

PROCESSO DE TRABALHO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

**ANA NERY DE CASTRO FEITOSA
CARLOS GARCIA FILHO**



**PROCESSO DE TRABALHO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A
POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL**

ANA NERY DE CASTRO FEITOSA

CARLOS GARCIA FILHO

**PROCESSO DE TRABALHO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A
POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL**

1^a edição



© 2020 por Ana Nery de Castro Feitosa, Carlos Garcia Filho.
Todos os direitos reservados.



Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. O conteúdo da obra, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical, são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra, de nenhuma forma, ou utilizá-la para fins comerciais.

CONSELHO EDITORIAL

Editor-chefe: Msc. Adriano Monteiro de Oliveira

Dra. Aida Figueiredo, Universidade de Aveiro (UA), Portugal.

Dra. Anny Kariny Feitosa, Instituto Federal do Ceará (IFCE).

Dr. Carlos Wagner de Oliveira, Universidade Federal do Cariri (UFCA).

Dra. Elaine Carvalho de Lima, Instituto Federal do Amazonas (IFAM).

Msc. Érica Priscilla Carvalho de Lima Machado, Instituto Federal do Ceará (IFCE).

Dra. Harine Matos Maciel, Instituto Federal do Ceará (IFCE).

Dr. Iarê Lucas Andrade, Universidade Regional do Cariri (URCA).

Dra. Jane Márcia Mazzarino, Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES).

Dr. José Dijalma Batista de Freitas, Instituto Federal do Ceará (IFCE).

Dr. José Luiz Esteves, FGV/ GV Management.

Dra. Júlia Elisabete Barden, Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES).

Dra. Keyle Sâmara Ferreira de Souza, Secretaria de Educação do Ceará - SEDUC.

Msc. Mira Raya Paula de Lima, Instituto Federal do Ceará (IFCE).

Dra. Mônica Maria Siqueira Damasceno, Instituto Federal do Ceará (IFCE).

Dra. Patricia Verônica Nunes Carvalho Sobral de Souza, Universidade Tiradentes.

Dra. Sislândia Maria Ferreira Brito, Universidade Regional do Cariri (URCA).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Feitosa, Ana Nery de Castro
F311p Processo de trabalho em comunidade terapêutica e a política sobre drogas no Brasil / Ana Nery de Castro Feitosa, Carlos Garcia Filho. — Fortaleza: Quipá Editora, 2020.
 87 p. : il., color.

ISBN 978-65-991850-3-8

DOI: 10.36599/qped-ed1.002

1. Saúde mental. 2. Substâncias psicoativas. 3. Comunidade terapêutica. I. Garcia Filho, Carlos. II. Título.

CDD 615.5

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

Obra publicada pela Quipá Editora em setembro de 2020

*“O real não está no início nem no fim, ele se
mostra pra gente é no meio da travessia...”*

(Guimarães Rosa)

APRESENTAÇÃO

Este livro demonstra parte do conteúdo da dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Refere-se a uma pesquisa realizada em Comunidades Terapêuticas (CTs) situadas em Fortaleza, no Estado do Ceará, e região metropolitana, com o intuito de analisar o processo de trabalho para a efetivação do cuidado ao usuário de substância psicoativa. O estudo objetivou, ainda, descrever as articulações das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial, analisar a adequação das práticas de cuidado às políticas de saúde integral e elaborar um fluxograma do processo de trabalho nas comunidades estudadas.

Para tanto, realizou-se uma pesquisa analítica com abordagem qualitativa. O campo empírico foi constituído por nove das 19 CTs cadastradas na Secretaria de Políticas sobre Drogas, do Estado do Ceará, que receberam financiamento público no ano de 2016. Os instrumentos de investigação utilizados foram: entrevista semiestruturada, grupo focal, observação não-participante e diário de campo. As técnicas de interpretação dos dados coletados foram: análise de conteúdo e fluxograma descritor contendo o processo de trabalho realizado nas Comunidades Terapêuticas analisadas.

No decorrer deste livro foram utilizadas as seguintes denominações: uso nocivo, dependência e substância psicoativa (SPA) em consonância com os termos utilizados pela Classificação Internacional das Doenças-10 (CID-10). De acordo com esta classificação, uso nocivo é o “padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos” (GALDURÓZ; FERRI, 2014, p. 14).

O diagnóstico da dependência, na CID-10, é feito mediante a apresentação de três ou mais dos seguintes critérios, nos últimos 12 meses: forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o

comportamento de consumir a substância; estado de abstinência fisiológica; evidência de tolerância; abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa; e persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (GALDURÓZ; FERRI, 2014, pp. 14-15).

Foram utilizados, ainda, os termos usuário, para designar as pessoas que fazem uso nocivo ou que são dependentes de SPA, e usuário acolhido para designar as pessoas em acolhimento nas CTs estudadas.

Ressalta-se que o presente estudo foi um intuito de corroborar com a discussão na área, em que se espera ter contribuído para a produção do conhecimento, inclusive para a formulação de políticas públicas voltadas à regulamentação das Comunidades Terapêuticas, para que haja um norteamento de suas práticas mediante a observância do que está postulado, propiciando um cuidado efetivo aos usuários que necessitam desse tipo de acolhimento.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da RAPS.....	24
Quadro 2 - Políticas e ações estratégicas e abordagem ao uso de SPA do Governo do Estado do Ceará.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESPD	Assessoria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas/Ceará
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPD	Célula de Programas e Ações Temáticas de Políticas sobre Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CEPOD	Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas
CESPED	Coordenadoria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	Classificação Internacional das Doenças versão 10
CONAD	Conselho Nacional sobre Drogas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CRD	Centro de Referência sobre Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
EUA	Estados Unidos da América
FUNAD	Fundação Nacional Antidrogas
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OCID	Observatório Cearense de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RDC	Resolução da Direção Colegiada
RP	Reforma Psiquiátrica
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SEMAPRED	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
SEJUS	Secretaria de Justiça e Segurança Pública do Estado do Ceará
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SESPORT	Secretaria do Esporte do Estado do Ceará
SISED	Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPA	Substância Psicoativa
SPD	Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas do Estado do Ceará
SSPDS	Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará
STDS	Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social do Estado do Ceará
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	18
Conceito de saúde mental.....	18
Reforma psiquiátrica.....	19
Rede de Atenção Psicossocial.....	23
COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	29
Contextualização histórica.....	29
Experiências contemporâneas.....	32
Aspectos normativos.....	38
<i>Políticas sobre substâncias psicoativas.....</i>	38
<i>Regulamentação das Comunidades Terapêuticas.....</i>	47
<i>Financiamento das Comunidades Terapêuticas</i>	50
PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE.....	54
PROCESSO DE TRABALHO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS..	57
Programa de Acolhimento.....	57
Modelos de Cuidado em Comunidades Terapêuticas.....	61
<i>Espiritualidade.....</i>	61
<i>Convivência.....</i>	65
<i>Disciplina.....</i>	67
<i>Trabalho como terapia.....</i>	68
FLUXOGRAMA DESCRIPTOR DOS PROCESSOS DE TRABALHO.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	79

INTRODUÇÃO

O uso nocivo e a dependência de SPA, tanto lícitas como ilícitas, vem sendo uma preocupação constante da sociedade nos últimos tempos. Essa preocupação é legítima, pois os problemas relacionados a este fato afetam o usuário em diversos aspectos, trazendo consequências drásticas para a população de forma geral.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem SPA abusivamente independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2004, p. 12). O Brasil também faz parte dessa realidade. Dados do I e do II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2001 e 2005, respectivamente, mostram que houve aumento do consumo de SPA ilícitas no país, sendo que o uso na vida passou de 19,4% em 2001, para 22,8% em 2005 (BRASIL, 2009, p. 10).

Sobre o álcool, o I Levantamento Nacional dos Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela SENAD em 2007, demonstra que cerca de 52% dos adultos consumiram bebida alcoólica no ano anterior à pesquisa e quase 35% dos adolescentes consomem bebida alcoólica pelo menos uma vez por ano (BRASIL, 2009, p.15).

Já o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, realizado em 2010, mostra que houve aumento do número de estudantes que utilizou ansiolíticos e cocaína, sendo dados estatisticamente significantes comparados ao V Levantamento Nacional realizado em 2004, com o mesmo público (SENAD, 2010). As implicações que este aumento traz para a sociedade são traduzidas em forma de crescimento da violência e a sensação de insegurança e impotência da população.

No entanto, como relatam Bolonheis-Ramos e Boarini, “por uma perspectiva sócio-histórica, esse consumo deveria ser entendido como sintoma dos problemas sociais” e não o contrário (BOLONHEIS-RAMOS; BOARINI, 2015). Este mesmo entendimento foi trazido por Martins, Braga e Silveira (2002), onde “o problema não é a droga em si, mas a fome, o desemprego, entre outros, encobertos por uma cortina de fumaça, que tenta e até consegue que muitos acreditem ser a droga o único vilão da história” (MARTINS; BRAGA; SILVEIRA, 2002).

O uso nocivo e dependência de SPA eram tratados anteriormente apenas em hospitais psiquiátricos, às vezes em alas específicas ou conjuntamente com outros tipos de transtornos mentais. Com o advento da Reforma Psiquiátrica surgiram novos equipamentos para este tipo de tratamento, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS ad) que, segundo o Ministério da Saúde, “devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua” (BRASIL, 2004, p. 29). . .

Então, a rede de atenção psicossocial deve se basear “nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos” (BRASIL, 2004, p. 29). Existem os CAPS ad que funcionam 24 horas e possuem serviço de internação por curta duração, de até 15 dias, com a proposta de desintoxicação.

Concomitantemente ao surgimento destes novos dispositivos de atenção, proliferaram-se também as Comunidades Terapêuticas (CTs), com a proposta de oferecer intervenção em ambiente fechado por um período prolongado, suprindo as necessidades da população por um tipo de cuidado que não é contemplado nos CAPS AD.

De acordo com o Ministério da Saúde, CTs são Instituições privadas que oferecem gratuitamente, por meio de financiamento público, acolhimento para pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à SPA. São instituições

abertas, de adesão exclusivamente voluntária, cujo tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os “residentes” devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários. (BRASIL, 2016a).

Como relatado, as CTs são de caráter privado, muitas vezes mantendo convênio com os governos estaduais e/ou municipais, de modo a assegurar a assistência ao usuário que busque este tipo de serviço. O Governo Federal prevê o financiamento para as CTs através de leis e portarias que serão citadas posteriormente. O Plano do governo Dilma, “Crack, é possível vencer”, já previa este tipo de financiamento. Este plano foi firmado diante do clamor da sociedade por ações mais incisivas do governo em combater o aumento do consumo de SPA no país e amenizar as consequências que este uso provoca. Este fato corrobora com a sensação de impotência da sociedade diante de uma situação que foge do controle, deflagrando uma falta de preparo ao lidar com os problemas decorrentes do uso nocivo e dependência de SPA, tendo que recorrer a práticas retrógradas.

Tais condutas reforçam o pensamento higienista, comum no século XIX, onde aqueles que fugiam do padrão “normal” da sociedade eram trancafiados em manicômios. Delgado (2011) opina acerca desse tema, afirmando que “a internação e o isolamento só encontram aceitação social se a sociedade não dispõe de serviços descentralizados, comunitários, abertos com a mesma facilidade que encontra o mal que a desampara”. Este autor repudia o uso do terror e do pânico para legitimar este tipo de tratamento, afirmando que “não adianta, pois, querer medicalizar problemas sociais e manipular a política pública para enfrentamento tão complexo” (DELGADO, 2011, p. 4705).

Este modelo de atenção baseia-se nos fundamentos da “sociedade disciplinar” que, no fim do século XVIII, provocou transformações significativas nos hospitais, destinando “um novo papel às instituições: a disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social construído entre pares, a normalização dos cidadãos e da própria noção de cidadania” (AMARANTE, 2007, p. 26). Este pensamento ideológico, na mesma época, incentivou Philippe Pinel a instituir o “Tratamento Moral”, que vem a ser uma das bases filosóficas das CTs da atualidade.

Lancetti e Amarante (2012) referem que o Tratamento Moral consiste em uma série de regras, princípios, rotinas, etc., que são adotadas nas instituições e que tem como objetivo reorganizar o mundo interno dos sujeitos institucionalizados (LANCESTTI; AMARANTE, 2012).

Segundo Amarante (2007), o isolamento é o princípio terapêutico fundamental do tratamento moral, estando ainda vigente na prática psiquiátrica da atualidade. Este autor afirma: “se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-lo (AMARANTE, 2007, p. 29).

Apesar dos incentivos financeiros providos pelo governo às CTs, estas instituições são alvo constante de denúncias de maus tratos e violação de direitos humanos, como consta no relatório da 4^a Inspeção de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP) realizada em 2011, em 68 CTs localizadas em 25 capitais brasileiras. Segundo este relato, a violação dos direitos humanos foi confirmada como uma regra, havendo claros indícios deste fato através de práticas que banalizam estes direitos, como a violação e interceptação de correspondências, violência física, castigos, exposição a humilhações, desrespeito à orientação sexual e religiosa, dentre outras que foram observadas em todas as unidades visitadas (CFP, 2011, p. 190).

Em 2017 foi realizada nova inspeção nas CTs pelo CFP em parceria com o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal. Foram inspecionadas 28 comunidades terapêuticas em 12 unidades da federação (11 Estados e o DF) e, mais uma vez, de acordo com dados deste relatório, foram encontradas violações dos direitos humanos, como a retenção de documentos ou dinheiro dos acolhidos, isolamento e restrição do convívio social, violação de sigilo de correspondência e de acesso a meios de comunicação, violação da liberdade religiosa, ausência de projeto terapêutico singular, dentre outras irregularidades (Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017, 2018).

O governo tenta regulamentar o funcionamento das CTs através de Resoluções, como a da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2001,

a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29 de 30 de junho de 2011 e a Resolução nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que foi suspensa em 2016, por liminar do Ministério Público Federal, sessão de São Paulo/SP e, consequentemente, pela Resolução nº 03/2016 do CONAD (CONAD, 2016). Tais resoluções deliberam sobre o funcionamento das CTs fazendo algumas exigências, porém não determinam a necessidade de avaliação e inspeção anual pelos órgãos de vigilância sanitária.

Foi publicada a Portaria nº 562, em 19 de Março de 2019, que cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento das CTs no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), do Ministério da Cidadania (BRASIL, 2019a).

Todavia, a escassez de estudos deixa uma lacuna de conhecimento quanto ao cuidado desenvolvido, aos processos de trabalho, à assistência ao usuário, às abordagens utilizadas, e aos profissionais atuantes nestes serviços. Esta falta de informações pode gerar uma conformação velada e um consentimento silencioso, mascarando problemas que a sociedade, respaldada pelo não conhecimento, finge não existir, visto que este tipo de abordagem satisfaz determinadas ideologias fundamentadas nos princípios higienistas.

A pesquisa apresentada neste livro traz informações relevantes para elucidar algumas incógnitas referentes a este tipo de abordagem, como demonstrado a seguir.

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Conceito de saúde mental

Não se pode falar em saúde mental sem mencionar a evolução do próprio conceito de saúde, que antes era visto como ausência de doença, focado apenas nas afecções corpóreas. “O que interessa aos olhos da medicina é a doença, que resulta tanto mais identificável e comprehensível quanto mais estiver separada e isolada do sujeito que a manifesta” (BASAGLIA, 2008, p. 18). Scliar (2007) apresenta uma evolução histórica, afirmando que “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural”, podendo não representar a mesma coisa para todas as pessoas (SCLIAR, 2007, p. 30).

Atualmente, o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é o “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008, p. 118). Este conceito é muito amplo e sofre algumas críticas, como esta: “o atual conceito de saúde possui nuances subjetivas e contempla reduzida parcela de indivíduos, uma vez que não esclarece fatores relativos ao indivíduo e ao meio em que vive, como, por exemplo, os fatores relacionados à qualidade de vida” (ARAÚJO; BRITO; NOVAES, 2008, p. 118).

Apesar de apresentar lacunas em determinados aspectos, o conceito da OMS representou um grande avanço ao constatar que não basta não estar doente, o indivíduo tem que se sentir bem física, mental e socialmente para se considerar com saúde. Insere-se neste conceito o âmbito da saúde mental. Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013) reforçam este pensamento, afirmando que “saúde e doença mental são conceitos que emergem da noção de bem-estar coletivo” (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013, p. 427).

O conceito de saúde mental perpassa também por uma evolução que é decorrente de modificações sofridas na própria concepção do saber médico, com mudanças ideológicas que transformaram o olhar da psiquiatria, onde seu objeto de interesse deixa de ser a doença e passa a ser o doente, ou seja, o indivíduo com sua subjetividade. Amarante (2007) revela a complexidade que há por trás do termo

“saúde mental”, apontando que “poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” (AMARANTE, 2007, p. 15). Afirma ainda que “saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia,... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais” (AMARANTE, 2007, p. 16). O autor conclui que

Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achataramento das possibilidades da existência humana e social. (AMARANTE, 2007, p. 19).

Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013) também demonstram esta complexidade que envolve a saúde mental, apresentando três dimensões nas quais ela se expressa:

a) Conjunto de saberes e profissões, como Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise, Medicina Social, Neurologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Arteterapia, Pedagogia etc; b) Conjunto de políticas, planejamentos, gestões e intervenções, redes, sistemas e serviços, com níveis e modelos de atenção; e c) Um estado dos seres humanos, que inclui, sem ser exaustivo, sofrimento, satisfação, prazer, paixão, felicidade, código moral, temporalidade e fluxo da consciência. (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013, p. 423).

Ao longo deste trabalho, a concepção de saúde mental adotada será a apresentada por Amarante (2007), que está fundamentada nas dimensões demonstradas por Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013), visto que uma complementa a outra, reforçando o conceito ampliado de saúde e bem-estar social.

Reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica (RP) é compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Este movimento surgiu na Itália, com destaque para a experiência de Franco Basaglia como diretor de

um hospital psiquiátrico, nos anos 1960. Amarante (1996) relata que ele “sofre um grave impacto ao deparar-se com a realidade de um manicômio” (AMARANTE, 1996, p. 65). Basaglia passa, então, a tentar transformar essa realidade, buscando fundamentação em movimentos como a Psicoterapia Institucional de Tosquelles e a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones. Constatando a superficialidade de ações transformadoras do manicômio, inspirado nas obras de Foucault (*História da Loucura*) e Goffman (*Asyluns*), inicia um projeto de desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1996). Instala-se, assim, a Reforma Psiquiátrica na Itália que, em pouco tempo, eclodiu no mundo inteiro. Para Basaglia (2008),

Não se tratou, portanto, de uma simples mudança de teoria, substituível por nova ideologia de recâmbio que facilmente deixa inalterada a situação de base e sim, da demolição prática de uma cultura, possível apenas se se constrói contemporaneamente outro apoio, outro suporte, outros conceitos de saúde e de doença, de normalidade e de loucura (BASAGLIA, 2008, p. 28).

Esta autora conta que “um primeiro elemento característico da peculiaridade do movimento que, na Itália, colocou em crise as raízes materiais e teóricas da instituição manicomial, creio que seja o primado da prática” (BASAGLIA, 2008, p. 27). Sobre esse termo, a autora afirma ser “compreendida não como mero fazer, mas como produtora de outra realidade e de outra cultura, isto é, quando se age simultaneamente sobre a estrutura material da instituição, sobre o preconceito social para com o doente mental, sobre o preconceito científico para com a doença” (BASAGLIA, 2008, p. 27-28).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início no fim dos anos 1970, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que, revoltados com a situação dos hospitais psiquiátricos, uniram-se à comunidade para provocar mudança nessa realidade (OLIVEIRA; MATINHAGO; MORAES, 2009). O MTSM, através de variados campos de luta, passou a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência das instituições psiquiátricas, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Oliveira, Martinhago e Moraes (2009) reforçam que “a Reforma Psiquiátrica brasileira se inscreve num contexto internacional de luta contra a violência praticada nos manicômios e organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, embora tenha uma história própria...” (OLIVEIRA; MATINHAGO; MORAES, 2009, p. 08).

A partir dos anos 1980 surgem várias iniciativas que consolidam a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Devera e Costa-Rosa (2007) afirmam que, nesse período, eclode “um conjunto de ações mais efetivas já realizadas sob a égide dos movimentos autodenominados Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica”, destacando as “Conferências Nacionais de Saúde Mental, vários Encontros e Congressos de Trabalhadores de Saúde Mental, as Portarias Ministeriais e a Lei 10.216/2001” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 68). Estes autores apresentam os marcos históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil apontando, como um deles, a criação do primeiro CAPS em 1987, em São Paulo – CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, que inspirou a criação deste serviço em muitos outros estados do Brasil.

Outro marco citado pelos autores é a experiência da cidade de Santos-SP, onde “os gestores municipais fecharam o hospital psiquiátrico do município e implantaram em seu lugar uma rede integrada de instituições, das quais os 'Núcleos de Apoio Psicossocial' (NAPS) eram os eixos principais” (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 69).

Lancetti (2009) relata um pouco da sua experiência vivenciada no processo de implantação da Reforma Psiquiátrica nessa cidade, mostrando que “a medida que se desmontavam os espaços-tempos manicomiais e se ativava a relação do coletivo (pacientes, trabalhadores de saúde mental e dirigentes) com a sociedade, inventávamos cada dia empreendimentos que produzissem desejo de viver fora do hospício” (LANCETTI, 2009, p. 22). Este autor afirma que “O trabalho de desconstrução manicomial mostrou que o cenário do hospício, a organização dos espaços-tempos são promotores de identidades cronificadas e que a clínica reabilitativa é imanente ao processo de desmontagem manicomial” (LANCETTI, 2009, p. 21).

A Lei Federal 10.216, aprovada em 2001 – reformulação do Projeto de Lei de Paulo Delgado, de 1989 – redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios – prevista no Projeto de Lei original (OLIVEIRA; MATINHAGO; MORAES, 2009). Ainda assim, esta lei impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes desta reforma, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Em 2002 é aprovada a portaria 336 que regulamenta o funcionamento dos CAPS (BRASIL, 2002). A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, com a criação de novos serviços e ampliação da cobertura dos já existentes. Em 2011, com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), diversos serviços substitutivos passaram a fazer parte da rede de cuidados, como as Comunidades Terapêuticas, referido anteriormente.

A consolidação da Reforma Psiquiátrica depende, acima de tudo, da mudança do olhar sobre o sujeito em sofrimento psíquico. Basaglia (2008) relata que

Operar visando a transformação, requer a ruptura da objetivação, o resgate da história, dos vínculos, das relações, a conquista dos direitos perdidos ou nunca garantidos; e, sobretudo, a recomposição da globalidade das necessidades, anteriormente fragmentadas através da divisão das diversas disciplinas e do isolamento em espaços separados (BASAGLIA, 2008, p. 25).

Não basta fechar hospitais psiquiátricos, transferir leitos ou criar novos equipamentos e leis que os regulamentem. A mudança deve ser intrínseca ao sujeito que opera a saúde mental, devendo ser extensiva a todos os indivíduos. Oliveira, Martinhago e Moraes preconizam que

A lógica manicomial não se relaciona apenas ao estado de confinamento de pacientes psiquiátricos em manicômios, mas a uma série de posturas, olhares, maneiras de encarar o usuário dos serviços públicos ou privados de

saúde mental, e que norteiam relações institucionais, interprofissionais e interpessoais" (OLIVEIRA; MATINHAGO; MORAES, 2009, p. 35).

Não são mais aceitáveis posturas preconceituosas, sobretudo dentro dos serviços de saúde mental. Como aponta Delgado (2011), "a sociedade ainda não se deu conta do alerta que nos fez Freud em Análise Terminável e Interminável: 'na verdade, toda a pessoa normal é apenas normal na média. Seu ego aproxima-se do ego psicótico num lugar ou outro, e em maior ou menor extensão [...]" (DELGADO, 2011, p. 4702).

A sociedade como um todo deve estar atenta e sensível a estas mudanças, para que haja uma consolidação dos princípios da RP. "É preciso convocar e mobilizar a sociedade para os interesses que são aliados, na perspectiva da construção de uma cultura de diretrizes humanas e não discriminação dos portadores de transtornos mentais" (CFP, 2010, p. 20).

É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que a Reforma Psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios onde cada um, dentro da sua especificidade, contribui para a consolidação da mesma.

Rede de Atenção Psicossocial

Com o surgimento dos novos dispositivos de atenção à saúde mental, criou-se a necessidade de organização dos fluxos entre os serviços disponíveis, para que se pudesse potencializar a efetividade do cuidado ao usuário que procura um destes dispositivos de saúde. Foi então que se instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde (MS).

Esta portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (PCR nº3), que consolida as normas sobre as redes do SUS (BRASIL, 2017a). O texto da Portaria nº 3088 encontra-se, na íntegra, como anexo V desta PCR nº 3. De acordo com esta portaria, a finalidade da RAPS "é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento

ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 2011).

As diretrizes da RAPS estão dispostas no artigo 5º, anexo V da PCR nº 3, quais sejam: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; entre outros.

A RAPS é formada por sete componentes, conforme se observa no Quadro 1.

Quadro 1 - Componentes da RAPS

Componente	Pontos de Atenção	Descrição do ponto de atenção	Objetivos
Atenção básica em saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS); Equipe de atenção básica para populações específicas Centros de Convivência	Serviço de saúde com equipe multiprofissional; Equipe de Consultório na Rua; Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde.	Desenvolver conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde; Constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua; Oferece suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção, coordenando o cuidado e prestando serviços de atenção à saúde articulada com outros pontos de atenção; oferecer à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial(CAPS)	Constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial	CAPS I: Atender pessoas de todas as faixas etárias em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; CAPS II: Atender pessoas de todas as faixas etárias em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes; CAPS III: Proporcionar serviços de atenção contínua, funcionando vinte e quatro horas, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes; CAPS AD: Atender adultos ou crianças e adolescentes (CAPS ADi), considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes; CAPS AD III: Proporcionar serviços de atenção contínua, funcionando vinte e
			quatro horas, para adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em municípios com população acima de 200 mil habitantes; CAPS infantil: Atender crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, em mnicípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.
Atenção de urgência e emergência	Unidades de atenção em urgência e emergência no município	SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros.	Responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Atenção residencial de	Unidade de Acolhimento	Ambiente residencial funcionando 24 horas,	Oferecer cuidados contínuos de saúde, para pessoas com necessidades

caráter transitório	Serviços de Atenção em Regime Residencial	com acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses. Comunidades Terapêuticas	decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar; Oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para pessoas com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
---------------------	---	--	--

Componente	Pontos de atenção	Descrição do ponto de atenção	Objetivos
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral: Serviço Hospitalar de Referência	Leitos em hospitais gerais para atenção em saúde mental Unidade hospitalar destinada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, funcionando em regime integral, durante 24 horas	Oferecer tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. Oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica.
Estratégias de desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta pra casa	Moradias inseridas na comunidade, que acolhem pessoas egressas de internação de longa permanência – dois anos ou mais ininterruptos – egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. Política pública de inclusão social, instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para	Garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social e fortalecendo o processo de desinstitucionalização. Idem.

		pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.	
Reabilitação psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda	Empreendimentos solidários, cooperativas sociais	Garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares, articulando sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território.

Fonte: Elaborado a partir da Portaria nº 3088 de 23/12/2011, do Ministério da Saúde (PCR nº 3, de 28/09/17, Anexo V).

A implantação da RAPS foi de extrema importância para a consolidação das políticas de saúde mental, sendo fundamentada nos princípios da RP. Amaral (2013) afirma que esta rede

Provoca uma aproximação entre elementos, mas, ao mesmo tempo, agrupa sempre várias intencionalidades parciais, convergentes ou antagônicas, podendo prescindir de um objeto central. Isto decorre da natureza de cada elemento da rede que, assim como suas inter-relações, podem ser extremamente variados, exigindo serem compreendidos em suas singularidades (AMARAL, 2013, p. 32).

Outro fato importante é que a RAPS descentraliza a atenção à saúde mental, ampliando as possibilidades de acesso aos serviços. O CAPS deixa de ocupar a posição central desta atenção – que antes era hospitalocêntrica e foi se tornando cada vez mais capscêntrica – para fazer parte da rede igualmente junto aos outros componentes. O paciente deixa de ser “da saúde mental” ou “do CAPS” e passa a ser da rede, onde todos os componentes são responsabilizados pela sua atenção. Não há mais justificativa – como nunca houve, mas sempre se fazia – para que uma pessoa com transtorno mental não seja atendida numa emergência de hospital geral com alguma ocorrência clínica. A ampliação dos serviços da RAPS pressupõe também uma ampliação do cuidado ao portador de transtornos mentais, com modificação do olhar para este sujeito que, como já referido anteriormente, pode ser qualquer um de nós.

Chama a atenção, também, a inclusão da Comunidade Terapêutica como componente da rede, sendo este fato de extrema importância para o enfrentamento da problemática referente ao uso nocivo e dependência de SPA, onde as CTs passaram a integrar oficialmente o SUS.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Contextualização histórica

O termo Comunidade Terapêutica surgiu na década de 1940, na Inglaterra, para designar um tipo de tratamento diferencial, inovador no campo da saúde mental. Esta forma de tratamento, proposta por Maxwell Jones, era voltada para pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbio de personalidade duradouro (DE LEON, 2012). Segundo Jones, os pacientes “tornam-se participantes ativos em sua própria terapia, na de outros pacientes e em muitos aspectos das atividades gerais da unidade. [...] Toda a comunidade constituída de equipe, pacientes e seus parentes está envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração”. (JONES, 1972, P. 89). O autor afirma ainda que “uma característica essencial na organização da comunidade terapêutica é a reunião diária da comunidade” (JONES, 1972, p. 91).

Esta trajetória inicial da CT é citada por Sampaio, Guimarães e Sampaio (2013) como um dos caminhos da psiquiatria crítica, afirmando ser

Uma tentativa de socialização de um lugar fechado, o hospital psiquiátrico, dentro de malha social adversa. Contudo, tanto técnicos como pacientes levam para o hospital suas hierarquias sociais externas. O próprio hospital, na medida em que é público ou privado, estabelece tetos máximos para o processo de transformação, que são a manipulação ideológica e a lucratividade (SAMPAIO; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2013, p. 424).

Amarante (2007) faz referência a este modelo de CT de Jones, afirmando ter sido uma das bases para a formulação ideológica da Reforma Psiquiátrica, onde

Foi valorizada e incorporada a necessidade de envolver atores sociais, todos eles, dos usuários aos familiares, bem como todos os que trabalham no sistema (...). Princípios tais como democratização, participação social, envolvimento, corresponsabilização, acolhimento, escuta polifônica e transversalidade passaram a fazer parte do cotidiano da atenção psicossocial (AMARANTE, 2007, pp. 104-105).

Amarante (1996) relata que a Comunidade Terapêutica proposta por Jones, nasce de uma tentativa de rejeição da psiquiatria tradicional enquanto realidade institucional que, a partir do que se percebe de seu desenvolvimento, “passa a ser proposta como novo modelo teórico de uma nova realidade institucional, em que a violência do antigo manicômio é substituída pela atitude de tolerância” (AMARANTE, 1996, p. 89).

De Leon (2012) afirma que “a motivação geral da CT Jones – a natureza terapêutica do ambiente total – é precursora do conceito fundamental da comunidade como método na CT de tratamento da dependência que surgiria mais tarde” (DE LEON, 2012, p. 15).

Nos anos 1960 e 1970 proliferaram-se muitos programas de recuperação para usuários de SPA nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa. Tais programas foram precursores imediatos da moderna Comunidade Terapêutica para tratamento da dependência química, destacando-se o programa Synanon. De Leon (2012) afirma que “os elementos essenciais das CT de tratamento da dependência química – conceitos, programas-modelo e práticas básicas – surgiram na Synanon, fundada em 1958 em Santa Mônica, Califórnia” (DE LEON, 2012, p. 19). Segundo Fracasso (2006), “um pequeno grupo de alcoolistas em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficarem em abstinência, buscar um estilo alternativo de vida”, fundando a Synanon, que a autora refere ser a primeira CT para este fim (FRACASSO, 2006, p. 29).

Estes programas tiveram como base fundamental o Grupo de Oxford, organização religiosa fundada na segunda década do século XX, por Frank Buchman (DE LEON, 2012). Seu objetivo era o renascimento espiritual da humanidade, no entanto, com o passar dos anos, perceberam que grande parte dos seus integrantes eram alcoolistas em recuperação, o que propiciou a formação do grupo Alcoólicos Anônimos-AA (FRACASSO, 2006).

No Brasil também houve uma expansão das CTs próprias para o tratamento do uso nocivo e dependência de SPA. A partir da Lei 11.343/2006, que prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de SPA, houve um aumento significativo de CT em todo o

país. A criação dos planos de enfrentamento ao crack e outras drogas, além de leis e portarias com previsão de financiamento para estas instituições, influenciaram consideravelmente a proliferação de CT no Brasil nos últimos anos.

Com as alterações na “Lei de Drogas” (Lei nº 11.343/2006), provocadas pela Lei nº 13.840/2019, as CTs tornaram-se ainda mais fortalecidas. Em 2020, em meio à pandemia da COVID-19, o Ministério da Cidadania declarou por meio da Portaria nº 340, de 30 de março de 2020, que “as atividades e os serviços realizados pelas Comunidades Terapêuticas são considerados essenciais” (BRASIL, 2020a).

Lancetti e Amarante (2012) tecem críticas a respeito das CTs, citando que “em nada se aproximam dos ideais libertários e terapêuticos propostos pelos criadores da comunidade terapêutica” (LANCETTI; AMARANTE, 2012). Não obstante, De Leon (2012) defende que “não há elementos que permitam ver com clareza se as CTs psiquiátricas inglesas influenciaram as CTs de tratamento da dependência química na América do Norte”, porém existem características que lhes são comuns (DE LEON, 2012, p. 14). A própria definição de CT de Jones diz muito dessa proximidade: “... grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum e que possui uma forte motivação para provocar mudanças” (FRACASSO, 2006, p. 32).

Para De Leon (2012), “a CT é fundamentalmente uma abordagem de autoajuda, desenvolvida de modo primordial fora das práticas psiquiátricas, psicológicas e médicas tradicionais” (DE LEON, 2012, p. 03). Reafirma-se aqui a influência dos grupos iniciais de alcoolistas nos EUA, como Synanon e outros.

A CT moderna vem sofrendo modificações ao longo dos anos. Adaptações foram feitas para atender a públicos específicos, como adolescentes, mulheres e pessoas com comorbidades psíquicas, além de outras mudanças. De Leon (2012) refere que “a abordagem básica da CT, o tratamento da pessoa inteira por meio do uso da comunidade de companheiros [...] foi ampliado pela inclusão de inúmeros serviços adicionais vinculados à família, à educação, à formação vocacional e à saúde física e mental” (DE LEON, 2012, p. 03).

O autor supracitado enumera alguns problemas que acompanharam a evolução das CTs, como: a ampla diversidade de CT; incompreensão do processo de tratamento; abordagem transmitida oralmente, sem fundamentação escrita;

concepções errôneas acerca do tratamento; entre outras. E alerta que “um relato explícito da perspectiva, das bases, dos princípios e métodos que sustentam a abordagem da CT poderia ajudar a corrigir algumas dessas concepções errôneas e proporcionar um quadro mais equilibrado do lugar da CT no espectro de serviços humanos” (DE LEON, 2012, p.07).

No Brasil, há contradições quanto ao entendimento sobre o papel das CTs no âmbito do tratamento do uso nocivo e dependência de SPA. A Portaria nº 3088/2011 (PRC nº 3/2017), que instituiu a RAPS, define CT como “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 563, de 19 de março de 2019, do Ministério da Cidadania, conceitua CTs como

Organizações da sociedade civil, sem fins lucrativos, reguladas por lei própria, cuja atividade principal é o modelo terapêutico de atenção em regime residencial e transitório, mediante adesão e permanência voluntárias de pessoas com problemas associados ao uso ou à dependência do álcool e de outras drogas, acolhidas em um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, com o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e social, por meio da promoção da abstinência e da reinserção social, buscando a melhora geral na qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2019b).

Portanto, apesar de não ser consenso normativo considerar as CTs serviços de saúde, elas são reconhecidas por usuários, profissionais de saúde e a comunidade como instituições que realizam tratamento para uso nocivo e dependência de SPA. Esta supracitada portaria nº 563 adota o termo “modelo terapêutico”, referindo-se à principal atividade das CTs. Não obstante, o atual ministro da Cidadania, Osmar Terra, ao referir-se à Lei 13.840/2020, relatou que “constitui as comunidades terapêuticas como um braço da terapêutica, do tratamento, do acompanhamento (...)” (GOVERNO DO BRASIL, 2019).

Nesse sentido, conhecer melhor o seu funcionamento pode fornecer subsídios para uma maior compreensão da sua prática.

Experiências contemporâneas

Como mencionado anteriormente, existem poucos estudos que abordam as Comunidades Terapêuticas. Dentre eles, destacam-se alguns relevantes, que serão citados a seguir.

Vanderplasschen et al. (2013) afirma que o modelo de CT foi predominante na maioria dos sistemas de tratamento da dependência de SPA em países ocidentais até meados da década de 1980, porém, devido a epidemia de AIDS atrelada ao aumento do consumo de SPA, a política de Redução de Danos tornou-se o foco principal do tratamento na Europa. Além deste fato, as CTs foram criticadas por sua cobertura limitada no tratamento de usuários/dependentes, pelo alto custo devido a longos períodos de internações e pela falta de evidência científica da eficácia deste tipo de tratamento. As altas taxas de abandono e de recaída, além das críticas sobre o impacto das internações prolongadas ajudaram a questionar a adequação do tratamento na CT. (VANDERPLASSCHEN et al., 2013).

Polcin et al. (2010) realizou um estudo na Califórnia, nos EUA, utilizando a Escala de Confrontação de Álcool e Drogas em indivíduos submetidos a tratamento em CT. Foram encontradas reduções significativas em várias áreas problemáticas, incluindo o uso de SPA, nos indivíduos que estavam em tratamento nas CTs (chamadas pelos autores de Casas de Recuperação) e que receberam algum tipo de confronto, como pressão por meio de relacionamentos pessoais, como a família, amigos e namorada, ou por alguma instituição, como a justiça (POLCIN et al., 2010). Este estudo mostra que, nos casos analisados, a eficácia da CT está atrelada a uma possível confrontação que o sujeito tenha sofrido, não podendo dar o mérito ao tratamento em si.

Bankston et al. (2009) correlacionou a impulsividade com o tempo de permanência na CT, através de estudo realizado no Texas, nos EUA, com 138 indivíduos recém-admitidos, utilizando a Escala de Impulsividade de Barrat-11 (BIS-11). Os resultados demonstraram que a impulsividade diminuiu nos indivíduos que completaram nove meses de tratamento, o que, segundo os autores, apoia o fato de que a CT é eficaz no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento em

usuários/dependentes. Porém, dos 138 sujeitos acompanhados nesta pesquisa, apenas 17 (12%) completaram os nove meses de tratamento.

Os referidos autores encontraram relação com o tempo de permanência e o cumprimento de medidas judiciais, sendo que os sujeitos que não estavam cumprindo nenhuma medida, eram duas vezes mais propensos a abandonar o tratamento. Concluem que a ameaça de consequências legais é um forte preditor para a duração da estadia, podendo influenciar na diminuição do impulso de evasão (BANKSTON et al., 2009). Apesar deste estudo mostrar que a impulsividade diminui em participantes que completaram nove meses de tratamento, parece que o tempo de permanência está mais relacionado ao medo das consequências legais, o que endossa o achado da pesquisa citada anteriormente.

Dye et al. (2010) realizaram estudo em 380 CT do EUA para avaliar se as modificações feitas nestas instituições para atender tipos específicos de público, como adolescentes, mulheres e sujeitos com comorbidades psiquiátricas, são capazes de reter a tecnologia tradicional desta modalidade de tratamento. Tais modificações podem ser: inclusão de mais profissionais na equipe, estilo de tratamento com menor confrontação, mais flexível, programas de internação de curto prazo e tratamento ambulatorial, entre outras. Os resultados mostraram que a modalidade “ambulatório” apresentou adesão significativamente mais baixa, bem como a modalidade de curto período de internação, porém as demais modificações não provocaram alteração significativa na adesão ao tratamento em CT (DYE et al., 2010).

Samuel et al. (2011) realizaram pesquisa sobre a relação entre distúrbios de personalidade e retenção em uma CT localizada na área urbana do Nordeste dos EUA, incluindo adolescentes de 15 a 18 anos (49 sujeitos) e adultos de 19 a 65 anos (77 sujeitos), sendo um total de 126 participantes. Destes, 17 saíram antes dos 30 dias de tratamento e 81 não completaram nove meses. Os transtornos de personalidade (TP) foram avaliados utilizando a programação de Personalidade Não adaptativa e Adaptativa (SNAP). 75 dos 126 participantes cumpriram critérios para algum tipo de TP e cinco vezes mais pacientes com diagnóstico de TP saíram antes dos 30 dias, comparado aos que não possuíam tal diagnóstico. Pessoas com este

distúrbio apresentaram muito mais desgaste precoce ao longo do tratamento (SAMUEL et al., 2011).

O estudo acima apresenta algumas informações sobre a CT, mencionando ser um programa de autoajuda bem organizado, focado na mudança de atitudes, especialmente em percepções e comportamentos associados ao uso de SPA e a criminalidade. Demonstra sucintamente a organização deste serviço, apontando que nos primeiros 30 dias há um “grupo de orientação”, onde são repassadas as regras do ambiente, responsabilidades dos internos, dentre outras informações. Nos seis ou mais meses o indivíduo participa do grupo principal, focado na mudança, além de outras técnicas de terapia, como os grupos de encontros de pares.

Há também uma série de serviços de apoio profissional, como aconselhamento em grupo, discussão de casos, cuidados médicos clínicos e psiquiátricos, educacionais e de preparação profissional. Estas últimas atividades são organizadas hierarquicamente, de acordo com o tempo de estadia e a produtividade de cada um, ou seja, quem é mais antigo e produz mais, tem prioridade nestas atividades. Este estudo mostra um pouco da organização e processo de trabalho desta CT avaliada, o que nos permite comparar com o que poderemos encontrar em nossas instituições estudadas, porém trata-se de uma unidade apenas, não podendo ser considerada como um padrão.

Perry et al. (2014) fez uma revisão bibliográfica para avaliar a eficácia de intervenções na redução do uso de SPA e atividades criminosas de mulheres infratoras. Foram pesquisadas 14 bases de dados bibliográficas eletrônicas (entre 2004 e 21 de março de 2013) e cinco recursos adicionais da web. As intervenções incluídas neste relatório de revisão foram: as CTs, o tratamento sensível ao género (GRT), uso de gestão de processos e habilidades cognitivas, e uma intervenção farmacológica com buprenorfina. Os resultados mostraram que todas as intervenções estudadas apresentaram redução estatisticamente significante quanto ao uso de SPA e que as CT, especificamente, apresentaram redução estatisticamente significante para reincidência em prisões (PERRY et al., 2014).

Fiestas e Ponce (2012) realizaram revisão sistemática para investigar as evidências disponíveis sobre a eficácia das comunidades terapêuticas (CT). Foram

utilizadas as bases de dados: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, Scielo, LILACS, e outros, incluindo estudos randomizados controlados com grupos paralelos, publicados entre março de 2004 a maio de 2011. Estes autores concluíram que não há evidências científicas suficientes para apoiar a superioridade da metodologia da CT com relação a outras formas de tratamento menos caros. No entanto, no contexto prisional, a CT pode ser mais benéfica do que outros modelos (FESTAS; PONCE, 2012).

Outra revisão sistemática, realizada por Galassi et al. (2015), também apresentou resultado positivo relacionado a população carcerária. Tal revisão mapeou a evidência da eficácia de intervenções em Comunidade Terapêutica na redução da reincidência de prisão ou do uso indevido de SPA após a libertação da prisão. As bases de dados pesquisadas incluíram PsychINFO, Medline e Scopus, além de listas de referências de artigos relevantes publicados entre 2007 e 2014. Nesta pesquisa, foram identificados 14 estudos, sendo que cerca de 70% deles encontraram que a CT é eficaz na redução das taxas de uso indevido de SPA entre os participantes e a participação na CT reduziu os eventos de detenções em 55% dos estudos. De acordo com esta pesquisa, os resultados sugerem que a CT é eficaz em curto prazo para reduzir as taxas de encarceramento entre os participantes, apresentando elevada eficácia para evitar recaídas do uso de SPA (GALASSI et al., 2015).

No Brasil, Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) fizeram uma análise comparando possíveis aproximações do legado higienista do início do século XX em questões que envolvem o uso nocivo de substâncias psicoativas com as propostas de intervenção das comunidades terapêuticas atuais. Elas observaram que existem vários pontos defendidos pelos higienistas que convergem para as propostas das CTs, pontos esses pautados fundamentalmente no isolamento, na internação prolongada e no proibicionismo em relação ao uso de álcool e outras drogas.

As autoras supracitadas também relatam o trabalho como características comum das duas propostas, muitas vezes não sendo utilizado com fins terapêuticos. Elas não encontraram “relatos que mencionem o trabalho sistemático com a religião, característico de grande parte das CTs brasileiras, no tratamento dispensado aos internos dos hospitais-colônias do início do século XX”. (BOLONHEIS-RAMOS;

BOARINI, 2015, p. 1242). O que temos aqui coaduna com a realidade apresentada no relatório da inspeção realizada pelo CFP, citada anteriormente.

Perrone (2014) realizou estudo bibliográfico, fazendo comparação entre o movimento da Reforma Psiquiátrica e as CTs, encontrando que:

Embora em sua origem histórica, conceitual e metodológica, o movimento das CT tenha muito mais semelhanças do que diferenças com o proposto pela Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial, na prática, pelo menos no Brasil, a realidade é diferente, como confirmado por diversas investigações realizadas na atualidade. (...) Por outro lado também se percebeu que uma grande maioria destas supostas CT não recebe nenhuma forma de fiscalização, não se encontrando cadastrada em nenhum serviço de referência que regulamente sua prática, o que facilita ainda mais a proliferação e a prática indiscriminada". (PERRONE, 2014, p. 578).

Ribeiro e Minayo (2015) realizaram estudo que analisa o papel de CTs religiosas na recuperação e reabilitação de usuários de SPA, tomando como caso o complexo de favelas de Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. Estas autoras encontraram dois pontos centrais que guiam os princípios morais do projeto terapêutico das CTs: a dependência de SPA é encarada como pecado, fraqueza, falta de Deus ou possessão do demônio; e a busca da abstinência como sendo a única forma exitosa de tratamento, devendo o sujeito romper com sua vida pregressa e abraçar uma nova comunidade religiosa, marcando sua trajetória em termos de antes e depois da conversão.

Estas autoras apresentam dois casos em que os usuários conseguiram sua recuperação após internação nestas entidades e que usam sua própria trajetória para evangelizar outros usuários de SPA. As CTs mencionadas pelos entrevistados convergem nos seguintes pontos: o projeto terapêutico consiste em atividades religiosas, sendo dominante a presença de profissionais voluntários, também religiosos. Elas unem ao tratamento o uso de medicamentos. A recuperação se dá pela aproximação com Deus, onde a capacidade transformadora da fé é o elemento mais importante no tratamento. As CTs de cunho religioso recebem apoio da população e investimentos, pois, de certa forma, respondem às angústias imediatas de usuários e familiares que não encontram respostas nos equipamentos públicos (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

O referido estudo reforça o pensamento de que a sociedade, assim como o governo, ávidos por respostas imediatas aos problemas decorrentes do uso de SPA endossam tipos de abordagens cuja eficácia, muitas vezes, não está provada cientificamente, mas lhes trazem um pouco de sossego e a sensação do dever cumprido. Pode-se notar que a eficácia da CT no tratamento da dependência química foi observada em muitos dos estudos revisados, mas em situações e populações específicas. Reitera-se que muitos deles fazem referência às limitações desta forma de tratamento.

Aspectos normativos

Políticas sobre Substâncias Psicoativas no Brasil

Até o ano de 2019 a política pública brasileira sobre SPA era comandada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), que foi criada pela Medida Provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de Janeiro de 2011, assim como o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) (BRASIL, 2016b).

Segundo Duarte e Dalbosco (2011), a criação da SENAD foi decorrente da adesão do Brasil aos princípios da política mundial sobre redução da demanda e da oferta de SPA, determinados na XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas em 1998 (DUARTE; DALBOSCO, 2011). Em 2002 foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), através do Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 que, em 2004, passou a ser intitulada de Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Esta mudança – também ocorrida posteriormente com o nome da SENAD e do CONAD – refletiu um novo posicionamento internacional, bem como do governo federal na época e da população em geral relacionado ao uso nocivo e dependência de SPA.

Este novo posicionamento culminou na criação da Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

(SISNAD), além de prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de SPA e estabelecer outras providências (BRASIL, 2006).

Bacellar (2011) aponta que:

O sistema atual, com a Lei 11.343/2006, estabeleceu para o usuário de drogas, o correto afastamento de qualquer possibilidade de encarceramento, optando pela aplicação de medidas preventivas e com potencial restaurativo, como a advertência, a indicação de frequência a cursos educativos e prestação de serviços, com a atenção voltada à reinserção social do usuário (dependente ou não) (BACELLAR, 2011, p. 41).

Isso é resultado da mudança da visão sobre o usuário de SPA, que deixou de ser visto como um infrator, passível de punições severas, passando a ser visto como um sujeito, com sua subjetividade, portador de direitos, inclusive de fazer suas escolhas, sendo-lhe oferecida a possibilidade de tratamento e reinserção social, também na perspectiva da redução de danos. “Passou-se da 'cultura da punição' e do internamento da Lei 6.368/1976 (que ressalta os modelos de justiça retributiva) para a cultura da restauração e da educação afetiva da Lei 11.343/2006 (que ressalta os modelos de justiça restaurativa)” (BACELLAR, 2011, p. 43).

Segundo Duarte e Dalbosco (2011), “o Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela Justiça com a privação de liberdade”, sendo que “a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, em vez de encarceramento” (DUARTE; DALBOSCO, 2011, p. 17). Esse entendimento representou um grande avanço para a sociedade, concernente ao modo de encarar essa problemática.

O SISNAD foi regulamentado pelo Decreto nº 5.912 de 27 de setembro de 2006 e posteriormente, em 2008, a Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008 modificou o nome da SENAD – de Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional sobre Drogas – e do CONAD, que deixou de se chamar Conselho Nacional Antidrogas, passando a chamar-se Conselho Nacional sobre Drogas (DUARTE; DALBOSCO, 2011). Estas mudanças foram significativas para as políticas públicas no país,

passando-se a valorizar ainda mais o sujeito em abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

O Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas (BRASIL, 2010). O plano tinha como objetivos (artigo 2º): estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de SPA; estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de SPA e fomentar a multiplicação de boas práticas, dentre outros (BRASIL, 2010).

Esse plano foi precursor para o desenvolvimento de diversas estratégias para o enfrentamento do uso nocivo e dependência de SPA no país, a nível nacional e estadual. Em 2011 o Governo Federal lançou o programa “Crack, é Possível Vencer” que reunia diversas ações envolvendo diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e, de forma complementar, ações de educação e de garantia de direitos. Essas ações eram organizadas em três eixos temáticos: prevenção, cuidado e autoridade (BRASIL, 2020a). A partir da implantação deste programa, vários estados e municípios iniciaram ou reforçaram suas ações relacionadas ao enfrentamento do crack, recebendo apoio financeiro do Governo Federal.

Em 2017 foi lançada a Portaria Interministerial nº 2, de 22 de dezembro de 2017, que criou o Comitê Gestor Interministerial visando à implantação, monitoramento e avaliação de programas e ações de prevenção, pesquisa, cuidados, formação e reinserção social no âmbito do Governo Federal. Outro objetivo deste comitê é promover melhorias nos processos de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA, em regime residencial transitório, como as CTs (BRASIL, 2017b).

A Resolução nº 01, de 09 de março de 2018, do CONAD, aprovou diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas –

PNAD, que havia sido instituída em 2002, como citado anteriormente (BRASIL, 2018a). De acordo com esta Resolução, a orientação central da PNAD é contrária à legalização das SPA e alinha-se com a manutenção da abstinência em detrimento de outras abordagens, como a Redução de Danos.

A PNAD foi, então, atualizada pelo Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, revogando-se o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Esta atual política posiciona-se claramente contrária a outro tipo de abordagem que não seja a abstinência, como consta em um de seus objetivos:

Promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas. (BRASIL, 2019c).

Nota-se, com isso, um retorno ao posicionamento anterior relacionado às políticas voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência de SPA, com postulações utópicas como: “Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas” (BRASIL, 2019c).

Neste contexto, a PNAD, a partir do ano de 2019, passou a ser da competência da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED, do Ministério da Cidadania, de acordo com a Portaria 562, de 19 de março de 2019, deste Ministério. Assim, “todos os processos referentes às ações de cuidados, prevenção e reinserção social das Políticas sobre Drogas foram transferidos” da SENAD para a SENAPRED (BRASIL, 2019a).

Ainda em 2019 foi publicada a Lei nº 13.840, de 06 de junho de 2019, que dispõe sobre o SISNAD e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de SPA e sobre o financiamento das políticas sobre SPA (BRASIL, 2019d). Esta Lei faz alterações em diversas Leis e Decretos, inclusive na “Lei de Drogas” (Lei 11.343/2006), que teve vários artigos alterados. As principais modificações referem-se às modalidades de internação de usuários de SPA, ampliando-se o rol de pessoas que podem solicitar a internação involuntária; ao agravamento de penalidades, assim

como à apreensão e destino dos bens referentes a investigados de tráfico de SPA; e às CTs, que passaram a ser incorporadas ao SISNAD (REDLER, 2019).

A Lei apresenta as características do acolhimento em “Comunidade Terapêutica Acolhedora”, como sendo de permanência voluntária, necessitando de prévia avaliação médica e elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA), dentre outras características (BRASIL, 2019d). Estas características assemelham-se aos dados constantes na Portaria 01/2015, do CONAD.

As alterações dadas pela Lei 13.840/2019, assim como a nova PNAD, fortaleceram o acolhimento em CTs, embora esteja postulada a prioridade do atendimento ambulatorial, como consta no Artigo 25-A (BRASIL, 2019d).

Os Estados são norteados pelas orientações a nível federal para estabelecerem suas políticas relativas ao enfrentamento dos problemas ligados ao uso nocivo e dependência de SPA. O Estado do Ceará, nos últimos anos, vem desenvolvendo ações significativas nessa área, de forma intersetorial, como as apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Políticas de ações estratégicas de abordagem ao uso de SPA, do Governo do Estado do Ceará.

(Continua)

Ação	Descrição	Finalidades
Pacto pela Vida – Drogas, um caminho para um triste fim	Fórum criado em 2010 pelo Conselho de Altos Estudos da Assembleia Legislativa do Ceará	Construir um diagnóstico do uso de SPA e de assistência aos usuários/dependentes, identificando os grandes desafios de enfrentamento da questão para traçar um plano de ações integradas deliberadas pelos integrantes do Pacto.
Assessoria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas do Estado Ceará (AESPD)	Criada através da Lei nº 15.234, de 19 de novembro de 2012; formada pela Coordenadoria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas (CESPD), Células de Articulação Regional de Políticas sobre Drogas e Célula de Programas e Ações Temáticas de Políticas sobre Drogas (CEAPD)	Assessoramento de decisões estratégicas do chefe do Poder Executivo e coordenação da Política Pública sobre Drogas.

Ação	Descrição	Finalidades
Sistema Estadual de	Instituído pela Lei nº 14.217, de 03 de outubro de 2008, e alterado pela	Articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas às Políticas sobre

Políticas Públicas sobre Drogas (SISED)	Lei nº 15.424, de 16 de setembro de 2013; formado pelo Conselho Interinstitucional de Políticas Públicas sobre Drogas (CIPOD), Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social (SSPDS), Secretaria da Justiça e Cidadania (SEJUS), Secretaria da Saúde (SESA), Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS), Secretaria da Cultura (SECULT), Secretaria do Esporte (SESPORTE), Secretaria da Educação (SEDUC), organizações, instituições ou entidades da sociedade civil e pela Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas (SPD).	Drogas no Estado do Ceará, como a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários/dependentes de SPA e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de SPA.
Comitê Gestor Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas	Criado em 15 de março de 2013, através do Decreto nº 31.171, no âmbito do Gabinete do Governador	Coordenar a implantação do Programa “Crack – É Possível Vencer” no Estado do Ceará.
Centro de Referência sobre Drogas (CRD):	Inaugurado em dezembro de 2014; alternativa de acolhimento e orientação ao usuário/dependente de SPA e seus familiares	Estruturar e integrar a formação, a qualificação profissional, o atendimento na rede de atenção integral e possibilitar a reinserção social do usuário/dependente de SPA.
Observatório Cearense de Informações sobre Drogas (OCID)	Núcleo estratégico de informações sobre SPA	Reunir, gerenciar, analisar e divulgar conhecimento/informação sobre temas relacionados às SPA; disponibilizar espaços para estudos e pesquisas que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção, de atenção e de reinserção social.
Sistema Acolhe Ceará	Atua no acompanhamento e controle de ocupação de vagas dos convênios celebrados entre a SPD e dos contratos da SENAD com as CTs.	Fortalecer o acolhimento e tratamento de pessoas com uso problemático de SPA, identificadas na RAPS com necessidade de internação; monitorar as CTs conveniadas que atuam no âmbito estadual; acompanhar a atuação das não conveniadas e regular seu funcionamento; realizar alinhamento técnico na organização, oferta de serviços, atuação dos profissionais e processos de acompanhamento; e realizar avaliação da atuação das CTs.

Fonte: Elaborado a partir de informações contidas no Site da SPD/CE.

Dentre essas ações, destaca-se o Pacto pela Vida, que mobilizou vários setores de todo o Estado, envolvendo centenas de instituições, entre órgãos

governamentais e entidades da sociedade civil de todas as áreas: saúde, assistência social, justiça, segurança pública, entre outras, onde as ações eram desenvolvidas com responsabilidade compartilhada. Três livros foram publicados por meio deste pacto: “Drogas – Eixos de Abordagem, Drogas – Onde Buscar Ajuda e o Plano de Ações Integradas de Enfrentamento às Drogas”, que serviram de ponto de partida para a construção das Políticas Estaduais sobre Drogas (CEARÁ, 2015).

Outro ponto importante foi a regulamentação do SISED, que permitiu ao Estado do Ceará celebrar convênios com entidades que prestam serviços de atenção em regime residencial, como as CTs. O Sistema Acolhe Ceará merece destaque neste trabalho por ser responsável pela regulação das vagas, acompanhamento do funcionamento e avaliação das CTs.

Atualmente o Governo do Estado do Ceará disponibiliza diversos programas e projetos no âmbito da prevenção, acolhimento e cuidado e reinserção social e profissional. No eixo da Prevenção estão: Projeto Semente do Amanhã, Projeto Prevenção em Família, Programa Famílias Fortes, Programa Fortalecendo Minha Comunidade e o Programa Juventude em Ação. No eixo Acolhimento e Cuidado existe o Projeto Corre pra Vida, baseado na Redução de Danos (além do já mencionado Acolhe Ceará). No eixo Reinserção Social e Profissional existem os projetos: “Transformando Vidas” e “Novas Escolhas”, que disponibiliza cursos profissionalizantes gratuitos para acolhidos em CTs (CEARÁ, 2020a).

As ações realizadas pelo Governo do Estado ao longo dos anos auxiliaram no desenvolvimento de iniciativas em alguns municípios, como Fortaleza. Em 2010 o Governo Municipal lançou o “Plano Fortaleza de Prevenção e Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas: Liberdade é Viver sem Crack”, possibilitando a capacitação de agentes públicos para elaboração de proposta de prevenção, promoção da saúde e de qualidade de vida, mobilização social, acolhimento, atendimento, acompanhamento e reinserção social de usuários de SPA e seus familiares no município (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2011).

A Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas (CPDrogas), órgão da Prefeitura Municipal de Fortaleza, tem status de Secretaria Municipal e é composta por

uma equipe interdisciplinar que visa garantir os direitos humanos e promover uma política pública intersetorial (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2020a).

Em junho de 2013 foi implantado o Centro Integrado de Referência sobre Drogas (CIRD) e, em outubro do mesmo ano, o teleatendimento, com um número telefônico disponível de forma gratuita para fornecer informações sobre as condições de tratamento, acolhimento e outras demandas relacionadas ao uso e dependência de SPA (O ESTADO, 2016).

A CPDrogas atua nos eixos de Acolhimento, Prevenção e Articulação/Cuidado, promovendo ações no município que ajudam pessoas com problemas relacionados ao uso ou dependência de SPA e seus familiares (CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2020).

No eixo Acolhimento existe o Núcleo de Acolhimento, composto por equipe multiprofissional, e o projeto “Varal de Redução”. No eixo da Prevenção destaca-se o projeto #constuindosonhos, além de participação nos programas a nível federal, #Tamojunto 2.0 e Jogos ELOS 2.0. No eixo da Articulação e Cuidado existem os projetos: Novos Caminhos, Atlética Raps e Redesenhandando Histórias (CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2020).

No âmbito do tratamento existem, atualmente, sete CAPS ad no município de Fortaleza, sendo um em cada Secretaria Regional, incluindo-se a Regional Centro. Dois destes CAPS ad realizam acolhimento 24 horas por dia (PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA, 2020b). Existem, ainda, neste município, quatro Unidades de Acolhimento (UA), que são de caráter residencial transitório para pessoas que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo, cuja permanência do acolhido pode ser de até 06 meses, de acordo com a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a).

Outras iniciativas vem sendo realizadas, inclusive nos demais municípios do Estado, contribuindo para o fortalecimento das políticas de atenção à problemática envolvendo uso nocivo e dependência de SPA.

Regulamentação das Comunidades Terapêuticas

A regulamentação das CTs é feita através de resoluções e portarias de órgãos do governo a nível federal, devendo ser fiscalizadas por órgãos estaduais e/ou municipais.

A Resolução 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), estabelecia o Regulamento Técnico, com exigências mínimas para o funcionamento das CTs (ANVISA, 2001), tendo sido revogada pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29 de 30 de junho de 2011. Esta Resolução aprova os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento das CTs, como a exigência de estar devidamente licenciada pela autoridade sanitária competente, porém não enfatiza a necessidade de ser avaliada e inspecionada anualmente, que a Resolução anterior trazia.

A referida Resolução exige que o responsável técnico tenha formação superior, sem especificar a área, sendo que a anterior determinava a área da saúde e assistência social. Exige, também, um número de recursos humanos em tempo integral, compatível com as atividades desenvolvidas, porém não exige nenhum tipo de formação. Garante alguns direitos, como o de respeitar o critério de voluntariedade para a admissão; a não imposição de condições de crenças religiosas ou ideológicas; permanência voluntária; respeito à pessoa, à família e à coletividade; cuidados com o bem estar físico e psíquico; garantia de alimentação nutritiva e alojamento adequado; entre outras garantias (ANVISA, 2011).

Estas modificações parecem ter se adequado à realidade das CT, garantindo a entrada destas no SUS. No entanto, o contrário deveria acontecer, ou seja, as CT deveriam se adequar a legislação vigente no país. Isto denota a grande preocupação e urgência do governo em dar respostas à sociedade.

A Resolução nº 01/2015 do CONAD regulamenta as CTs no âmbito do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), determinando as seguintes obrigações destas entidades: nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado; não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à

liberdade da pessoa acolhida; manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples; não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares; não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes; dentre outras (CONAD, 2015).

As obrigações contidas na Resolução supracitada parecem ter sido resultado das denúncias feitas sobre as CTs, como uma resposta à sociedade para que se possa conter práticas abusivas no âmbito desta forma de tratamento. No entanto esta resolução foi suspensa no ano de 2016, por meio de liminar da Justiça Federal após Ação Civil Pública promovida pelo Ministério Público Federal, sessão de São Paulo, alegando que ela permite o repasse de recursos financeiros federais à entidades de acolhimento que não cumprem requisitos de funcionamento adequados exigidos pelo Ministério da Saúde (MPF/SP, 2016). No mesmo ano, como mencionado anteriormente, a CONAD suspendeu esta Resolução através da Resolução nº 03/2016, por força de decisão judicial (CONAD, 2016).

A COFENACT (Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas) questiona a suspensão da Resolução 01/2015 do CONAD, denominada Marco Regulatório das CTs, alegando que tais comunidades não são estabelecimentos de saúde nem de assistência social. Argumenta ainda que o marco regulatório é um parâmetro e critério legal para evidenciar e auxiliar as Comunidades Terapêuticas, facilitando o relacionamento entre as mesmas e os órgãos públicos, além de proporcionar mais segurança para todos os envolvidos (COFENACT, 2016). Com a suspensão da Resolução 01/2015 do CONAD, as CTs passaram a ser regidas pela RDC nº 29 da ANVISA e, portanto, devendo respeitar suas exigências para a efetivação de um cuidado pautado pelo respeito aos direitos humanos e valorização dos sujeitos.

O atual Ministério da Cidadania publicou a Portaria nº 562, de 19 de março de 2019, que cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED (BRASIL, 2019a). Em anexo, tal portaria apresenta o “Roteiro de

Fiscalização de Comunidade Terapêutica” cujos itens seguem os mesmos parâmetros das determinações contidas na Resolução nº 01/2015 da CONAD.

O Ministério da Cidadania publicou, ainda, a Portaria nº 563 de 19 de março de 2019, que cria o Cadastro de Credenciamento das Comunidades Terapêuticas, que terá validade de cinco anos, desde que cumpram as exigências estabelecidas, como: não conceder vantagens ou benefícios a seus diretores, sócios, conselheiros ou equivalentes (BRASIL, 2019b).

A SENAPRED publicou a Portaria nº 1, de 12 de novembro de 2019, regulamentando o acesso ao Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT), a comprovação da prestação de serviços e do acolhimento, o ateste de notas fiscais e os respectivos pagamentos (BRASIL, 2019e). Esta portaria também faz referência ao Controle Biométrico, postulando que este controle e o SISCT “são ferramentas de controle de acompanhamento da execução dos serviços prestados” que serão obrigatórios para todas as CTs a partir da data da assinatura do contrato destas com a SENAPRED (BRASIL, 2019e).

Essas medidas podem auxiliar o monitoramento das CTs com vagas contratadas pelo governo, através do fornecimento das informações exigidas com relação ao acolhimento. No entanto não asseguram a qualidade do acolhimento apenas com essas ferramentas. Todavia há a exigência de que as CTs permitam a realização de pesquisas por instituições contratadas pela SENAPRED.

O acolhimento de mãe nutriz também é referido por esta supracitada portaria, considerando como “mãe nutriz aquela que iniciar o acolhimento quando o(a/s) filho(a/s) contar(em) com até um ano de idade incompleto, hipótese em que poderá permanecer nessa condição até o final de seu acolhimento” (BRASIL, 2019).

Já o acolhimento de adolescentes em CTs encontra-se, atualmente, regulamentado pela Resolução nº03 do CONAD, de 24 de julho de 2020. De acordo com esta Resolução, tal acolhimento deve ser de adesão voluntária e com autorização prévia de um dos pais ou de responsáveis, podendo durar até 12 meses (CONAD, 2020).

Esta Resolução incitou o debate com relação à atenção ao público adolescente usuário ou dependente de SPA. Por tratar-se de um tema bastante complexo, tem gerado discussões com opiniões divergentes de vários setores.

A Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) participou da elaboração desta Resolução, segundo a Federação Cruz Azul no Brasil de Comunidades Terapêuticas, que também colaborou com a sua construção (CRUZ AZUL DO BRASIL, 2020). Enquanto isso, entidades que defendem os direitos dos adolescentes, como o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), não participaram desta construção.

A Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) defende que haja uma revisão desta Resolução apontando que houve afronta ao papel do CONANDA, visto que foi editada sem a sua participação (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2020).

A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), publicou uma nota técnica sobre esta Resolução, considerando o CONANDA como “a instância máxima de formulação, deliberação e controle das políticas públicas para a infância e a adolescência na esfera federal” e recomendando a ampliação do financiamento dos equipamentos públicos do SUS e SUAS, promotores do cuidado em liberdade e de promoção de direitos humanos de adolescentes em situação de abuso ou dependência de SPA (ABRASME, 2020).

A Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) assinou, junto com outras 271 entidades, a Carta de Denúncia e Repúdio a esta Resolução, que foi encaminhada à PFDC (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2020). A Comissão Nacional de Enfermagem em Saúde Mental também se posicionou contrária a esta Resolução, seguindo o posicionamento da PFDC e da ABRASME, avaliando que ela “inclui os adolescentes numa lógica de institucionalização que contraria as diretrizes básicas não só do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), mas também da própria Lei nº 10.216 (...)” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-PERNAMBUCO, 2020).

Oliveira Filho e Martins corroboram com este pensamento, afirmando que a Resolução tem caráter repressivo e não respeita os marcos regulatórios históricos,

como a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), a Portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde, que instituiu a RAPS, além do ECA e da Lei 10.216/01, a Lei da Reforma Psiquiátrica (OLIVEIRA FILHO; MARTINS, 2020).

Com tantos posicionamentos contrários, tanto de órgãos públicos, entidades colegiadas, como da sociedade civil, espera-se que haja uma revisão da Resolução nº 03/2020 do CONAD, ampliando-se a discussão sobre o tema, possibilitando uma efetiva participação social.

Financiamento das Comunidades Terapêuticas

São muitas as iniciativas do Governo em prover recursos para as Comunidades Terapêuticas. Desde a implantação da PNAD, em 2002, o financiamento para essas instituições está previsto, constando em algumas leis e portarias. As diretrizes desta política relacionadas ao tratamento, recuperação e reinserção social visavam garantir a destinação dos recursos provenientes das arrecadações do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), além de prever, no Orçamento Geral da União, dotações orçamentárias em todos os ministérios responsáveis pelas ações da PNAD (BRASIL, 2005).

Tais dotações deveriam ser distribuídas de forma descentralizada, com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, estimulando o controle social e a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade (BRASIL, 2005).

Já a atual PNAD, publicada em 2019 pelo Decreto nº 9.761/2019, tem como um de seus pressupostos garantir, de forma contínua, recursos orçamentários, humanos, administrativos, científicos e de governança para o desenvolvimento de suas ações (BRASIL, 2019c).

A Lei 11.343/2006, através do artigo 25, prevê o provimento de subsídio financeiro para as instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de SPA, estando incluídas as CTs (BRASIL, 2006).

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, Instituído pelo Decreto nº 7.179/2010, estabelecia, em suas ações imediatas, o desenvolvimento e integração das redes de saúde e de assistência social prevendo, dentre outras ações, o apoio financeiro para a utilização de leitos de acolhimento a usuários de SPA em CT, em articulação com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (DUARTE; DALBOSCO, 2011). De acordo com este plano, as CTs passaram a receber recursos do SUS, devendo, para tanto, cumprir critérios estabelecidos pela ANVISA e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Barcellar (2011), as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas contavam com a abertura de editais públicos para financiamento de ações de capacitação, bem como para o desenvolvimento e integração das redes de saúde e de assistência social em consonância com as diretrizes estabelecidas pela PNAD, destacando-se as Comunidades Terapêuticas, Casas de Acolhimento Transitório e outras ações (BARCELLAR, 2011).

Através do programa “Crack, é possível vencer”, o Governo Federal disponibilizava recursos financeiros a estados, municípios e Distrito Federal (DF) para que os mesmos pudessem aderir ao programa, devendo ser garantida a contrapartida destes entes federativos para a implementação de equipamentos da saúde, assistência social e segurança pública.

A Portaria 131, de 26 de janeiro de 2012, instituiu incentivo financeiro destinado aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as CTs, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso nocivo ou dependência de SPA, no âmbito da RAPS (BRASIL, 2012b).

O Art. 2º desta Portaria prevê que o incentivo financeiro será da ordem de R\$ 15.000,00 mensais para cada módulo de 15 vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de dois módulos por entidade beneficiária, sendo que o número total de residentes na entidade beneficiária não pode ultrapassar 30. O valor deste recurso financeiro será incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos Estados, Municípios e do Distrito Federal, e destina-se a apoiar o custeio de entidade pública ou parceria

com entidade sem fins lucrativos, devendo ser utilizado exclusivamente para atividades que visem o cuidado em saúde para os usuários das entidades (BRASIL, 2012b).

A supracitada Portaria foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (PCR nº 6). Seu texto consta, na íntegra, como Anexo XCI desta PCR (BRASIL, 2017c).

A Lei 13.840/2019, com relação ao financiamento, prevê que é de competência da União, juntamente com Estados, Distrito Federal e Municípios, financiar a execução de políticas sobre SPA, observadas as obrigações dos integrantes do SISNAD, como postulado em seu Artigo 8ºA, inciso IX (BRASIL, 2019d). Com isso, as entidades federativas são obrigadas a financiar a PNAD, incluindo-se o financiamento de vagas de acolhimento em CTs.

Em 2018 o governo federal lançou edital para contratação de vagas em CTs, sendo, no mínimo, 10 vagas por CT e, no máximo, “até 50% da capacidade total de acolhimento, desde que respeitando o limite de até 30 vagas” em consonância com a Portaria nº 131/2012 (BRASIL, 2018b).

Em 2019 houve ampliação das vagas financiadas pelo governo. Segundo o Ministério da Cidadania, “o número de vagas financiadas pelo Governo Federal saltou de 2.900, em 2018, para 11 mil” em 2019, sendo que a meta do governo é ampliar o número de vagas para 20 mil em 2020, priorizando-se mulheres e mães nutrizes (BRASIL, 2020b). No edital lançado em dezembro de 2019, o financiamento era de 50% das vagas de cada CT ou filial, podendo subir para até 80 vagas se a entidade possuir ao menos dois anos de funcionamento (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2020).

Este edital, que tinha prazo de 90 dias, foi prorrogado em 2020 devido a pandemia da COVID-19, estendendo-se por mais 90 dias a partir de junho do referido ano (BRASIL, 2020c) (Reaberto edital público para financiamento de comunidades terapêuticas

A estimativa do governo é que “o financiamento aumente de R\$ 153,7 milhões, destinados em 2019, para R\$ 300 milhões em 2020” (GOVERNO DO

BRASIL, 2019). Este financiamento tem recebido algumas críticas, comparando-se ao valor investido em entidades públicas, como os CAPS ad, como este: “O montante é quase igual aos R\$ 158 milhões gastos anualmente com os 331 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) especializados no atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e droga” (TAGJURÍDICA,2019).

Ou seja, recursos que poderiam ser destinados para uma melhoria do atendimento nos serviços públicos, com aumento do número de CAPS ad, da oferta de atendimentos, do número de profissionais, e com a melhoria de infraestrutura, por exemplo, são investidos na iniciativa privada.

O Estado do Ceará, através da Secretaria de Políticas sobre Drogas (SPD), mantém convênio com algumas CTs, proporcionando seu financiamento. A SENAD e, atualmente, a SENAPRED, também financiam vagas em algumas CTs do Estado do Ceará através de convênio. Segundo dados da SPD, em 2017 existiam 192 vagas financiadas pelo Estado, distribuídas em 10 CTs, controladas pelo programa Acolhe Ceará. Neste mesmo ano, a SENAD financiou 271 vagas distribuídas em 13 CTs no Estado, também, controladas pelo programa Acolhe Ceará, em parceria com a SENAD.

Em 2020, de acordo com dados do projeto Acolhe Ceará, são disponibilizadas 532 vagas para acolhimento em CTs no Estado, financiadas pela SPD e pela SENPRED (CEARÁ, 2020b). Observa-se um aumento do número de vagas, comparando-se ao período anterior.O financiamento de CT ampliou o acesso de usuários ou dependentes de SPA a este tipo de tratamento que, no Estado do Ceará, é subsidiado pelos governos Federal e Estadual. Porém, como mencionado anteriormente, há poucos relatos sobre o funcionamento das CTs e, consequentemente, sobre sua eficácia, havendo uma necessidade de se esclarecer os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito das CTs.

PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

A atenção em saúde se dá por meio da interação entre sujeitos: aquele que cuida e aquele que é cuidado. Os processos de trabalho expressam a forma como esse cuidado se efetiva, estando todos os sujeitos implicados nele, cada um com suas responsabilidades, com suas singularidades, necessidades e expectativas. No âmbito da saúde mental, essa interação tem um significado ainda maior. Amarante (2007) afirma que “na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam [...] com sujeitos que vivenciam as problemáticas [...]” (AMARANTE, 2007, p. 84).

Estas relações são bastante complexas e, por se desenvolverem entre sujeitos susceptíveis a influências intrínsecas e extrínsecas, vão se revelando, se moldando às possíveis alterações durante o percurso de sua construção.

Para Merhy (1997), o jogo produção, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar no processo de trabalho em saúde, que faz com que ele esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera. (MERHY, 1997).

Merhy (2002) apresenta dois tipos de trabalho: o trabalho vivo e o morto. Para ele, o trabalho vivo é realizado no momento da intervenção, chamado de trabalho vivo em ato; e trabalho morto são todos os produtos-meios que estão envolvidos no processo, como ferramentas, insumos e que são resultado de trabalho humano anterior (MERHY, 2002). Este autor classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve – tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho; levedura – saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo; e dura – equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais, entre outros (MERHY, 2002, p. 49).

O encontro entre sujeitos perpassa por todas essas ferramentas que são necessárias para a efetivação do cuidado em saúde. Não obstante, as tecnologias

leves são essenciais no cuidado em saúde e imprescindíveis no campo da saúde mental, onde tenta-se romper com paradigmas históricos de segregação, de anulação de direitos, de preconceitos e de afastamento social da pessoa em sofrimento psíquico. A este respeito, Merhy enfatiza ainda que:

É neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores, as das relações, que se configuram, por exemplo, por meio das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras (MERHY, 2002, p. 51)

Jorge et al. (2011) afirma que “ao potencializar a relação entre sujeitos, a ênfase no processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e voltada para o modo de vida de cada usuário” (JORGE et al., 2011, p. 3055). Esta autora apresenta as ferramentas utilizadas nas relações de cuidado apontadas por Merhy – acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia – enfatizando que a saúde mental utiliza-as, visando um cuidado integral ao sujeito e que “representam possibilidades de se construir uma nova prática em saúde” (JORGE et al., 2011, p. 3053). Jorge et al. (2011) afirma também que “acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário” e “facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica” (JORGE et al., 2011, p. 3053).

Estas ferramentas apresentadas são de extrema importância no processo de trabalho, particularmente, em saúde mental. O acolhimento, a escuta, o olhar atencioso para aquele que procura atendimento, entre outras posturas acolhedoras, potencializam a formação do vínculo, que é essencial para o fortalecimento da produção do cuidado.

Merhy (1999) relata:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções,

criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, pp. 307-308).

Neste contexto, o distanciamento entre o cuidador e aquele que é cuidado perdeu o sentido. Ambos são sujeitos protagonistas de uma mesma relação que necessita ser fortalecida, baseada na confiança, na empatia, na responsabilização mútua e na afetividade. Fundamentado na fenomenologia hermenêutica de Ricoeur, Jervolino (2011) salienta que “é a afetividade o verdadeiro terreno da realização existencial deste ser paradoxal e conflituoso que é o homem” (JERVOLINO, 2011, p. 36). Em todas as relações ela é necessária, inclusive – e essencialmente – na relação terapêutica.

Franco e Merhy (2007) relatam que a produção do cuidado opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho e que produz e é produzido por dois grandes vetores de construção da realidade: a produção de subjetividades e os afetos entre os sujeitos, que produzem a si mesmos e se afetam mutuamente (FRANCO; MERHY, 2007).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza-SUS) deu ênfase ao cuidado humanizado na saúde como um todo. Segundo o MS, Humaniza-SUS opera com o princípio da transversalidade, lançando mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores da saúde e gestores. O direcionamento de estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos pode efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (MS, 2010).

Práticas de saúde mental voltadas para a valorização dos sujeitos devem ser estimuladas em todos os serviços, potencializando assim a efetivação do cuidado integral à saúde.

PROCESSO DE TRABALHO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Os dados apresentados a seguir constituem uma parcela dos resultados de uma pesquisa realizada em Comunidades Terapêuticas no período de 2016 e 2017, no Estado do Ceará. Trata-se de um estudo analítico com abordagem qualitativa sobre processo de trabalho em CTs. Participaram deste estudo nove CTs das 19 registradas no Estado que receberam financiamento público no ano de 2016.

Ao final será apresentado o produto tecnológico desta pesquisa, que é um fluxograma descritor do processo de trabalho em CTs.

Programa de Acolhimento

O programa de acolhimento refere-se às atividades desenvolvidas pela CT durante o período de acolhimento dos usuários. Era uma exigência contida na Resolução 01/2015 do CONAD, porém continua sendo utilizada essa nomenclatura, apesar de sua suspensão. A RDC 29/2011 refere-se apenas à “ficha individual” do usuário acolhido, que deve conter as atividades a serem realizadas, dentre outras informações, como consta no caput do artigo 7º e em seu parágrafo 1º.

O referido programa varia de acordo com a CT estudada, mas foi observado, nesta pesquisa, que as atividades realizadas são, basicamente, as mesmas em todas as CTs. Observou-se, nestas entidades analisadas, que o programa de acolhimento é igual para todos os usuários acolhidos, dependendo do período de acolhimento em que estejam, quando há essa divisão na CT. Ressalvando-se algumas exceções, todos os usuários fazem todas as atividades. A distribuição das tarefas é, por vezes, pautada em habilidades que os usuários possuam para suprir necessidades próprias da CT.

O período de adaptação corresponde ao momento de chegada do usuário acolhido na CT, onde ele toma conhecimento do programa de acolhimento e passa a fazer parte da comunidade. Este período também varia de acordo com a CT, onde

algumas estipulam uma duração de dois a três dias, outras já estendem até 15 dias, onde os usuários acolhidos tem uma atenção diferenciada dos veteranos, podendo abster-se das atividades do programa de acolhimento.

Quanto ao tipo de atividade desenvolvida, todas as CTs analisadas realizam atividades de espiritualidade, laborterapia, terapêuticas grupais, de aprendizagem e lúdicas/desportivas. Destas, quatro CTs realizam, também, atividades terapêuticas individuais, que correspondem àquelas que possuem profissionais da saúde em seu quadro de funcionários (médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e/ou assistentes sociais, além de educador físico).

A Resolução 01/2015, do CONAD, em seu artigo 2º, parágrafo primeiro, afirma que as instituições que oferecem serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica em suas dependências distintos dos previstos nesta Resolução, não serão consideradas CTs. Já a RDC 29/2011, no parágrafo único de seu artigo 2º, estipula que as CTs que oferecem tais serviços deverão observar, cumulativamente às disposições trazidas por esta Resolução, as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (ANVISA, 2011). Ou seja, se prestar serviço de saúde, deverá obedecer às normas próprias para estes serviços.

Esta exigência, por um lado, evita a prática indiscriminada de procedimentos de saúde que não atendam às normas de segurança da ANVISA e outros órgãos competentes. Por outro lado, parece desencorajar as CTs a procurar aprimorar os cuidados e atenção dispensados aos seus acolhidos, estando elas dispensadas da obrigação de contratar profissionais da saúde para o seu funcionamento.

A Portaria nº 562/2019, do Ministério da Cidadania, em seu anexo I que apresenta o Roteiro de Fiscalização de Comunidade Terapêutica, menciona apenas “equipe multidisciplinar em quantidade e com formação compatível às atividades oferecidas no programa de acolhimento” (BRASIL, 2019a).

Das nove CTs participantes do estudo, três mencionaram fazer reuniões periódicas (mensais) com as famílias para trabalhar a codependência. As demais afirmaram ter dificuldade em manter aproximação com as famílias e, por falta de adesão, não fazem essa atividade.

Todas as CTs estudadas atuam de forma integrada à rede de serviços situada em seu território, recebendo encaminhamentos e provendo a assistência dos seus usuários acolhidos que necessitem de acompanhamento nos serviços disponibilizados na RAPS e na rede de assistência social. Para tanto, utilizam veículos de transporte próprios. Alguns usuários acolhidos já ingressam com consulta marcada em CAPS ad. A CT se responsabiliza pela manutenção desse acompanhamento, além de todas as demandas que os usuários acolhidos necessitarem.

A RDC 29/2011 prevê este encaminhamento através de seu artigo 18, que diz: “As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.” (ANVISA, 2011).

A Portaria 3088/2011, do Ministério da Saúde, que instituiu a RAPS, tem como um de seus objetivos gerais (artigo 3º, inciso III) “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.” (BRASIL, 2011).

O Roteiro de Fiscalização de Comunidade Terapêutica (anexo I da Portaria nº 562/2019, do Ministério da Cidadania), faz referência a esse mecanismo de encaminhamento, trazendo texto igual ao da RDC 29/2011, da ANVISA (BRASIL, 2019a).

As atividades de reinserção social foram mencionadas por todas as CTs participantes do presente estudo, destacando-se os cursos de capacitação, cujos tipos variam de acordo com a disponibilidade de cada uma. Esses cursos, geralmente, acontecem na própria CT mediante parceria com a SPD/CE, a STDS/CE ou com o SENAI (mencionado por uma CT). Existem, também, outros cursos mantidos pelas próprias CTs, como ocorre em cinco delas (panificação, artesanato, informática, dentre outros).

O tempo de permanência refere-se ao período de duração do programa de acolhimento, que varia de 6 a 12 meses, dependendo de cada CT. De Leon (2012)

demonstra o período de permanência nas CTs que, “tradicionalmente, seria de 12 a 18 meses, tendo como origem as permanências programadas de 2 a 3 anos”. Ele aponta que “mudanças recentes na população de clientes, nas realidades clínicas e nos requisitos de investimento estimularam a criação de CTs residenciais modificadas com permanências mais curtas (3, 6 e 12 meses)” (DE LEON, 2012, p. 4). As CTs estudadas estão dentro dessa faixa.

Esse período foi postulado pela Resolução 01/2015 do CONAD, em seu artigo 6º, parágrafo 1º, estipulando que “o acolhimento não poderá exceder o limite de 12 (doze) meses no período de 24 (vinte e quatro) meses” (CONAD, 2015). A Portaria nº 1, de 12 de novembro de 2019, da SENAPRED também traz este texto em seu artigo 12, parágrafo 8º (BRASIL, 2019e). Ou seja, se o usuário acolhido cumprir o programa de 12 meses, por exemplo, e necessitar retornar à CT, deverá cumprir um período de carência para não exceder o limite estipulado por essa legislação.

A RDC 29/2011, em seu artigo 18, aponta apenas que as CTs “devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição”, sem determinar qual seria esse período. (ANVISA, 2011).

O parâmetro de carência para um novo acolhimento, no Estado do Ceará, é estipulado pelo Centro de Referência sobre Drogas (CRD/CE) como sendo de três meses, segundo relato de entrevistados durante a realização desta pesquisa. Apenas três CTs afirmaram possuir este prazo de carência. As demais, ou não mencionaram, ou possuem um prazo menor.

Seis CTs que participaram deste estudo relataram fazer a administração de medicamentos prescritos por médicos, tanto da RAPS como das próprias CTs, quando é o caso. A Portaria nº 562/2019, do Ministério da Cidadania, aborda este assunto em seu Roteiro de Fiscalização, averiguando a existência da devida prescrição, bem como do “controle especial” da medicação administrada, que deve ser mantida em armário fechado com chave (BRASIL, 2019a).

Modelos de Cuidado em Comunidades Terapêuticas

O modelo de cuidado preconizado por todas as CTs estudadas possui, basicamente, o mesmo formato, pautado na realização de atividades de espiritualidade, no trabalho como forma de terapia, na convivência e disciplina, cujo objetivo primordial é a manutenção da abstinência.

Uma pessoa entrevistada, responsável por uma das CTs analisadas, faz a seguinte declaração: “*nossa metodologia é um tripé: espiritualidade, trabalho e convivência. Desenvolvemos o momento da espiritualidade, na convivência... trabalhamos essa questão*” (RESPONSÁVEL 2). Outra pessoa entrevistada também faz referência a esse modelo, afirmando: “nós trabalhamos com a convivência, a espiritualidade e o trabalho” (RESPONSÁVEL 7).

Tal modelo é referenciado pelo IPEA: “o modelo de cuidado proposto pelas CTs ancora-se em três pilares – a saber, trabalho, disciplina e espiritualidade – combinando saberes técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais), com práticas espirituais” (IPEA, 2017, p. 8). Fossi e Guareschi (2015), também encontraram esse modelo em seu estudo, afirmando que se estrutura em três princípios básicos: espiritualidade, trabalho e disciplina (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Algumas CTs participantes deste estudo possuem outros tipos de abordagem, especialmente as que contam com serviços de profissionais de saúde, já mencionadas, porém a base principal do acolhimento tem esse parâmetro enunciado. Estes temas serão abordados separadamente.

Espiritualidade

Todas as CTs estudadas nesta pesquisa consideram essencial a dimensão transcendental da vida, dedicando grande parte de seus programas às atividades relacionadas à religião e à espiritualidade. Entre as CTs estudadas, duas estão diretamente ligadas a instituições católicas, sendo que em uma delas a responsável tem formação religiosa. Em quatro CTs os responsáveis/fundadores também possuem atuação religiosa, porém de orientação evangélica (bispos, pastores ou sacerdotes).

Estas, apesar desse fato, não mencionaram nenhuma ligação com alguma instituição religiosa. No entanto, todas essas mantêm práticas de orientação evangélica, como cultos (internos ou externos).

Este dado se equipara ao encontrado pela pesquisa do IPEA (2017), onde:

Na maior parte das CTs pesquisadas, o trabalho espiritual ancora-se em doutrinas religiosas, especialmente as de tradição cristã; mas pode prescindir delas. (...) Mesmo as CTs que se declaram desvinculadas de igrejas ou organizações religiosas atribuem centralidade ao cultivo da espiritualidade, como via de superação da chamada drogadição (IPEA, 2017).

Segundo dados dessa pesquisa supracitada, “a grande maioria das CTs brasileiras se vincula com igrejas e organizações religiosas (82%), notadamente as de matriz cristã” (IPEA, 2017).

A espiritualidade configura-se nessas CTs como uma ferramenta terapêutica sendo, muitas vezes, a abordagem principal do programa de acolhimento. Este usuário participante da pesquisa demonstra, através de sua fala, a importância que a espiritualidade tem para o processo de tratamento:

“aqui é uma casa abençoada que, diante das dificuldades, a palavra de Deus nos conforta. Só Ele tem o poder de reconstituir, nos libertar dos vícios e das nossas falhas e nós temos a persistência de batalhar para dar a volta por cima e viver uma vida melhor em casa” (USUÁRIO ACOLHIDO).

Dalgalarondo (2008) apresenta alguns estudos sobre a associação entre uso de SPA e a espiritualidade, referida como “religiosidade”, afirmando que “de 140 estudos (...) 90% identificaram uma associação negativa, no sentido de quanto maior a religiosidade menor o uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (DALGALARRONDO, 2008, p. 182).

Ribeiro e Minayo (2015), em seu estudo citado anteriormente (na revisão de literatura), tecem críticas ao conteúdo religioso presente nas CTs e afirmam que:

Ao se basearem em um modelo moral que encara o uso de drogas como um distanciamento de Deus, sua forma de recuperação se dá a partir de uma aproximação com Ele. A capacidade transformadora da fé é o elemento mais importante neste processo. (RIBEIRO, MINAYO, 2015).

As atividades de espiritualidade mais citadas pelas CTs analisadas neste estudo foram: “programação de 12 passos” (encontrada em seis CTs) e “celebrando a restauração/recuperação” (referida por quatro CTs).

De Leon (2012) refere-se aos “grupos de 12 passos” como um grupo especial (e não principal), que foi incorporado por CTs ao estágio primário do tratamento (DE LEON, 2012). O que se observa na maioria das CTs estudadas é que esta atividade é o recurso principal do programa de acolhimento, como demonstrado por este responsável entrevistado:

“A coluna vertebral do nosso tratamento são os 12 passos, porque ele vislumbra toda uma gama de atividades. Ele tem os atendimentos, mas o PTS é norteado pela programação de 12 passos, que já é pronta, uma receita de bolo que funciona para qualquer pessoa” (RESPONSÁVEL 1).

O estudo realizado pelo IPEA (2017) mostra que 70% das CTs incluídas na amostra utilizam a “técnica dos 12 passos” e 42,5% utilizam “reuniões sobre o amor exigente”, apontado por uma CT neste estudo atual.

O tema “celebrando a restauração” ou “celebrando a recuperação” baseia-se nos 12 passos dos Alcóolicos Anônimos (AA) e em oito princípios bíblicos, tendo surgido há aproximadamente 40 anos nos Estados Unidos e foi implantado na cidade de Fortaleza pela Igreja Batista Central, segundo o Blog Cotidiano e Fé (O POVO, 2009).

Outras atividades de espiritualidade frequentes nas CTs estudadas são os estudos bíblicos, presentes em seis CTs, e os grupos de oração – ou momento de oração, palestras e grupos espirituais – presentes em cinco CTs. Também acontecem os cultos ou missas dentro das CTs e externamente, em alguns casos. Tais atividades têm uma boa aceitação por parte dos usuários acolhidos, como demonstrado por este usuário acolhido: *“a fortaleza dessa casa, pelo tempo que estou aqui, é a espiritualidade. Se não fosse isso eu já teria ralado a muito tempo! Ihhh... não estava aqui... não vou mentir” (USUÁRIO ACOLHIDO).*

É notório que os usuários egressos de acolhimentos em CTs, que conseguem abstinência de SPA, apresentam uma espiritualidade mais exacerbada,

usando a prática de atividades religiosas, talvez, como forma de proteção à recaída. Dalgalarondo (2008) enfatiza que “as diversas formas de religião fornecem um sentido para a vida” e este pode “fornecer um senso de objetivo a todas as ações empreendidas, uma direção no destino, algo que incrementaria a esperança e a motivação” (DALGALARRONDO, 2008, p. 190).

Na perspectiva das CTs estudadas, a prática da espiritualidade, portanto, auxiliaria nessa busca de sentido para vida que, muitas vezes, faltaria aos usuários acolhidos. O que antes era preenchido pelo uso de SPA, passa a ser preenchido por algo divino – Deus, “poder superior”. A aproximação com o “divino” ensejaria uma sensação de proteção e segurança no usuário, que também sentiria maior força para enfrentar as situações adversas.

Convivência

A convivência entre os pares é uma das premissas do modelo encontrado nas CTs. Ela é abordada na RDC 29/2011, em seu artigo 1º, parágrafo único, que estipula: “O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução” (ANVISA, 2011).

Trata-se do convívio com os demais usuários acolhidos, incluindo a rotina diária de atividades, as regras e os limites, dentro do programa de acolhimento oferecido pela CT. Tal convívio é tido como terapêutico na medida em que as experiências vão se construindo mutuamente e, na interação dos sujeitos, vão se trabalhando aspectos emocionais, afetivos e comportamentais dentro das relações estabelecidas.

Esta pessoa entrevistada revela: “*acreditamos que a convivência é mais importante. Brigar e fazer a paz, ensiná-las a perdoar, o valor do perdão, recomeçar... (...) Isso a ajuda a voltar para casa bem melhor do que chegou*” (RESPONSÁVEL 2).

De Leon enfatiza que, “na CT, o elemento terapêutico essencial é a relação do cliente com a comunidade de companheiros” (DE LEON, 2012, p. 167). Barreto (2005) reforça o poder terapêutico da comunidade, afirmando que “a solução está no coletivo e em suas interações, no compartilhar, nas identificações com o outro e no respeito às diferenças” (BARRETO, 2005, p. 36). Na pesquisa do IPEA (2017) foi constatado que, nas CTs participantes:

Acredita-se que o compartilhamento das experiências individuais, e dos sofrimentos delas decorrentes, constituam uma plataforma comum de aprendizado e reorientação individual, em direção a uma vida sem drogas; e que o sucesso de uns estimule os demais. A exemplaridade exercida por aqueles que, submetidos ao programa terapêutico, tenham alcançado a abstinência, é parte essencial do modelo, funcionando como evidência de sua viabilidade e confiabilidade (IPEA, 2017, p. 8).

Corroborando com esse pensamento, a maioria das CTs estudadas mantém alguns egressos do acolhimento como monitores. Um usuário participante deste presente estudo afirma:

“Conviver com as pessoas aprende muito, e na rua, onde eu tava, não tinha esse conhecimento, já venho das drogas, bebedeiras, venho do mundo. Fiz de tudo um pouco. Cheguei aqui e aprendi a ter respeito por mim, amor próprio, respeitar meus irmãos, gostar deles do jeito que eles são. O foco aqui é nossa mudança, em primeiro lugar é Deus, deixar ele entrar na sua vida pra você mudar. Aqui não tratamos somente as drogas, temos que ser verdadeiros, tratamos tudo” (USUÁRIO ACOLHIDO).

Essa convivência tem uma importância bastante relevante para a evolução do usuário dentro do processo de acolhimento, como relata esta entrevistada: *“há a dificuldade do entrosamento, da convivência, que é muito importante para o tratamento dele”* (RESPONSÁVEL 7).

O comportamento foi o critério de avaliação para a alta mais citado pelos responsáveis pelas CTs participantes desta pesquisa. Ele está diretamente ligado ao convívio do usuário acolhido com os demais colegas, bem como ao seu posicionamento diante de determinadas situações. Tem-se, com isso, que, para a efetivação de uma evolução no programa de acolhimento, há que se melhorar, também, as relações interpessoais, segundo os critérios adotados por estas entidades.

Disciplina

A disciplina é também compreendida como um dos pilares do modelo da CT. Através desta pesquisa – a partir das entrevistas, dos grupos focais e da observação não-participante – foi possível constatar sua existência em todas as CTs estudadas. Embora algumas sejam mais rígidas, outras tenham mais flexibilidades, todas utilizam esse recurso como parte do programa de acolhimento.

A RDC 29/2011, em seu artigo 19, inciso II, estabelece que a CT deve garantir, no momento da admissão:

Orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial (ANVISA, 2011).

O Roteiro de Fiscalização das CTs, apresentado pela Portaria nº 562/2019, do Ministério da Cidadania, orienta a verificação da existência de declaração assinada pelo acolhido, afirmando que “concorda com o tratamento e sua permanência é voluntária” (BRASIL, 2019a). Ao assinar, o usuário acolhido declara estar ciente que deverá cumprir as normas exigidas pela CT, já na sua admissão.

Tais normas dizem respeito ao funcionamento da CT e ao programa de acolhimento, incluindo a rotina diária de atividades, os critérios de visitas, telefonemas de familiares, entre outras normas. O IPEA declara que

A disciplina consiste em um dos pilares do modelo das CTs, uma vez que os sujeitos ali internados são percebidos e representados como pessoas desregradas e indisciplinadas. Desta forma, rotinas com horários bem demarcados comandam o cotidiano dos internos, assim como regras de convivência, das quais, supostamente, os acolhidos tomam conhecimento quando de seu ingresso no tratamento (IPEA, 2017, p. 23).

Os participantes desta pesquisa emitem sua opinião a respeito deste tema, a saber:

“Eu gosto muito em relação a disciplina. Acredito que aqui é uma escola da vida” (MONITOR);

“O nosso trabalho tem um regime interno que nós começamos às 6 horas da manhã, já o despertar e nesse despertar a gente faz com que eles tenham a sua própria responsabilidade que lá fora não tinham” (RESPONSÁVEL 6).

“(...) as normas e regras aqui dentro, que é necessário ter para colocar disciplina numa pessoa que está sem disciplina” (RESPONSÁVEL 8).

Alguns usuários acolhidos, que participaram desta pesquisa, apresentam algumas situações concernentes ao tema:

“Nós andamos em fila... é muito organizado aqui” (USUÁRIO ACOLHIDO);
“Toca o sino novamente e vamos tomar banho. Às 18h toca o sino novamente para iniciar uma nova reunião até às 19:30h para podermos jantar” (USUÁRIO ACOLHIDO);

“O bom que achei aqui foi porque temos limites”; “as regras, disciplina e o amor uns com os outros” (USUÁRIOS ACOLHIDOS);

“Encerra o dia às 21:30h e já temos que ir para os dormitórios. (...) Todos os horários são identificados através de toque do sino” (USUÁRIO ACOLHIDO).

Como observado nesta pesquisa, a maioria dos participantes emite opinião favorável à disciplina. Ela deve existir, sim, como uma maneira de organizar o cotidiano e auxiliar na organização do funcionamento da CT, bem como na convivência. No entanto, deve haver uma flexibilidade e devem sempre ser pautadas no respeito.

Trabalho como terapia

O trabalho se constitui como um dos pilares do modelo de cuidado em CT e está previsto na RDC 29/2011 como “atividades laborais” incluindo, em seu artigo 7º, parágrafo 1º, inciso IX, a “participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros” (ANVISA, 2011). De acordo com o IPEA,

O exercício do trabalho é entendido como terapêutico (laborterapia), consistindo tanto das tarefas de manutenção da própria comunidade, como de atividades produtivas e de geração de renda. Dele espera-se o benefício da aquisição de autodisciplina e autocontrole, disposições entendidas como ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de SPAs, mas necessárias para o seu sucesso na vida social (IPEA, 2017, p. 8).

O uso do trabalho como terapia é uma prática secular, experimentada por Philip Pinel, em Paris, no século XVIII, quando constituiu – influenciado por Pussin – o tratamento moral. Bleicher e Viana (2012), sobre esse tratamento, afirmam que, “para

atingir a ‘normalidade das funções mentais’, seria necessária uma reeducação dos costumes, uma reeducação moral, essencialmente repressiva (BLEICHER; VIANA, 2012, p. 38). Assim como para destruir as ideias delirantes, “usava-se distrair o doente pelo trabalho ou por atividades como a audição de música ou certas leituras” (BLEICHER; VIANA, 2012, p. 41).

Essas autoras fazem uma comparação das atuais CTs com práticas asilares do século XVIII, como as colônias agrícolas, onde o principal “armamento terapêutico” era a praxiterapia (ou laborterapia...), ou seja, a cura através do trabalho. Sobre as CTs, afirmam:

Surge, frequentemente no discurso dos funcionários dessas instituições, e mesmo para pessoas não ligadas a ela, a noção de que “é preciso ocupar a mente para não pensar na droga”, o que muito se assemelha à “distração pelo trabalho” de Pinel. Chamamos a atenção para o fato de que não estamos propondo que seja ou não seja oferecido trabalho nesses espaços. Há uma dimensão que é a da responsabilização e, a manutenção do próprio espaço faz parte da tomada de responsabilidade necessária onde quer que se esteja. Isto não quer dizer que qualquer trabalho em si tenha caráter terapêutico ou que possua eficácia no sentido de diminuir o impulso para o consumo de drogas” (BLEICHER; VIANA, 2012, p. 44)

As autoras supracitadas trazem à tona a discussão sobre o real valor terapêutico do trabalho. Foucault (1972) aponta que “a eficácia do trabalho é reconhecida porque é baseada em sua transcendência ética. Após a queda do homem, o trabalho-punição recebeu um valor de penitência e resgate”. (FOUCAULT, 1972, p. 81).

O ditado “o trabalho dignifica o homem”, que aparece no discurso dos entrevistados, talvez tenha embasamento filosófico nessa “transcendência ética” apontada por Foucault. Já o “trabalho-punição” não se encaixaria no modelo adotado pelas CTs estudadas pois, apesar de ter a característica da obrigatoriedade, ele não é apontado como punição, ou seja, não é uma imposição de castigo, mas uma forma de resgatar valores, responsabilidades e outros princípios éticos, conforme depoimento dos participantes da pesquisa:

“Acho bem interessante essa questão do trabalho (...) O trabalho edifica as pessoas, então levanta nossa autoestima, não importa onde está trabalhando, o que importa é que está fazendo algo, contribuindo com alguma

coisa, isso é muito importante para nossa recuperação." (USUÁRIA ACOLHIDA).

"Nossa metodologia a respeito da laborterapia, é exatamente nesse intuito de trazer valores e princípios de volta, cuidar do que precisa ser cuidado, valorizar o que precisa ser valorizado. O carro chefe dessa comunidade é buscar a essência dos princípios e valores" (MONITOR).

"as terapias deles fazerem a lavagem das roupas deles, a alimentação e a organização do projeto, a organização do sítio. Então eles começam a se valorizar" (RESPONSÁVEL 6).

"Isso é muito bom para ocupar a mente da gente, porque o ser humano quando entra no mundo das drogas, muitas vezes fica maquinando coisas ruins, e estando aqui dentro com a mente ocupada, não pensa nas coisas ruins de lá de fora. Serviu pra mim e creio eu que vai servir para os novatos que estão chegando" (MONITOR).

De Leon (2012) afirma que, "na CT, o trabalho, em vez de ser distinto do tratamento, é um elemento essencial dele. O objetivo primordial das funções de trabalho é facilitar o intercâmbio pessoal dotado de sentido nos comportamentos, atitudes e valores de cada indivíduo que trabalha" (DE LEON, 2012, p. 146).

Observou-se que as atividades de "laborterapia" são, em sua maioria, de limpeza e manutenção das dependências da CT, além de cuidados com hortas, cozinhar, entre outras. Estas atividades são próprias de cuidado do espaço, necessárias em qualquer ambiente ou situação em que o usuário esteja, que é uma forma de responsabilização. Na fala dos usuários acolhidos participantes do grupo focal, elas não aparecem como algo extenuante, que exija máximo esforço. Este participante revela: "*é coisa simples, não tem trabalho braçal [pesado]. É só varrer, limpar,..*" (USUÁRIO ACOLHIDO).

Tais atividades foram agrupadas, na suspensa Resolução 01/2015, do CONAD, artigo 15, como atividades de "promoção do autocuidado e da sociabilidade" e "têm por objetivo, exclusivamente, a prática de atos da vida cotidiana" (CONAD, 2015). São as seguintes: higiene pessoal; arrumação e limpeza dos pertences e das acomodações de repouso e banheiro; participação na elaboração de refeições e limpeza da cozinha e do refeitório de uso coletivo; participação na limpeza e organização de espaços coletivos, como salas de recreação, jardins e hortas de consumo interno; participação na organização e realização de eventos e programas da entidade. (CONAD, 2015).

Portanto, este tipo de trabalho encontra-se referenciado na legislação nacional. A realização de atividades, pelos usuários acolhidos, de cuidados com seus

pertences – incluindo-se, aí, limpeza e organização dos espaços utilizados por eles, como quarto e banheiro – é perfeitamente compreensível e compreendido como necessário para a responsabilização deste sobre seus atos e para manter uma conformidade no ambiente. Mas isto, por si só, não é terapêutico.

Não obstante, não deve ser realizado de forma exaustiva, com regras rígidas de obrigatoriedade, conotando caráter punitivo, como postulado no parágrafo único deste referido artigo: “as atividades previstas neste artigo não poderão ter caráter punitivo e deverão ser supervisionadas por membros da equipe da entidade, a quem caberá motivar os acolhidos, dando o caráter terapêutico a tais atividades” (CONAD, 2015). Destaca-se, aqui, o surgimento do “caráter terapêutico” onde antes havia sido postulado, no caput do mesmo artigo, o objetivo “exclusivo” da “prática de atos da vida cotidiana”.

O termo “terapia ocupacional” foi citado, pelo menos, uma vez, por participantes desta pesquisa, ao referir-se ao trabalho realizado pelos acolhidos. Cabe, portanto, uma breve descrição.

Terapia Ocupacional é uma profissão regulamentada pela Resolução nº10, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, de 1978 (COFFITO nº 10/78), definida como:

Profissão de nível superior voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade (COFFITO, 2017).

A confusão que se faz com o termo é pertinente, visto que a profissão surgiu através do uso do trabalho como terapia, o que é relatado por Soares (2011):

A transição da terapia pelo trabalho para a terapia ocupacional ocorreu nos Estados Unidos a partir da Primeira Guerra Mundial devido a pressões sociais de veteranos da guerra por autonomia financeira e valorização social e, ainda, pela absorção de incapazes no mercado de trabalho, momento de expansão econômica (SOARES, 2011, p. 6)

A partir desse momento houve uma evolução histórica, com a

regulamentação da profissão e o surgimento de vários modelos teóricos que fundamentam a prática. Segundo Hagedorn (2007), “a terapia ocupacional ocorre quando o terapeuta trabalha com a pessoa no contexto de parte específica de uma ocupação, em um ambiente particular, para um propósito definido” (HAGEDORN, 2007, p. 15). Portanto, ela só pode ser exercida na presença de um profissional terapeuta ocupacional.

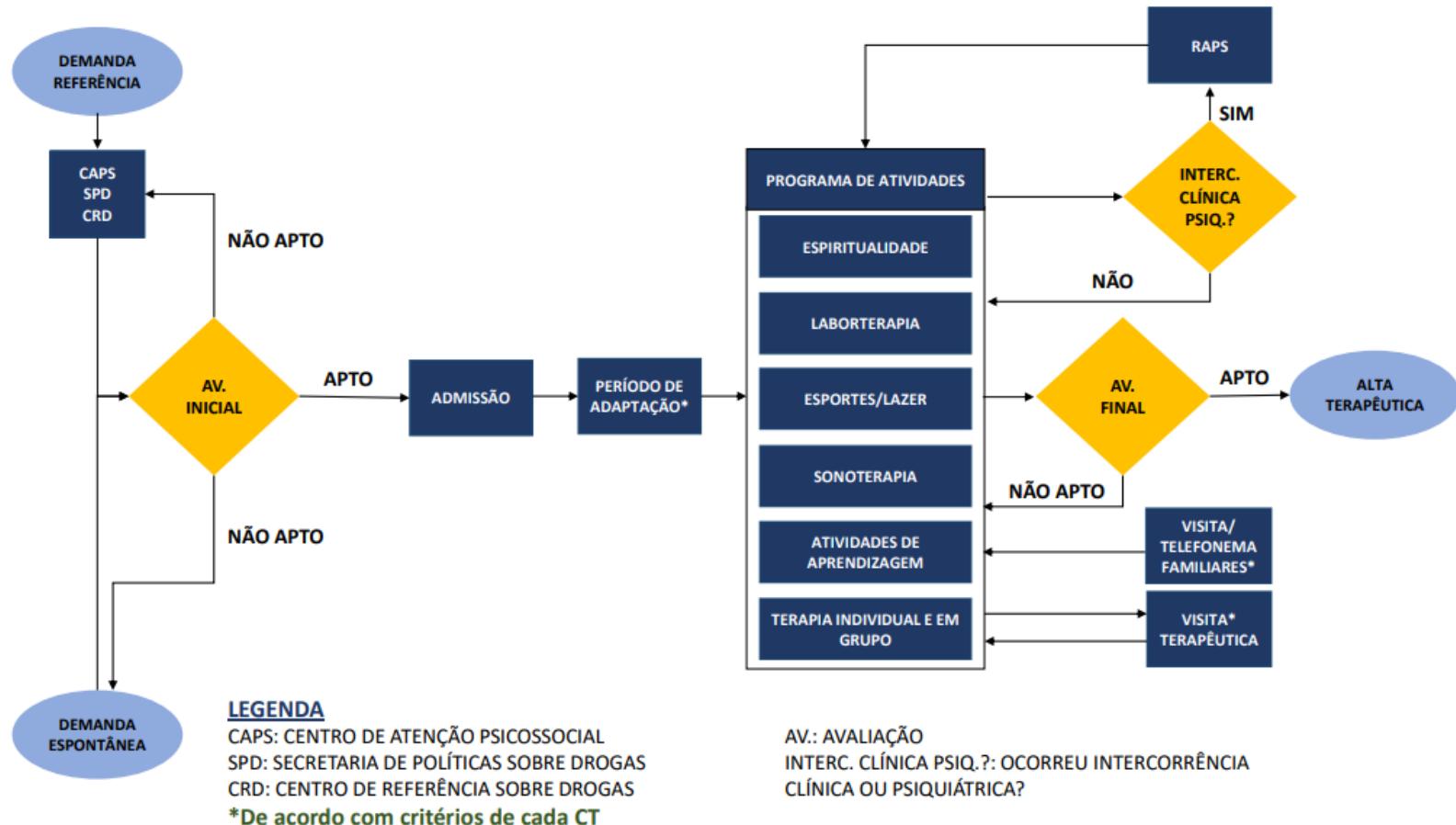
Recomenda-se que seja utilizado, pelas CTs, o termo “atividades laborais”, como consta na RDC 29/2011, para a definição das atividades relacionadas com a prática de cuidado e manutenção do ambiente.

FLUXOGRAMA DESCRIPTOR DOS PROCESSOS DE TRABALHO

O fluxograma, produto desta pesquisa, foi elaborado com base nos dados obtidos mediante a pesquisa de campo. Apresenta o percurso feito pelo usuário dentro do programa de acolhimento em CTs, desde as formas de ingresso, avaliação inicial, admissão, programa de atividades que deverão ser realizadas durante o período de acolhimento, avaliação final, até a alta terapêutica. Também são apresentadas as atividades que acontecem de acordo com o critério de cada CT, como o período de adaptação, as visitas e telefonemas de familiares e as visitas terapêuticas, assim como o manejo de intercorrências.

A Figura 1, a seguir, representa o fluxograma dos processos de trabalho desenvolvidos nas CTs participantes da atual pesquisa.

Figura 1 – Fluxograma dos processos de trabalho em



Fonte: Elaborado pelos autores.

Este fluxograma apresenta um fluxo típico do processo de trabalho das CTs participantes deste estudo. Critérios de admissão e de alta, assim como disponibilidade, quantidade, tipos e horários de atividades, podem variar de acordo com cada CT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concernente aos dados obtidos por meio desta pesquisa, constatou-se que o modelo de cuidado preconizado pelas CTs é pautado no exercício da espiritualidade, no trabalho como terapia (laborterapia), no convívio entre os pares e na disciplina. Estas atividades constam no programa de acolhimento e diferem pouco de uma CT para outra.

A espiritualidade configura-se, nessas CTs, como uma ferramenta terapêutica sendo, muitas vezes, a abordagem principal do programa de acolhimento. As atividades variam em cada CT, de acordo com a orientação religiosa. A prática da espiritualidade nas CTs, de acordo com os relatos dos participantes da pesquisa, propicia uma aproximação maior com Deus, o que transmite uma sensação de proteção. Quanto mais próximo de Deus, mais longe das SPA.

Essa segurança pode ser importante para o enfrentamento das situações adversas, como a abstinência, por exemplo. No entanto, esta não pode ser a única ferramenta utilizada nesse processo. Há que se incorporar outras estratégias de enfrentamento, como técnicas motivacionais e outras abordagens pautadas no conhecimento científico.

Ademais, uma CT não deveria ser confessional, tendendo a uma religião ou outra e muito menos tornando essa prática obrigatória, o que fere um dos princípios constitucionais.

Há uma controvérsia quanto à realização do trabalho como terapia nas CTs. Muitas críticas são feitas. Talvez, devido a esse fato, foi observado nesta pesquisa que os participantes, muitas vezes, pareciam estar defendendo, justificando a existência dessas atividades.

Sugere-se que seja diminuído o tempo dedicado a essas atividades e que as atividades de capacitação ocorram com maior frequência e variedade. Recomenda-se, ainda, que seja utilizado, pelas CTs, o termo “atividades laborais”, como consta na RDC 29/2011, para a definição das atividades relacionadas com a prática de cuidado e manutenção do ambiente.

A maioria dos participantes emite opinião favorável à disciplina. Compreende-se que, para manter a organização de um serviço com tantas pessoas convivendo por um longo período, faz-se necessária a construção de regras e normas de funcionamento. Porém sem rigidez extrema. Portanto, a disciplina deve existir, sim, como uma maneira de organizar o cotidiano e auxiliar na organização do funcionamento da CT, bem como na convivência. No entanto, devem ser pactuadas com todos os envolvidos, podendo haver flexibilidade, respeitando-se sempre os princípios éticos e constitucionais, sem violação de direitos.

A proposta de acolhimento da CT, em sua essência, é o afastamento do usuário acolhido do seu meio social com o intuito de evitar o contato com pessoas ou situações que deflagrem o uso de SPA. Esta proposta é amplamente criticada, uma vez que se contrapõe aos princípios da RP que preconiza o tratamento em serviços de base comunitária, como os CAPS. Apesar das críticas, A CT faz parte da RAPS e a adesão ao acolhimento é voluntária.

A maioria das CTs sente dificuldade em manter aproximação com as famílias e, devido à falta de adesão, não realizam um trabalho junto aos familiares dos usuários acolhidos. A participação da família no enfrentamento dos problemas relacionados ao uso e dependência de SPA é imprescindível. Em se tratando de acolhimento em CT, a família tem que estar preparada para receber o usuário, que retornará ao seu convívio. Diante dessa dificuldade, sugere-se que a família seja mais participativa no processo de acolhimento de seus familiares para que o cuidado torne-se mais efetivo.

A legislação relacionada ao uso de SPA, no Brasil, sofreu modificações ao longo e após o desenvolvimento desta atual pesquisa, que teve que se adequar às novas normas para que seja feita uma discussão aprofundada do tema.

A Resolução 01/2015 do CONAD foi considerada o marco regulamentador das CTs no Brasil, trazendo inúmeras exigências para seu funcionamento. Com a sua suspensão em 2016, as CTs passaram a ser orientadas apenas pela RDC 29/2011 da ANVISA, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o seu funcionamento. No entanto, essa RDC não faz considerações a respeito de assuntos importantes concernentes ao funcionamento das CTs, e que estavam postulados na outra.

A partir de 2018 a política sobre SPA foi totalmente modificada, culminando com a implantação da nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e com a Lei nº 13.840/2019, que altera a “Lei de drogas”, de 2006. Percebe-se um novo direcionamento da política referente a este tema, no país, com abordagem mais repressiva, voltada para a abstinência em detrimento de outras abordagens, como a Redução de Danos.

Com isso, tem-se aumento de investimento em Comunidades Terapêuticas, cujo objetivo primordial é a abstinência de SPA. Isto provoca críticas severas de vários setores de diferentes esferas da sociedade.

Não obstante, a dicotomia do bem e do mal, do certo e do errado, do que pode e do que não pode ser feito com relação aos problemas decorrentes do uso e dependência de SPA não torna um ou outro modelo melhor ou pior. No meio da discussão está o usuário com suas necessidades, seios anseios, sua história de vida. Ele deve, dentro da sua singularidade, ter o direito de escolher o que melhor se adequa à sua realidade, nesse ou naquele momento.

Deve-se primar pela manutenção dos direitos dos usuários, que não devem jamais ser violados em nome de qualquer objetivo, seja ele de cunho individual ou coletivo. A sociedade deve manter-se vigilante, atenta aos acontecimentos.

Como produto da pesquisa, apresenta-se um fluxograma das atividades e processos de trabalhos realizados nas CTs analisadas. Espera-se que essa ferramenta seja seja elucidativa quanto ao funcionamento das CTs, propiciando um melhor conhecimento sobre suas práticas e auxiliando na tomada de decisão sobre qual modalidade de tratamento deverá ser oferecida ao usuário de SPA, aprimorando os cuidados relacionados a este público.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 101 de 30 de Maio de 2001. ANVISA, 2001. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=556.> Acesso em: 20 ago. 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução RDC nº 29 de 30 de Junho de 2011. ANIVISA, 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html> Acesso em: 20 ago. 2016.

AMARAL, C. E. M. **Rede de atenção psicossocial em Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos.** 2013. 247 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em saúde coletiva, Mestrado em Saúde Pública. Fortaleza, 2013.

AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. D. C. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.) **Saúde mental, formação e crítica.** Rio de Janeiro: LAPS, 2008.

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 117 – 124, 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. Nota Técnica - Acolhimento de Adolescente em Comunidades Terapêuticas. 2020. Disponível em:
<https://www.abrasme.org.br/blog-detail/post/87411/nota-t%C3%A9cnica---acolhimento-de-adolescente-em-comunidades-terap%C3%AAuticas>. Acesso em 21 Ago. 2020.

BACELLAR, R. P. Mudança de Cultura Jurídica sobre Drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Integração de Competências no Desempenho da Atividade Jurídica com Usuários e Dependentes de Drogas.** Brasília, 2011.

BANKSTON, S. M. et al. Substance Abuser Impulsivity Decreases with a Nine-Month Stay in a Therapeutic Community. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 35, n. 6, p. 417–420, 2009.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária:** passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BASÁGLIA, F. O. Saúde/doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.) **Saúde mental, formação e crítica.** Rio de Janeiro: LAPs, 2008.

BLEICHER, T.; VIANA, T. C. Continuidades e Descontinuidades do Tratamento Moral em Modelos de Tratamento para Toxicômanos. **Revista de Psicologia.** Fortaleza, v. 3 n. 1, p. 38-50, jan./jun. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 1, de 12 de novembro de 2019.** Brasília, 2019e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1-de-12-de-novembro-de-2019-228394305>. Acesso em: 29 de Ago 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 562 de 19 de março de 2019.** Brasília, 2019a. Disponível em:
https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67753796/do1-2019-03-20-portaria-n-562-de-19-de-marco-de-2019-67753613. Acesso em 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 563 de 19 de março de 2019.** Brasília, 2019b. Disponível em:
https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/67758461/do1-2019-03-20-portaria-n-563-de-19-de-marco-de-2019-67758457. Acesso em 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Reaberto edital público para financiamento de comunidades terapêuticas.** 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/reaberto-edital-publico-para-financiamento-de-comunidades-terapeuticas>. Acesso em 29 Ago 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. **Políticas sobre drogas.** Brasília, 2016
Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protectao/politicas-sobre-drogas>>. Acesso em: 20 ago. 2016 (2016b).

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017.** Brasília, 2017b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TzC2Mb/content/id/1286090#:~:text=Gabinete%20do%20Ministro,PORTARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%C2%BA%202%2C%20DE%2021%20DE%20DEZEMBRO%20DE%202017,que%20lhes%20confere%20o%20art. Acesso em: 22 Ago 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conheça o Programa Crack é Possível Vencer. (2020a). Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer#:~:text=Lan%C3%A7ado%20em%20dezembro%20de%202011,o%20crack%20e%20outras%20drogas.&text=O%20programa%20conta%20com%20a%C3%A7%C3%B5es,da%20Secretaria%20de%20Direitos%20Humanos>. Acesso em 03 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório Crack é Possível Vencer **Comunidades Terapêuticas.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>> Acesso em: 20 ago. 2016 (2016a).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://biblofarma.com/portaria-gmms-no-336-de-19-de-fevereiro-de-2002>> Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012a.** Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)

BRASIL.. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012b.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 10 set. 2016.b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2. ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perguntas e respostas sobre o edital de chamamento público para contratação de vagas em comunidades Terapêuticas.** 2018b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43092-perguntas-e-respostas-sobre-o-edital-de-chamamento-publico-para-contratacao-de-vagas-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em 28 Ago 2020.

BRASIL. Palácio do Planalto. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/accompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>> Acesso em: 20 Ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006.** Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm> Acesso em: 10 nov. 201

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019.** Brasília, 2019d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13840.htm. Acesso em 02 Ago. 2020.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M; BOARINI,M. L. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1231-1248, out/dez. 2015.

CÂMARA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Combate às drogas:** população conta com políticas públicas permanentes na Capital. 2020. Disponível em: <https://www.cmfor.ce.gov.br/2020/06/23/combate-as-drogas-populacao-conta-com-politicas-publicas-permanentes-na-capital/>

CEARÁ. Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas. **Contextualização da política sobre drogas no Estado do Ceará.** Fortaleza, 2015. Disponível em: <http://www.spd.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=43855&Itemid=12&cssfile=principal4.css>. Acesso em: 20 set. 2016 (2015a).

CEARÁ. Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas. **Acolhe Ceará.** 2020b. Disponível em: <https://www.spd.ce.gov.br/acolhe-ceara/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

CEARÁ. Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas. **Programas e Projetos.** 2020a. Disponível em <https://www.spd.ce.gov.br/programas-e-projetos/>. Acesso em: 02 ago. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Suspensão do Marco Regulatório das Comunidades Terapêutica.** 2016. Disponível em: <<http://www.confenact.org.br/wp-content/uploads/2016/08/CONFENACT-Suspensão-Marco-Legal-CTs.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Comunidades Terapêuticas podem obter financiamento para acolhimento de dependentes químicos.** 2020. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/comunidades-terapeuticas-podem-obter-financiamento-para-acolhimento-de-dependentes-quimicos>. Acesso em 02 Ago. 2020

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos:** Locais de internação para usuários de drogas. Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Terapia Ocupacional.** 2017. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382>. Acesso em: 11 nov. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Resolução nº 01 de 19/08/2015.** Diário Oficial da União: Brasília, 2015. DOU nº 165, seção 1, p. 51 e 52.

_____. **Resolução nº 03 de 30 de agosto de 2016.** Diário Oficial da União: Brasília, 2016. DOU nº 169, sessão 1, p. 35.

_____. **Resolução nº 03 de 24 de julho de 2020.** Diário Oficial da União: Brasília, 2020. DOU nº 143, sessão 1, p. 29.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM-PERNAMBUCO. Comissão de Saúde Mental publica nota sobre Resolução Conad 3/2020. 2020. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/comissao-de-saude-mental-publica-nota-sobre-resolucao-conad-3-2020_25032.html

CRUZ AZUL DO BRASIL. **CONAD aprova Resolução de regulamentação do acolhimento de adolescentes em Comunidades Terapêuticas.** 2020. Disponível em: <http://www.cruzazul.org.br/artigo/132/conad-aprova-resolucao-de-regulamentacao-do-acolhimento-de-adolescentes-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em 29 Ago 2020.

DALGALARRONDO, P. **Religião, psicopatologia e saúde mental.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica:** Teoria, Modelo e Método. Tradução de Adail Sobral, Cecílio Bertalotti e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, 2011.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Integração de Competências no Desempenho da Atividade Jurídica com Usuários e Dependentes de Drogas**. Brasília, 2011.

DYE, M. H. Modified Therapeutic Communities and Adherence to Traditional Elements. **J Psychoactive Drugs**, v. 41, n. 3, p. 275 – 283, Set. 2009.

Fiestas, F. PONCE, Eficacia de las Comunidades Terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. **Revista peruana de medicina experimental y salud pública**, v. 29, n. 1, p. 12 - 20, 2012.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n.1, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/16062/12085>>. Acesso em: 15 set. 2016.

FRACASSO, L. Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em comunidades terapêuticas. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento. **Módulo 5 – Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD, 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos**: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf> Acesso em: 29 set. 2016.

GALASSI, A.; MPOFU, E. ATHANASOU, J. Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. **Int J Environ Res Public Health**, v. 12, n. 6, p. 7059 - 7072, Jun. 2015.

GALDURÓZ, J. C. F.; FERRI, C. P. Critérios diagnósticos: CID-10 e DSM. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento.

Módulo 3: Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. Brasília, 2014.

GOVERNO DO BRASIL. **Ministério da Cidadania lança edital para seleção de comunidades terapêuticas.** 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2019/12/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-selecao-de-comunidades-terapeuticas>

HAGEDORN, R. **Ferramentas para a Prática em Terapia Ocupacional:** uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais. São Paulo: Roca, 2007.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Nota técnica 21 - Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras.** IPEA: Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865&catid=189&Itemid=6>. Acesso em: 23 nov. 2017.

JERVOLINO, D. **Introdução a Ricoeur.** Tradução de José Bortolini. São Paulo: Paulus, 2011.

JONES, M. **A Comunidade Terapêutica.** Tradução de Lúcia de Andrade Figueiredo Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. Rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012.

MARTINS, F. C. C. B. L; BRAGA, V. A. B.; SILVEIRA, L. C. Um novo Conceito de Drogas: Uma Aproximação Sociopoética. In: SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B.; FRAGA, M. N. O. (Orgs.) **Saúde, Saúde Mental e suas Interfaces.** Fortaleza: Pós-graduação DENF/UFC/FFOE/FCPC, 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. Saúde: **Cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **PFDC defende revisão de resolução do Conad sobre o acolhimento de adolescentes com dependência alcoólica em comunidades terapêuticas**. 2020. Disponível em:
<http://www.mpf.mp.br/pfdc/noticias/pfdc-defende-revisao-de-resolucao-do-conad-sobre-o-acolhimento-de-adolescentes-com-dependencia-alcoolica-em-comunidades-terapeuticas>. Acesso em 21 Ago 2020.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL/ SÃO PAULO. **A pedido do MPF/SP, Justiça determina a suspensão de norma do Conad que permitia a comunidades terapêuticas receber recursos federais sem cumprir normas da saúde**. 2016. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2016/agosto/justica-suspende-norma-do-conad-sobre-recursos-a-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 10 set. 2017.

OLIVEIRA FILHO, C. R. F.; MARTINS, F. A. **Breves Anotações Sobre A Resolução Nº 3/2020 Do Conselho Nacional De Políticas Sobre Drogas (CONAD)**. GIRO MT Notícias, 2020. Disponível em: <http://www.giromt.com.br/2020/08/04/breves-anotacoes-sobre-a-resolucao-no-3-2020-do-conselho-nacional-de-politicas-sobre-drogas-conad/> Acesso em 20 Ago. 2020.

OLIVEIRA, W. F.; MARTINHAGO, F.; MORAES, R. S. A. M. **Entendendo a Reforma Psiquiátrica: A construção da rede de atenção à saúde mental**. Florianópolis: ABRASME/UFSC, 2009.

O ESTADO. **Atendimento sobre drogas já orientou cerca de 11.500 pessoas desde sua implantação**. 2016. Disponível em:
<https://www.oestadoce.com.br/geral/atendimento-sobre-drogas-ja-orientou-cerca-de-11-500-pessoas-desde-sua-implantacao/>

O POVO (Brasil). Blog Cotidiano e Fé (Org.). **Celebrando a restauração**. 2009. Disponível em: <<http://blogs.opovo.com.br/cotidianoefe/2009/07/16/restauracao-em-12-passos/>>. Acesso em: 15 nov. 2017

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

PERRY, et al. Interventions for female drug-using offenders. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 8, n. 1, p:CD010910, Jan. 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Plano Fortaleza de prevenção e atenção integral aos usuários de crack e outras drogas:** liberdade é viver sem crack. Fase 1 – Sensibilização. Fortaleza, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **CPDROGAS – Corrdenadaria Especial de Políticas sobre Drogas.** 2020a. Disponível em:
<https://www.fortaleza.ce.gov.br/institucional/a-secretaria-357>. Acesso em 28 Ago 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Mental.** 2020. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/saude-mental>. Acesso em 28 Ago 2020b.

REDLER, I. **Alterações na Lei de drogas.** 01/07/2019. Disponível em:
<https://masterjuris.com.br/alteracoes-na-lei-de-drogas/>. Acesso em 02 Ago. 2020.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

RIBEIRO, M. et al. Perfil do Usuário e História Natural do Consumo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do Usuário de Crack.** São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

RIBEIRO; F. M. L.; MINAYO, M. C. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.19, n. 54, Jul./Set. 2015.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X; SAMPAIO, A. M. Saúde mental. In: ROUQUAYROL, Z.; GURGEL, M. (ORGs). **Epidemiologia e saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SAMUEL, D. B. et al. Personality Disorders and Retention in a Therapeutic Community for Substance Dependence. **Am J Addict.**, v. 20,n. 6, p. 1521-0391, Nov./Dez., 2011.

SCLiar, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/E.** A. Carlini et al. (supervisão). Brasília, 2010.

SOARES, L. B. T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional:** fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TAGJURÍDICA. Governo investirá R\$ 153,7 mi em centros religiosos. 2019.
Disponível em: <https://www.tagjuridica.com/2019/04/24/governo-investira-r-1537-mi-em-centros-religiosos/>

VANDERPLASSCHEN, W. et al. Therapeutic Communities for Addictions: A Review of Their Effectiveness from a Recovery-Oriented Perspective. **The Scientific World Journal.** Volume 2013 (2013), Article ID 427817, 22 pag. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2013/427817>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SOBRE OS AUTORES

Ana Nery de Castro Feitosa

Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza (1999) e Licenciatura Plena em Biologia pela Universidade Estadual do Ceará (2011). Especializou-se em Terapia Familiar pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e em Gestão em Saúde Mental pela Universidade Cândido Mendes (UCAM). Possui Mestrado em Gerontologia Social pela Universidad de León (Espanha) e em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Terapeuta ocupacional da Prefeitura Municipal de Fortaleza, desde 2004, atuando nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral e Álcool e outras Drogas (CAPS ad), onde permaneceu na coordenação deste último no período de 2009 a 2013. Atualmente está lotada no CAPS da Infância e Adolescência (CAPSi), da Secretaria Regional III. Atua como Terapeuta Ocupacional no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC UFC). É preceptora da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, com ênfase em Saúde Mental, da UFC (RESMULTI/UFC). Tem experiência em docência do ensino superior na Universidade Federal do Ceará e na Universidade Regional do Cariri. Participou de vários eventos relacionados à área da saúde mental.

Carlos Garcia Filho

Possui graduação em Medicina pela Universidade Estadual do Ceará (2009), título de especialista em Medicina Preventiva e Social pela Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde (2019), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (2012) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (2016). Realizou estudos de Pós-Doutorado pela Universidade de Fortaleza, UNIFOR. Atualmente é supervisor assistente do Setor Médico da Justiça Federal de Primeiro Grau no Ceará, professor do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza e professor do Curso de Mestrado Profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará. É coordenador do Grupo de Estudos sobre Políticas e Programas de Saúde e orientador da Liga Acadêmica de Medicina do Trabalho e Epidemiologia (LAMTEP) da Unifor. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em análise de políticas e programas de saúde.

Quipá Editora
www.quipaeditora.com.br
@quipaeditora

