÃO EM GRUPO	20h00	JANTAR
20h00	JANTAR	22h30	SILÊNCIO TOTAL
22h30	SILÊNCIO TOTAL		
HS	QUARTA-FEIRA	HS	QUINTA-FEIRA
05h30	DESPERTAR "COZ. ÀS 5h"	06h00	DESPERTAR "COZ. ÀS 5h30"
06h00	ESPIRITUALIDADE LUIZ	06h30	CAPELA DEVOCIONAL
07h30	CAFÉ DA MANHÃ	08h00	CAFÉ DA MANHÃ
08h00	LABORTERAPIA	08h30	LABORTERAPIA
10h00	INTER. TERERÉ/ACADEMIA opcional	10h00	INTER. TERERÉ/ACADEMIA opcional
10h20	LABORTERAPIA	10h20	LABORTERAPIA
11h00	BANHO	11h00	BANHO
11h30	ALMOÇO/DESCANSO	11h30	ALMOÇO/DESCANSO
13h50	LEVANTAR DESCANSO	13h50	LEVANTAR DESCANSO
14h00	REUNIÃO DE N.A.T.A	14h00	ENTREGA DE TAREFAS
		15h00	TERAPIA OCUPACIONAL
16h30	LANCHE/LAZER/BANHO opcional	16h30	LANCHE/LAZER/BANHO opcional
19h00	REUNIÃO AUTOAJUDA	19h00	REUNIÃO ESPIRITUAL opcional
20h00	JANTAR	20h00	JANTAR
22h30	SILÊNCIO TOTAL	22h30	SILÊNCIO TOTAL

HS	SEXTA-FEIRA	HS	SÁBADO
06h00	DESPERTAR "COZ. ÀS 5h30"	06h00	DESPERTAR "COZ. ÀS 5h30 HS"
06h30	CAPELA DEVOCIONAL	06h30	CAPELA DEVOCIONAL
07h30	CAFÉ DA MANHÃ	07h30	CAFÉ DA MANHÃ
08h00	LABORTERAPIA	08h00	LABORTERAPIA
10h00	INTER. TERERÉ/ACADEMIA opcional	10h00	INTER. TERERÉ
10h20	LABORTERAPIA	10h20	LABORTERAPIA
11h00	BANHO	11h00	BANHO
11h30	ALMOÇO/DESCANSO	11h30	ALMOÇO/DESCANSO
13h50	LEVANTAR DESCANSO	13h50	LEVANTAR DESCANSO
14h00	PSICOLOGA EM GRUPO	14h00	ASSISTÊNCIA SOCIAL
16h30	LANCHE/LAZER/BANHO opcional	16h30	LANCHE/LAZER/BANHO opcional
19h00	REUNIÃO ESPIRITUAL LUIZ opcional	19h00	TROCA DE LABOR
20h00	JANTAR	20h00	JANTAR
22h30	SILÊNCIO TOTAL	22h30	SILÊNCIO TOTAL

HS	DOMINGO
08h00	DESPERTAR "COZ. ÀS 7h30"
08h30	CAPELA DEVOCIONAL
09h00	CAFÉ
10h00	LIVRE "MANUTENÇÕES"
13h00	ALMOÇO
19h30	JANTAR
22h00	SILÊNCIO TOTAL

4.8 O PERFIL DOS RESIDENTES DA COMTAPS

A pesquisa permitiu uma visão mais global dos internos da COMTAPS, no aspecto de características do grupo, suas dificuldades e potencialidades perceberam que o agente do DL proporcionou uma visão das ações a serem desenvolvidas voltadas às semelhanças emergentes entre eles.

De acordo com o Dicionário de Termos Técnicos da Assistência Social (2007) o diagnóstico social é:

Instrumento dinâmico que permite uma compreensão da realidade social, incluindo a identificação das necessidades e a detecção dos problemas prioritários e respectivas causalidades, bem como dos recursos e potencialidades locais, que constituem reais oportunidades de desenvolvimento (BH, 2007, p.35)

O perfil apresentado teve como base as fichas sociais dos internos e seus acompanhamentos, totalizando 150 residentes no período de 10/2009 a 10/2011. Dentre as informações colhidas se destacam as questões que seguem.

Os resultados obtidos mostram o quanto à influência é um fator determinante no uso de drogas, 80% dos internos iniciaram-se no uso de drogas por influência de amigos. Cerca de 70% já passaram por mais de dois tratamentos, muitos alegam a dificuldade de se conviver em grupo e não terem se conscientizado anteriormente de que precisam se tratar, a maioria não conclui o tratamento por pensarem que não precisam terminá-lo para não voltar a usar drogas. Estes dados estatísticos são todos baseados em fichas sociais em posse da pesquisadora.

Um aspecto importante a ser colocado é o fato de todos os internos ainda manterem vínculos com sua família, eles ainda declaram a importância da família em seu tratamento e são conscientes do sofrimento que dispensaram a ela devido ao abuso de drogas. No aspecto

familiar foi constatado que 47% dos internos são casados, nem todos os casados têm filhos, ainda sim 50% são pais, entre solteiros e casados. Em relação aos pais que têm filhos de relacionamentos terminados, percebe-se a dificuldade em alguns casos manterem o contato com seus filhos, esses aspectos são sempre abordados no acompanhamento para que não seja perdido o vínculo entre pai e filho, algumas das justificativas é o fato da perda da confiança e da melhor situação tanto financeira tanto emocional do padrasto. Importante registrarmos que todos os residentes têm religião.

O uso de substâncias psicoativas leva as pessoas aos extremos a fim de manter esse vício, muitos dependentes optam pelo crime para manter seu uso; no diagnóstico constatou-se que 50% dos internos já responderam a processos judiciais e 47% estiveram detidos, considerando que 100% já praticaram pequenos furtos em casa.

Na instituição 25% dos usuários chegaram a morar na rua em condições subumanas, muitos destes compartilham os momentos em que estavam na rua e na chuva, com vontade de voltar para casa, de parar de usar drogas, mas mesmo chorando faziam o uso das drogas, que já não eram mais tão prazerosas. Um dado alarmante é o caso de 70% dos internos serem poliusuários, ou seja, usam mais de uma substância psicoativa.

Os residentes da Instituição em questão são dependentes de álcool e outras drogas, muitos já cometeram delitos e cumpriram ou cumprem judicialmente, alguns como prestação de serviços para comunidade, revertidos em cesta básica, outros na penitenciária, e por fim, existem os que estão na instituição por ordem judicial, pois cometeram crimes como homicídios, roubos ou tráfico de drogas, entre outros.

A classe social atendida varia, bem como o valor que os internos ou seu familiar contribui. Muitos colaboram com uma quantia menor, na qual é estipulada devido à situação financeira; existe também uma cota social para aqueles que não podem arcar com o tratamento e outros que contribuem com o valor total que é um salário mínimo.

O presente perfil foi revelado através da entrevista com ficha social individual, uma ferramenta própria do profissional de serviço social, que busca caracterizar uma determinada demanda. Para compreender e visualizar de forma clara e simples, nas respostas serão usados gráficos, pois este revela o perfil da amostras dos resultado.

Segundo Marconi e Lakatos (1998, p.35), o gráfico analítico tem como objetivo:

[...] além do de informar, é fornecer ao pesquisador elementos de interpretação cálculos, inferência, privações. Deve conter o mínimo de construções e ser simples. Podem ser usados também como gráficos de informação. Serão vistos juntamente

com as tabelas de frequências. Tipo de gráficos: linear, de barras ou colunas circular ou de segmentos, de setores diagramas, pictóricos, cartogramas, organogramas etc.

Dessa forma, será explicitado em forma de gráfico o resultado da entrevista individual em forma de ficha social sobreposto nos residentes em tratamento na Comunidade Terapêutico Antonio Pio da Silva no período de 10/2009 até 10/2011.

Em dois anos de pesquisa foi possível identificar algumas características que configuram o perfil de 150 internos que estiveram na COMTAPS entre 10/2009 a 10/2011.

Os internos possuem algumas características que, se bem observadas, podem permitir conhecer melhor as suas demandas. Quando se adentra na instituição a primeira peculiaridade que salta aos olhos, podendo ser observada com simplicidade, é o fato de todos os usuários de drogas, exceto os alcoolistas, serem tatuados.

De acordo com Pérez (2006), a tatuagem não é apenas um desenho sobre os corpos, trata-se de símbolo que representar a identidade de uma categoria.

No caso dos internos, a presença das tatuagens mostra, em sua esmagadora maioria, tanto o desespero com a vida envolvida com as drogas, quanto à disposição de deixá-la e assumir outras formas de agir sobre o mundo. Isso começa quando eles agem sobre si mesmos, criando essas inscrições que manifestam o ser humano que pretendem se tornar.

A idade apresentada pelos internos variou de 30% entre 15 e 17 anos, 50% entre 18 e 35 anos, e 20 % entre 36 e 59 anos.

Os pesquisados têm a idade entre 15 e 52 anos, a escolaridade principal é de nível médio e renda per capita varia de um a dois salários mínimos.

Dos 150 internos acompanhados, 30 receberam bolsa social, ou seja, 45%, e destes, apenas um terminou o tratamento.

De acordo com os internos eles começaram a fazer o uso das drogas lícitas e ilícitas por curiosidade e por sentir necessidade de interação em algum grupo. Os que procuram tratamento, e em sua grande maioria, têm o apoio da família, muitos querem concluir o tratamento, mas poucos conseguem, isso por que estão em um Centro de Tratamento não por vontade própria e sim pela família.

- 70% não têm profissão;
- 80% dos internos começaram a fazer uso de álcool; seguindo da maconha para a pasta-base;
- Percebe-se nas entrevistas que as perspectivas de vida deles quanto a obter uma melhor qualidade de vida, sem o uso das drogas é o foco principal no momento;

- 100% dos usuários são conscientes dos danos e transtornos que causaram a sua família, amigos e a alguma parte da sociedade dos que chegaram a cometer delitos, atos de violência ou que de qualquer forma estava prejudicando alguém devido à vida ativa no uso de drogas;
- 70% dos internos têm pais separados.

Pode ser verificado a seguir os gráficos para demonstrar o perfil dos internos:

Gráfico nº 01: Aspectos familiares dos internos:

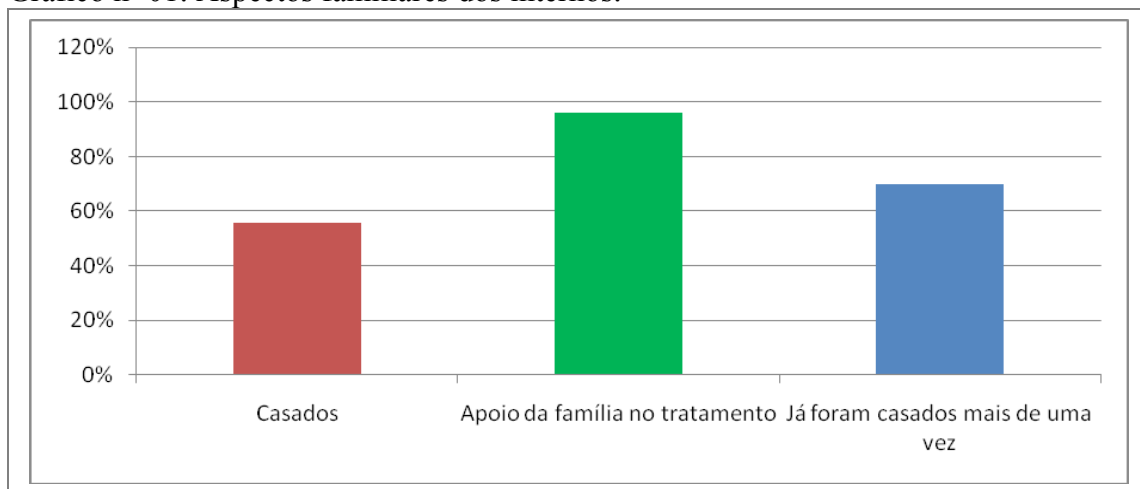


Gráfico nº 02: Quanto aos possíveis motivos que desencadearam o uso de drogas segundo os internos:

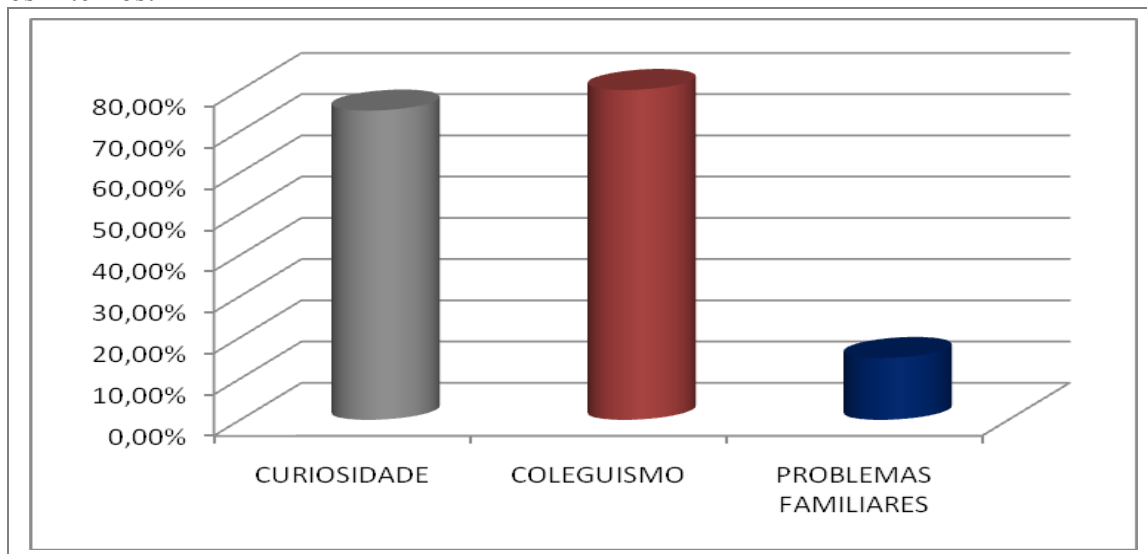
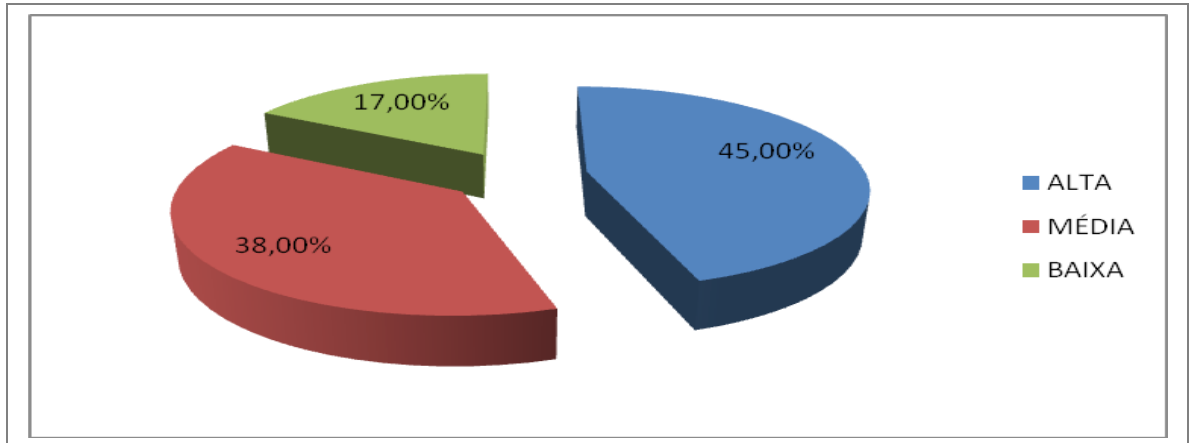


Gráfico nº 03: Classe social dos internos:



A seguir, será descrito o histórico de um dos internos da COMTAPS, que foi acompanhado pelo serviço social.

A história de dependência química em questão (Cf. Anexo) inicia-se com um **evento traumático**, que ocasiona o **rompimento do núcleo familiar**, como é conhecido pela pessoa, no caso ainda uma criança. Em seguida, ocorre a **assunção de papéis substitutivos** por parte de crianças em situação vulnerável. Para o depoimento que se pode coletar, as crianças são obrigadas a morar juntas e uma delas assume o papel de mãe. Em seguida, **aparece uma solução** em forma de fuga dos problemas: o acesso às substâncias, propiciado por uma rede social, os amigos, ou falsos amigos, como frisa a narrativa.

Outro elemento do depoimento em questão que é comum é a forma como entram em cena **as instituições**: no caso, a polícia, a prisão (o sistema prisional); a família e, enfim, a comunidade terapêutica. Por último, ocorre a **adesão ao tratamento e resolução do conflito mediante uma atividade**.

É interessante notar como a atividade que equilibra a vida da pessoa que deixa a dependência é ligada à recuperação de outros usuários. Isso também pode ser visto como uma marca importante na trajetória de subjetivação atravessada pelos recuperados.

No anexo do presente trabalho encontra-se um depoimento, que pode ser consultado em sua totalidade, e que é comentado brevemente, para poder dar uma ideia de algumas linhas da história comum entre os internos. Com a particularidade que o depoimento em questão pertence a uma pessoa que está afastada das substâncias químicas há três anos e 11 meses, o que não é a regra, mas a exceção.

5 A COMTAPS COMO AGENTE DE DESENVOLVIMENTO LOCAL

As relações entre grupos e indivíduos têm um sentido centrífugo (exogenia), como também centrípeto (endogenia). No sentido centrífugo, por exemplo, pode ser vista nas implicações sociais relativas ao consumo de substâncias. Um caso típico dessas implicações são as providências com segurança que precisam ser tomadas por bairros inteiros amedrontados pela violência de traficantes e usuários, entre gangues e assim por diante.

Na COMTAPS, assim como na maioria das comunidades terapêuticas espontâneas, a equipe de coordenadores é composta por ex-dependentes, inclusive seu presidente e fundador.

É importante ressaltar que a comunidade terapêutica proporciona uma mudança de vida, não só no sentido de parar de usar a droga, mas também no sentido de mudança de comportamento e caráter.

Muitas vezes, já que o dependente passou vários anos no uso, não houve qualidade de vida. Ao realizar o tratamento na comunidade terapêutica, resgatam-se vínculos, não só familiares, como, e principalmente, sociais. Assim, a reinserção social se concretiza com o resgate de sua cidadania (acesso a documentos pessoais, saúde e educação) interrompida pela inserção no cenário da drogadição. Há relatos de coordenadores que após seu período de tratamento, conseguiram terminar o ensino médio, cursar uma faculdade, e quiçá viver plenamente na sociedade, respeitando seus limites.

O trabalho com a família é fundamental para o tratamento do residente e principalmente para seus familiares que se tornaram co-dependentes. Os danos causados às famílias de dependentes químicos são imensuráveis, os vínculos afetivos estão desgastados e rompidos, e ocorrem danos morais, sociais, econômicos e principalmente psicológicos e emocionais.

De acordo com Alvarenga e Luís (2004) sobre a participação da família no tratamento do etilista a co-responsabilidade dos membros familiares no início do tratamento é de fundamental importância, estabelecendo um apoio ao mesmo, principalmente nas primeiras

abordagens, onde ainda não se criaram afinidades entre o profissional e o usuário, bem como o comprometimento com os retornos estabelecidos.

A equipe coordenadora da COMTAPS, além de trabalhar o resgate destes vínculos com as famílias dos dependentes químicos (internos), sempre orienta aquelas que não conhecem os grupos de apoios de autoajuda, pois estes grupos auxiliam a entender melhor a dependência como uma doença e a compartilhar com outras pessoas que passam ou passaram por situações iguais ou parecidas em relação às drogas.

Segundo Alvarenga e Luís (2004), no grupo as famílias podem recontar e recriar suas histórias o que consequentemente modificarem as relações entre seus membros favorecendo também o processo de tratamento do alcoolista.

A COMTAPS se articula com o Programa Mesa Brasil, CAPS AD, Policlínica da Prefeitura (odontológico endodontia "canal" dentista restauradora), ONG FIL (odontológico - Básico), Hospital Regional e CAPS AD (psiquiatria), Cem (exames DST/AIDS), instituto de identificação (2ª via de identidade), UNIDERP (nutrição), UCDB, OAB, ONG Psicólogo sem Fronteira, instituição Federação Incluir Brasil (palestra de motivação e reinserção a sociedade) e com a Secretaria de Educação quando a instituição necessita de doações de materiais escolares, parcerias estas firmadas após a implementação do serviço social na instituição.

As ações voltadas para a qualidade vida visam resgatar a cidadania, dignidade e hábitos sociais saudáveis assim como o lazer.

De acordo com a abordagem de Prochaska e DiClemente, a motivação para o tratamento e a mudança de comportamento em relação ao uso de drogas seria permeável a influências ambientais e pessoais (TAVEIRA. 2004, p. 264)

O incentivo aos jogos esportivos em momentos de lazer dos internos é importante, pois impulsiona o trabalho em equipe, a paciência com o próximo, a aceitação e a compreensão diante de uma derrota, trabalha as relações interpessoais. O profissional com percepção consegue captar muitos sentimentos e expressões passadas pelos internos sem perceberem o simples fato de dividir um prêmio voluntariamente com o colega recém-chegado já demonstra o apoio e a união que eles reafirmam neste processo de tratamento conjunto.

O enfoque no resgate de festas saudáveis foi perdido e esquecido por muitos deles e isto precisa ser resgatado. Em datas comemorativas, é importante o profissional perceber os internos que no meio da festa se afastam ou ficam cabisbaixos, eles se deprimem muitas vezes pelo fato de em momentos como estes junto de sua família não terem dado valor ou não terem

vivenciado. Cada um reage de uma maneira, já há os internos que ficam emocionados, estas reações o profissional não deve ver como um fato isolado. Estas reações demonstradas de diferentes formas pelos internos são importantes para uma possível intervenção grupal, pelo fato de não se tratar apenas de um interno que demonstra estes aspectos.

Datas mais comemorativas, como o Natal e o Ano Novo, despertam uma ansiedade muito grande nos internos, pelo fato de a comemoração destas datas serem celebradas com bebidas alcoólicas e muitos deles também faziam uso de outras substâncias. O carnaval é outra data que eles ficam muito inquietos com vontade de sair, pensam que estão perdendo um grande acontecimento, é muito complexo lidar com dependentes de substância, mas mesmo em momentos de lazer o profissional deve estar atento a estes aspectos.

Uma sociedade capitalista regida pelo individualismo competitivo e pela imperativa do consumo, o uso da droga tem sido considerado uma forma de maximização do prazer da vida que se manifesta como suprimento por parte daquele que tenha conseguido sozinho enfrentar a situação expressa.

O desafio é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade. Essa discussão é parte dos rumos perseguidos pelo trabalho profissional contemporâneo (IAMAMOTO, 1998, p.75).

Na medida em que o dependente químico se insere nas redes sociais transformadoras do mundo (no caso a COMTAPS), ele não só transforma o mundo como também se transforma; não apenas se identifica como produz processos de identificação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada ser humano é único, em sua vivência, em seu modo de se relacionar com o outro, suas reações nas mais variadas situações, a vida de cada um independe de muitas semelhanças com o próximo, tem suas particularidades.

Uma vez que o ser humano está constantemente em busca de sua satisfação, independentemente de onde esteja e como alcançá-la, algumas vezes, sem perceber procuram uma satisfação em fontes como a dependência química.

O dependente químico, por vários motivos ligados à sua trajetória pessoal de consumo e dos hábitos dele decorrentes, encontra-se reduzido em sua autoestima e, muito frequentemente, nem mesmo se reconhece como ser humano, já que perdeu seus documentos civis, e tem limitada crença de que terá capacidade de sobreviver sem o uso das substâncias. Devido a essa falta de confiança em si mesmo chega a abandonar o tratamento.

Muitos nunca experimentaram a vida sóbrios, pois estão habituados a viver sob efeito da droga. Não têm condições para lidar com seus reais sentimentos e apresentam quadros de frustração. Maravilham-se com o fato de existir pessoas que ajudam na instituição. Entretanto, desconfiam da equipe com frequência, fazendo a comparação de que, já que nem mesmo a família confia neles, como esses profissionais acreditam?

Ao mesmo tempo, todos os profissionais que ajudam na instituição devem, na representação dos internos, servir como exemplo de vida para eles. Quaisquer comportamentos que considerem estranhos ou inadequados – como uso de álcool e/ou tabaco, por exemplo, desaconselham a pessoa como exemplo de lucidez e de “viver limpo” (ou seja sem depender de qualquer tipo de substância que altere o estado habitual da consciência). Na sua visão, as pessoas que têm condições de ajudá-los são apenas aquelas que vivem na sobriedade sem concessões.

O tratamento busca reforçar, para além do comportamento do abuso de substâncias, a mudança de traços importantes do caráter. O dependente químico, como já foi dito, em muitos casos não tem experiência de uma vida em contato com as próprias emoções, pois encontra-se

alterado pelo uso da substância. Privado desta, deverá ser submetido a um longo processo de verdadeira reeducação para a autoconsciência e para voltar a trabalhar – ou mesmo para trabalhar pela primeira vez – traços de seu caráter que nem sequer conhece como, por exemplo, a responsabilidade, a honestidade e a disciplina, pois muitas vezes nunca viveu sóbrio.

Assim, os internos são despertados para várias reflexões sobre sua personalidade e modo de encarar as vicissitudes da vida, e espelham-se em coordenadores que já terminaram o tratamento, e que tem uma vida longe das drogas.

As ações desenvolvidas na COMTAPS fortalecem os aspectos inerentes ao DL, tais como, o empoderamento, alterações endógenas, no que se refere à crítica e entendimento do que é certo ou errado, limites, valores, sentimento de pertença, desenvolvimento de potencialidades, mudança de comportamento e principalmente qualidade de vida.

As relações endógenas da COMTAPS promovem o Desenvolvimento Local. Porém não há apoio exógeno para o desenvolvimento das ações. Percebeu-se após a análise dos dados coletados, que há a necessidade de união entre a política de assistência social e a política de saúde, já que a dependência química impacta diretamente as questões sociais, pois o dependente químico é um risco para a sociedade, e sua doença traz impactos para a saúde pública. Assim, o desenvolvimento local do ponto de vista exógeno seria realizado.

Outro ponto observado durante a pesquisa foi a falta de informação da sociedade em relação ao conceito e funcionamento de uma comunidade terapêutica. Muitas pessoas acreditam que: 1) a dependência química não é uma questão social; 2) o tratamento disponibilizado na comunidade é manicomial e prisional. Diante disso, é necessária uma campanha nas mídias, para promover o entendimento do serviço prestado.

Partindo do pressuposto que os seres humanos se reconstróem como indivíduos a partir das relações sociais, encontra-se na comunidade terapêutica uma alternativa para reconstrução do dependente químico como indivíduo assim como sua reinserção social ativa. É preciso que seja ativa porque, do ponto de vista do Desenvolvimento Local, a lógica do sentido da vida apresenta-se na modalidade da implementação de uma lógica de cooperação, daí o novo modelo proposto, os das comunidades terapêuticas.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, S.; LUIS, M. *A participação da família no processo de tratamento do alcoolista. Pesquisa sobre a prática da assistência a usuários de álcool e drogas no Estado de São Paulo.*: São Paulo: Editora Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.
- ARAÚJO, M. R. *Comunidades Terapêuticas – Hospital Israelita Albert Einstein: Álcool e Drogas sem Distorção.* 2003. Disponível em : http://www.psleo.com.br/dr_com_terap.htm. Acessado em: Novembro de 2010.
- ÁVILA, F. A; CAMPOS, I. M. M; ROSA, M. W. C.; FERRO, F. F. C.; PAULITISCH, R. J. *Formação educacional em desenvolvimento local: relato de estudo em grupo e análise de conceitos.* 2. ed. Campo Grande-MS: UCDB, 2001.
- ÁVILA, V. F. *Municipalização para o desenvolvimento.* Campo Grande: UFMS, 1993.
- ÁVILA, V.F. *No município sempre a educação básica do Brasil.* Campo Grande: UCDB, 1999.
- AVILA, V.F. ; COELHO, I.S. (2009). *Performances comunitárias e vieses teóricos sobre potencialidades de participação no Jardim Sayonara - Campo Grande-MS - em ótica de Desenvolvimento Local.* INTERAÇÕES. Campo Grande. vol.10 no.1 Campo Grande Jan./June.
- BAUMAN, S. *Comunidade: a busca por segurança.* Trad. DENTIZIEN, P. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BOCK, A. M.; TEXEIRA, M. L. T.; FURTADO, O. *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia.* São Paulo: Saraiva, 1998.
- COELHO, Ione de Souza. *Performances comunitárias e vieses teóricos sobre potencialidades de participação no 117 Jardim Sayonara – Campo Grande-MS – em ótica de Desenvolvimento Local.* INTERAÇÕES, Campo Grande, v.10, n.1, p.97-117, jan./jun. 2009.
- DESLANDES, S. F.; MENDONÇA, E. A. *As redes sociais e as representações de risco para usuários de drogas injetáveis.* 1999. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude_71.htm. Acessado em: Novembro de 2010.
- DICIONÁRIO DE TERMOS técnicos da assistência social. Belo Horizonte: Ascom, 2007.

DOMINGOS, J. B. C. *O uso de álcool e as condições de saúde entre motoristas nas estradas. Ribeirão Preto*. Tese (Mestrado) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008

DOWBOR, L. A intervenção dos governos locais no processo de desenvolvimento. In: BAVA, S. C. (org.)(1996). *Desenvolvimento local, geração de emprego e renda*. São Paulo: Polis.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio Século XXI Escolar: o minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.(e col.). *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001*. São Paulo, 2002.

GIL, A. C. *Projetos de Pesquisa*. 3ª. Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOBIERNO BASCO. *Estudios de economia, manual de desarrollo local*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Economia y Hacienda. 1994.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

LAKATOS, E.M.,MARCONI, M. de A. *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2000.

LE BOURLEGAT, C. A. *Ordem local como força interna de desenvolvimento*. In: *Interações – Revista Internacional de Desenvolvimento Local*. Vol. 1, n. 1, set. 2000.

LUÍS, M.; TAVEIRA, M. *A motivação inicial para a busca do tratamento da dependência química. Pesquisa sobre a prática da assistência a usuários de álcool e drogas no Estado de São Paulo*. São Paulo: Editora Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

MARQUES, H. R. *Desarrollo local a escala humana*. Revista Polis. 22 Disponível em: <http://www.revistapolis.cl/index.htm> Acesso em 10.02.2011. Acessado em: Novembro de 2010.

MARTÍN, J. C. Los retos por una sociedad a escala humana: el desarrollo local. In: SOUZA, M. A. *Metrópole e globalização: conhecendo a cidade de São Paulo*. São Paulo: CEDESP, 1999.

MARTINS, Sérgio Ricardo Oliveira. *Desenvolvimento Local: questões conceituais e metodológicas Local*. INTERAÇÕES, Campo Grande. Vol. 3, N. 5, Set. 2002.

MAX-NEEF, M.; ELIZALDE, A.; HOPENHAYN, M. *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. In: *Development Dialogue* (número especial). Santiago do Chile, 1986.

MIDIO, A. F. *Glossário de toxicologia*. São Paulo: Roca, 1992.

MOSCOVICI, F. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

NAZARENO, J. *Drogas. Jornal complexo Jurídico*. Edição 10. Fev. 2003.

OLIVENSTEIN, C. *Clínica do toxicômano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

PEREIRA, J.; PILLON, S. *Alcoolismo e a Terapia Ocupacional. Pesquisa sobre a prática da assistência a usuários de álcool e drogas no Estado de São Paulo*. São Paulo: Editora Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2004.

PÉREZ, Andrea Lisset. *A identidade à flor da pele. Etnografia da prática da tatuagem na contemporaneidade*. MANA 12(1): 179-206, 2006

PIERSON, Donald. *Teoria e pesquisa em sociologia*. 11. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1968.

SANTOS, A. *Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. *Espaço e método*. São Paulo: Nobel, 1988.

_____. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1996.

TORRAS, M. *La participación de los pueblos en su desarrollo*. Barcelona: Intermón, 1995.

ANEXOS

ANEXO 1

RELATO: HISTÓRIA DE VIDA DE A.M.N.

N. B.: O relato que segue está reportado em terceira pessoa para preservar a condição anônima do recuperando que gentilmente cedeu a sua voz para este trabalho.

No ano de 1995 o adolescente de 13 anos deparou-se com uma grave e assustadora situação em sua vida. No dia anterior seus pais eram casados, porém ao acordar levou um choque: sua mãe pede a separação e sua vida foi transformada pelo resto de seus dias.

Relata que sua mãe ficou na cidade de Nioaque com ele e sua irmã na época com 15 anos e seu pai veio para Campo Grande. Após um ano, em 1996, foi para cidade de Jardim com sua mãe e sua irmã. Neste momento sua problemática com álcool só foi se agravando e cada vez mais se manifestava sua compulsão por álcool, pois era visível sua embriaguez, isso aos 14 anos de idade.

No ano seguinte, em 1997, ele foi para Campo grande com sua irmã e seu pai para morarem em uma casa comprada pelos seus pais, mas na qual somente os dois menores iriam morar. Diante disso as duas crianças tiveram que cuidar uma da outra durante muitos anos. Sua irmã, A. C. N., assumiu o papel de cuidadora, caracterizando-se de certa forma como mãe, obrigada naquele instante pelas circunstâncias.

Esta realidade de não haver uma referência de família, ou seja, duas crianças fazendo o que acha ser certo na sobrevivência do dia a dia de uma casa e também de uma sociedade, no qual não havia limites, repreensões, referências do certo e do errado por parte dos pais geraram, portanto alvo fácil, para encontrar supostos “amigos” que infelizmente saciaram a preocupação, atenção e afetividade de seus familiares, levando-o ao mundo do álcool, da drogadição e, mais além, da criminalidade.

Aos 11 anos ele conheceu o álcool e após três anos já estava envolvido com as drogas, desde então sua vida diária foi se degradando até chegar ao fundo do poço. Sua vida se tornou incontrolável e compulsiva por álcool, droga, criminalidade e insanidade, tornando-se assim fascinado pela adrenalina de conseguir seus feitos negativos sem ser pego pela polícia, e assim regressou um criminoso na área de roubo de rádio automotivo.

Nestes dez anos de perversidade, insanidade, drogadição torna-se uma pessoa fria, sem perspectiva, sem esperança, sem sonhos; infelizmente a substância psicoativa tolhe esses sentimentos positivos e oportuniza os negativos.

Conta que foi preso uma única vez, da qual seus pais não sabem; passou uma noite na cadeia pelo artigo 28, posse de drogas, pois era um usuário e em uma batida policial na “boca” foi detido. Em 30/03/2007, foi internado na Comunidade Vida Plena ficou durante quatro meses e meio, ou seja, ficou até 17/08/2007, fugiu e durante dois meses usou a substância de sua preferência, a basta-base. No dia 12/10/2007, solicitou ajuda para sua família e foi internado na Comunidade Terapêutica Antonio Pio da Silva, a COMTAPS, ficando até 14/11/2007. Fugiu, e no mesmo dia, à zero hora, foi levado, novamente, pelo Samu para a COMTAPS.

O ano de 2007 foi marcado pela sua recuperação e transformação de vida, pois a partir de então sua aceitação pelo tratamento foi em pequena escala, mas de forma voluntária se firmando gradativamente em sua vida. Seu tratamento foi de forma difícil, no começo não tinha aceitação, a respeito de mudança de caráter, limites, hierarquia, disciplina. No seu depoimento conta “que sua família ficou três meses sem visitá-lo, isso foi doloroso, pois o Natal é comemorado junto com cada familiar dos internos”. Passou muita dificuldade, pois não era humilde. Cita que “chegou com um chinelo surrado que embaixo havia um prego e assim permaneceu por três meses até que quebrou o orgulho e solicitou um chinelo novo a sua família”. Seu tratamento foi de sete meses, porém com oito, como ele era o interno mais velho, seu coordenador entregou a coordenação para ele e abandonou a comunidade. Isso foi um choque, pois de interno, passou para coordenador, sem ter auxílio algum, e daí por diante ficou três anos e meio morando na comunidade.

Hoje ele é uma outra pessoa, está casado, conheceu sua esposa dentro da comunidade, pois ela é um profissional da área da dependência química. Voltou a sonhar e a ter expectativa de vida, e o mais importante, tem a consciência de que pode viver uma vida normal, sem drogas.

ANEXO 2**Almoxarifado****Pátio da COMTAPS**



Refeitório da COMTAPS



Casa 1 da COMTAPS.