

# COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O Desafio de Ser Eficaz no Tratamento de Dependentes Químicos



**Roseli Aparecida Consolaro Nabozny**  
Coordenadora Técnica Administrativa da Comunidade Terapêutica  
Essência de Vida de Joinville/SC. Especialista em Dependência  
Química – UNIFESP. Graduada em Serviço Social.

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem o objetivo de apresentar as Comunidades Terapêuticas como um modelo eficaz no tratamento de dependentes químicos, através da revisão literária dos modelos de intervenções que deram origem as Comunidades Terapêuticas, objetivando notar as mudanças que assinalam a evolução de uma abordagem de

autoajuda para uma modalidade de atenção humana integral.

Aponta algumas características, elegidas como essenciais, que devem ser primeiramente conhecidas e/ou melhor, entendidas, visando ampliar as possibilidades de aumentar os índices de adesão do paciente ao tratamento e conseqüentemente chegar a uma maior eficácia da proposta terapêutica.

Considera fundamental o cumprimento das exigências legais contidas na RDC nº 101 e demais orientações práticas inerentes a esta modalidade de tratamento.

Evidencia a necessidade de se criar e manter o planejamento das atividades e a avaliação sistemática e contínua dos resultados obtidos, como uma das formas de mensurar a efetividade no desempenho individual do dependente químico em tratamento e aumentar a eficácia dos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas.

## 1. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CONCEITUAÇÃO

Em sua forma contemporânea, a CT de tratamento da dependência química desenvolveu-se a partir de movimentos registrados na Inglaterra e nos EUA como Synanon (1958) e Day top Village (1963) que se disseminaram com rapidez dos anos sessenta em diante. Embora seja possível identificar alguns elementos essenciais no AA e no movimento Oxford, que é anterior. Todos apresentavam uma clara motivação ética e espiritual e até hoje, influenciam consideravelmente as Comunidades Terapêuticas em todo o mundo.

De acordo com De Leon (2003, p. 17) as CTs norte-americanas da primeira geração foram literalmente implantadas ou projetadas por membros de algum programa, transmitindo diretamente elementos comuns em termos de filosofia, de organização social e de prática de programas originais para as modernas CTs. Mas as fontes diretas de muitos dos elementos essenciais são atribuíveis a três notáveis precursores: o grupo de Oxford, Associação Alcoólicos Anônimos e a Synanon. A seguir vejamos um breve relato das contribuições de cada um deles.

### 1.1 Modelos que deram origem as Comunidades Terapêuticas

O grupo de Oxford, segundo De Leon (2003, p. 18), parte das idéias e práticas comumente sustentadas que incluía a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o autoexame, o reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação por danos causados e o trabalho conjunto.

Se notarmos, persiste ainda hoje a influência do movimento Oxford sobre as pessoas em recuperação por meio de uma iniciativa de acolhimento, praticada principalmente pelos membros de grupos de AA.

O modelo de tratamento indicado pelos Alcoólicos Anônimos (AA) surgiu em 1935, por dois alcoólicos em recuperação, Bill Wilson, corretor de Nova York, e o doutor Bob Smith, médico em Akron, que tinha como base a ajuda mútua.

Segundo De Leon (2003, p. 19), dos princípios dos AA originários do grupo Oxford está à noção de confessar-se aos outros, de reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença do grupo. Mas se contrapõe a orientação de Oxford com respeito a um deus religioso como fonte espiritual do poder superior. A essência do AA é o modelo espiritual.

Com o passar dos anos, se tornou o maior grupo de autoajuda do mundo e chegou às clínicas de tratamento numa versão institucional do AA, que ficou conhecida como Modelo de Minnesota. Na fase residencial o programa é aplicado por uma equipe composta principalmente de alcoolistas em recuperação ou dependentes químicos que tenham passado pelos 12 passos e se mantiveram abstinentes. Após esta fase, o alcoolista recebe apoio dos grupos de autoajuda do AA. Nenhum outro modelo de tratamento de alcoolismo pode orgulhar-se de possuir uma rede internacional de grupos de apoio nesta escala. Esse modelo também está presente

em grande parte das comunidades terapêuticas em todo o mundo, e no Brasil. (Edwards, 2005, p. 251)

O Modelo Synanon surgiu em 1958 da iniciativa de um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação, liderado por Charles Dederich, que decidiram viver juntos, além de ficar em abstinência e buscar um estilo alternativo de vida. O método Synanon está fundamentado no modelo de ajuda mútua do AA, porém difere em pontos fundamentais: enquanto os AA praticam a entrega e a confiança em um poder superior, o Synanon acredita na autoconfiança como preceito essencial.

Das principais características do Modelo Synanon que influencia o funcionamento das CTs, estão os aspectos relativos ao ambiente residencial do programa, à sua estrutura organizacional, ao perfil dos participantes, bem como às suas metas, à sua filosofia e à sua orientação ideológica (De Leon, 2003, p.20). Cabe ainda citar o aconselhamento confrontativo, comumente chamado de “confronto” e o trabalho, que eram pilares do Modelo Synanon.

Este tipo de modelo terapêutico se consolidou e deu origem a outras CTs que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o Modelo Synanon. E o exemplo mais significativo desse tipo de abordagem foi a Comunidade Terapêutica Day top Village, fundada em 1963. (Fracasso, 2001, p. 273)

Finalizo com a contribuição de Maxwell Jones (1953), psiquiatra escocês, que provocou uma revolução no campo psiquiátrico: a experiência de comunidade terapêutica para distúrbios mentais. Os fundamentos da proposta de Maxwell Jones estão na idéia da democratização do atendimento que era feito nos hospitais psiquiátricos, a diminuição da distância entre a direção e a equipe de tratamento e os internos, as assembléias reunindo todos os participantes da comunidade.

A partir da definição de CT de Maxwell Jones: “[...] grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum e que possui uma forte motivação para provocar mudanças”, entendemos que há uma mudança no modo de ser comum dos pacientes que, em colaboração com a equipe tornam-se participantes ativos em sua própria recuperação, na de outros e, das atividades gerais da comunidade. Este modelo de tratamento reconhece e promove a capacidade terapêutica do ambiente e dos próprios pacientes, estabelecendo um relacionamento democrático e socializador.

As gerações subseqüentes de CTs conservaram muito dos aspectos de seus predecessores e ainda sofreram várias influências intervenientes que levaram a profundas diferenças de organização, de filosofia e de práticas. Essas mudanças assinalam a evolução de uma abordagem de autoajuda mística e alternativa para uma modalidade de atenção humana integral.

No Brasil as CTs foram introduzidas pela Igreja Católica através de Padre Harold J. Hahm, na cidade de Campinas, São Paulo a partir do ano de 1977. Cresceram desordenadamente sob a tutela de diversos interesses e segmentos da sociedade, principalmente de origem religiosa e com isto perderam e/ou modificaram muito dos elementos essenciais da abordagem das CTs. Até que em 30 de maio de 2001 a ANVISA estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Comunidades Terapêuticas por meio da RDC 101 criada pela SENAD em conjunto com a FEBRACT.

Mesmo com a implantação da RDC 101/2001, atualmente substituída pela RDC 29/2011, específica para as CTs e outras políticas públicas de saúde voltadas para o consumo abusivo de álcool e outras drogas, a diversidade na interpretação dos conceitos, a falta de conhecimento teórico e técnico de

profissionais que atuam na área, os interesses particulares de pessoas leigas “de boa vontade”, a falta de fiscalização dos órgãos competentes, continuam contribuindo para que as Comunidades Terapêuticas não sejam reconhecidas pelos serviços prestados, principalmente pelo Poder Público.

## 2. O QUE TORNA O MODELO DE COMUNIDADE TERAPEUTICA EFICAZ NO TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS?

Apesar de ser um ambiente de tratamento bastante difundido no Brasil ainda há muito que se fazer para que as Comunidades Terapêuticas disponibilizem e mantenham um serviço eficaz e que atenda as exigências mínimas estabelecidas para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo o modelo psicossocial. Cabe aqui destacar uma das melhores definições de Comunidade Terapêutica citada na RDC nº 101- ANVISA de 30 de maio de 2001:

“Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas”.

Segundo Fracasso (2001, p.279) “O programa terapêutico-educativo desenvolvido no período de tratamento na Comunidade Terapêutica tem como objetivo ajudar o dependente químico a se tornar uma

pessoa livre através da mudança do seu estilo de vida”. A partir desses conceitos quero destacar dentre muitas outras, características a serem conhecidas e/ou melhor, entendidas, com o objetivo de ampliar as possibilidades de aumentar os índices de adesão do paciente ao tratamento e conseqüentemente chegar a uma maior eficácia da proposta terapêutica

2.1 Diversidade e abrangência – nenhuma abordagem terapêutica é eficaz para todas as pessoas

Segundo NIDA - 1º princípio: “Não há tratamento único, que seja apropriado para todos”. É fundamental olharmos para o indivíduo como um ser único, com necessidades singulares. Hoje a dependência é tratada como um processo complexo, multifatorial e não há mais como considerar o dependente químico com características e necessidades terapêuticas semelhantes. É importante usar diferentes estratégias terapêuticas como instrumentos, que podem ser combinados entre si, para tratar um paciente, ou um determinado grupo de pacientes.

Na Comunidade Terapêutica é imprescindível atender a critérios mínimos de elegibilidade evitando as pessoas que apresentem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico para tratamentos nestes serviços, devendo ser encaminhadas a outras modalidades de atenção.

2.2 Desintoxicação – é apenas a primeira etapa do tratamento

A legislação atual não contempla nenhum item específico para esta etapa, apenas indica avaliação médica por clínico geral e psiquiatra. Mas se pretendemos focar num novo estilo de vida para o dependente químico, livre das drogas, é importante entender que a desintoxicação médica trata de sintomas físicos agudos da síndrome de abstinência.

Ainda que, “A desintoxicação

médica é apenas a primeira etapa do tratamento para a dependência e, por si só, pouco faz para modificar o uso de drogas em longo prazo” (NIDA-9º princípio), quando acontece antes da internação na Comunidade Terapêutica, favorece a aderência do paciente na fase inicial do tratamento, que geralmente é o período de maior desistência.

### 2.3 Técnicas de Intervenção - possuir uma grande variedade de elementos

Segundo NIDA – 3º princípio: “O tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa, não somente o seu uso de drogas.” A grande maioria das comunidades terapêuticas está focada apenas na abstinência completa de qualquer tipo de substância (Figlie, 2004), no trabalho e na espiritualidade, porém, o tratamento deve oferecer oportunidade para o desenvolvimento integral do paciente: físico, mental, social, familiar e espiritual.

A utilização da Entrevista Motivacional, Terapia Cognitivo-comportamental e Prevenção de Recaída, aplicada com conhecimento técnico pode auxiliar no processo de recuperação e aumentar a efetividade, além de outras intervenções como:

a) Grupos de acolhimento, psicoterapia individual e de grupo (NIDA – 6º princípio: “O aconselhamento individual e/ou em grupo e outros tipos de psicoterapia comportamentais são componentes indispensáveis do tratamento efetivo da dependência”);

b) Atendimento clínico, incluindo farmacoterapia, se necessário (NIDA – 7º princípio: “Para muitos pacientes os medicamentos formam um elemento importante do tratamento, especialmente se combinados com os diferentes tipos de terapia.”

### 2.4 Interdisciplinaridade da equipe

Atualmente já é mais comum a presença de profissionais especializados nas CTs, entre eles médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. É importante que a equipe tenha conhecimentos sobre as drogas, dependência química e tratamento, além dos específicos de sua área. O trabalho com dependentes químicos exige capacitação e treinamento permanentes, principalmente dos agentes comunitários de saúde. Na maioria das vezes esta função é exercida por dependentes em recuperação que já fizeram um tratamento em CT. Atualmente a capacitação mínima para a função de “monitor de dependente químico” é ministrada pela FEBRACT e Cruz Azul no Brasil.

A formação e a vivência entre os vários profissionais envolvidos no tratamento podem ser fortalecidas através de reuniões periódicas e contínuas, visando sempre o que está previsto no 4º princípio – NIDA: “O plano de tratamento deve ser continuamente avaliado e, se for o caso, modificado para assegurar que se mantenha atualizado com as mudanças nas necessidades da pessoa”.

Os diferentes fatores que envolvem a dependência química não podem ser vistos de uma forma linear e estática, pelo contrário, são dinâmicos e se relacionam entre si. Segundo Sudbrack (2002, pag.202) “Se os profissionais conseguirem trabalhar realmente em uma equipe interdisciplinar terão mais recursos para atender cada paciente em suas necessidades especiais e, conseqüentemente, o tratamento terá muito mais chances de ser bem sucedido”.

### 2.5 Duração do tratamento e continuidade de apoio

As investigações indicam que, na maioria das vezes, começa-se a se verificar uma melhora significativa depois de três meses de tratamento. Conforme o 5º princípio – NIDA: “É importante que o paciente permaneça

durante um período adequado de tempo no tratamento.” Na maioria das CTs a duração do tratamento varia entre três e nove meses. Considerando que muitos pacientes abandonam a CT antes deste período, deve-se pensar em estratégias que aumentem o comprometimento e mantenham os pacientes no programa terapêutico, porém com a preocupação de evitar a cronificação do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais.

Quanto à continuidade de apoio, como o tratamento não é algo rápido e exige tempo e etapas a serem superadas, é possível afirmar que de nada adianta uma longa internação caso não haja continuidade de atenção biopsicossocial após a alta. Observa-se, assim, que uma proposta terapêutica eficaz deve visar à inserção social do indivíduo e ser percebida num contexto mais amplo, levando em conta: saúde, educação, moradia, trabalho e outros. Daí a importância da conexão e integração com outros serviços. Promovendo um trabalho em rede para somar esforços diante da complexidade da causa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo desta revisão literária e da complexidade que é o tratamento da dependência química é inegável a eficácia dos serviços prestados pelas Comunidades Terapêuticas.

A abrangência fica comprovada segundo o Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007. Quanto à classificação das instituições que realizam tratamento:

A maioria das instituições de tratamento brasileiras é definida por seus dirigentes como comunidades terapêuticas. Das 1.256 instituições de tratamento, 483, ou 38,5% da amostra, classificam-se nessa categoria. (pág. 86)  
“Das instituições não governamentais os tipos de tratamento mais oferecidos foram: internação em comunidade terapêutica, 535

(62,9%). (pág.94)

De um lado as Comunidades Terapêuticas têm dado uma expressiva contribuição à sociedade, mesmo que seu estilo de trabalho tenha sido alvo de críticas e não tenha recebido o apoio e reconhecimento das políticas públicas que regem as questões de saúde do país.

De outro, a exemplo de modelos bem sucedidos sugere-se o planejamento das atividades com a criação de métodos próprios e ou a utilização dos já existentes. E a avaliação sistemática e contínua dos resultados obtidos, como uma das formas de mensurar a efetividade no desempenho individual e aumentar a eficácia dos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas.

Diante da impossibilidade de esgotar o assunto finaliza-se com o desafio, proposto por De Leon (2003 pág. 420): “Se não for possível estabelecer ligações explícitas entre as intervenções do programa, o curso de mudança do cliente e os resultados obtidos, a efetividade de qualquer modelo com orientação de CT permanecerá obscura e não comprovada.”

## REFERÊNCIAS

BRASIL. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis.htm>>.

BRASIL. FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/comunidades.htm>>.

BRASIL. SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas. **Relatório de Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil**. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/bibliotecadocuments/Dados\\_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/bibliotecadocuments/Dados_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf)>.

BRINCAS, Jairo. Diretrizes do Tratamento da Dependência nas Comunidades Terapêuticas. **Encontros Teológicos – Revista do ITESC**. Florianópolis/SC, ano 15, nº 2, p. 107. 2000. ISSN1415-4471.

CHRISTEN, Osvaldo Filho. **Comunidades Terapêuticas: compreensão histórica. Dependência Química & Comunidade Terapêutica**, Blumenau/SC, vol. I, ano I, p. 7, 2003.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica - Teoria, Modelo e Método**. Edições Loyola, São Paulo, 2003, cap. 1, p. 3-11, cap. 2, 13-36, cap. 25, p. 407-421.

DUARTE, Cláudio Elias et al. Princípios Gerais de Tratamento das Dependências Químicas, in: **Homogeneização de conhecimento para Conselheiros Municipais Antidroga, SENAD**. Brasília/DF, 2002, p. 183.

EDWARDS, Griffith et al. **O Tratamento do Alcoolismo Um guia para profissionais da saúde**. 4ª edição. Editora Artmed, São Paulo, 2005. Cap. 18 p. 249-257. Cap. 22, p. 301-316. FIGLIE, Neliana Buzi. et al. **Aconselhamento em Dependência Química**. Editora Roca, São Paulo, 2004, cap. 30, p. 472-491.

FRACASSO, Laura. Características da Comunidade Terapêutica, in: SERRAT, Saulo Mont. **Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento**. Campinas/SP. Editora Komedi, 2001. p. 272-288.

QUAGLIA, Giovanna. Os diferentes modelos no tratamento do dependente de álcool e outras drogas, in: **Homogeneização de Conhecimento para Conselheiros Municipais Antidrogas - SENAD**. Brasília/DF, 2002. p.195.

\_\_\_\_\_. Como elaborar um programa terapêutico, o que dá eficácia ao tratamento, in: **Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos, SENAD**. Brasília/DF, 2002. p. 189.

REGIS DE MORAES, J. F. Ética nas Comunidades Terapêuticas, in: SERRAT, Saulo Mont. **Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento**. Campinas/SP, Editora Komedi, 2001. p. 366-379.

KRUGER, Rolf Roberto. Comunidade Terapêutica versus comunidade terapêutica. **Dependência Química & Comunidade Terapêutica**, Blumenau/SC, ano II, nº 4, p. 7, 2004. ISSN1807-9164.

SUDBRACK, Maria F. O. Abordagem Interdisciplinar no Tratamento de Dependentes de Drogas **Tratamento das Dependências Químicas – Aspectos Básicos, SENAD**. Brasília/DF, 2002, p. 197.