

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS
PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM SANTO ANTÔNIO DE
JESUS - BA**

DERACI SOUZA DOS SANTOS

CRUZ DAS ALMAS – BAHIA
NOVEMBRO - 2015

DERACI SOUZA DOS SANTOS

COMUNIDADES TERAPEUTICAS EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS – BA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Linha de Pesquisa: Segurança Social.

Orientação: Prof.^o Dr. Herbert Toledo Martins.

CRUZ DAS ALMAS – BAHIA
NOVEMBRO - 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL**

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE
DERACI DOUZA DOS SANTOS**

Prof. Dr. Herbert Toledo Martins
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB
(Orientador)

Prof. Dr. Willian Tito Maia Santos
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Prof. Dr. Renato de Almeida
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Dissertação homologada pelo Colegiado do Curso de Mestrado Profissional em
Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social em,
conferindo o Grau de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

“As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes”.

Antônio Nery Filho

DEDICATÓRIA

“Ao Deus Trino que me deu o dom da vida, me presenteou com liberdade, me abençoou com inteligência e me deu graça e forças para lutar pelos meus ideais. A Ele toda honra, e a mim: humildemente agradecer”;

À minha mãe Clara Souza Dos Santos (*in memoriam*); a toda minha família e;

À memória da colega Olgalice que como um anjo enviado por Deus, esteve ao nosso lado sempre nos ajudando. E também como um anjo, logo se foi.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado forças e esperanças suficientes para a conclusão deste trabalho, mesmo em meio a tantas dificuldades. Nesse período, eu pude experimentar o que Paulo de Tarso disse: “(...) *quando sou fraco, é que sou forte*”.

A todos meus familiares, em especial ao meu pai Aládio Fagundes, e todos os meus irmãos (ãs), sobrinhos (as) que acreditam em mim, e que vêm me apoiando em todos os meus projetos.

Ao meu namorado Joeliton, que esteve do meu lado em todos os momentos, acolhendo minhas angústias, intercedendo a Deus em meu favor nas dificuldades encontradas nesse percurso, e indo comigo a campo quando necessário. Sem Deus e você eu não teria conseguido!

A Társis Cajado, meu querido amigo! Obrigada por ter auxiliado, me acompanhado a campo, no período da coleta de dados e, como futuro psicólogo, ter colaborado na mediação dos encontros no Grupo Terapêutico realizados no Centro Comunidade todas as semanas comigo.

A todos os meus amigos que me apoiaram, em especial, Paloma, Leide, Lígia, Isa, Ladine e Laís, que com certeza, nesse momento, comemoram comigo.

A Todos aqueles que de forma direta, ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho: Informantes-chaves, presidente do Centro Comunidade, todos os sujeitos da pesquisa que colaboraram para a construção do conhecimento e, dessa forma, para proporcionar melhorias na assistência aos usuários de substâncias psicoativas, cidadãos, muitas vezes, furtados em seus direitos.

Ao meu orientador Herbert Toledo Martins pela colaboração e por me apoiar nas dificuldades que surgiram no andamento do trabalho. Aos meus colegas do curso e a coordenação do Mestrado Profissional em Gestão de Políticas públicas e Segurança Social. A Todos (as), muito obrigada!

RESUMO

As CTs são serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, que têm como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. Pressupondo que muitas dessas instituições ainda não foram identificadas, podendo estar atuando de forma clandestina, e considerando a falta de informações sobre as mesmas na região do recôncavo baiano, é que o presente estudo buscou fazer um mapeamento de CTS que operam no município de Santo Antônio de Jesus-BA. O presente estudo teve como objetivo fazer o levantamento do número, identificação, localização e caracterização das instituições de caráter residencial transitório para dependentes químicos. Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo exploratório que contou com informações trazidas por sete sujeitos: dois informantes-chaves, uma profissional de saúde mental e quatro coordenadores das instituições identificadas no estudo. Na coleta de dados foram realizadas entrevistas orientadas por roteiros semiestruturados com questões abertas e objetivas. Foi descrito o perfil das CTs, de suas equipes e formas de atuação. Os números obtidos com a pesquisa e as principais características das instituições foram registrados em tabela. Foram mapeadas quatro entidades não governamentais, destinadas a usuários de SPA, do sexo masculino, sem fins lucrativos, mantidas principalmente por doações e localizadas na zona rural. Os resultados permitiram traçar um perfil identitário dessas instituições, permitindo uma visão panorâmica de como tem se configurado a assistência dos dependentes químicos que buscam essa modalidade de atendimento no município e buscando uma visão real e equilibrada, do papel que as mesmas, têm ocupado no contexto contemporâneo. Constatou-se desatualização de informações sobre essas instituições no município, com registros de apenas três CTs pelo CAPSad. Apesar de já atuarem no município há mais de quatro anos, todas as instituições mapeadas ainda mostraram fragilidades relacionadas aos padrões de funcionamento preconizados pela RDC nº 29. Contudo, são as únicas instituições de caráter residencial identificadas no município, que têm proporcionado acolhimento a usuários, principalmente, em situação de vulnerabilidade. A ausência de Unidades de Acolhimento, ou outros pontos na RAPS do município, que possam ofertar um ambiente seguro, alimentação, repouso e cuidados nos três turnos, faz com que apenas essas instituições supram o vazio deixado na assistência pública. Por sua vez, a fragilidades no monitoramento das CTs, permite o funcionamento fora dos padrões estabelecidos e, conseqüentemente, a oferta de serviços ainda não qualificados. Conclui-se que é preciso investir tanto na ampliação do SUS, com a implantação de pontos alternativos de serviços residenciais na RAPS, quanto no acompanhamento e orientação das instituições de caráter residencial transitório que já atuam no município, com vista à garantia de serviços qualificados e a proteção dos usuários assistidos em instituições desse gênero.

Palavras- Chave: Mapeamento; Comunidade Terapêutica; Reforma Psiquiátrica; Políticas Públicas sobre Drogas; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Therapeutic Communities (TCs) are residential treatment institutions that offer care services for people with problems caused by drugs abuse, which main therapeutic tool is the coexistence among peers. Assuming that many of these institutions have not been identified yet and they may be working clandestinely, and considering the lack of information on TCs in the region of Reconcavo Baiano, this study aimed to map the TCs that work in Santo Antonio de Jesus-BA. We also tried to number, identify, map and characterize the transitional residential institutions for drug addicts. This was a cross-sectional study of descriptive and exploratory approach, which included information collected with seven subjects: two key informants, a mental health professional and four coordinators of the institutions identified in the study. For data collection, we accomplished semi-structured interviews, with subjective and objective questions. We described the profile of the TCs, their staff and their ways of operating. The number, the main characteristics and the profile of TCs were recorded in a chart. Four non-governmental organizations were mapped. They target male psychoactive substances users and they generally are nonprofit organizations, mostly maintained by donations and located in the countryside. Research results allowed to draw an identity profile of these institutions, allowing a panoramic view of how assistance of drug addicts who seek this type of service in the city has been set and seeking a real and balanced view of the role that they have occupied in current context. We have seen outdated information on these institutions in the city, with the identification of only three TCs by the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (PCC AD). Despite the fact they have been working for over four years, all TCs identified still have weaknesses related to operating standards recommended by the LGR nº 29, which approaches the sanitary safety requirements for operating this kind of institution. However, these institutions are the only transitory residential treatment institutions identified in the county that have provided shelter to users, particularly in vulnerable situations. This lack of Psychosocial Care Centers (PCCs) in the city that can offer a safe environment, food, home and care in three shifts, are possibly the reason why only TCs can fill the void left on public assistance. In turn, the liability on monitoring TCs allows operation out of the standards and the provision of services not yet qualified. We conclude that it is needed to invest in both expanding the Unified Health Service (UHS), with the implementation of alternative points of residential services in PCCs, and the monitoring and orientation of transitory residential treatment TCs already located in the city, in order to guarantee qualified services and the protection of assisted users in this type of institutions.

Keywords: Mapping and characterization; Therapeutic Community; Psychiatric Reform; Public Policies on Drugs; Unified Health System.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ADESAJ – Assembleia de Deus Santo Antônio de Jesus

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CR – Centro de Recuperação

CTs – Comunidades Terapêuticas

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HRSAJ – Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus

LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

ONG – Organização Não Governamental

PPs – Políticas Públicas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RP – Reforma Psiquiátrica

SAJ – Santo Antônio de Jesus

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Paramentos brasileiros das praticas do modo asilar e do modo psicossocial	37
Quadro 2: Principais componentes e pontos da RAPS	41
Quadro 3: Desenvolvimentos das CTs contemporâneas	51
Quadro 4: Infraestrutura das CTs e outras instituições para usuários de SPA em regime de residência	61
Figura 1: As duas etapas da coleta de dados.....	72
Quadro 5: Instituições de caráter residencial para usuários de SPA em Santo Antônio de Jesus- BA.....	83
Tabela 1: Motivo para trabalhar na CT	87
Tabela 2: Recursos (fontes e tipos)	88
Tabela 3: Transtornos atendidos e requisitos para admissão	89
Tabela 4: Recursos humanos por equipes das instituições.....	91

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. A REALIDADE DAS DROGAS NO BRASIL	15
1.1 DROGAS MAIS CONSUMIDAS NO BRASIL.....	17
1.2 POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS.....	22
2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	27
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: DIFERENTES PERÍODOS NA ASSISTÊNCIA BRASILEIRA.....	28
2.2 IMPORTANTES MARCOS NA REESTRUTURAÇÃO DE UMA NOVA FORMA DE ASSISTÊNCIA EM SAUDE MENTAL	30
2.3 DESENVOLVIMENTO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA	34
2.4 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A ORGANIZAÇÃO DA RAPS NO SUS ...	38
2.4.1 Componentes da RAPS	40
2.4.1.1 Atenção Básica (AB)	41
2.4.1.2 Atenção Hospitalar	42
2.4.1.3 Estratégia de desinstitucionalização.....	43
2.4.1.4 Atenção Psicossocial Estratégica.....	44
2.4.1.5 Estratégia de Reabilitação Psicossocial	44
2.4.1.6 Atenção Residencial de caráter transitório	45
3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CTs)	46
3.1 ORIGENS E FUNDAMENTOS BÁSICOS DAS CTS	46
3.2 AS CTS PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL.....	52
3.3 SOBRE O MÉTODO	55
3.4 O USO DA RELIGIÃO, OUTRAS ABORDAGENS E EFICÁCIA DO MÉTODO ..	58
3.5 MARCO LEGAL QUE ORIENTA AS CTS	59
3.5.1 Organização e estrutura física	60
3.5.2 Da admissão à assistência ao usuário na entidade	61
3.5.3 Para o financiamento com recursos públicos	63

4. PERCURSO METODOLÓGICO	69
4.1 RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ESCOLHA DO OBJETO DE ESTUDO	69
4.2 A COLETA DE DADOS.....	71
4.3 ANÁLISE DE DADOS.....	75
5. RESULTADOS.....	77
5.1 SUJEITOS DA PESQUISA.....	77
5.1.1 Informantes-chaves.....	77
5.1.2 Profissional de Saúde mental e coordenadores das instituições identificadas	78
5.2 CTS OU CENTROS DE RECUPERAÇÃO? ALGUMAS CONSIDERAÇÕES....	80
5.3 INSTITUIÇÕES DE CARÁTER RESIDENCIALTRANSITÓRIO PARA USUÁRIOS DE DROGAS EM SAJ: IDENTIFICAÇÃO, MAPEAMENTO E CARACTERIZAÇÃO.....	82
5.3.1 Perfil das instituições.....	84
5.3.2 Perfil dos coordenadores das instituições identificadas	86
5.3.3 Recursos Financeiros	88
5.3.4 Assistência	88
5.3.5 Recursos Humanos.....	91
6. CONSIDERAÇÕES.....	94
REFERÊNCIAS.....	100

APÊNDICES

APENDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

APENDICE B - Questionário para mapeamento e caracterização de comunidades terapêuticas (CTS)

APENDICE C - Roteiro de entrevista com profissional de saúde mental

ANEXO - A - Lei Municipal 10.020/09

INTRODUÇÃO

O abuso de drogas é um problema social que tem causado preocupação ao poder público, às famílias e a toda sociedade. Conforme Ballani e Oliveira (2007) o abuso de drogas tem ocasionado intercorrências indesejáveis como crises familiares, atos violentos e internações, aumentando a ocupação de leitos hospitalares e contribuindo para a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, o poder público tem dispensado esforços para o enfrentamento desse problema, como o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a prevenção do uso, e, tratamento dos problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas.

O desenvolvimento dessas políticas caminhou em consonância com os princípios legados pela Reforma Psiquiátrica (RP) e dos Direitos Humanos. Dessa forma, as políticas de enfrentamento e assistência ao uso\abuso de drogas têm seguido o movimento da Reforma, com a progressiva diminuição dos leitos psiquiátricos, fechamento de manicômios e a abertura de serviços comunitários de portas abertas, inseridos no território, além da perspectiva da redução de danos sociais e a saúde.

Concomitante ao desenvolvimento das políticas sobre drogas, temos observado o aumento e aparente fortalecimento das chamadas Comunidades Terapêuticas (CTs) para o tratamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras substâncias psicoativas (SPA) (MATOS, 2010). É nessa conjuntura que movimentos antimanicomiais têm se posicionado, alegando que essas instituições vão de encontro à nova perspectiva de assistência em Saúde Mental, incluindo as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, o que implica em um retrocesso aos legados da Reforma (RENILA, 2011). Contudo, o governo incluiu essas instituições na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS, as incluindo entre o conjunto de dispositivos de cuidado e tornando-as passível de financiamento com recursos públicos. Entende-se então, que o Estado passou a considerar as ações desenvolvidas por essas instituições através das políticas públicas, visando articulação entre diversos pontos da rede de atenção aos usuários de SPA.

As CTs ficaram em maior evidência na rede de atenção ao usuário de drogas, após a realização do I Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e

outras drogas no Brasil, realizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em 2006\2007. Nesse mapeamento, constatou-se que de uma amostra de 1.256 serviços de tratamento para pessoas com dependência química, 38% do total de todos os serviços estudados e 65% dos serviços não governamentais se tratavam de CTs, com um número de 596 dessas instituições que correspondiam a 75% das internações realizadas no período da pesquisa (BRASIL, 2007). É importante considerar ainda, que esses números podem ser maiores, se considerarmos que muitas CTs não foram identificadas, e que, portanto, funcionam de forma clandestina.

Pode-se dizer que esses dados revelam a ampliação de instituições voltadas para o acolhimento e assistência de usuários\dependentes de drogas no nosso país, porém, também traz uma importante preocupação: a falha no acompanhamento e monitoramento desses serviços, que colabora para que muitas dessas instituições funcionem de forma muito precária. Nessa perspectiva, a identificação dessas instituições, é fundamental para que possam ser acompanhadas e monitoradas.

Este estudo traz uma investigação sobre o trabalho de CTs no município de Santo Antônio de Jesus- BA. Faz o mapeamento de CTS que operam no município explorado, apresenta o número, a localização e caracterização das instituições identificadas. Buscamos uma compreensão real e equilibrada do papel que essas instituições têm ocupado no contexto contemporâneo.

Dessa forma, este trabalho está organizado em seis capítulos. No primeiro o surgimento das drogas em nosso país é contextualizado, dispondo um panorama do uso dessas substâncias e comparações de números de alguns estudos, visando compreender como se configura o atual cenário de uso e abuso. Em seguida, é exposto o desenvolvimento do Movimento da Reforma Psiquiátrica com objetivo de mostrar como se processou transformações no campo da Saúde Mental, e principalmente, as formas de tratamento dispensadas aos usuários de drogas. Posteriormente, traz-se o processo de criação e desenvolvimento das CTs - primeiro no mundo e depois no Brasil - e o desenvolvimento das Políticas Públicas sobre Drogas em nosso país. Nos últimos capítulos do trabalho, encontra-se o percurso metodológico, como aconteceu o processo de coleta e análise dos dados coletados na pesquisa, e, finalmente, os resultados e considerações proporcionadas pela análise dos dados da investigação.

1. A REALIDADE DAS DROGAS NO BRASIL

O uso de substâncias psicoativas não é recente e apresentou-se de distintas formas e em diferentes sociedades ao longo da história da humanidade, estando associado à magia, religião, cultura, festas, deleites, medicina e a ciência. Em nosso país, já era comum entre os primeiros habitantes do território que seria chamado Brasil, os índios. Conforme Andrade e Espinheira (2014) quando os portugueses chegaram a nossa terra descobriram o costume indígena de produzir e beber uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada *cauim*. Essa substância era usada em rituais e festas, dentro de uma pauta cultural bem definida. Conforme os mesmos autores, os índios usavam também o tabaco, que os portugueses ainda não conheciam e, de contrapartida, estes trouxeram o vinho, a cerveja e, logo depois, aprendemos a fazer a cachaça.

Dessa forma, além das substâncias que eram consumidas pelos nativos em rituais, conforme Silva (2011), o uso de psicoativos no Brasil aconteceu também através de europeus, que ao entrar em contato com um grande número dessas substâncias, desde as Grandes Navegações, no século XVI, as inseriram em outras nações com finalidades médicas ou recreativas.

Na década de 1960, assim como nos Estados Unidos (PARSONS e GERSTEIN, 1977 apud PAIXÃO, 1999), e outras partes do mundo, no Brasil, o uso de substâncias esteve associado a movimentos contraculturais. Conforme Parsons e Gerstein, jovens fizeram da transformação da consciência, do sexo desinibido, do rock e do uso de drogas um estilo de vida. Dois desses Movimentos são trazidos por Toscano Jr. (2001 apud PUC-RIO s/d) os movimentos “*beat*” e “*hippie*”. O primeiro foi o precursor de uma transformação que, de início, mobilizou jovens americanos, depois europeus e da América Latina, propôs uma crítica radical à sociedade e enfatizava a liberdade individual, associada às várias causas sociais. No segundo, o Movimento “*hippie*”, o uso de drogas se constituiu como marca da relação com o mundo.

De modo geral, estimulava-se o uso comunitário, sendo que no nosso país, grande parte dos jovens engajados politicamente usava drogas com frequência. Gilberto Velho (1997 apud PUC-RIO s/d) ao falar do movimento *hippie*, diferencia o contexto do uso de drogas nos Movimentos de Contracultura que apresentava um *ethos* pacifista do atual consumo. Isso passou a ser motivação para o

desenvolvimento de um tráfico criminoso ligado às redes de banditismo caracterizadas pelo uso da violência.

Apesar de estar presente em diferentes momentos históricos, e em várias culturas, o uso de drogas passou a ser concebido como um problema. O moderno fenômeno do tóxico como “problema público” teve início, nos Estados Unidos, em 1950 (PAIXÃO, 1999) para a sociedade americana que passou a legislar sobre o assunto, definindo uma política proibicionista de guerra às drogas que foi estendida para o restante do mundo ocidental.

Nesse contexto do proibicionismo apareceram as noções de perda de controle sobre substâncias ou dependência de drogas, vistas como causadora de prejuízos (SAAD, 2001 apud PUC-RIO s/d). Segundo Silva (2011) a popularização do consumo de substâncias psicoativas no contexto sociocultural, desprovido de qualquer “lastro cultural”, que funcione como mecanismo de controle informal do consumo, acarretou em uma série de desdobramentos e impactos sociais como as overdoses, complicações crônicas à saúde e o desmantelamento de hábitos sociais locais tradicionalmente instituídos.

A dependência de drogas ou dependência química é definida como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos causado pelo uso de uma ou classe de substâncias psicoativas no qual o uso dessas substâncias alcança importância muito maior para o indivíduo do que outros comportamentos que, antes do uso, tinham mais valor para este mesmo indivíduo (COSTA, 2009). Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir a substância da qual está dependente. O diagnóstico de dependência química é confirmado quando, pelo menos, três dos seguintes comportamentos estão presentes:

- 1) Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- 2) Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- 3) Síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- 4) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes são requeridas para alcançar efeitos originais;

5) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de substâncias psicoativas;

6) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência química se trata de um estado psíquico e, às vezes físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância. É caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem um impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação (crise de abstinência). A tolerância (necessidade de aumentar as doses da droga para sentir prazer) pode estar presente ou não.

1.1 DROGAS MAIS CONSUMIDAS NO BRASIL

A cachaça é uma bebida forte e íntima da população. Tem baixo custo e, com pouco dinheiro, pode-se beber o suficiente para perturbar a si e aos demais que estiverem à sua volta. (ANDRADE; ESPINHEIRA, p.14, 2014).

O álcool é uma das substâncias psicoativas mais utilizadas no país e se apresenta, em suas diversas variações, enraizada na nossa cultura, seja no uso social, no dia-a-dia, ou em festas típicas (OLIVEIRA; KERR-CORRÊA, 2013). Para Andrade e Espinheira (2014) beber faz parte da nossa maneira de ser social e, muitas vezes, aparece pautada em nossa cultura de uma forma já disposta como “o licor na festa de São João, o vinho no Natal, a cerveja no carnaval e assim por diante”.

Segundo os autores supracitados, o álcool foi trazido para o Brasil pelos europeus e também descoberto em nossa terra em uma de nossas variações típicas: a cachaça. Aqui foi descoberta no processo de produção do açúcar, com o mosto (caldo em processo de fermentação) descobriram um melaço que colocavam no cocho para animais e escravos, denominado de “Cagaça” que veio a ser denominada de cachaça destilada.

O açúcar para adoçar a boca dos europeus, como disse o antropólogo Darcy Ribeiro, da amargura da escravidão; a cachaça para alterar a consciência, para calar as dores do corpo e da alma, para açoiar espíritos em festas, para atizar coragem em covardes e para aplacar traições e

ilusões. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho, sempre com diminutivos. (ANDRADE e ESPINHEIRA, 2014 p. 12).

O uso do álcool sem relação a prejuízos está presente em nossa cultura, em diferentes ocasiões como brindar ou acompanhar uma refeição. Mas conforme Oliveira e Kerr-corrêa (2013), para cerca de 30% de pessoas, o álcool pode causar dependência. Talvez por ser uma droga lícita, seu uso não é percebido de forma tão estigmatizada, contudo, é possível dizer que o uso prejudicial do álcool tem trazido danos ainda maiores, pois, além dos riscos a saúde e a vida social dos usuários, têm causado também grandes prejuízos à sociedade se considerarmos os acidentes de trânsito relacionados a bebidas e direção, gastos públicos e sobrecarga do sistema de saúde.

Mesmo com tantos prejuízos decorrentes do abuso desse tipo de psicoativo, comparações de dois Levantamentos Domiciliares sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados em 2001 e em 2005, demonstraram o aumento de pessoas, de ambos os sexos, que preenchem os critérios de dependência do álcool. O levantamento de 2001 apontou um percentual de 11,2% pessoas que preenchem os critérios para a dependência do álcool, em 2005 esse percentual passou para 12,3% registrando um aumento de 1,1%, sendo que as internações hospitalares por dependência de álcool foram responsáveis por 90% de todas as internações provocadas por uso de SPA.

Comparando os dados do primeiro e do segundo Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas (LENAD), realizados em 2006 e 2012, percebemos também o aumento da quantidade habitual de consumo de álcool em um dia regular de consumo entre a população adulta. Em 2006, o percentual de pessoas que declararam beber cinco doses ou mais de álcool foi de 29% e em 2012 essa proporção passou para 39%, crescendo tanto entre homens quanto entre as mulheres, aproximadamente em 10 pontos percentuais em relação ao estudo anterior. Houve também um crescimento significativo na frequência de consumo. Em 2006, 42% da população que faz uso de álcool declarou beber pelo menos uma vez por semana, em 2012 a proporção passou para 53%, mostrando um aumento significativo de 11 pontos percentuais. Esses dados demonstram que a população brasileira está consumindo álcool com uma maior frequência e em quantidades cada vez maiores.

Outros dados que merecem destaque desse Levantamento se referem à redução da idade de experimentação e do crescimento na precocidade do consumo regular de bebidas alcoólicas. Entre os brasileiros adultos, em 2006, 13% declararam ter experimentado bebidas alcoólicas com menos de 15 anos, em 2012 esse percentual subiu para 22%. Em 2006, 8% da população adulta declaravam ter iniciado o consumo regular de bebidas até os 15 anos, em 2012, essa proporção subiu para 14%. Esses números revelam algo preocupante: a experimentação e o uso frequente do álcool estão acontecendo cada vez mais precocemente.

A maconha é outra substância consumida amplamente em nosso país. O Levantamento Domiciliar realizado em 2001 a apontou como a droga ilícita mais usada no Brasil, e, conforme Andrade e Espinheira (2014), é também a mais utilizada no mundo. De acordo com os referidos autores essa substância foi introduzida no Brasil pelos escravos africanos e disseminada entre os índios, no início com propósitos medicinais e depois em atividades recreativas. No século XX, conforme Pernambuco-Filho e Botelho (apud ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014) houve uma distinção entre os “vícios elegantes” e os “vícios deselegantes”. O primeiro tratou-se do uso da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos pelas elites, formada em sua maioria por pessoas brancas. E o segundo, os “vícios deselegantes”, o alcoolismo e o "maconhismo", consumidas pela classe mais pobre da população, em geral, formada por negros e seus descendentes.

Apesar dessa distinção, a maconha trazida da África não demorou escravizar negros e também os brancos e ricos: “a raça opressora”, evidenciando, assim, que o consumo desse psicoativo, desde o século XX, já era comum em todas as classes sociais no Brasil. Esse consumo universal é fato incontestável diante da realidade do nosso país, contudo, continua no imaginário social "a associação 'pobre - preto - maconheiro - marginal - bandido', traduzida nas ações policiais dirigidas às pessoas atuadas pelo porte de maconha, que na periferia das grandes cidades são muito mais severas do que nas áreas mais ricas e socioeconomicamente mais favorecidas" (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014).

Entre as substâncias ilícitas, o II LENAD, realizado em 2012, apontou que os tranquilizantes e a maconha ainda continuam sendo os tipos de drogas ilícitas mais utilizadas entre os adultos com percentuais de 9,6% e 6,8%, respectivamente. Esse Levantamento apontou um índice de 37% (1,3 milhões de pessoas) de dependência da maconha no Brasil. Entre os adolescentes as substâncias mais utilizadas são a

maconha com percentual de 4,3%, seguidas dos tranquilizantes e da cocaína com percentuais de 2,5% e 2,3%, respectivamente. O uso de crack e/ou cocaína há dez anos já atingia até 04 entre 10 adolescentes em situação de rua no Brasil (GARCIA et. al., 2013).

A cocaína e seu derivado, o crack, também aparecem em destaque no cenário de uso de drogas no Brasil. Levantamentos e indicadores epidemiológicos demonstraram que, a partir dos anos de 1980, aumentaram as apreensões de cocaína e, portanto, o seu consumo. Essa substância já foi usada com fins medicinais e negociada livremente pelo laboratório Bayer, no passado. A folha da coca tem sido usada, milenarmente, pelos povos andinos para reduzir a fadiga e o cansaço das longas jornadas de trabalho, em nossa cultura, o uso de cocaína, habitualmente, é feito entre pessoas que querem se manter acordadas e atentas por mais tempo (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014 e OLIVEIRA; KERR-CORRÊA, 2013).

O crack é a substância ilícita que, nos últimos anos, tem trazido maiores preocupações no imaginário social do nosso país. Trata-se de um derivado da pasta base da coca, estabilizada com a adição de uma substância alcalina (base) como o bicarbonato de sódio, consumido geralmente como uma pedra fumada. (BERTONI; BASTOS, 2014). Não há registros precisos de quando o crack passou a circular no Brasil, mas o seu uso, relativamente recente, são datados no início dos anos de 1990, conforme os primeiros artigos publicados sobre o consumo dessa substância em 1996. (ANDRADE e ESPINHEIRA, 2014; NAPPO et. al., 1996 apud BERTONI; BASTOS, 2014).

Associada ao uso dessa substância existe a ideia de rápida dependência (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014). Contrapondo-se a isso, Martins e Rocha (2011) colocam a importância de compreendermos que “nem todo consumidor de crack é dependente, um escravo da droga”. Esses autores contestam essa concepção trazendo que, desde o final da década de 1980, quando a sociedade brasileira passou a conviver com o fenômeno do crack, essa questão vem sendo tratada com viés preconceituoso. Como prova dessa tese, os autores trazem diversas matérias com esse viés registradas pela mídia paulista entre 1990 e 2000, além de dados de pesquisas do Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas no ano de 1987, relatando que, daqueles já inicializados no crack, 80% não usou no ano anterior e mais de 90% não usou tal substância no mês precedente.

Pesquisa realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) estimou o número de usuários regulares de crack e/ou similares nas 26 capitais do país e Distrito Federal para o ano de 2012. De acordo com esse estudo, o uso regular de drogas ilícitas nos últimos seis meses, exceto o da maconha, é 2,28% o que corresponde em números absolutos a 1.035.291 (um milhão trinta e cinco mil e duzentos e noventa e uma) pessoas. O percentual de usuários regulares de crack e similares foi 0,81%, o que corresponde em números absolutos a 366.598 (trezentos e sessenta e seis mil quinhentos e noventa e oito) pessoas fazendo uso de crack e/ou similares nas capitais brasileiras.

Uma das contribuições mais relevantes da Pesquisa realizada pela FIOCRUZ foi identificar o perfil dos usuários frequentes de crack, apontando para uma grande parcela de pessoas em situação de vulnerabilidade social. O perfil traçado constituiu-se, de grande maioria, dos usuários adultos, jovens do sexo masculino, pardos e pretos, com baixa escolaridade, sinalizando procedência familiar e inserção social que os expõe às diferentes formas de marginalização e estigmas.

Outros estudos corroboram com esses achados, como o realizado em 2011, com uma amostra de conveniência de 160 jovens usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, que também identificou população de baixa escolaridade, de cor negra e com condições instáveis e/ou ausência de moradia, como usuários desse tipo de SPA. (CRUZ et. al., 2013 apud COUTINHO, 2014).

Diferentes autores observaram relação de usuários de crack com problemas sociais e de saúde mais relevantes, além de um maior envolvimento em crimes do que usuários de cocaína inalada. (FERRI; GOSSOP, 1999 e OLIVEIRA; NAPPO, 2008 apud BERTONI; BASTOS; 2014).

Estudo realizado por Martins e Rocha (2011) que tratou sobre o: “Crack, crime e violência no Recôncavo da Bahia”, na cidade de Cachoeira, revelou que as estatísticas produzidas pela polícia não permitem identificar a existência de uma relação direta entre o crack e as modalidades de crimes que ocorrem na cidade. Assim sendo, de um total de 570 ocorrências registradas no período de janeiro a outubro de 2010, somente oito (8), 1,4%, aproximadamente, estavam relacionadas à apreensão ou ao tráfico de drogas. Nesse estudo, não foi possível identificar se os autores das ocorrências são, em sua maioria, usuários de crack. Dessa forma, conforme os autores supracitados, a relação existente não permite afirmar que o crack seja a causa principal da criminalidade na cidade.

Contudo, observações realizadas em outro estudo (BOITEUX, 2011 apud GARCIA. *et. al.* 2013) mostram que nas prisões por tráfico de drogas, também foi constatado o perfil acima citado. Esse estudo mostra ainda indícios de que usuários e não apenas traficantes, podem estar sendo encarcerados, a partir de um viés racial e social dos indiciamentos e condenações.

Podemos dizer a partir desses achados que o uso prejudicial do crack no Brasil é, sobretudo, um problema social, pois essas informações convergem para confirmarmos que os problemas causados pelo uso prejudicial de crack se restringiram, principalmente, a um segmento de pessoas, em situação de vulnerabilidade e violação de direitos. Segundo Garcia (*et. al.* 2013) o foco no uso do crack e em seus efeitos acabou deixando de lado as histórias de vida das pessoas que o usam e a dimensão social de seus determinantes. Contudo, fazer esse reconhecimento, não implica em deixar em segundo plano as ações de saúde, pois elas podem colaborar para reduzir as situações de vulnerabilidade e desigualdade social, bem como ações de cunho social que fazem parte dos determinantes e dos processos de saúde.

Para Bertoni e Bastos (2014) o consumo de drogas no Brasil, e no mundo, deve ser encarado não apenas como caso de saúde pública, mas também como algo que está além da área da saúde, perpassando por outros setores como segurança pública, assistência e desenvolvimento social, de uma maneira mais ampla.

Dessa forma, as políticas públicas, voltadas para pessoas com problemas decorrentes do abuso de drogas, devem estar ancoradas num conjunto amplo tanto de evidências empíricas quanto em ações intersetoriais que abarquem todas as necessidades desse público, diminuindo as situações de vulnerabilidade além de garantir direitos. Essa deve ser a base para a (re) formulação de políticas públicas e das ações voltadas para usuários com problemas decorrentes do uso de SPA.

1.2 POLÍTICAS E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS

Durante muitos anos o uso de drogas foi tratado somente como um “caso de polícia” e de formas coercitivas. Contudo, hodiernamente, presenciamos o movimento de transformação da concepção e abordagem dos problemas relacionados ao uso de SPA no Brasil. De ações de repressão ao usuário, não o

diferenciando da figura do traficante, as políticas e a legislação brasileira passaram, gradativamente, para ações de prevenção, atenção e reinserção social. Atualmente em nosso país, convivem duas perspectivas na forma de atuar frente à problemática das drogas: medidas de prevenção e assistência ao usuário de drogas e a repressão da produção não autorizada e do tráfico de drogas ilícitas.

A partir de 1998, depois da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual o Brasil assumiu os princípios diretivos para redução da demanda e da oferta de drogas¹, o nosso país deu início a uma Política Nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta. Nesse ano, o até então Conselho de Federal de Entorpecente (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) pela medida Provisória nº 1.669 e o Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998 (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

A SENAD, secretaria executiva do CONAD, em busca de articulação entre o Governo e a sociedade, procurou mobilizar os diversos setores envolvidos com a temática das drogas para o desenvolvimento da Política de Drogas Brasileira. Dessa forma, em 26 de agosto de 2002 foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), pelo Decreto Presidencial 4.345/02. Tendo em vista a complexidade dos problemas relacionados ao uso prejudicial de substâncias e do tráfico de drogas, essa Política, desde seus primeiros anos, buscou atuar de forma articulada com outros setores. Em 2003 foi apontada a necessidade de uma nova Agenda Nacional contemplando três eixos: Integração das políticas setoriais com a PNAD, visando o alcance das ações; Descentralização das ações em nível municipal, com o objetivo da condução local, tendo em vista a realidade de cada município; Estreitamento com a sociedade e com a comunidade científica.

A Política Nacional Antidrogas - essa nomenclatura é mais do que isso, reflete o pensamento da época, daquele momento histórico e social – e marca as concepções estritamente proibicionistas, contrárias ao uso de drogas e focadas no

¹ Redução da demanda: Ações referentes à prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas que causem dependência, bem como relacionadas com o tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social de usuários e dependentes; Redução da oferta: Atividades relacionadas a repressão da produção não autorizada e do tráfico de drogas. Essas ações são promovidas com o objetivo de reduzir a oferta pela erradicação\apreensão de drogas ilícitas produzidas no país e pelo bloqueio do ingresso das drogas vindas de outros países para o consumo interno ou mercado internacional.

combate das substâncias e não nas pessoas, nem nos determinantes que propiciam o uso prejudicial de SPA.

Nesse sentido, desde os primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, questões relacionadas com o tema estiveram em pauta, evidenciando a necessidade de aprofundamento e de reavaliação dos fundamentos dessa Política.

Em 2004 a Política Nacional Antidrogas passou por um processo de realinhamento que aconteceu através de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre as Drogas. Nesse período foram realizados 06 fóruns regionais e 01 Fórum Nacional sobre os entorpecentes. Agora atualizada, na PNAD foi substituído o prefixo “anti” pelo termo “sobre” e, passou a ser chamada de Política Nacional sobre Drogas (PNAD). A Política realinhada entrou em vigor em 27 de outubro de 2005, pela Resolução nº 3/GSIPR/CONAD, embasada cientificamente, de acordo com dados epidemiológicos atualizados e de forma mais coerentes com as necessidades dos usuários (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

Em 2006 aconteceram outros avanços com a aprovação a Lei nº 11.343 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD). Essa Lei, conhecida como Lei de Drogas, surgiu da necessidade de compatibilizar as Leis 6.368/1976 e 10.409/2002, os dois instrumentos normativos anteriores a Lei de Drogas. A primeira trouxe disposições sobre a prevenção e a repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias que causam dependência e a segunda tratou sobre a prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, ao uso e ao tráfico de produtos ilícitos que causam dependência.

A nova Política e a Lei de Drogas suplantaram trinta anos de legislação desatualizada e agora os avanços científicos e as transformações sociais fazem distinção entre as figuras do usuário e do traficante que passaram a ser observados e tratados de formas diferentes e a ocupar capítulos distintos na legislação. Dessa maneira, seguindo tendência internacional, o porte de drogas para uso pessoal não mais deve ser punido com a privação da liberdade. Essa perspectiva é amplamente apoiada por especialistas que apontam que a atenção do usuário dependente de SPA deve ser abordada com a oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo e não com o encarceramento (DUARTE; DALBOSCO, 2013).

Devido aos altos índices de uso e dos problemas relacionados – principalmente os agravos à saúde e os acidentes envolvendo direção e bebida – em 2007 foi instituída pelo Decreto 6.117 uma política específica para o

enfrentamento dos problemas decorrentes do uso de álcool: a Política Nacional sobre o álcool. Essa Política procurou estabelecer princípios para elaboração de estratégias de enfrentamento coletivo, de modo Intersetorial, e buscou a integralidade das ações para a redução de danos sociais, a saúde e a vida, bem como situações de violência e criminalidade relacionadas ao consumo do álcool.

O avanço do consumo do crack no país e os problemas relacionados ao uso dessa substância, fez com que o Governo continuasse em busca da soma de esforços de diferentes setores em busca de ações concretas para a abordagem desse problema. Em 20 de maio de 2010, através do Decreto nº 7.179 foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e a outras Drogas. Esse Plano visou à abordagem do tema de forma intersetorial, desenvolvendo um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social, além do enfrentamento do tráfico em parceria com os entes federados (União, estados e municípios) e a sociedade.

Visando o fortalecimento desse Plano Integrado foi lançado o Programa “Crack, é possível vencer!”, em dezembro de 2011, propondo ações em três eixos: Prevenção, Autoridade e Cuidado. A **Prevenção** está voltada para atividades de educação, informação, e capacitação de diferentes segmentos da sociedade que, de alguma forma, possuem algum contato com a temática das drogas, como educadores, profissionais de saúde\assistência social e líderes comunitários e religiosos.

O eixo **Autoridade** está relacionado ao enfrentamento do tráfico de drogas, com ações de inteligência e intervenção em áreas de maior vulnerabilidade, com a ampliação de bases móveis e monitoramento. O **Cuidado** visa aumentar a oferta de tratamento aos usuários\dependentes e seus familiares, através da ampliação de serviços especializados como Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), Unidades de acolhimento adulto e infanto-juvenil (DUARTE; DALBOSCO, 2013) e apoio às comunidades terapêuticas. Tanto o Plano Integrado quanto o Programa “Crack, é possível vencer!” buscam ações articuladas entre Governo Federal, estados, Distrito Federal, municípios, sociedade civil e o monitoramento intensivo das ações.

Os problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas têm se revelado complexos e o Estado sozinho não tem conseguido abarcar toda demanda e complexidade que essa problemática traz. Dessa forma, as Políticas voltadas para

essa temática têm buscado atuar de forma conjunta e integrada com outros setores e organizações.

Dentre as organizações, as comunidades terapêuticas (CTs), que ainda cobrem parte significativa da demanda por atendimento, assumem um lugar significativo no cenário atual do acolhimento aos usuários/dependentes de substâncias psicoativas. Visando ampliar a oferta de acolhimento a usuários\dependentes de drogas, as CTs foram inseridas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS como Serviços de Atenção em Regime Residencial, passível de financiamento com recursos públicos. No entanto, surgiram discussões quanto as contradições desse modelo de assistência, com a Política de Saúde Mental e seu atual modelo de assistência. Para autores como Mendes e Martins (2013) isso implica em um retrocesso, principalmente, no que concerne aos legados deixados pela Reforma Psiquiátrica que redirecionou a assistência em Saúde Mental para locais abertos e inseridos na comunidade.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica é conceituada como o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e paradigma da psiquiatria (AMARANTE, 1995). Iniciada na Europa, com influência de pensadores como Foucault, Basaglia e Goffman, posteriormente, esse movimento se espalhou para outros continentes até chegar ao Brasil.

No Brasil o Movimento da Reforma surgiu de forma mais concreta no final da década de 1970 a partir da conjuntura da redemocratização do país. Fundado não somente na crítica ao sistema de saúde mental, mas, principalmente na crítica ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas no bojo de toda a movimentação política e social que caracterizou esse período (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002). Apesar de ter se configurado como um campo heterogêneo, perpassando pela clínica, política, social, cultural e jurídico, tem como diferencial o valor fundante da luta pela cidadania dos sujeitos tutelados em asilos psiquiátricos e a superação do paradigma da clínica (TENÓRIO, 2002).

A Reforma Psiquiátrica desenvolveu-se atrelada a movimentos mais amplos, como o da Reforma Sanitária² que defendeu a ampliação do conceito de saúde, mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, a saúde coletiva, a igualdade de direitos, e o protagonismo dos trabalhadores/usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (REBOLI; KRÜGER, 2013).

As mudanças propostas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica visaram à transformação das relações de poder entre as instituições, os usuários e seus familiares, na superação das formas tradicionais de contenção, tutela e segregação, permitindo a participação destes nos serviços e tratamentos, como sujeitos ativos no processo de reelaboração do sofrimento (VASCONCELOS, 2002).

² Reforma Sanitária: Movimento de crítica teórica às políticas de saúde do Estado autoritário e elaboração de propostas alternativas para a reformulação do sistema nacional de saúde.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA: DIFERENTES PERÍODOS NA ASSISTÊNCIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A assistência às pessoas portadoras de doenças mentais no Brasil foi marcada por distintos períodos. O “doente mental” passou de figuras indesejadas pela sociedade (andarilhos de ruas), à “assistência” isolada das santas casas de misericórdia, às correntes e violência dos hospitais psiquiátricos, até o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que trouxe como resultado a construção de uma rede substituta ao modelo manicomial. Atualmente, nos encontramos em um momento de luta pela manutenção de uma assistência psicossocial e comunitária, e de (re) formulação de práticas.

No período colonial, as primeiras experiências de atenção às pessoas com sofrimento mental foram prestadas pelas santas casas de misericórdia que se constituíram como a base da assistência hospitalar. Nessas casas (mantida por donativos e subvenções do Estado) encontraram-se os primeiros registros de atenção a esse público. Conforme Figueiredo (2000) a partir do século XVIII, na Santa Casa da Bahia já haviam notícias sobre acomodações para “doentes mentais”, mas o primeiro registro de internação de doente mental no Brasil aconteceu em Minas Gerais, na Santa Casa de São João Del Rey. Na primeira metade do século XIX a Santa Casa de São Paulo alugou imóvel exclusivo para cuidar de “alienados” (FIGUEIREDO, 2000). Encontram-se registros de acolhimento de pessoas com sofrimento mental também na Santa Casa do Rio de Janeiro até 1852 quando houve a instalação do Hospício de D. Pedro II.

As santas casas não tiveram modelos de assistência diferentes do restante do mundo, baseado no encarceramento e confinamento, desencadeando muitas críticas. Em 1830 médicos passaram a reivindicar os cuidados do “doente mental” o que colaborou para que, na segunda metade do século XX, as santas casas dessem lugar aos hospitais psiquiátricos públicos e privados. Conforme Figueiredo (2000), com a instalação de hospitais psiquiátricos e o advento da Psiquiatria científica, a figura do “louco” passou a ser concebida como passível de tratamento, porém também consistiu no isolamento, vigilância, controle do tempo e repressão. Mudaram-se as instituições, mas as práticas de encarceramento continuaram sob o pretexto de tratamento e com objetivos financeiros.

Em 1965, em São Paulo, notou-se o crescimento de instituições privadas para pessoas com sofrimento mental. No final de 1950, o Juqueri concentrou grande número de internos, quando se iniciou a política de redistribuição para as instituições privadas. O Governo adotou essa política, determinando a expansão da rede de hospitais psiquiátricos privados (BARROS, 1996 apud DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

No período do Golpe Militar, em 1964, a atenção ao doente mental se configurou como um negócio muito rentável com um grande número de hospitais privados conveniados com o poder público, enquanto, até 1961, se verificou apenas 17 ambulatórios (serviços extra-hospitalares) no país (RESENDE, 1987 apud DEVERA e COSTA-ROSA, 2007). Assim, as instituições voltadas para o doente mental, no final da década de 1950 (hospícios, hospitais e colônias) se caracterizaram pela superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos e más condições de hospedagem.

Foi nesse contexto de violência, confinamento e superlotação, ligado a movimentos sociais mais amplos, de transformação das condições de saúde, de redemocratização política e social no país, que o Movimento da Reforma Psiquiátrica emergiu. Este Movimento nasceu em um período de crise política, econômica e social, e esse contexto impulsionou o surgimento das primeiras reações populares organizadas. Então, deu-se início a uma série de movimentos pela reformulação da atenção em saúde no Brasil e no âmbito da Saúde Mental foi travada lutas principalmente por profissionais de saúde, contra representantes da Federação Brasileira de Hospitais psiquiátricos (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Arelada à Reforma Sanitária, e envolvendo atores como pessoas de periferias das grandes cidades, trabalhadores de Saúde Mental e familiares de usuários, a Reforma Psiquiátrica, a partir de 1970, ganhou força clamando por humanização na assistência às pessoas com sofrimento psíquico, conseguindo grandes avanços nas duas últimas décadas do séc. XX (VASCONCELOS, 2002).

Nesse sentido, a década de 1970 se caracterizou pelas denúncias contras as formas de tratamento destinadas às pessoas com sofrimento mental e os altos custos do modelo hospitalocêntrico. Na década de 1980, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) concentrou atenção na concretização das reivindicações do Movimento.

Conforme Devera e Costa-Rosa (2007) o sistema acolheu as denúncias do Movimento e elaborou novas propostas, ordens de serviços oriundos do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e do Instituto Nacional de Previdência Social. As proposições da Medicina Comunitária, e Medicina Preventiva serviram como base para as estratégias de expansão da atenção psiquiátrica à população não previdenciária. Desse modo, esse período foi marcado pela expansão e formalização do modelo sanitarista com a introdução de equipes multiprofissionais ambulatoriais de saúde mental.

Até meados dos anos 80, mesmo com exceções, o perfil do campo da Saúde Mental, de acordo com as ações do Ministério da Saúde, se configurou como modelo hospitalocêntrico assistencial privatista, centrado na figura do médico, no tratamento medicamentoso e no financiamento do Estado. A partir desse momento, ações realizadas conforme o ideário da Reforma Psiquiátrica foram percebidas com maior evidência. Para isso, aconteceu uma série de eventos e marcos que se destinaram a construir propostas, estratégias e instrumentos para a efetivação de um novo paradigma em Saúde Mental. Dentre esses eventos, destacam-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental; Encontros e Congressos de Trabalhadores de Saúde Mental; as Portarias Ministeriais; e a Lei 10.216/2001.

2.2 IMPORTANTES MARCOS NA REESTRUTURAÇÃO DE UMA NOVA FORMA DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

A construção de uma nova forma de assistência em Saúde Mental no Brasil, a partir do paradigma da Reforma Psiquiátrica, foi impulsionada por representantes da sociedade civil, familiares de usuários e trabalhadores da Saúde Mental. A construção desse novo Modelo se processou através da contribuição de diferentes atores nas conferências e encontros de saúde e se estabeleceu por meio das portarias ministeriais e da Lei 10.216/01.

Dentre os marcos importantes em Saúde Mental estão a Constituição Federal de 1988; a criação em 1989 dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos-SP; a Lei 8.080 de 1990 Lei Orgânica da Saúde; a elaboração do Projeto de Lei Paulo Delgado, que após alterações foi sancionado em abril de 2001 como a Lei 10.216; a Política Nacional de Saúde Mental; e a Conferência Internacional de

Caracas em 1990 que preconizou a desinstitucionalização em toda a América Latina.

Como a Reforma Psiquiátrica aconteceu atrelada ao Movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde - que aconteceu em 1986 - é considerada um marco importante para a Saúde Mental. Nessa Conferência, o modelo de assistência até então vigente - centrado no hospital e na institucionalização - foi criticado e defendida a reestruturação de um novo modelo de assistência para as pessoas com sofrimento mental. Destacou-se a necessidade de revisão da legislação psiquiátrica, principalmente concernente a preservação dos direitos dos usuários.

As conferências e congressos de Saúde Mental também foram marcos importantíssimos para elaboração de propostas e para a construção de novo modelo de assistência. A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que aconteceu em 1987, é considerada importante por representar o fim da trajetória sanitarista, ou seja, da busca pela transformação apenas do sistema de saúde, o início da trajetória de desconstrução no cotidiano das instituições e da sociedade, das formas arraigadas de lidar com a loucura, sendo que tudo isso marcou o início da desinstitucionalização (TENÓRIO, 2002). Esse evento, apesar das oposições, voltou-se para a reformulação teórico-técnica, ética, política, e trouxe em seu relatório propostas de: Reformulação do modelo assistencial em Saúde Mental; Reorganização dos serviços existentes no país; Definição de uma política de recursos humanos; Reformulação da legislação ordinária (REBOLI e KRÜGER, 2013).

O II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru (SP), em 1987, reuniu técnicos da Saúde Mental de diversas categorias profissionais e de diversas regiões do país que discutiram o papel político que deveriam desempenhar para a transformação da realidade assistencial na Saúde Mental. Seguiu a I CNSM e teve como lema: “Uma Sociedade sem Manicômios”. Conforme Tenório (2002) nesse evento estabeleceu-se um novo horizonte de ação centrado não apenas nas macrorreformas, mas no “ato de saúde”. As críticas passam a questionar o saber e as práticas das instituições, baseadas na perspectiva da cidadania do “louco”, e as ações voltaram-se também para o cotidiano, a cultura e a mentalidade da sociedade. O Movimento agora denominado Luta Antimanicomial passou a envolver aliados como usuários e familiares que, através do contato com

profissionais, e de suas organizações, tornaram-se críticos impulsionadores do processo (TENÓRIO, 2002). O dia 18 de maio foi instituído Dia da Luta Antimanicomial, visando trazer as discussões para toda sociedade.

A II Conferência de Saúde Mental aconteceu em 1992 e contribuiu para a consolidação da perspectiva da desinstitucionalização através da criação de redes de serviços psicossociais. Foram lançadas as portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, que possibilitou a criação de normas de ação e financiamento para os serviços substitutos de Saúde Mental (CAPS e NAPS). Dessa forma, a década de 1990 foi marcada por eventos do Movimento Antimanicomial e pela introdução de leis municipais. Esses eventos contribuíram para o processo de desinstitucionalização reduzindo os leitos psiquiátricos (27,6%), proporcionando a abertura de 200.000 leitos em hospitais gerais e a construção de 200 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (SANTOS, 2009).

O final da década de 1990 foi marcado por um recuo do Movimento Antimanicomial que foi sufocado pela política neoliberal de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Nesse governo foi possível notar a falta de vontade política para consolidar os princípios da Reforma, reduzindo o poder de mobilização dos profissionais de saúde mental (SANTOS, 2009). Conforme esse autor, com a ascensão do novo governo, houve condições políticas para continuidade e fortalecimento da Reforma, principalmente devido às mudanças administrativas do Ministério da Saúde que foi composto por egressos do Movimento Sanitarista.

Nessas condições, em 2001 ocorreu em Brasília a III Conferência de Saúde Mental que firmou o compromisso pela efetivação da Política Nacional de Saúde Mental. Essa Conferência trouxe em sua pauta a necessidade de formação de profissionais, com olhar voltado para o novo modelo de assistência, como estratégia fundamental para consolidação do mesmo. A IV Conferência aconteceu em 2010 e trouxe em suas discussões temas como intersetorialidade, políticas sociais, consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, direitos humanos, cidadania, e fortalecimento dos movimentos sociais. Essas duas últimas conferências se diferenciaram das primeiras pela extensão dos Relatórios finais e pela quantidade de propostas (REBOLI e KRÜGER, 2013).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental constituíram-se e ainda constituem como eventos de fundamental importância por proporcionar ampla participação social. Configuram-se como espaços ocupados por atores sociais como

profissionais de saúde, usuários, e familiares, para a discussão e formulação de propostas que visam o alcance e manutenção dos objetivos da Reforma.

A análise das CNSM deixa confirmada uma certeza: quando acionadas, são capazes de atualizar a diversidade das pulsações transformadoras, a partir do nível local, dando, como nenhum outro dispositivo da Reforma Psiquiátrica, voz aos principais interessados na transformação: os sujeitos do sofrimento psíquico, seus familiares e a própria população. (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007, p. 72).

A Reforma também se processou no âmbito da revisão legislativa. O projeto de lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado buscou: Impedir a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; Trazer o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não manicomiais de atendimento”; Obrigatoriedade da comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002). Esse projeto de lei encontrou dificuldades, principalmente no Senado. Finalmente, após mais de dez anos de dificuldades impostas por propostas contra sensuais, foi aprovada a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, considerada progressista pelo Movimento.

No âmbito jurídico, a Lei 10.216/01 é o marco mais importante na luta por uma sociedade sem manicômios. Ela direcionou a assistência às pessoas com sofrimento psíquico no Brasil para se alinhar com os princípios da Reforma Psiquiátrica, visando assegurar os direitos do sujeito e garantir o acesso à saúde, previsto na constituição de 1988. A assistência prevista nesta Lei deve ocorrer de acordo com as necessidades do sujeito e com o objetivo de reinseri-lo na família e na comunidade.

A Lei 10.216/01 regulamentou também os cuidados especiais aos usuários com necessidade de internação de longa permanência, postulou a internação psiquiátrica como último recurso terapêutico, e, nos casos de necessidade de internação, dirigiu para os hospitais gerais a responsabilidade de assistência a esses pacientes. Nesse caso, o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos devem ser comunicados ao usuário, o qual deve expressar seu consentimento para internação. A Lei ainda prevê a vigilância dos direitos dos usuários que deverá ser realizada pela autoridade sanitária municipal e pelo Ministério Público, principalmente nos casos de internação involuntária (BRASIL, 2001).

2.3 DESENVOLVIMENTO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA

Com o Movimento de Luta Antimanicomial as estruturas de cuidado ganharam outra abordagem. Nesse momento da história da assistência em Saúde Mental, não se busca aperfeiçoar as estruturas tradicionais numa perspectiva de humanização dos serviços, mas de inventar novos dispositivos e tecnologias de cuidado, o que exige rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Implica na substituição de uma psiquiatria, centrada no hospital, por uma sustentada em diferentes dispositivos abertos, de natureza comunitária e territorial. Para Tenório (2002) esta é a tarefa da Reforma Psiquiátrica.

Nessa perspectiva, a rede de Saúde Mental no Brasil desenvolveu-se a partir de experiências inéditas no país, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). Essas experiências revolucionaram a assistência psiquiátrica no país e serviu para construção de uma rede substituta aos hospitais psiquiátricos.

Em 1989 iniciou-se na cidade de Santos, em São Paulo, uma experiência no campo da Saúde Mental ainda não vista no Brasil, inspirada na Psiquiatria Democrática italiana, principalmente na meta da desinstitucionalização e na experiência de Trieste, que aboliu o Hospital Psiquiátrico (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007). Na experiência de Santos, os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) foram os eixos principais. Seguindo o princípio da regionalização, os NAPS foram as instituições responsáveis pelo atendimento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico nos territórios em que se localizavam.

O NAPS de Santos (SP) se estruturou na antiga Casa de Saúde Anchieta, clínica privada, financiada pelo setor público, que foi desapropriada, após constatação das denúncias de morte, superlotação, abandono e maus-tratos (TENÓRIO, 2002). Conforme Tenório o NAPS visou oferecer diferentes recursos e alternativas de cuidado, funcionou como hospital-dia, hospital-noite, aceitou frequências variadas, ou mesmo irregulares ao tratamento, desde consultas médicas e psicológicas às mais variadas atividades grupais, além de atender em regime de visita domiciliar.

Outra experiência exitosa no processo de criação de uma nova arquitetura e tipo de cuidado em saúde mental aconteceu em 12 de março de 1987, no final da primeira gestão democrática estadual em São Paulo. Foi fundada a primeira unidade

de cuidados qualificados intensivos extra-hospitalar, da rede pública, para pacientes com transtornos mentais graves e seus familiares (DEVERA e COSTA- ROSA, 2007; BARIÇÃO, 2001 apud ROSA, 2003). Tratou-se do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís da Rocha Cerqueira, um dos projetos desenvolvidos no período de questionamentos ao modelo hospitalocêntrico, até então vigente em saúde mental. Naquele contexto, buscava-se estrutura que rompesse com o modelo focado no sintoma, o paradigma da doença e com o rótulo da exclusão, tirando o foco da doença e transferindo para a saúde e o sujeito (ROSA, 2003).

Assim, o primeiro CAPS surgiu experimentando novas práticas e conhecimentos de outras experiências históricas, principalmente, da Psicoterapia Institucional francesa (GOLGBERG, 1996 apud DEVERA e COSTA-ROSA, 2007) e da Psiquiatria Democrática italiana. A divulgação desse serviço permitiu a multiplicação de uma série de outras experiências similares pelo país. Conforme Tenório (2002) o CAPS tornou-se uma espécie de exemplo irradiador de um novo modelo de assistência para a psiquiatria brasileira. Deve-se ao CAPS a denominação, pós década de 1980, das ideias e práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico como: Atenção Psicossocial. A partir dos primeiros anos da primeira década do ano 2000, o Ministério da Saúde nomeou CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao antigo modelo (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Esse serviço configurou-se como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental (DEVERA e COSTA- ROSA, 2007, ROSA, 2003), já que, conforme Tenório (2002), a experiência do ambulatório na década de 1980 não impediu as internações.

O CAPS partiu da constatação de que os usuários de saúde mental necessitam muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal, ou semanal, por isso, se constituiu como um serviço de atendimento-dia em que o usuário passa o dia na instituição e à noite volta para sua casa (TENÓRIO, 2002). Dessa forma, o CAPS demonstrou-se ser um espaço de referência e acolhimento que proporciona a integração à comunidade, diferenciando-se do isolamento dos hospitais e ao mesmo tempo não é tão pontual como o atendimento oferecido nos ambulatórios.

A experiência de criação do CAPS teve como objetivo constituir, na rede pública, a oferta de cuidados a pacientes graves, oferecendo um cuidado

personalizado aos pacientes de acordo com a complexidade de cada caso, por períodos tão longos quanto à evolução da doença, tudo isso, sem afastá-los do convívio com a família e com a comunidade (GOLDBERG, 1998 p.12 apud ROSA, 2003).

Os CAPS foram desenvolvidos com a importante função de oferecer serviços dentro de uma nova lógica, como instituições abertas e regionalizadas, formadas por equipes multidisciplinares. Assim sendo essas instituições passaram a ofertar novas modalidades de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, centrados em diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário) - e não somente nos diagnósticos psicopatológicos e na medicação - tendo como meta a reintegração social do usuário (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Dentre as experiências de desenvolvimento de novos serviços, o CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, teve e continua tendo valor estratégico para a RP brasileira. Sua consolidação foi a aposta para a estruturação de serviços alternativos, substitutos às instituições centradas no modelo médico e asilar. A experiência de criação e implantação dos CAPS permitiu a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Sua função articuladora frente aos níveis de atenção em saúde, bem como seu papel acolhedor, além do desenvolvimento de uma nova clínica produtora de autonomia, convida o usuário “à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento” (BRASIL, 2005).

A implantação do CAPS marcou a história de lutas por uma sociedade sem manicômios e pela cidadania das pessoas portadora de sofrimento psíquico, sua participação social, direitos humanos, saúde pública de qualidade, e políticas públicas que priorizem os serviços extra-hospitalares e multiprofissionais (ROSA, 2003). Por fim, a criação do CAPS propõe, para além do desenvolvimento de um serviço fora dos muros dos hospitais, aberto e humanitário, a imposição que se coloca pela necessidade de “novas formas de relação, de concepção, de práticas, e de ideias”. Trata-se da transformação de relações e concepções (ROSA, 2003).

Criar um serviço substitutivo, marcado por um rompimento em relação ao modelo dominante de tratamento, significa um empenho na transformação de muitas estruturas. Assim, juntamente com a desconstrução do lugar do doente e a construção do lugar do sujeito, temos a desconstrução do campo da doença mental pela construção do campo da saúde mental. Temos, assim, a desconstrução do lugar superior do médico, a desconstrução da hierarquia de funções na equipe e a desconstrução da própria relação

hierárquica de poder entre médico e o paciente. Temos a desconstrução da medicação como única forma de tratamento pela construção das relações, das trocas, dos grupos, do trabalho e de tudo o que se possa surgir e criar. (ROSA, 2003, p. 317).

Para os usuários de drogas, os CAPS procuraram estabelecer especialização mais nítida. Nesse sentido, os casos em que o uso de SPA mostrou-se como a condição clínica central, foram constituídos em caráter experimental, Centros específicos (DELGADO, 2001), os CAPSad. Após teste, o CAPS se mostrou eficaz para a proposta de saúde mental, e a meta imposta passou a ser acabar com a internação (SILVA, 2007).

Quadro 1: Paramentos brasileiros das práticas do modo asilar e do modo psicossocial.

Modo Asilar	Modo Psicossocial
- Ênfase no orgânico	- Ênfase na relação do usuário, suas relações subjetivas e socioculturais - Considera os fatores políticos e biopsicossociais
- Modelo Médico de doença, ênfase no tratamento medicamentoso.	- Atenção ao sofrimento psíquico com ênfase na reinserção social e regate da cidadania. - Uso de dispositivo de reinserção sociocultural (psicoterapias, socioterapias, cooperativas de trabalho).
-Base biologicista	-Bases: pressupostos da Reforma Sanitária, descentralização, participação, territorialização e integridade.
- Hegemonia médica - Estratificações de poder e saber entre os profissionais	- Poder decisório se dá através de reuniões gerais e a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas.
- Intervenções centradas só no indivíduo	- Trabalho com família e sociedade para mudanças e tratamento
- Isolamento familiar e social	- Indivíduo como pertencente a um grupo familiar e social
- Indivíduo é visto como doente e não participa do tratamento: divisão de espaços de relação entre “doentes” e “sãos”	- Indivíduo é o principal participante de seu tratamento - Diálogo, o cliente fala (interlocução)
- Hospital Psiquiátrico: estrutura fechada	- Livre trânsito de usuário e da população: o serviço é ponto de fala e de escuta
- Organogramas piramidais e verticais com fluxo do ápice para a base	- Organograma horizontal comum, fluxo subvertido.
- Equipe multiprofissional, mas cuidados fragmentados.	- Interdisciplinaridade: envolvimento de todas as dimensões da instituição e de outros setores nas práticas de atenção
- Reprodução das relações verticais do modo capitalista.	- Participação, autogestão e interdisciplinaridade; singularização, horizontalização, interlocução.

Fonte: SOUZA; KANTORSHI et. al. (2007 apud SANTOS, 2009).

Essas duas experiências de nova arquitetura de serviços em Saúde Mental buscou operar conforme a “psiquiatria dita inovada”, que conforme Tenório (2002), lançou mão do saber tradicional da clínica e introduziu novos saberes e preocupações. No vocabulário da RP isso se consagrou como “Clínica ampliada”.

Dessa forma, a principal estratégia no processo de desinstitucionalização foi o gradativo fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, em paralelo com a construção/implantação de rede substituta de serviços fundamentada na assistência psicossocial e comunitária do “doente mental”.

Para Faria e Schneider (2009) essa estratégia da Reforma obteve sucesso, pois proporcionou a oferta de serviços próximos ao território dos sujeitos, possibilitando a participação de novos agentes no processo de pensar a saúde. Essas mudanças significou uma transformação tanto do rumo político como ideológico. No Quadro 1 apresentamos uma síntese dos dois modelos de assistência ao doente mental no qual podemos visualizar as diferenças entre o modelo asilar da psiquiatria clássica e o modelo psicossocial.

O modo psicossocial, no qual o CAPS, e outros serviços da atual rede de assistência em Saúde Mental se baseiam, é resultado de décadas de debates, lutas, propostas e iniciativas legislativas que se contrapuseram ao modelo clássico da psiquiatria. Essa lógica representou uma mudança fundamental na direção das políticas de assistência as quais atuam no Brasil em conformidade a leis e políticas que, por sua vez, estão de acordo com os princípios da Reforma e o novo modelo de atenção.

2.4 POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A ORGANIZAÇÃO DA RAPS NO SUS

A Política de Saúde Mental é resultado da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, fruto de lutas de profissionais de saúde, familiares e usuários. Consequência de muitas lutas e debates oriundos desses dois Movimentos, situados no período de redemocratização no Brasil. As políticas de saúde mental proporcionaram o desenvolvimento de uma rede de serviços abertos, comunitários, democráticos, e territorializados com o objetivo de assegurar aos usuários um atendimento integral.

Nos anos de 1990 foram aprovadas leis estaduais que estavam de acordo com os princípios da Reforma e tornaram possíveis o crescente desenvolvimento de serviços psicossociais de base territorial. Em 2000, já com o financiamento e

regulação tripartite (União, estados e municípios) houve um movimento de ampliação dos serviços que vieram a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Em 2011, através do Decreto Presidencial nº 7.508 a RAPS, passou a compor o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do SUS (GARCIA et. al., 2013).

A Lei Federal 10.216, sancionada em 2001, confirmou esse movimento e se tornou um marco importante na história da Saúde Mental no Brasil por estabelecer os princípios da RP como política pública. Essa Lei dispôs sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, incluindo os indivíduos com problemas decorrentes do uso de SPA e redirecionou o modelo de assistência em saúde. Os serviços, desde então, passaram ter o dever de atuar no sentido de promover a cidadania dos usuários, considerar o território e as redes sociais dos sujeitos.

Os conceitos de **território** e de **rede social** são muito importantes para a concretização dessa nova perspectiva no modelo de assistência em Saúde Mental. Conforme Garcia (et. al., 2013):

(...) não trata apenas de uma área geográfica. Um serviço da base territorial é um serviço de portas abertas (qualquer um pode acessar, entrar e sair) que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato (a igreja, terreiro, escola, política, etc.). Os lugares que frequenta (unidades de saúde, lojas, etc.) e como consequência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais. Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que chamamos de rede social. (GARCIA, et. al., 2013, p. 25).

Tenório (2002) traz a noção de territórios subjetivos. Para o autor, o território demarca a regionalização da assistência, mas é muito mais do que isso é o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenharam a moldura do cotidiano do sujeito, do seu projeto de vida e da sua inserção no mundo.

Optou-se pela assistência territorializada, por duas razões fundamentais. Primeiramente, por entender que os cuidados em saúde são mais eficazes, mais fortes quando estão inseridos nos territórios e que, o apoio da rede social, colabora para minimizar o sofrimento. Além do mais, a aproximação das ações de saúde mental nos territórios em que o paciente vive contribui para que a comunidade se prepare para incluir a diversidade que a “loucura” e o uso de SPA trazem.

Essa evolução na assistência no Brasil segue o consenso internacional ao incluir o usuário dependente de SPA nos cuidados em Saúde Mental, pois eles também foram vítimas do antigo modelo de assistência.

Nesse sentido, o Escritório das Nações Unidas sobre o crime e as drogas (UNODC) decidiu pelo cuidado de saúde, coesão social e não à continuidade de medidas repressivas de restrição da liberdade do sistema penal ou no tratamento fechado e involuntário (GARCIA et.al., 2013). Dessa forma, o tratamento dos usuários/dependentes de drogas previsto pela Política de Saúde Mental deve acontecer na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS e de forma articulada com outras políticas e setores, visando o atendimento integral.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental - com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do SUS - foi regulamentada pela Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011 e trouxe as seguintes diretrizes: Os direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Ênfase nos serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social de usuários e seus familiares; Organização dos serviços em rede regionalizada com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

2.4.1 Componentes da RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial foi estabelecida de acordo com as orientações da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional de Saúde Mental instituída pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011. A Portaria nº 3.088/11, que regulamenta a RAPS, descreve os seus componentes e ações. Essa rede está constituída de dispositivos de: Cuidados de atenção psicossocial; Atendimento imediato e breve nos casos de urgência médicas ou situações de crise; e Acolhimento residencial de caráter transitório para situações de vulnerabilidade sociais ou casos em que os usuários necessitem se afastar temporariamente de seus contextos.

Para que possamos entender melhor como está disposto o tratamento do usuário/dependente de drogas, o Quadro 2 (Principais componentes e pontos da RAPS), mostra como estão dispostos os componentes da RAPS (GARCIA et.al., 2013; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

2.4.1.1 Atenção Básica (AB)

A Atenção Básica constitui-se como a base ordenadora do SUS. Presente de forma capilarizada nos municípios, atende população de territórios definidos com, aproximadamente, três a quatro mil pessoas, pelas quais, assume a responsabilidade sanitária tendo em vista as singularidades do território.

Quadro 2: Principais componentes e pontos da RAPS.

Componentes	Pontos de atendimento	
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde	
	Equipes de Atenção Básica para populações específicas.	- Equipe de Saúde da Família; - Equipe Consultório na rua; - Equipe de apoio serviços de Atenção Residencial Transitório.
	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); - Centros de Convivência;	
Atenção Psicossocial Especializada	Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	CAPS I; CAPS II, CAPS III, CAPSI; CAPSad; CAPSad III.
Atenção de Urgência e Emergência	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); - Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; - Portas hospitalares; - CAPS 24 horas.	
Atenção Hospitalar	- Enfermarias especializadas; - Hospitais de Referência.	
Estratégia de desinstitucionalização	- Residências Terapêuticas; - Programa de volta para casa.	
Reabilitação Psicossocial	- Reabilitação Psicossocial	

Fonte: Baseado na Portaria 3088/11

- ✓ **Estratégia Saúde da Família (ESF):** Estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo abrangendo promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento entre outros. Ações de promoção da saúde mental, prevenção, cuidados, redução de danos, destinado às pessoas transtornos mentais - incluindo usuários/dependentes de drogas - além de ações com familiares, podem ser realizadas e compartilhadas nos pontos da rede.

- ✓ **Núcleo de apoio à saúde da família (NASF):** Equipamento da RAPS composto por profissionais de diferentes especialidades. Atua em conjunto com a Equipe de Saúde Família compartilhando as práticas de saúde e o território. Oferece atendimento interdisciplinar, apoio matricial (apoio especializado) a Equipe de Saúde da Família que inclui discussões de casos, realização de projeto terapêutico, orientações, atendimentos conjuntos, que podem ser casos de pessoas com problemas relacionados ao uso de SPA. A equipe do NASF pode atuar, em conjunto com a AB, desenvolvendo ações de Saúde Mental como grupos terapêuticos, intervenções familiares, visitas domiciliares, desenvolvimento de projetos terapêuticos construídos junto com usuários e famílias.
- ✓ **Consultório na Rua:** Equipes multiprofissionais que atuam em diferentes situações e problemas junto a populações em situação de rua. Atua de forma itinerante, *in loco*, desenvolvendo ações de cuidado à saúde e considerando diferentes necessidades. Busca prestar atenção integral à saúde, junto a usuários/dependentes de SPA, através da estratégia de Redução de Danos, compartilhar ações de forma integrada com outros pontos da Rede.
- ✓ **Centro de Convivência:** Ponto da RAPS aberto a toda população que atua na promoção à saúde, visando os processos de reabilitação psicossocial a partir do resgate e da criação de espaços de convívio solidário. Trabalha na perspectiva da inclusão social de pessoas com transtornos mentais, desenvolvendo ações que ultrapassam o campo da área de saúde, fomentando a sociabilidade, intervenção na cidade, ações culturais e agregando diferentes pessoas a partir de interesses comuns.

2.4.1.2 Atenção Hospitalar

- ✓ **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):** Destinado ao atendimento móvel no território, incluindo os casos de urgências em saúde mental. A partir do acionamento telefônico através do número 192, atende

e\ou agenda atendimento mediato ou imediato, viabilizando o acesso a outros pontos da Rede como hospitais, CAPS, UBS, entre outros.

- ✓ **Unidade de Pronto Atendimento (UPA):** Destinada às demandas de urgência e emergência em saúde, incluindo as de saúde mental, como os casos de problemas relacionados ao uso de drogas. Faz classificação de risco e intervenções imediatas, minimizando agravos e favorecendo o manejo dos casos. Articula-se com outros pontos da RAPS para garantir a continuidade dos cuidados conforme necessidade de cada caso.
- ✓ **Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral:** Leitos habilitados para oferecer internação hospitalar de saúde mental em Hospital Geral. O acesso a esses leitos deve ser regulado respeitando critérios clínicos e arranjos da gestão local (central regulatória ou por intermédio do CAPS de referência). Esse ponto da RAPS está destinado à internação de curto ou curtíssimo prazo para o reestabelecimento das condições clínicas do paciente, investigação de comorbidades e em casos em que a situação clínica do paciente requer a utilização de tecnologia hospitalar. Esse serviço articula-se com demais pontos da Rede, visando a continuidade dos cuidados.

2.4.1.3 Estratégia de desinstitucionalização

- ✓ **Serviço Residencial Terapêutico:** Muitas vezes confundido com as comunidades terapêuticas pela similaridade da denominação. Na verdade, se tratam de moradias inseridas na comunidade, destinadas a pessoas egressas de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia psiquiátricos. Visa à inclusão social, promoção da autonomia e o exercício da cidadania. O acesso a essas residências está vinculado ao fechamento de leitos em instituições asilares, como os manicômios. Dessa forma, acolhe um grupo de pessoas egressas de longas internações, em ambiente residencial, proporcionando o apoio de profissionais especializados e de outros pontos da Rede. Favorece a gestão dos cuidados e projetos de vida.

- ✓ **Programa de Volta para casa:** Programa de inclusão social instituído pela Lei nº 10.708/2003, que visa contribuir no processo de desinstitucionalização. Além do mais, provê auxílio reabilitação, de caráter indenizatório, destinado às pessoas com transtornos mentais egressas de instituições de longa permanência por mais de dois anos.

2.4.1.4 Atenção Psicossocial Estratégica

- ✓ **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** Os CAPS são instituições de referência em saúde mental, formada por equipes multiprofissionais que atuam de forma interdisciplinar. Realiza acompanhamentos longitudinais, com prioridade para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo pessoas com problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas. Atende de forma territorial em suas diferentes modalidades: CAPS I; CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. O CAPSad III presta atendimento 24 horas e realiza acolhimentos noturnos de 8 a 12 pessoas. A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno do CAPSad III fica limitada a catorze (14) dias, no período de trinta (30) dias. Caso seja necessária permanência do usuário no acolhimento noturno por período superior a 14 (catorze) dias, o paciente será encaminhado a uma Unidade de Acolhimento. A implantação dessas diferentes modalidades de CAPS está condicionada a critérios baseados nas características de cada município.

2.4.1.5 Estratégia de Reabilitação Psicossocial

Constitui-se de ações, intersetoriais voltadas para reabilitação psicossocial através da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho, destinadas a pessoas com transtornos mentais e/ou problemas relacionados ao uso de SPA. São iniciativas que geram trabalho e renda e que inclui empreendimentos solidários, cooperativas sociais, entre outros. Essa estratégia atua para a inclusão de pessoas que não acessam facilmente espaços formais de qualificação, trabalho e habitação.

2.4.1.6 Atenção Residencial de caráter transitório

- ✓ **Unidades de acolhimento:** Ponto de atenção na Rede destinada às pessoas que fazem uso de drogas, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade social ou com vínculos familiares fragilizados e que necessitem, temporariamente, de apoio para moradia. Oferece cuidados contínuos de saúde em ambiente residencial para pessoas que demandem de acompanhamento terapêutico protetivo transitório, em um período de até seis meses. Tem funcionamento durante 24 horas, é referenciado pelo CAPS e se apresenta nas modalidades: Adulto e Infante-juvenil (entre doze e dezoito anos completos). Atua de forma articulada com os demais pontos da Rede, colaborando para a operacionalização de Projeto Terapêutico Singular (PTS),³ apoiando o tratamento no CAPS e\ou outras instituições, além de buscar sustentação de moradia, trabalho, geração de renda, resgate\reconstrução de vínculos comunitários e sociais.

- ✓ **Serviços de Atenção em Regime Residencial - Comunidades Terapêuticas (CTs):** Serviço de caráter residencial transitório, destinado a oferecer cuidados contínuos para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso SPA. Provê cuidados às pessoas que requeiram afastamento temporário de seus contextos de no máximo nove meses. Recebe demandas referenciais do CAPS e atua de forma articulada com outros pontos da Rede, buscando o desempenho de Projetos Terapêuticos Singulares além de colaborar com a construção de novas perspectivas para os usuários e suas famílias.

³ Projeto Terapêutico Singular: O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CTs)

As comunidades terapêuticas (CTs) são definidas por Costa (2009) como instituições não governamentais de atendimento a pessoas com dependência química em ambiente não hospitalar com orientação técnica, profissional e que tem como o principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. O termo comunidade terapêutica surgiu para nomear um processo de reformas e transformações da dinâmica asilar dos hospitais psiquiátricos. Um processo marcado pela adoção de medidas administrativas, democráticas e participativas. Essa expressão, posteriormente, passou também a denominar instituições residenciais voltadas para o atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

O termo comunidade terapêutica voltada para dependentes químicos tornou-se oficial no Brasil a partir da Resolução 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 30 de maio de 2001. Essa terminologia é usada no título dessa Resolução que estabeleceu normas para o funcionamento de serviços públicos e privados, voltados para o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de drogas. Em seu artigo 1º define comunidade terapêutica como: “serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial” (ANVISA, 2001). Essa Resolução reconheceu a existência destas instituições, estabeleceu regras para o licenciamento sanitário e, visando garantir o caráter terapêutico de suas ações, estabeleceu o modelo psicossocial para o seu funcionamento (COSTA, 2009).

3.1 ORIGENS E FUNDAMENTOS BÁSICOS DAS CTS

As comunidades terapêuticas (CTs) foram criadas, primeiramente, no contexto de pacientes psiquiátricos em seguida observou-se uma experiência de comunidade para dependentes químicos que, posteriormente, também foi denominada de comunidade terapêutica. Esse segundo modelo se consolidou como tratamento alternativo para usuários de substâncias psicoativas no Brasil e em várias partes do mundo. Dessa forma, as experiências de criação e desenvolvimento de comunidades terapêuticas se perpetraram basicamente a partir de dois campos: o psiquiátrico e o religioso.

No campo psiquiátrico, as CTs foram desenvolvidas a partir da experiência de democratização dentro de hospitais para pessoas com distúrbios mentais. Conforme Fracasso (2013) o termo comunidade terapêutica foi usado pela primeira vez pelo psiquiatra escocês Maxwell Jones. Mas, para Amarante (1995), já em 1946, essa terminologia foi utilizada por T.H. Main que denominou comunidade terapêutica: todo o trabalho que vinha desenvolvendo juntamente com Bion e Reichman no hospital Monthfield. Somente em 1959, na Inglaterra, Jones consagrou esse termo inspirado nas experiências de Simom, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman.

Nessa perspectiva, a primeira experiência precursora das CTs psiquiátricas foi a “Terapêutica ativa”, ou terapia ocupacional, proposta de Hermann Simon na década de 1920. Essa proposta surgiu da necessidade de mão de obra – consequência da Guerra – para a construção de um hospital. Simom lançou mão de pacientes com doenças crônicas e percebeu resultados positivos. Para Birman (1992 apud AMARANTE; 1995) através do trabalho se estabeleceria o sujeito mediado pela “sociabilidade da produção”.

Por outro lado, as experiências de Sullivan, que marcaram o surgimento das CTs, se tratavam de benefícios introduzidos no próprio espaço asilar e na dinâmica institucional. Ele, em serviço para pacientes psicóticos, passou a focar a integração do paciente em sistemas grupais e no inter-relacionamento entre grupos (BIRMAN; COSTA, 1994 apud AMARANTE, 1995). Menninger também trouxe experiências com grupos, porém pequenos, nos quais eram debatidos problemas e soluções com o objetivo de trabalhar a ressocialização (BIRMAN; COSTA, 1994 apud AMARANTE, 1995).

Para Rotelli (1994 apud AMARANTE, 1995) a proposta da CT psiquiátrica foi importante para trazer alterações no contexto do hospital, contudo as mudanças se limitaram ao espaço asilar, dando continuidade ao problema da exclusão que continuou fundamentada na existência dos hospitais Psiquiátricos.

Conforme Amarante (1995) pode-se dizer que Maxwell Jones foi o responsável pela consolidação das CTs tanto o método quanto a nomenclatura. Ele se tornou o mais importante autor e operador das CTs, visto que trabalhou de 1945 a 1969, no período da Segunda Guerra Mundial, nos hospitais psiquiátricos Maudsley em Londres, também nos hospitais de Henderson na Inglaterra e em Dingleton na Escócia. Preocupado com a ineficácia da psiquiatria tradicional junto aos pacientes, reuniu diversos profissionais no que chamou de “reunião mundial”,

para tratar de como falar diretamente com seus pacientes e desmitificar a ideia de que o profissional é uma figura autoritária. Jones baseou-se na ideia de autoajuda, de ajuda mútua e no pressuposto de que todos deveriam atuar juntos para se ajudar e ajudar os demais. Ele buscou não usar o modelo clássico da psiquiatria, eliminou ao máximo possível o uso de fármacos, baseou seu tratamento em psicoterapia individual e de grupo, visando envolver seus pacientes nas atividades propostas (FRACASSO, 2002; FRACASSO, 2013).

Fracasso (2013) considera que a primeira CT psiquiátrica foi criada na Inglaterra em meados da década de 1940, em uma unidade de reabilitação social do hospital Belmont (mais tarde chamado Henderson). Tratou-se de uma instituição com 100 leitos destinados às pessoas com problemas psiquiátricos que apresentavam distúrbios de personalidades duradouros (DE LEON, 2003).

Dentre as características da CT psiquiátrica, elencadas por Maxwell Jones e seus colaboradores encontram-se: 1) Consideração da organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico; 2) A organização social como instrumento útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento; 3) Democratização como elemento nuclear: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição; 4) Relacionamentos potencialmente terapêuticos; 5) Atmosfera qualitativa do ambiente social terapêutica, no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância, com respeito a comportamentos tais como brigas, disputas, rivalidade, entre outros; 6) Atribuição de um alto valor à comunicação; 7) Grupo orientado para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade; 8) Utilização de técnicas educativas e estímulos para propósitos construtivos; 9) Autoridade difundida entre os funcionários, responsáveis e os pacientes (DE LEON, 2003; FRACASSO, 2013).

Para Fracasso esse pressuposto de natureza terapêutica do ambiente total das CTs de Maxwell Jones é precursor do conceito de comunidade como método de tratamento de substâncias psicoativas. Esse modelo, fundamentado como uma abordagem de mútua ajuda, vem mantendo essa característica essencial e se diversificando combinado com outros modelos psicossociais.

No campo religioso, uma sucessão de eventos convergiu para a criação do que hoje chamamos de comunidades terapêuticas para usuários de substâncias psicoativas. Na década de 1920, o líder espiritual luterano Frank Buchman fundou a

First Century Christian Fellowship - instituição que buscava o retorno aos valores cristãos. Esse movimento se preocupou com os transtornos mentais e o alcoolismo, entendidos como sinais de “destruição espiritual”. O movimento da First Century Christian Fellowship se orientou pela ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e valores religiosos como honestidade, pureza, altruísmo, amor, reparação e trabalho mútuo (DE LEON, 2003; FRACASSO, 2013).

Outro evento relevante na história das CTs para usuários de drogas foi a fundação de uma instituição religiosa que ficou conhecida como grupo de Oxford, em 1960. Inicialmente chamado de Associação Cristã do I Século, em 1900 passou a ser chamada de Moral Rearmement. Esse movimento tratou-se de uma crítica à Igreja da Inglaterra e objetivou o renascimento espiritual. Este grupo, ao buscar um estilo de vida fiel aos ideais cristãos, se encontrava várias vezes na semana para ler a Bíblia e se empenhar reciprocamente para serem honestos. Cerca de 15 anos depois percebeu-se que parte significativa de seus frequentadores eram alcoólatras em recuperação.

Participantes desse grupo passaram a se reunir nos Estados Unidos para compartilhar seus esforços para não mais fazer uso de álcool. Dessa forma, surgiu o grupo Alcoólicos Anônimos (AA) que é atualmente o maior grupo de autoajuda do mundo. Fundado em Akron, Ohio, pelo cirurgião Bob e o Corretor da New York Bill em 1935, esse grupo se baseou no afeto, acolhimento e disponibilidade aos seus membros (DE LEON, 2003; FRACASSO, 2002).

Em 18 de setembro de 1958 Chuck Dederich, dependente de álcool em recuperação e um grupo de pessoas alcoolistas passaram a viver juntos visando à abstinência e um estilo de vida alternativo. Esse grupo logo acolheu jovens usuários de outras substâncias. Dessa maneira, de acordo com as informações trazidas por Fracasso (2002) e De Leon,(2003), pode-se dizer que a primeira CT voltada para o atendimento de usuários de drogas foi a Synanon, fundada em Santa Mônica, na Califórnia – Estados Unidos. Esta CT adotou um sistema de relacionamento direcionado por uma atmosfera quase carismática que se tornou terapêutica para o grupo.

Assim, conforme os referidos autores, Charles Dederich uniu sua experiência do grupo Alcoólicos Anônimos (AA) a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas para desenvolver seu programa e fundar a Synanon em 1959. Dessa maneira, a CT Synanon se desenvolveu com elementos morais e espirituais do

grupo de Oxford e outros elementos da época como o existencialismo e a psicanálise. O objetivo foi basicamente manter a sobriedade dos usuários e mudar o estilo de vida deles. Esse serviço residencial, desde o início, buscou oferecer um ambiente livre dos elementos sociais, circunstanciais e interpessoais que funcionavam como influenciadores, sendo assim classificados como fatores de risco para o uso de SPA.

Desde então, iniciativas como essa se multiplicaram, conservando os princípios e conceitos básicos. Outras CTs foram criadas, aperfeiçoando o modelo da Synanom, como exemplo temos a Daytop Village, fundada em 1963 pelo Monsenhor William O'Brien e David Deitch que desenvolveram programas mais articulados de atenção psicossocial. Essas iniciativas cresceram na América do Norte e se desenvolveram também na Europa com experiências na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha. Em 1979 chegou à Itália, onde foi fundada a Escola de Formação para Educadores de CTs. A fundação dessa instituição representou um importante avanço no desenvolvimento das CTs, pois os recursos humanos saídos dessa escola deram um novo impulso à criação de CTs na América Latina, Espanha, Ásia e África (FRACASSO, 2002; FRACASSO, 2013).

Os pioneiros em desenvolver formas de tratamento em CTs para usuários de drogas foram dependentes químicos em recuperação, mas com o tempo outros profissionais foram se integrando aos programas e com o conhecimento de suas áreas de atuação participaram da evolução desse processo de ampliação das CTs para dependentes químicos. Com isso, as CTs também sofreram influências de outras áreas (educação, medicina, direito, religião, ciências sociais) que foram combinadas com outros modelos psicossociais, como a prevenção da recaída, técnicas motivacionais, além de inúmeros serviços adicionais relacionados à família, à educação, trabalho, à saúde física e mental (DE LEON, 2003; FRACASSO, 2013).

O que se nota de comum entre a CT psiquiátrica e a CT - para usuários de substâncias psicoativas, inspirada no Grupo de Oxford - são as perspectivas da autoajuda, de ajuda mútua e da utilização da influência de grupos. As CTs que se desenvolveram após a Synanom conservaram elementos do seu protótipo, mas sofreram alterações (FRACASSO, 2013).

Atualmente, com a proliferação dessas instituições há uma diversidade muito grande nos programas das CTs no que concerne à linguagem, serviços prestados e

temas abordados. Conforme informações trazidas por De Leon é possível visualizar no Quadro 3 os principais desenvolvimentos das CTs contemporâneas.

Quadro 3: Desenvolvimentos das CTs contemporâneas.

Desenvolvimentos das CTs contemporâneas
<ul style="list-style-type: none"> • Duração de permanência planejada e orientada por um plano e um protocolo de tratamento; • Retirada da ênfase em líderes carismáticos e aumento da importância da liderança pelos pares, funcionários e decisões tomadas por várias pessoas; • Inclusão de uma crescente proporção de funcionários recuperados em funções clínicas e administrativas primárias, advindos de variados campos disciplinares; • Desenvolvimento de serviços de atendimento pós-tratamento para quem termina a fase residencial; • Reintegração dos princípios e tradições dos Dozes passos da irmandade de Alcoólicos Anônimos (A.A.) no protocolo de tratamento; • Gradual aproximação entre modelos e métodos da CT psiquiátrica e CT de tratamento da dependência de substâncias psicoativas; • Adaptação da CT a populações e ambientes especiais, como instalações de saúde mental e instituições para autores de atos infracionais dependentes de substâncias psicoativas; • Desenvolvimento de uma base de conhecimentos de pesquisa e de avaliação por equipes de pesquisa independentes e baseadas em programas específicos; • Codificação de requisitos de competência para a formação e certificação de funcionários e para o credenciamento de programas; • Desenvolvimento de organizações de CTs nos níveis regional, nacional e internacional; • Promulgação e disseminação mundiais das CTs de tratamento da dependência de substâncias psicoativas por meio da formação, desenvolvimento de programas, assistência técnica e pesquisa.

Fonte: Baseado em DE LEON, 2003.

Como vimos, houve duas experiências de desenvolvimento de CTs: CT psiquiátrica consolidada por Jones e a CT voltada para dependentes químicos de cunho religioso. A CT psiquiátrica, desenvolvida dentro do hospital e destinada a pacientes com transtornos mentais, buscou minimizar os agravos causados pela dinâmica institucional asilar, focando sua metodologia nos grupos e na participação democrática dos doentes e funcionários, tecendo uma relação horizontal. A CT voltada para o atendimento de dependentes químicos, desenvolvida a partir de experiências de renascimento espiritual de grupos, como o de Oxford, são baseadas nos conceitos de autoajuda, da ajuda mútua e na religiosidade. Nesse estudo,

voltamos nossa atenção para o segundo modelo: as CTs para dependentes químicos as quais se enquadra melhor no foco de estudo da nossa pesquisa.

3.2 AS CTS PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL

As comunidades terapêuticas (CTs) para usuários de drogas surgiram no Brasil a partir da década de 1960 quando ainda inexistiam políticas públicas voltadas para a assistência de pessoas com problemas decorrentes do abuso de substâncias, pois essa questão, durante muito tempo, foi tratada como “caso de polícia”. As ações do setor público então estiveram voltadas apenas para a repressão ao usuário, havendo como possibilidade de tratamento unicamente os hospitais psiquiátricos.

De acordo com Costa (2009) grande parte das CTs surgiu ligada a confissões religiosas, principalmente, católicas ou evangélicas. Multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público sem, portanto, haver alternativas de atendimento às pessoas que buscavam tratamento para a dependência química.

Dessa forma, por tempo significativo, houve um vazio marcado pela ausência de políticas públicas de assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, pois, por um longo período, essa questão foi tratada unicamente com medidas de repressão. Até a década de 1960, quando as CTs começaram a surgir no Brasil, não havia serviços públicos específicos para o atendimento de pessoas com problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas.

Nesse contexto, as pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas e suas famílias tinham como opção a internação em manicômios junto com os pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, sem nenhum tipo de diferenciação no tratamento.

A alternativa existente nesse período foram as clínicas particulares voltadas para esse público, mas os altos custos decorrentes do tratamento nessas instituições não permitiam o acesso delas pelas classes subalternas, deixando excluída grande parte da população. Esse vácuo de oferta de serviços de tratamento, deixado pelo setor público foi aos poucos sendo preenchido por diferentes confissões religiosas, movidas pela perspectiva de evangelismo e pela necessidade de fornecer resposta aos pedidos de ajuda que chegavam às suas

portas, em proporções cada vez maiores. Nesse sentido, as CTs cresceram baseadas no serviço voluntário, na prática assistencialista e no ensino religioso.

Diante do panorama apresentado, nota-se que os principais motivos apontados para a implantação e crescimento das CTs no Brasil foram: A inexistência de programas e políticas públicas voltadas à assistência ao usuário de drogas; A necessidade de resposta aos pedidos de ajuda de usuários e das famílias e; A inclinação moral da sociedade brasileira (COSTA, 2009; MATOS, 2010).

Matos (2010) apoia a ideia de que a proliferação das CTs se deveu a pouca atenção dos gestores públicos para os problemas decorrentes do uso de drogas e também traz uma forte inclinação moral da sociedade, reconhecendo os usuários de drogas como pessoas que necessitam de uma rotina reguladora que os afaste de seus desvios morais. Para o autor, as CTs no Brasil, por algum tempo, foi a principal forma de tratamento para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas e, ainda, continuam cobrindo grande parte da demanda da qual o Estado ainda não dá conta.

No Brasil, nos anos de 1970, devido a sua flexibilidade, as CTs se multiplicaram sem regulamentação e com um funcionamento precário. Para Fracasso (2002), com a expansão do consumo de drogas, houve também o crescimento do número das CTs. Surgiu então a preocupação com a qualidade do tratamento e a falta de adequação dessas instituições para abrigar os usuários. Essa multiplicação do número de CTs e os questionamentos relacionados à qualidade dos serviços prestados, trouxeram a necessidade do estabelecimento de padrão básico de funcionamento que garantissem a segurança e a qualidade no tratamento às pessoas com dependência química.

Em maio de 2001 a Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 101/01 foi adotada pela ANVISA como Regulamento Técnico para o Funcionamento das CTs, serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Entretanto, atualmente, a preocupação com o funcionamento precário dessas instituições ainda é vigente, pois, muitas delas, podem estar funcionando de forma clandestina e atuando fora das normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Ainda no ano de 2001, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) trouxe um movimento com a participação popular e do governo com o propósito de realinhar a política nacional, pois até então esteve fundamentada

basicamente na repressão das drogas através da força policial. A partir desse movimento de realinhamento sugeriram outras resoluções dentre elas se destaca a resolução 03/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005, por inserir as CTs como parte das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional. Nessa Resolução as CTs passaram a compor formalmente a Política, no item 2.2.1, sobre Diretrizes - Tratamento, Recuperação e Reinserção Social, da Política Nacional sobre Drogas.

Houve e ainda há muitas discussões sobre a eficácia terapêutica e a importância das CTs no âmbito de estratégias para tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Em 2011 representantes do governo e das CTs como a Federação Evangélica do Brasil (FETEB), Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste, participaram de diversas reuniões para discutir questões relacionadas a problemáticas da CTs. Entre os objetivos dessas reuniões destaca-se o desenvolvimento de medidas para orientação das CTs a fim de que elas ofereçam um atendimento mais qualificado. Essas reuniões resultaram na substituição da RDC 101/01 até então em vigência pela atual Resolução RDC 29/11.

A RDC 29/11 dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso, ou dependência de drogas, em regime de residência. Nesta Resolução ficam estabelecidos requisitos para o funcionamento das CTs e é expresso formalmente que nesta modalidade de tratamento a convivência entre os pares é o principal instrumento terapêutico.

Instituições como a FETEB, a FEBRACT e a Cruz Azul do Brasil, nas quais participam representantes de diferentes CTs, aparecem como evidências do movimento interno de reordenamento e reestruturação física, administrativa e técnica das CTs. A partir desse redimensionamento, as CTs passaram a integrar a rede socioassistencial de atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade social por uso de drogas ou dependência química, conforme previsto na Política Nacional de Assistência Social e passaram também a integrar a rede de atenção à saúde mental como espaço alternativo de atendimento psicossocial (COSTA, 2009).

3.3 SOBRE O MÉTODO

O método das CTs psiquiátricas foi desenvolvido a partir das influências da “Terapêutica ativa” ou terapia ocupacional de Hermann Simon, dos trabalhos focados em grupos de Sullivan e Menninger e posteriormente consolidado por Maxwell Jones desde suas primeiras experiências nos hospitais psiquiátricos. As primeiras influências das CTs para dependentes químicos foram os princípios dos grupos de autoajuda, ajuda mútua e da espiritualidade, principalmente do Grupo de Oxford. Para De Leon (2003) não existem estudos com evidências claras sobre a CT psiquiátrica ter influenciado o nascimento das CTs para dependentes químicos, contudo, este traz a gradual aproximação entre modelos e métodos da CT psiquiátrica e da CT para dependentes de substâncias.

De acordo com De Leon, a natureza terapêutica do ambiente total, motivação geral da CT psiquiátrica de Jones, é precursora do conceito de comunidade como método da CT para dependentes de substâncias. Além desses conceitos fundamentais, outros aspectos da CT psiquiátrica parecem ter influenciado o desenvolvimento das CTs contemporâneas para dependentes químicos.

Conforme Amarante (1995) Jones solidificou o método das CTs a partir do agrupamento de pacientes em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividade. Esses agrupamentos tiveram como objetivo o envolvimento do indivíduo em sua própria terapia e, ao mesmo tempo, na dos demais pacientes. Ao fazer isso, torna a função terapêutica uma responsabilidade de todos (pacientes, técnicos, familiares), e não somente dos técnicos especializados como no método da psiquiatria tradicional.

Conforme Jones (1972 apud AMARANTE, 1995) a ideia de comunidade terapêutica pressupõe o tratamento de “grupos de pacientes como se fosse um único organismo psicológico”. Buscou-se romper com a tradicional postura centrada no poder médico sobre o paciente, onde o médico detinha o poder de “curar”, enquanto o paciente apenas recebia passivamente as ações do médico. Jones trouxe o conceito de “aprendizagem ao vivo” para ilustrar o método da CT:

(...) a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens na comunidade terapêutica. O paciente é colocado em uma posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se

positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Nesse sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de aprendizagem ao vivo. (JONES, 1972 apud AMARANTE, 1995, p.29).

Dessa maneira, é na prática, no surgimento do conflito, que é possível trabalhar a pessoa doente com o grupo como possibilidade de enriquecimento. Para Amarante (1995), a comunicação entre o hospital e a comunidade é necessária. Para Jones o aperfeiçoamento das comunicações entre hospital e comunidade externa torna possível a maior compreensão e cooperação entre equipe, pacientes, familiares e outros estabelecimentos.

O método da CT foi estabelecido por Jones com a característica de fazer reuniões e assembleias diárias com o propósito de realizar as atividades, gerir, administrar o hospital, dinamizar a instituição e a vida dos sujeitos. Segundo Amarante (1995), essa característica é essencial, pois exames e discussões frequentes são instrumentos de análises dos diferentes papéis da equipe, dos pacientes e da inter-relação entre os mesmos. De acordo com o autor supracitado, essa estratégia objetiva o aumento da eficácia dos papéis e o aguçar da percepção comunitária. Nesse método, o líder do grupo, que nas estruturas tradicionais detém o poder, é gradualmente substituído por vários outros líderes os quais representam diferentes disciplinas profissionais. Há o diálogo entre eles, seu departamento e o grupo começa a atuar como equipe.

Essa denominação: “comunidade terapêutica” pressupõe a ideia de cura, de remediar, mas, para De Leon (2003), a diferença entre a CT e outras modalidades de tratamento e de comunidades, consiste em usar a comunidade como método para a mudança da pessoa. Segundo De Leon a participação do indivíduo é o meio para alcançar as metas sociais e psicológicas de mudança de estilo de vida e de identidade. Assim, mesmo que de forma indireta, se constitui a mais abrangente medida de mudança individual. A seguir, a comunidade como método é descrita a partir de De Leon (2003) através de quatro componentes que ilustram o modo como a CT é usada para provocar mudanças individuais.

O primeiro componente básico da CT como método é a **comunidade como contexto**. Este método consiste em ensinar os indivíduos a usar o contexto da vida comunitária para aprender sobre si mesmos. “O contexto da vida comunitária é usado para produzir mudanças terapêuticas e educacionais nos participantes individuais, e todos os participantes são mediadores dessas mudanças” (DE LEON,

2003). Esse componente se assemelha com o conceito de “aprendizagem ao vivo” trazido por Maxwell Jones. A comunidade como contexto apresenta nove elementos básicos: Papel dos membros; Resposta dos membros; Membros como modelo de comportamento; Relacionamentos; Formatos de aprendizado coletivo; Cultura e linguagem; Estrutura e sistemas; Comunicação aberta; Equilíbrio comunidade-indivíduo.

O segundo componente é a **expectativa da comunidade**. Trata-se das exigências implícitas e explícitas feitas aos residentes pelos demais membros da comunidade. Relaciona-se com os comportamentos e a participação do residente na comunidade, mas vai, além disso, se refere ao envolvimento do indivíduo no processo de automudança. Os residentes percebem e absorvem essas expectativas através da observação de seus modelos de comportamento e das informações transmitidas continuamente entre os membros. As expectativas se manifestam enquanto metas e exigências, “são influências pervasivas e constituem coletivamente um ingrediente ativo do método”. As expectativas são observadas em quatro áreas na vida do residente na comunidade: desempenho, responsabilidade, autoexame e autonomia. O nível de expectativas aumenta à medida que o residente avança nos estágios do programa. Ao atender as expectativas da comunidade o residente reflete mudanças em seu desenvolvimento social e psicológico.

O terceiro componente básico é a **avaliação da comunidade** que acontece durante o tratamento na CT. Os residentes são avaliados pelos demais componentes da comunidade (funcionários e outros residentes) para saber se os membros atendem as expectativas de participação e de uso da comunidade. Essa avaliação é informal, porém contínua. É realizada através da observação/comunicação entre os companheiros, do uso dos recursos da comunidade e da participação na mesma. A avaliação também é realizada pelos funcionários, os quais, além da observação, incluem ações, como a promoção do residente a um cargo que aumente a responsabilidade, a posição e as exigências de desempenho. A forma como o residente se adapta e responde a essas mudanças mostra em qual ponto do crescimento ele está.

O quarto e último componente é a **resposta da comunidade** à avaliação que fez do residente. Consistem em reações, decisões e estratégias usadas para promover no residente a participação e o uso contínuo da comunidade. Essas respostas podem ser palavras ou ações de apoio, críticas, afirmativas, corretivas ou

punitivas. Mudanças de tarefas, privilégios e medidas disciplinares são usadas para promover o atendimento das expectativas da comunidade por parte do residente.

As respostas da comunidade variam de acordo com as expectativas que deposita no residente, dependendo do estágio em que o mesmo está. Com pessoas recém-chegadas, a comunidade é mais liberal e flexível, dando apoio e instruções. Mais tarde - quando o residente estiver mais amadurecido - um mesmo comportamento pode gerar respostas confrontadoras ou punitivas.

(...) as avaliações e respostas da comunidade são correlativas às expectativas da comunidade em termos de desempenho, responsabilidade, autoexame e autonomia a cada estágio de tratamento. No início do programa, o residente é exposto aos recursos, pessoas e atividades da comunidade a fim de aprender a usá-los para a auto mudança. Em estágios subsequentes, as atividades e elementos da comunidade podem ser usados como estratégias para testar ou desafiar em cada área das expectativas da comunidade. As respostas da comunidade também refletem as expectativas e avaliações ao longo do tratamento. Aquilo que é comportamento aceitável no início do programa pode mais tarde ser inaceitável, provocando uma resposta diferente da comunidade. Trata-se de respostas destinadas a promover a auto mudança. Na verdade, os membros indicam seu crescimento pessoal quando usam as respostas, positivas e negativas, da comunidade como oportunidade de aprendizado para aprofundar a auto mudança. (DE LEON, 2003, p. 106).

O pressuposto que embasa a comunidade como método é que os residentes se beneficiam em termos terapêuticos e educacionais quando atendem as expectativas da comunidade e quando aprendem a usar os recursos da comunidade para promover a automudança.

3.4 O USO DA RELIGIÃO, OUTRAS ABORDAGENS E EFICÁCIA DO MÉTODO

No Brasil as CTs para dependentes químicos cresceram baseadas no tripé: oração, trabalho e abstinência de drogas. Os tratamentos oferecidos compreendem situações de disciplina regrada, aconselhamento e no trabalho para afastá-los do ócio e dos comportamentos de risco anteriormente aprendidos. Embora a convivência entre os pares seja o principal instrumento terapêutico e não exclui outras possibilidades terapêuticas.

Acompanhando o desenvolvimento dessas instituições, atualmente é possível perceber que elas vêm associando sua tradicional experiência do uso da espiritualidade e da filosofia dos doze passos com abordagens psicológicas e o conhecimento trazido por uma diversidade de profissionais especializados que vem sendo inseridos em seus programas. A utilização da abordagem cognitivo-

comportamental, com a prevenção de recaídas, terapias de orientação psicodinâmicas e técnicas que favorecem a reinserção social, como treinamento de habilidades sociais, podem ser citados como exemplos (FRACASSO, 2013).

Nessa perspectiva, as CTs vêm fazendo uso de outras ferramentas, como a utilização de conhecimentos, instrumentos e técnicas científicas, na área da saúde mental, social e física para o atendimento do usuário de SPA. O tratamento, portanto, vem focando o fortalecimento físico, psíquico e espiritual para que o usuário se mantenha abstinente pelo maior tempo possível.

Quanto à eficácia do tratamento em CTs, há antes a necessidade de se perguntar: Qual o objetivo do tratamento? Para só então falar sobre a eficácia do método. Ou seja, o que é considerado como “a vitória”, a eficácia do método e modelo de tratamento nas CTs? Como ensaio a resposta que se pode ponderar é que a eficácia do tratamento é considerada, diferente da estratégia de redução de danos, a abstenção do uso de drogas por parte do dependente químico.

Segundo Serrat (2002), ainda é pequeno o número de pessoas que passaram por tratamento em CT e que pararam, efetivamente, de fazer o uso de drogas, em termos mundiais, 30% a 35%. Contudo, este percentual ressalta que, quando os princípios de recuperação, de resgate da cidadania, de reabilitação física, psicológica e de reinserção social, são aplicados corretamente, os tratamentos apresentam resultados positivos. Para Serrat, é necessário que esses princípios sejam bem aplicados e que haja sempre uma equipe de profissionais capacitada.

3.5 MARCO LEGAL QUE ORIENTA AS CTS

As CTs passaram a ser vistas com maior evidência após a realização do I Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, realizada pela SENAD em 2006/2007. Nessa ocasião, constatou-se a importância dessas instituições no cenário de acolhimento de usuários/dependentes de SPA, porém a presença das CTs em nosso país incitou preocupação sobre a regulamentação e o monitoramento dessas instituições.

Uma das normativas mais importantes para as CTs é a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que trata do estabelecimento de requisitos de segurança sanitária para o

funcionamento de instituições voltadas para o acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso de SPA em regime de residência. Essa Resolução revogou a RDC nº 101/01, e trouxe orientações concernentes à organização, infraestrutura das CTs e assistência prestada aos usuários.

Outro instrumento normativo importante concernente às CTs é a Portaria nº 131/2012, que estabeleceu incentivo financeiro destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, para o apoio de Serviços de Atenção em Regime de Residência às CTs voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.

Conforme a Portaria 131/2012, as CTs se tratam de “Serviços de Atenção em Regime Residencial, serviços de saúde de atenção residencial transitória, que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2012). As orientações destinadas às CTs que se seguem estão fundamentadas, principalmente, nesses dois instrumentos.

3.5.1 Organização e estrutura física

As entidades que prestem serviços de caráter residencial transitório devem ter afixadas, em local visível ao público, a licença atualizada, de acordo com a legislação sanitária local, e documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.

A estrutura física dos serviços de atenção em regime residencial deverá ser instalada em local independente e fora dos limites de unidade hospitalar geral ou especializada, inclusive hospital psiquiátrico. Além disso, deverá estar situada em local que permita acesso facilitado para a reinserção do usuário residente em sua comunidade de origem. É proibido o uso de quarto de contenção e trancas que não permitam a livre circulação do usuário residente pelos ambientes acessíveis da entidade.

As instalações prediais das CTs devem estar regularizadas perante o Poder Público local, deve-se manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto, limpeza e possuir os seguintes ambientes, conforme demonstrado no Quadro 4: Alojamentos; Setor de reabilitação e convivência; Setor administrativo; Setor de

apoio logístico. As entidades ainda deverão adotar medidas que promovam a acessibilidade de pessoas com necessidades especiais.

Quadro 4: Infraestrutura das CTs e outras instituições para usuários de SPA em regime de residência.

Infraestrutura das CTs		
Alojamento	Quarto coletivo	Com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação.
	Banheiro	Com bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes.
Setor de reabilitação e convivência	a) Sala de atendimento individual; b) Sala de atendimento coletivo; c) Área para realização de oficinas de trabalho; d) Área para realização de atividades laborais; e) Área para prática de atividades desportivas.	
Setor administrativo	a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes; b) Sala administrativa; c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos).	
Setor de apoio logístico	a) cozinha coletiva; b) refeitório; c) lavanderia coletiva; d) almoxarifado; e) Área para depósito de material de limpeza; e f) Área para abrigo de resíduos sólidos.	

Fonte: Baseado na RDC nº 29\11.

3.5.2 Da admissão à assistência ao usuário na entidade

A admissão do residente deve ser realizada mediante prévia avaliação diagnóstica, ficando proibida a aceitação de pessoas cuja situação necessite da prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição. As informações obtidas na avaliação diagnóstica, realizada para a admissão do residente, devem estar inclusas na ficha individual do residente.

Na admissão do residente, as CTs devem assegurar-lhes: Permanência voluntária; Possibilidade de interrupção do tratamento a qualquer momento, exceto em situações de risco imediato de vida para si e\ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico; Respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; 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 o usuário ao ser admitido, declarar por escrito sua concordância,

mesmo em caso de mandado judicial; Sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; Autorização prévia do residente ou responsável, por escrito da divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição. As CTs devem ainda explicitar em suas normas e rotinas, o tempo máximo de permanência do residente na instituição, que deve ser de seis meses, com possibilidade de prorrogação, de somente uma vez, por mais três meses, totalizando o máximo de nove meses (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Durante a permanência do residente na CT, a instituição deve garantir: O cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de substâncias psicoativas e de violência; A observância do direito à cidadania do residente; Alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados; A proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; E a manutenção de tratamento de saúde do residente (BRASIL, 2011).

Quanto ao tratamento dos residentes, na Resolução 29/11 ficou definido que o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso de substâncias psicoativas deve ser a convivência entre os pares. As instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica, distintos dos previstos nesta RDC, deverão observar, cumulativamente, as disposições estabelecidas pelas normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde que traz a Resolução nº 63/11 da ANVISA.

Como nas CTs, a principal terapêutica é a convivência entre os pares e estas devem possuir mecanismos de encaminhamento dos residentes à rede de saúde quando apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de substâncias psicoativas ou em casos em que apresentarem outros agravos à saúde. Além disso, as comunidades terapêuticas devem indicar os serviços de atenção integral à saúde, públicos ou privados, disponíveis para os residentes. Cada residente deverá possuir ficha individual, onde se fará presentes os registros periódicos dos atendimentos dispensados e intercorrências clínicas observadas. Essas informações constantes nessas fichas devem ficar acessíveis ao residente e aos seus responsáveis (BRASIL, 2011).

Para o planejamento da saída dos residentes da entidade, as CTs devem previamente definir e adotar critérios relativos à: Alta terapêutica; Desistência (alta a pedido); Desligamento (alta administrativa); Desligamento em caso de mandado

judicial e; Evasão (fuga). Essas intercorrências devem ser notificadas na ficha individual do residente e comunicadas à família ou ao responsável.

O prazo para a adequação das orientações instituídas pela RDC foi de um ano a partir da data que entrou em vigor. Desse modo, o não cumprimento das orientações previstas constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

3.5.3 Para o financiamento com recursos públicos

Ao tratar dos aspectos legais que se relacionam com as CTs, é importante antes considerar a Lei nº 10.216/01, pois ela é o marco legal em Saúde Mental que redireciona o tratamento dessa modalidade de saúde, preferencialmente, para serviços abertos, comunitários, inseridos no território, não mais baseado nos tratamentos fundamentados no isolamento e na segregação dos usuários. O objetivo passa a ser usar a própria comunidade para ressocialização dos usuários em Saúde Mental. Essa lógica é contrária à perspectiva da segregação dos usuários que os hospitais psiquiátricos fazem uso e, da qual, as CTs também fazem uso. Mesmo com perspectivas distintas do novo modelo de assistência em Saúde Mental, o Governo apoiou o trabalho realizado pelas CTs ao inseri-las na RAPS, como espécie do gênero de Serviços de Atenção em Regime Residencial. Além disso, em 2012, através da Portaria de nº 131 do Ministério da Saúde, instituiu incentivo financeiro de custeio destinado à manutenção desse tipo de serviço, incluindo as CTs.

Os valores do recurso serão destinados apenas para apoiar o custeio de entidade pública ou para parcerias com entidades sem fins lucrativos e serão incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. Para ser passível de financiamento, a CT deve considerar outros instrumentos normativos: a Lei nº 10.216/11 (que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental); A Resolução nº 29/11 (dispõe sobre os requisitos de segurança para o funcionamento) e; Resolução nº 63/11 (dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde).

Ficou instituído o incentivo financeiro de custeio de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de quinze vagas de atenção em regime de residência até um limite de financiamento de dois módulos por entidade beneficiária. Dessa forma, cada CT poderá receber o benefício de, no máximo, R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) mensais, ficando o número total de residentes na entidade beneficiada limitado a 30 pessoas e o recurso financeiro destinado, exclusivamente, para atividades de cuidado em saúde dos usuários das entidades beneficiadas.

O deferimento do incentivo financeiro trazido na Portaria 131/12 foi estabelecido na seguinte proporção: o ente federado que possuir CAPSad III poderá solicitar incentivo financeiro para apoio a um Serviço de Atenção em Regime Residencial com até dois módulos de quinze vagas para cada CAPSad existente; Ente federado que possua apenas CAPS do tipo I ou II, que acompanhe de forma sistemática pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas, poderá solicitar incentivo financeiro para apoio a um Serviço de Atenção em Regime Residencial, com um módulo de quinze vagas, para cada CAPS I ou II existente.

Para as CTs solicitarem o financiamento dos serviços foi estabelecido requisitos. As instituições interessadas deverão integrar Região de Saúde que conte com os seguintes componentes em sua Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de preferência CAPSad III (24 horas); Pelo menos uma Unidade de Acolhimento Adulto; Serviço hospitalar de referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; E retaguarda de atendimento de urgência como o SAMU, Pronto-socorro, Pronto-atendimento ou UPA.

Os projetos técnicos elaborados pelas entidades deverão estar embasados nas seguintes diretrizes: Respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão; Ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social; Garantir ao residente o acesso a meios de comunicação; Garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade; Respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade; Garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes; Inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; Permanência do usuário residente na entidade

por no máximo seis meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais três meses, com justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado.

A CT deverá ter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012), além de possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim. Ao responsável técnico cabe ainda a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo proibido o estoque de medicamentos sem prescrição médica. Os recursos humanos devem ser mantidos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas e a instituição deverá proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro da capacitação realizada pelos profissionais.

Para a CT ser passível de financiamento também deverá observar as orientações estabelecidas para o funcionamento interno da instituição. Estas deverão estar sobre responsabilidade do coordenador técnico, o qual observará os seguintes requisitos mínimos: Direito do usuário residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência na entidade; Estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade, sempre que possível; Promoção de reuniões e assembleias com frequência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade; Promoção de atividades individuais e coletivas de orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas, com base em dados técnicos e científicos, bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde; Estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no Projeto Terapêutico Singular; Manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente. Além desses requisitos, a CT também deverá observar as disposições contidas na Resolução da ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011.

Conforme a Portaria nº 131/12 a equipe técnica para cada módulo de quinze vagas para usuários residentes contará com equipe técnica mínima composta por: Um coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação

lato senso (mínimo de 360 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos quatro anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; No mínimo dois profissionais de saúde de nível médio, com experiência com esse público específico, presentes nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Os profissionais integrantes da equipe técnica deverão participar regularmente de educação permanente, promovidos pela própria entidade ou pelos gestores do SUS.

O ingresso de residentes no serviço deverá estar condicionado ao consentimento expresso do usuário e dependerá de avaliação prévia pelo CAPS de referência ou ser indicada por Equipe de Atenção Básica, em avaliação conjunta com o CAPS de referência e será realizada por equipe multidisciplinar, incluindo atendimento individual do usuário e sua família, se possível. Essa avaliação para admissão no serviço levará em consideração e esclarecimento do usuário sobre: o modo de funcionamento do serviço devendo ainda proporcionar ao usuário, sempre que possível, uma visita prévia à entidade para demonstração prática da proposta de trabalho; Os objetivos da utilização da CT em seu tratamento; Avaliação do risco de complicações clínicas diretas e indiretas do uso de SPA, que necessitem de cuidado especializado e intensivo de saúde, que não esteja disponível na CT.

A avaliação para admissão na instituição servirá de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a ser registrado em prontuário do CAPS e/ou da Equipe de Atenção Básica.

No que concerne ao acompanhamento clínico do residente da CT, deverá ser desenvolvido um PTS, com o acompanhamento do CAPS de referência, da Equipe de Atenção Básica e de outros serviços sócio assistenciais, conforme as particularidades de cada caso. O CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do PTS durante todo o período de permanência do usuário residente na entidade.

Dessa forma, caberá à equipe técnica do CAPS de referência acompanhar o tratamento do usuário residente por meio das seguintes medidas: Contato no mínimo quinzenal entre o usuário da CT e a equipe técnica do CAPS, por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade prestadora, com o registro de todos os contatos em prontuário; Realização do primeiro contato entre o usuário

residente e a equipe técnica em até dois dias do ingresso no serviço; Continuidade no acompanhamento dos familiares e pessoas da rede social do residente pela equipe técnica do CAPS, com a realização de no mínimo um atendimento mensal, domiciliar ou no próprio CAPS e/ou com a participação em atividades de grupo dirigidas; E contato no mínimo quinzenal entre a equipe técnica do CAPS e a equipe do serviço da CT por meio de reuniões conjuntas registradas em prontuário.

A saída do residente usuário da CT deverá ser planejada e programada em conjunto com as equipes técnicas da CT e do CAPS de referência, considerando a inclusão social do usuário por meio de parcerias e adoção de medidas relacionadas à moradia, ao suporte familiar, à geração de trabalho e renda, à integração ou reintegração escolar, entre outras medidas, conforme as necessidades de cada caso. A família também deve ser considerada nesse processo de saída, através de reunião com a participação do usuário e as equipes técnicas do CAPS de referência e da CT. Nessa reunião, em casos necessários, poderá ser definida a permanência do usuário residente no serviço com a reavaliação da programação de saída. Essa reunião deverá acontecer em até cinco dias antes da data prevista para a saída do usuário residente.

Um aspecto muito importante está relacionado à liberdade do usuário residente na CT. Quanto a essa questão, a Portaria nº 131/12 MS, no artigo 21, estabelece que o residente seja livre para interromper, a qualquer momento, a sua permanência no serviço. Caso isso ocorra, o usuário residente que manifestar a vontade de deixar a CT deverá ser esclarecido sobre as consequências clínicas da interrupção do programa e da saída antecipada do serviço. O coordenador da CT também poderá interromper a permanência do usuário residente a qualquer momento, conforme critérios técnicos e em consenso com a equipe do CAPS de referência.

O repasse do incentivo financeiro, de que trata a Portaria nº 131/12, está vinculado ao cumprimento de todos os requisitos estabelecidos na mesma. O estabelecimento de rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação do repasse de recursos e do funcionamento das entidades beneficiadas ficarão a cargo das Secretarias de Saúde estaduais, municipais e distrital, com apoio técnico do Ministério da Saúde. A aplicação dos recursos repassados e o cumprimento dos requisitos estabelecidos na Portaria 131/12 também serão monitorados pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS). Os recursos

orçamentários relativos a essas ações correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo em vista a forte presença das comunidades terapêuticas, (nº de 596 identificadas entre 2006 e 2007), no atual cenário de acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil, e partindo do pressuposto de que muitas dessas instituições ainda não foram identificadas, o presente estudo teve como objetivo fazer a identificação e a caracterização das CTs que atuam no município de Santo Antônio de Jesus - BA.

Esse esforço de pesquisa trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo exploratório. Esse tipo de estudo se caracteriza, conforme Klein e Bloch (2003), pela observação direta de determinado número de indivíduos em um determinado período de tempo. Os estudos exploratórios são investigações de pesquisa empírica com o objetivo de formular questões e problemas, visando o desenvolvimento de hipóteses ou de aumentar a familiaridade do investigador com o fenômeno, fato ou ambiente, para a realização futura de pesquisa mais precisa, ou ainda, para modificar ou clarear conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2007). Conforme Marconi e Lakatos, estudos exploratório-descritivos combinados, visam descrever completamente determinado fenômeno.

Sendo assim, para alcançar os objetivos da presente pesquisa foram utilizados os chamados métodos mistos de investigação social que combinam abordagens qualitativas e quantitativas. Essa opção metodológica pressupõe um posicionamento dialético, posto que se apreende dados objetivos e subjetivos inseparáveis e interdependentes. Segundo Marconi e Lakatos (2007) esse método: “penetra o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança que ocorre na natureza e sociedade”, assim permite criar um processo de dissolução de dicotomia: entre qualitativo e quantitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e o objeto (MINAYO, 2005, p.32).

4.1 RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ESCOLHA DO OBJETO DE ESTUDO

O interesse para a realização deste trabalho surgiu em 2012, ano que iniciei serviço voluntário em uma instituição de caráter residencial para usuários de drogas, situada na zona rural de Santo Antônio de Jesus - Ba. Tratava-se de uma instituição

de caráter filantrópico, recém-desenvolvida, para o atendimento de usuários de drogas, adultos, do sexo masculino, vinculada a Associação da Igreja Evangélica Assembleia de Deus Missão sediada em Santo Antônio de Jesus. Atuei como psicóloga voluntária nessa instituição por, aproximadamente, um ano. No contato com os residentes, durante esse período, percebi que um número significativo deles, ao decidir buscar ajuda para problemas relacionados ao abuso de substâncias manifestaram, constantemente, o desejo em procurar somente por instituições de caráter residencial - as CTs ou Centros de Recuperação. Raramente falavam sobre atendimento na rede pública. Percebi que ao decidir procurar ajuda não relatavam procurar o hospital, o CAPS-ad, ou qualquer outro dispositivo da rede pública, mas os centros de recuperação ou CTs (Instituição de caráter residencial não governamental).

A instituição⁴ onde estive inserida “engatinhava”, possuía projetos de melhorias, mas ainda não apresentava estrutura adequada nem equipe de profissionais qualificados. Diante desse contexto, a rotina de assistência consistia no acolhimento residencial, com atividades ocupacionais, grupos terapêuticos e orientação espiritual. Contudo, como a instituição ainda não apresentava quadro de profissionais especializados, o atendimento das demandas de assistência à saúde dos usuários era buscado fora, na rede pública ou privada.

Instigava-me a importância que os residentes davam em seus relatos para as CTs ou Centros de Recuperação. A aparente preferência dos mesmos por essas instituições de caráter residencial, ao buscar atendimento e a forma como poderiam estar atuando no município me moveram a montar a problemática inicial dessa pesquisa: Quantas instituições desse gênero devem atuar nesse município? E como estão atuando? Não encontrei informações precisas sobre o número, localização e atuação dessas instituições no município e então decidi iniciar essa investigação, buscando conhecer: Quantas dessas instituições atuam no município? Quais são e onde estão localizadas? Como se caracterizam em suas estruturas e formas de assistência? E assim, a investigação foi direcionada por essas questões norteadoras que iniciei a coleta de dados.

⁴ Centro de Recuperação Cristo é Vida: Vinculado a Associação da Igreja Evangélica Assembleia de Deus Missão de Santo Antônio de Jesus-BA (ADSAJ). Instituição sem fins lucrativos, destinada ao atendimento de usuários de drogas adultos do sexo masculino. Fechou no final de 2013, por decisão da ADESAJ, por falta de colaboradores.

4.2 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados consistiu em uma investigação composta por duas etapas. Considerando que não foram encontrados estudos com dados sobre CTs ou outras instituições de caráter residencial para usuários de drogas no município explorado, a primeira etapa da pesquisa constou na identificação, levantamento do número e a localização de CTs em Santo Antônio de Jesus – BA e a segunda etapa foi um complemento da etapa inicial, tratando-se do mapeamento e caracterização das instituições localizadas.

É importante considerar que, embora a presente pesquisa tenha sido realizada em duas etapas, elas não aconteceram de forma sequenciada. Portanto, não foi esperado o término da primeira etapa para se dar início a segunda. Dessa forma, informações disponibilizadas na segunda etapa da pesquisa (mapeamento e caracterização), por coordenadores das instituições mapeadas, também colaboraram para a identificação de outras CTs, método conhecido como “bola de neve”.

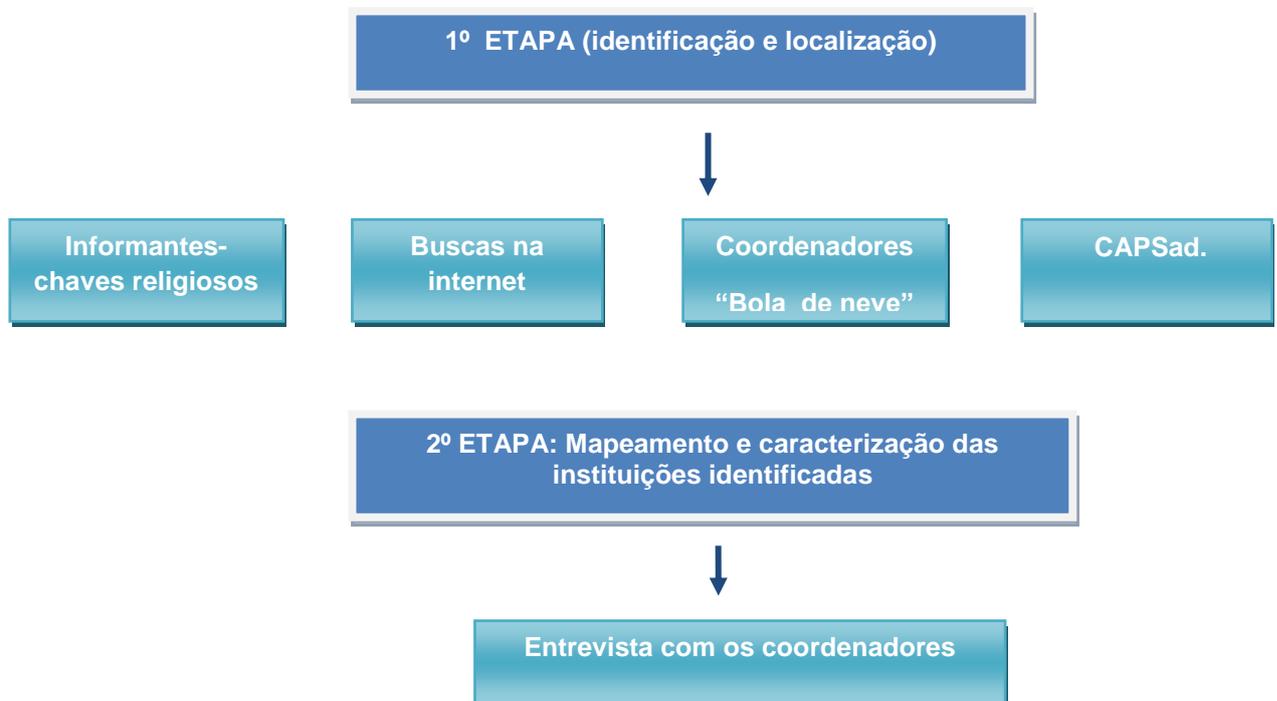
Na técnica *snowball sampling* (“Bola de Neve”) os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes que por sua vez indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto, ou seja, o “ponto de saturação” (BALDIN; MUNHOZ, 2011). O “ponto de saturação” é atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa (WHA, 1994 apud BALDIN; MUNHOZ, 2011). Assim, a “Bola de Neve” é uma técnica de que utiliza cadeias de referência, como uma espécie de rede.

Com isso, a primeira etapa da pesquisa (identificação e localização de CTs, centros de recuperação ou outras instituições de caráter residencial para usuários de drogas no município) contou com quatro fontes distintas: informantes-chaves, buscas na internet, informações de coordenadores e informações da rede pública de saúde do município. Enquanto a segunda etapa (mapeamento e caracterização das instituições identificadas) contou com informações dos coordenadores das CTs ou centros de recuperação identificados.

Como pode ser visualizado na Figura 1, as primeiras informações para a realização da primeira etapa da pesquisa foram disponibilizadas por informantes-

chaves. Tendo em vista que as CTs no Brasil nasceram e se multiplicaram ligadas a confissões religiosas (COSTA, 2009; MATOS, 2010), esses informantes-chaves se trataram de religiosos ligados a igrejas evangélicas de Santo Antônio de Jesus, pessoas que já possuíam contato, conhecimento ou algum tipo de relação com as instituições identificadas pelos mesmos. Os primeiros contatos com esses informantes aconteceram ainda no período do trabalho voluntário, anteriormente relatado. Eles deram informações como quantidade, nomes, contatos e localização das instituições conhecidas no município.

Figura 1: As duas etapas da coleta de dados.



Fonte: Elaboração própria, baseada nas etapas da coleta de dados.

Por intermédio de um informante religioso foram realizados os contatos para a confirmação da localização de instituições e da concretização da segunda fase da pesquisa. Este informante mediou os primeiros contatos entre a pesquisadora e os coordenadores das instituições localizadas. Minayo (2009), ao tratar sobre a entrada do pesquisador em campo, considera a importância da mediação de uma pessoa de confiança do entrevistado (líder da coletividade, pessoa conhecida e bem aceita).

As buscas na internet aconteceram a partir da procura de informações sobre a CTs ou centros de recuperação no município de Santo Antônio de Jesus – BA, a partir de pesquisas no site Google® (<http://www.google.com.br>). As buscas foram restritas ou relacionais ao município explorado e a partir de descritores como: comunidades terapêuticas, centro de recuperação, instituição residencial para usuário de drogas, Santo Antônio de Jesus-Ba. Através desse levantamento foram encontrados registros de apenas duas (2) instituições desse gênero atuando no município. Uma notícia foi encontrada em um blog⁵ local e o outro registro no site do Centro de estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)⁶ de apenas uma CT situada no município. As duas únicas instituições localizadas através da internet já haviam sido identificadas através dos informantes-chaves.

A fase de identificação de instituições de caráter residencial para usuários de drogas presentes no município teve continuidade através da Secretaria Municipal de Saúde do município que direcionou a investigação para o coordenador de Saúde Mental do município. Ele, por sua vez, também direcionou a investigação para uma profissional do CAPS-ad. Segundo o coordenador de Saúde Mental, a profissional indicada por ele, por atuar há muitos anos no CAPS ad, saberia dar maiores informações concernente a existência, número e atuação de instituições residenciais para usuários de drogas existentes no município.

A entrevista com a enfermeira foi realizada a partir de um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), formada por três questões abertas. Buscou-se identificar, a partir das informações presentes no CAPSad, as instituições de caráter residencial para dependentes químicos que atuam no município, contato, localização, como se configura a relação entre o CAPS ad e as instituições identificadas no atendimento dos usuários desses serviços.

A segunda fase da pesquisa (mapeamento e caracterização das instituições de caráter residencial transitório para dependentes químicos no município de Santo Antônio de Jesus - BA) foi realizada com os coordenadores das instituições identificadas e localizadas na primeira etapa do estudo. Os primeiros contatos com os coordenadores foram realizados por telefone, quando informamos, de forma

⁵http://www.vozdabahia.com.br/index/blog/id37681/st._.ant._de_jesus__centro_de_recuperacao_de_viciados_em_drogas_apocalipse__uma_realidade

⁶ <https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Instituicao949>

geral, sobre a pesquisa, seus objetivos e a voluntariedade da participação na mesma. Após o aceite dos coordenadores, foram marcados os primeiros encontros, oportunidade em que foram passados maiores esclarecimentos e realizados agendamentos das entrevistas.

A investigação com esses sujeitos consistiu na participação em entrevista realizada com roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). Tal roteiro foi adaptado do questionário ampliado da pesquisa: Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, que aconteceu entre 2006 e 2007. O questionário original da pesquisa foi adaptado e transformado em um roteiro semiestruturado, resumido em 32 questões, objetivas e abertas, divididas em blocos sobre: Informações institucionais; Perfil do dirigente da instituição; Perfil da instituição; Recursos financeiros; Tratamento dos usuários de álcool e outras drogas; Atividades de tratamento e; Recursos humanos. Buscou-se, a partir da investigação com os coordenadores, fazer a caracterização de cada uma das instituições pesquisadas. O mapeamento e a descrição dessas instituições de caráter residencial transitório para usuários de drogas no município visaram trazer indicadores que permitissem traçar um perfil indenitário a cada uma delas.

Os coordenadores tiveram a liberdade para escolher onde desejavam ser entrevistados. Dessa maneira, duas entrevistas aconteceram *in lócus* nas instituições coordenadas pelos sujeitos e duas na casa dos coordenadores. Durante as entrevistas, os sujeitos tiraram dúvidas, acrescentaram informações e relataram suas histórias de vida. Esse desenvolvimento se mostrou positivo ao permitir a apreensão de informações muito ricas para além das estruturadas no roteiro. Apesar das entrevistas se processarem a partir de um roteiro semiestruturados, não houve restrição ao aprofundamento de questões que emergiram durante a realização a investigação. Dessa forma, no decorrer das entrevistas, eram acrescentadas novas perguntas, feitos esclarecimentos e explicações, visando uma melhor compreensão sobre as questões pesquisadas.

Devido ao fato de que as instituições existentes no município são voltadas para o atendimento de usuários apenas do sexo masculino, os coordenadores orientaram que as visitas realizadas nas instituições fossem feitas, sempre com duas pessoas e que, ao menos, uma delas fosse do sexo. Nestes termos, essas orientações foram expressamente seguidas para a realização das entrevistas.

Ao final das questões sobre a caracterização das respectivas instituições coordenadas pelos sujeitos foi perguntado sobre a existência de outras instituições de caráter residencial para usuários de drogas atuantes no município pesquisado. Os coordenadores identificaram serviços desse gênero e disponibilizaram os contatos, quando necessário.

No início de cada entrevista foi novamente explicado de forma mais detalhada do conteúdo da pesquisa, a importância desse estudo, os objetivos, a voluntariedade da participação, bem como lido e assinado, pelo participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta prosseguiu-se a análise dos dados obtidos através das duas etapas da pesquisa de campo. Os dados obtidos na primeira etapa proporcionaram informações como: número de instituições de caráter residencial transitório para dependentes químicos atuantes no município pesquisado, nomes tais instituições e dos coordenadores, contatos e endereços. Essas informações foram organizadas e utilizadas na segunda etapa da coleta.

Os dados resultantes da segunda fase da pesquisa (mapeamento e caracterização das instituições identificadas) foram analisados a partir dos blocos temáticos do roteiro de entrevista semiestruturadas (APÊNDICE B). Para fins de análise e exposição foram consideradas as frequências simples e percentuais (%) de cada questão. Posteriormente, foram construídos tabelas e quadros com a finalidade de proporcionar uma melhor visualização, interpretação e compreensão dos dados obtidos através da presente investigação científica. As questões abertas foram utilizadas para contextualização das questões objetivas e o fornecimento de informações específicas como: endereços, CNPJ e contatos.

Na análise da entrevista da profissional de saúde mental do município, foram consideradas, para os fins do presente trabalho, apenas as respostas da primeira e segunda questão do roteiro (APÊNDICE C). Dessa forma, foi identificado e considerados dados como os registros presentes no CAPSad sobre CTs ou centros de recuperação, endereços e contatos, bem como, a forma ou dispositivo como o CAPS identifica a presença de instituições de caráter residencial no município.

Essas informações fez parte da composição dos dados da primeira etapa da pesquisa e colaborou para a realização da segunda etapa.

A pesquisa trouxe dados como o nº de instituições existentes no município de Santo Antônio de Jesus, tempo de atuação e formas de tratamento dispensados aos dependentes químicos assistidos. Essas informações permitiram traçar um perfil indenitário das instituições identificadas no município explorado, sendo possível, posteriormente, fazer o confronto dos mesmos com a literatura e normativas brasileiras para instituições desse gênero, permitindo a reflexão sobre o atendimento aos usuários de drogas no município explorado.

5. RESULTADOS

Antes de expor os resultados do presente estudo nos dispomos a apresentar os sujeitos da pesquisa, demonstrando o perfil indenitário que auxilia na análise dos dados e dos resultados da pesquisa.

Primeiramente, trazemos um perfil geral dos sujeitos e, em seguida, uma caracterização individualizada, pois corroboramos com o pensamento de Oliveira (2008), pois ele entende que o conhecimento de algumas características dos sujeitos amplia a possibilidade do entendimento dos resultados da pesquisa, posto que cada indivíduo tem uma história de vida e outras características que se combinam para torná-lo singular em relação à outra.

Seguindo as recomendações éticas em pesquisa e, visando assegurar o sigilo garantido aos sujeitos, foram usados nomes fictícios para identificar os informantes-chave e os coordenadores das instituições mapeadas.

5.1 SUJEITOS DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado com a participação de dois (2) informantes-chave, quatro (4) coordenadores das instituições identificadas e uma profissional de saúde mental. Dessa forma, a pesquisa contou com um total de sete (7) participantes, sendo seis (6) do sexo masculino com idade entre 28 e 48 anos e uma (1) do sexo feminino com 55 anos de idade. Estabeleceu-se como critério de inclusão dos sujeitos no estudo: Ser maior de idade e; Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

5.1.1 Informantes-chave

- ✓ Nilson: natural do Guarujá – São Paulo, 46 anos de idade, solteiro. É missionário da Igreja Evangélica Assembleia de Deus em Santo Antônio de Jesus (ADESAJ). Ele colaborou como voluntário na instituição onde a pesquisadora prestou trabalho voluntário. Conhece os coordenadores e as instituições de caráter residencial que atuam no município explorado, costuma fazer visitas, evangelismos e colabora com algumas dessas instituições. O papel desse informante foi crucial para o desenvolvimento dessa pesquisa,

visto que ele colaborou na identificação e localização das instituições, na primeira fase da pesquisa.

- ✓ Joelson: natural de Santo Antônio de Jesus - Ba, 30 anos, solteiro, diácono da ADESAJ. Conhece os centros de recuperação ou CTs e atua como coordenador dessa Associação. Ele, além de contribuir na primeira fase da pesquisa, auxiliou a pesquisa na identificação e localização das instituições mapeadas, atuando como mediador entre a pesquisadora e os coordenadores.

5.1.2 Profissional de Saúde mental e coordenadores das instituições identificadas

Nesse espaço apresentamos o perfil de uma profissional de saúde mental que atua em Santo Antônio de Jesus e dos coordenadores de cada instituição de caráter residencial que atendem usuários de drogas que atuam no referido município e que também participaram do processo de coleta de dados dessa investigação.

- ✓ Profissional de Saúde Mental: Marinalva - tem 55 anos, é casada, possui curso superior em enfermagem e atua como enfermeira no CAPS ad. Foi indicada ao cargo pelo gestor de Saúde Mental do município por trabalhar há muitos anos no CAPSad e possuir experiência significativa na área e assistência aos usuários de drogas no município de Santo Antônio de Jesus.
- ✓ Coordenador 1: Reginaldo - tem 37 anos, casado, tem dois filhos, é técnico em informática e pastor de uma igreja evangélica. Colabora como coordenador da CT há cinco anos.
- ✓ Coordenador 2: Rogério tem 28 anos de idade, possui o ensino fundamental incompleto, é casado, e é Pastor no templo evangélico anexo à CT. Trabalha como Coordenador na CT há três anos e um mês, prestando serviço voluntário. Não exerce nenhuma atividade remunerada fora da instituição. Declarou que decidiu cooperar com o trabalho da instituição por haver, junto com outros familiares, acompanhando o trabalho do pai, ex-usuário de drogas recuperado através do trabalho de uma CT e fundador da instituição onde Rogério atua. Para desempenhar seu trabalho, Rogério mora na CT durante

os dias úteis da semana, onde dedica mais de 44 semanais e só volta para ver a família nos finais de semana.

- ✓ Coordenador 3: Lucas é motorista, tem 42 anos, é casado e tem filhos. Reside na CT que fundou e, atualmente, coordena essa instituição. Vê a esposa e filhos de três em três meses. Lucas foi usuário e dependente de drogas e conforme seu relato decidiu parar de fazer uso de substâncias psicoativas por conta de ter que ficar em coma induzido durante meses por causa do uso de SPA. Lucas disse que ele e sua família foram envolvidos com o contexto de uso de drogas, atribuindo a esse fato grandes sofrimentos e perdas, como: prostituição de duas irmãs, o assassinato de um filho e a morte de dois irmãos. Apesar de ter parado de fazer uso de substância por si próprio, quando veio para Santo Antônio de Jesus, conheceu o trabalho de uma CT gostou e decidiu fundar um “centro de recuperação”, por considerar que esta seria uma forma importante de ajudar as demais pessoas. Emocionou-se ao relatar sua história e de sua família, devido à perda recente de um familiar que, segundo o mesmo, a morte foi consequência do uso de drogas. Relatou, ainda, ter um irmão atualmente interno na instituição que coordena.

- ✓ Coordenador 4: Márcio tem 48 anos é casado e sargento da Polícia Militar (PM). Relatou que a ideia de fundar um “centro de recuperação” surgiu quando percebeu o aumento do uso e dos problemas relacionados ao consumo de drogas em Santo Antônio de Jesus. Problemas que, segundo o mesmo, "acabavam com as famílias". Como membro de associação de bairro fez palestras na comunidade e campanhas relacionadas ao uso indevido de drogas. Desde então ficou conhecido e se transformou em uma referência para usuários de drogas e familiares que o buscava para pedir ajuda. Procurando atender aos pedidos de ajuda, Márcio começou a indicar e levar usuários de SPA para CTs em Feira de Santana - BA. Em uma CT em Feira de Santana, Márcio conheceu um residente que lhe pediu apoio para fundar um centro de recuperação e, após sair do tratamento na CT, onde estava internado, Márcio decidiu apoiá-lo e fizeram juntos esse centro.

5.2 CTS OU CENTROS DE RECUPERAÇÃO? ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Após a fase de mapeamento das instituições identificadas no município e da descrição dos seus perfis e formas de atuação de cada um dos atores da presente investigação – constatou-se que essas instituições não se enquadram nas definições de comunidades terapêuticas. Embora não tenham sido encontradas publicações que tratem, de modo claro e consistente, sobre a distinção entre comunidades terapêuticas e centros de recuperação, bem como as especificidades destas instituições, sabe-se que as comunidades terapêuticas, atualmente, são definidas como ambientes de internação **especializados** que oferecem programas de tratamento estruturados e intensivos, visando o alcance e manutenção da abstinência (FRACASSO, 2013). Mas, afinal, o que são os centros de recuperação? De onde surgiram?

Também não foram encontrados estudos com a definição e as origens dos centros de recuperação. Contudo, no Brasil, ao que tudo indica, essas instituições têm origem no movimento de expansão das comunidades terapêuticas. Aqui, as CTs já nasceram religiosas, com cuidados baseados na espiritualidade e na força terapêutica da vida em comunidade. Fracasso (2013), ao situar o movimento de expansão das CTs no Brasil, aponta como marco de início dessa expansão, a fundação da Fazenda do Senhor Jesus pelo padre Haroldo J. Rahm, em 1978, na cidade de Campinas (SP).

Para a referida autora, tempo depois, o padre Rahm percebeu que o comprometimento de alguns dependentes ultrapassava a compreensão e a força terapêutica proveniente dos recursos da comunidade. Essa constatação o fez introduzir abordagens psicossociais no quadro de sua equipe de profissionais. Assim, deu-se início a introdução de especialidades na composição das equipes das CTs no Brasil. Até então, essas instituições, possuíam um perfil muito parecido, senão igual, ao das instituições que hoje costumam ser chamadas de centros de recuperação. Ou seja, o tratamento ainda não era especializado e se baseava apenas na espiritualidade e na força terapêutica da vida em comunidade.

A definição de comunidades terapêuticas, utilizada na RDC nº 101/01, primeiro regulamento técnico voltado a essas instituições no Brasil, está situada em período posterior ao movimento de implantação de especialidades nas CTs. Dessa forma, conforme pode ser observado, na definição da ANVISA, a seguir, as CTs são

definidas como equipamentos com **orientação técnica** segundo o modelo psicossocial.

(...) são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e esteticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. (BRASIL, 2001, p. 3).

Fracasso afirma que existem organizações que se denominam comunidades terapêuticas, mas, na verdade, são apenas centros de acolhimento. Esta autora aponta essa indistinção como uma das causas da dificuldade de identificação do que realmente se trata de uma CT. Para a autora muitos centros de recuperação e clínicas utilizam algumas técnicas e características de CTs, mas não têm os elementos essenciais, nem as características necessárias para serem reconhecidas como tal.

Na perspectiva da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), e de outras entidades representativas (Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas, Cruz Azul do Brasil e Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas), os elementos essenciais que compõem o tratamento residencial praticado nas CTs são: Prática da espiritualidade sem a imposição de crenças religiosas; Internação e permanência voluntárias, entendidas como um episódio que objetive auxiliar o dependente de substâncias psicoativas a reinserir-se e reintegrar-se na sociedade, assumindo suas funções como cidadão, membro de uma família e trabalhador e/ou estudante; Ambiente residencial com características de relações familiares, saudável e protegido **técnica** e eticamente, livre de drogas e violência, assim como de práticas sexuais (temporariamente, neste último caso); Convivência entre os pares, participando ativamente na vida e nas atividades da CT; Critérios de admissão - permanência e alta - definidos, e comunicados previamente ao dependente de SPA, candidato à admissão e seus familiares/responsável; Aceitação e participação ativa no programa terapêutico definido e oferecido pela comunidade terapêutica, tanto dos dependentes de SPA como dos familiares/responsável; Utilização do trabalho como valor educativo e terapêutico no processo de tratamento na comunidade terapêutica e na recuperação do

dependente de SPA; Acompanhamento pós-tratamento de, no mínimo, um ano após o episódio da internação.

Pode-se desprender desses argumentos que a orientação técnica, ou seja, a presença e atuação de profissionais especializados no atendimento dos internos, surge como elemento distintivo, entre essas duas modalidades residenciais de acolhimento de usuários de SPA. Nessa perspectiva, é possível dizer que os centros de recuperação ainda são herança do movimento de expansão de CTs que aconteceu no Brasil, inicialmente, sem nenhum tipo de regulamentação e apoio técnico.

Tendo isso em vista, considerando os resultados obtidos nesse estudo, pode-se dizer que as instituições identificadas nessa investigação não se enquadram na definição do que, atualmente, são definidas como comunidades terapêuticas.

Desse modo, seria possível dizer que as instituições que foram identificadas nesse estudo se tratam de centros de recuperação e que, portanto, ainda não existem CTs atuando no município. Contudo, os centros de recuperação, por acolher usuários de substâncias em regime de residência, também podem ser classificados como “Serviços de Atenção em Regime Residencial” e, logo, sujeitos a todas as normativas e regulamentações destinadas às CTs. Apesar disso, por ainda não haver trabalhos que tratem, de forma mais concisa sobre essa distinção, nesse estudo, essas duas nomenclaturas (CTs e centros de recuperação), serão usadas como sinônimos.

A seguir, serão apresentadas as instituições de caráter residencial, destinadas à atenção de usuários abusivos de substâncias psicoativas identificadas no município de Santo Antônio de Jesus. Serão expostos: mapeamento, perfil e formas de atuação.

5.3 INSTITUIÇÕES DE CARÁTER RESIDENCIAL TRANSITÓRIO PARA USUÁRIOS DE DROGAS EM SAJ: IDENTIFICAÇÃO, MAPEAMENTO E CARACTERIZAÇÃO

Como pode ser observado no “Quadro 5” foram identificadas no município de Santo Antônio de Jesus um total de quatro (4) instituições de caráter residencial para usuários dependentes de drogas, todas situadas na zona rural, são eles: Centro de Reabilitação Apocalipse, a Casa do Oleiro; Associação Apocalipse; Associação Aprisco; Centro de Recuperação Comunidade; Centro Terapêutico de Reabilitação

Moisés na Terra do Egito. O número e a identificação dessas instituições, atuantes no município, foram resultado da convergência das informações obtidas por meio das quatro fontes de investigação (os informantes-chaves, as buscas na internet, os coordenadores e a profissional do CAPS ad) durante a primeira fase da coleta de dados.

Como pode ser visualizado no Quadro 5, nota-se a presença de quatro instituições de caráter residencial transitório para dependentes químicos atuando em Santo Antônio de Jesus. Contudo, no CAPS ad foram encontrados registros de apenas três dessas instituições. Essa incompletude de informações do CAPS ad, sobre as instituições de caráter residencial que atuam no município, sugere a falta de informações precisas sobre as CTs ou os centros de recuperação que proporcionam acolhimento a usuários de drogas no município pesquisado.

Quadro 5: Instituições de caráter residencial para usuários de SPA em Santo Antônio de Jesus- BA.

NOME	CNPJ	ENDEREÇO	ANOS DE ATUAÇÃO
Centro de Reabilitação Apocalipse: A casa do Oleiro.	10.268.387\0001-15	Vila Bonfim, Riachão, zona rural, s/nº, Santo Antônio de Jesus-BA.	8 anos
Associação Aprisco	08.792.836\0001-88	Sítio Taitinga, Rio das Pedras, zona rural, s/nº, Santo Antônio de Jesus-BA.	8 anos
Centro de Recuperação Comunidade	Não há registro.	Entrada do Benfica, Sítio Esperança, zona rural, s/nº, Santo Antônio de Jesus-BA.	4 anos
Centro Terapêutico de Reabilitação Moisés na Terra do Egito.	18.987.523\0001-39	Entrada do Benfica, Vila Bonfim, zona rural, s/nº, Santo Antônio de Jesus-BA.	6 anos

Fonte: Coleta direta de dados.

Essa ausência de dados precisos sobre a atuação dos centros revela fragilidade nas formas de identificação, monitoramento e orientação dessas instituições, por parte do município. A partir da entrevista realizada com a profissional de saúde mental foi constatado que a identificação das instituições de caráter residencial, que atuam em nosso município, é realizada no CAPS ad a partir das triagens feitas por meio de entrevistas iniciais com os usuários, quando procuram atendimento no CAPS. Nessas entrevistas, é possível identificar se o usuário do CAPS é interno de alguma CT ou centro de recuperação.

É. **Eu sei que são três.** (...) Na triagem, antes da consulta psiquiátrica. Aí nós fazemos triagem. Uma triagem (...). É. Na própria recepção. Quando eles chegam. (...) Eles se identificam e a recepcionista já conhece. E geralmente quando vêm, vêm sempre com alguém responsável do Centro (...) Quer dizer a gente tem o endereço. O contato que nós temos é de alguns responsáveis que veem aqui na unidade (...). **Aí nós temos três,** Rio da Dona, **mas eu não sei o nome,** deixa eu ver. Riacho das Pedras. É é praticamente é Damasceno que é no Benfica e o Apocalipse. (Marinalva, 55 anos, profissional de saúde mental).

É possível concluir que essa forma de identificação das instituições desse gênero, que atuam no município, é frágil, uma vez que essa identificação só é possível se os internos dos centros ou CTs buscarem atendimento no CAPS ad. Isso muitas vezes não acontece, pois, como poderá ser visto nos resultados do ponto 5.3.1 (Perfil das instituições), existe instituições que atuam de forma muito isolada. A maioria das instituições identificadas, fica situada na zona rural em locais distantes da cidade, e conseqüentemente, do CAPS ad. Os centros não possuem transportes próprios e recursos suficientes para trazer os residentes ao CAPS regularmente, e, conseqüentemente, muitos residentes são excluídos do atendimento tanto do CAPS ad quanto de outros serviços.

Por sua vez, a fragilidade na identificação e acompanhamento desses serviços residenciais, colabora para que muitos deles funcionem de forma ainda desqualificada e, por vezes, fora dos padrões estabelecidos pelas normativas que orientam o funcionamento dessa modalidade de serviço, como a RDC nº 29/11. Observe no Quadro 5 que todas as instituições possuem mais de três anos de atuação e, como veremos a seguir, ainda apresentam dificuldades em atuar conforme as normas de funcionamento.

Esses resultados mostram que o município pesquisado ainda apresenta dificuldades para fazer a identificação e o acompanhamento dessas instituições. A identificação das CTs pela triagem no CAPS ad mostra-se frágil, pois só há registro se houver busca pelo atendimento. Essa fragilidade é evidenciada pela deficiência de informações precisas e pela ausência de informações no CAPS ad sobre um dos centros que atuam no município há seis anos (Centro Terapêutico de Reabilitação Moisés na Terra do Egito).

5.3.1 Perfil das instituições

Todos os quatro centros de recuperação identificados no município tratam-se de instituições não governamentais, sem fins lucrativos, mantidas principalmente por

doações e localizadas na zona rural de Santo Antônio de Jesus. O atendimento é destinado às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, do sexo masculino, com capacidade de atendimento (declarada pelos coordenadores) entre 30 e 100 pessoas. Segundo as declarações dos coordenadores, apenas dois(2) centros atendem usuários menores de idade, desde que estejam com toda a documentação e com o encaminhamento do promotor ou autorização do Conselho Tutelar.

Essas instituições não possuem nenhuma forma de contato com Secretarias de Políticas sobre drogas. Três (3) afirmaram ter alguma forma de contato/articulação com meios de comunicação como as rádios da cidade e com blogs, os quais abrem espaço para divulgação dos trabalhos realizados pelos centros ou para pedir doações. Os órgãos públicos que possuem algum contato, identificados através das entrevistas foram: o CAPS ad, Ministério da Justiça, Secretaria Municipal de Assistência Social, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), e Conselho Tutelar. Um (1) centro de recuperação aparece atuando de forma isolada, pois seu coordenador declarou não ter contato/articulação com nenhuma entidade pública, mas apenas com as pessoas que colaboram com as doações.

O estudo apontou que o acesso dos usuários às instituições identificadas acontece, principalmente, por demanda do próprio usuário, por familiares que procuram a instituição, ou ex-residentes que indicam os centros onde foram internos. Acontece também quando componentes das equipes dessas instituições, ao realizar alguma atividade na comunidade, conhecem pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas e os convidam a se internarem. Em outros casos, através de encaminhamentos de outras instituições como: CAPS ad, Assistência Social, Justiça (delegacias, policiais e promotoria), entidades religiosas (igrejas, centros espíritas), hospitais, Conselho Tutelar, e outros centros de recuperação.

Metade dos dirigentes das instituições mapeadas afirmou, com certeza, que no município não há Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas. Dois dos dirigentes, ou seja, 50% deles declararam não saber se existe esse Conselho na cidade. Três CTs: 75% declararam não estar registrada no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas e apenas uma CT: 25% das entrevistadas, afirmou estar registrada nesse órgão.

Esses resultados, somados as impressões obtidas em campo e conversas informais durante a coleta de dado, permitem inferir que as CTs instaladas em Santo Antônio de Jesus não possuem contatos que possibilitem a implantação de ações mais articuladas com outros órgãos e entidades, dificultando, assim, um atendimento de melhor qualidade e integral aos seus internos. Além disso, alguns dirigentes demonstraram insegurança ao responder questões concernentes a atuação dos órgãos públicos: O que fazem e se existe CTs no município, pois dois coordenadores dos centros não souberam dizer se em Santo Antônio de Jesus existe um Conselho Municipal sobre Drogas.

5.3.2 Perfil dos Coordenadores das instituições identificadas

Os resultados obtidos através da análise dos questionários apontaram que os dirigentes das instituições identificadas são pessoas do sexo masculino, com idade entre 28 e 48 anos, casados e possuem filhos. Desses 75%, ou seja, (3) tem como grau de instrução o ensino fundamental incompleto, e apenas 25%, ou seja, (1) deles possui o curso superior completo (Teologia). O período de atuação dos coordenadores nas instituições foi de: três (3), oito (8), seis (6) e quatorze (14) anos, trazendo um tempo médio de média de 7,7 anos de atuação nas instituições. Todos os coordenadores declararam exercer o trabalho nas suas respectivas instituições de forma voluntária, alegando não receber nenhuma remuneração pelos serviços prestados.

Dentre esses coordenadores, a metade, dois exercem atividade profissional remunerada fora da instituição (Pastor de igreja evangélica e Sargento da Polícia Militar), e os demais (2) não exercem nenhuma atividade remunerada, vivendo de doações além de dedicar tempo integral às instituições. Todos os coordenadores declararam dedicar mais de 44 horas semanais ao trabalho nos centros de recuperação. Dois coordenadores residem no próprio centro: Rogério e Lucas que, vale a pena repetir, visita a família a cada três meses.

Os motivos que levaram esses coordenadores a trabalhar nas instituições, conforme pode ser observado na Tabela 1 foram: Para dois deles, ou seja, 50%, do total as motivações pessoais foi o maior incentivo e, para os demais, a motivação humanitária, de poder ajudar o próximo, falou mais alto.

Os dirigentes que apresentaram motivações pessoais (Rogério e Lucas) foram os que, de alguma forma, tiveram alguma experiência com drogas, seja experiência pessoal, como usuários, ou tiveram casos de dependentes na família. Na verdade, eles dois foram os mais se dedicam ao trabalho nas instituições de recuperação aos drogados, destinando tempo integral de trabalho nestas instituições. Isso pode ser explicado, talvez por eles terem vivenciado essa dura realidade mais de perto que os demais coordenadores.

Os demais dirigentes (2) que declaram ter motivações humanitárias para se dedicarem a essas instituições, informaram que, de algum modo, a profissão que eles exercem os aproxima de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Márcio é Policial Militar e Reginaldo Pastor de igreja evangélica. Porém, apesar das quatro instituições terem orientação religiosa, nenhum dirigente declarou trabalhar nos centros por motivação religiosa.

Tabela 1: Motivo para trabalhar na CT.

MOTIVAÇÃO	DESCRIÇÃO	Nº	%
Pessoal	Vivência pessoal ou familiar em situações relacionadas ao consumo e a dependência de álcool e outras drogas.	2	50%
Religiosa	Por crença ou determinação religiosa; Porque a instituição está vinculada a uma entidade religiosa.	0	0%
Humanitária	Por solidariedade aos seus semelhantes; Por estar sensibilizado com os problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas; Por vontade de ajudar os que precisam.	2	50%
Profissional	Profissional de nível superior em busca de aprofundamento e experiência na sua área de atuação.	0	0%
Designação profissional	Designação profissional alheia a sua vontade; Por cumprimento de suas obrigações como funcionário público, empregado de empresa ou de outra organização designado para a função por determinação superior.	0	0%
Solicitação /convite	Convite ou solicitação de amigos/conhecidos que ofereceram ou pediram sua participação no trabalho da instituição.	0	0%
TOTAL		4	100%

Fonte: Coleta direta de dados.

Nenhum dos dirigentes declarou participar ou ter participado de Conselhos de políticas sobre drogas ou outros tipos de Conselhos relacionados ao assunto. Apenas Márcio relatou ter feito parte do Conselho de Associação de Bairro e participado de reuniões e palestras com o Conselho Tutelar, pois o centro em que atua como coordenador, acolhe pessoas menores de 18 anos.

Através das informações coletadas através das entrevistas com os dirigentes foi possível inferir que eles possuem pouco ou nenhum contato com os Conselhos

de Políticas sobre Drogas e demais Conselhos que, de alguma forma, atuam com usuários abusivos ou dependentes de drogas.

5.3.3 Recursos Financeiros

Os dados analisados a partir da tabulação dos questionários apontaram que todas as instituições identificadas funcionam basicamente com recursos de mantenedores e doações de pessoas físicas (Tabela 2). Apenas um Centro de Recuperação (RC Comunidade) declarou receber receita proveniente de internações e contribuição do município. Essa contribuição se trata de dez cestas básicas disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Assistência Social. Constatou-se ainda que as quatro instituições (100%) recebem principalmente doações (de comerciantes, empresários e familiares de internos) em dinheiro, alimentos, móveis e/ou utensílios, vestuários, roupas de cama/mesa e banho. Em três (3) instituições, ou seja, em 75% delas foi relatada também a doação de materiais de construção.

Tabela 2: Recursos (fontes e tipos).

FONTES DE RECURSOS	Nº de CRs	%
Recursos Públicos	1	25%
Doações (mantenedores e pessoas físicas)	4	100%
Geração de receita própria	1	25%
TIPOS DE DOAÇÕES	Nº de CRs	%
Em dinheiro	4	100%
Doações de alimentos	4	100%
Doações de medicamentos	2	50%
Equipamentos de informática	0	0%
Materiais de Construção	3	75%
Imóveis	1	25%
Móveis e/ou utensílios	4	100%
Vestuário	4	100%
Roupas de cama, mesa e banho	4	100%
Mão - de - obra para benfeitorias nas instalações físicas da instituição	2	50%
Outras doações (botijão de gás)	1	25%

Fonte: Coleta direta de dados.

5.3.4 Assistência

Conforme a Tabela 3 e de acordo com a entrevista realizada com os coordenadores das instituições de recuperação de dependentes de drogas notou-se que todos os centros atendem a pessoas com transtornos causados por uso/abuso/dependência de álcool, tabaco e outras SPA. Em três dessas instituições,

ou seja, em 75% delas observou-se que o atendimento é destinado a pessoas com problemas clínicos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Na metade dessas instituições ocorrem atendimentos a pessoas com problemas psiquiátricos associados ao consumo de drogas.

Os requisitos para ser admitido nas instituições identificadas são: Concordância do usuário – esse é um pré-requisito em todas as quatro instituições; Compromisso da família no acompanhamento: este pré-requisito está presente na metade delas; Ser maior de idade: é pré-requisito de admissão em apenas uma instituição e; Ter um familiar ou responsável que assine a ficha de admissão também corresponde a critério de admissão em apenas uma instituição. Sabe-se que o tempo de tratamento em todos os centros é, de no máximo, nove meses.

Tabela 3: Transtornos atendidos e requisitos para admissão.

TIPOS DE TRANSTORNOS ATENDIDOS	Nº de Inst.	%
Transtornos causados pelo uso/abuso/dependência de álcool	4	100%
Transtornos causados pelo uso/abuso/dependência de tabaco	4	100%
Transtornos causados pelo uso/abuso/dependência de outras SPA	4	100%
Intoxicação aguda causada por qualquer SPA.	2	50%
Problemas psiquiátricos associados ao consumo de SPA	2	50%
Problemas Clínicos associados ao consumo de SPA	3	75%
REQUISITOS PARA ADMISSÃO		
Indicação médica formal	0	0,0 %
Encaminhamento formal de profissionais de outras instituições (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros)	0	0,0 %
Autorização judicial	1	25%
Concordância do paciente	4	100%
Compromisso da família no acompanhamento do tratamento	2	50%
Outros (Assinatura de familiar ou responsável; Ser maior de 18 anos).	2	50%

Fonte: Coleta direta de dados.

As abordagens terapêuticas oferecidas nas instituições identificadas são: Terapia ocupacional (limpeza da instituição, cuidados com animais, atividades de agricultura, artesanato, entre outras) e Orientação Religiosa são realizadas em todas

as instituições; Aconselhamento motivacional e o Método de Minnessota (12 passos)⁷ são debatidos na metade das instituições.

Os atendimentos e serviços que não são disponibilizados pelos centros, geralmente são buscados na rede pública ou em serviços privados, quando solicitado pelos residentes ou pelos coordenadores quando julgarem necessário. Dessa forma, os atendimentos médico-clínico, farmacológico, psiquiátrico e outros tipos de assistência não disponibilizadas por essas instituições são realizadas na rede pública através do CAPS ad e do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ).

No Centro de Recuperação da Comunidade o atendimento odontológico é realizado no setor privado através de parceria com uma clínica odontológica que atende dois internos do Centro por semana. De modo geral, os residentes das instituições mapeadas buscam assistência na rede pública e privada e, após o atendimento, retornam para os centros onde estão internados.

Alguns centros também fazem uso de atividades complementares que auxiliam no tratamento, como atividades físicas, esportivas: futebol e caminhadas, sendo que essas atividades são oferecidas por todas as instituições pesquisadas. No caso das visitas domiciliares, apenas a metade das instituições trabalham nessa linha. Duas também declararam que, de acordo com a necessidade do usuário, levam os residentes para o INSS e o CAPS ad para a obtenção de benefícios e/ou para conseguir assistência jurídica, encaminhando os residentes para a Defensoria Pública.

Durante ou após o período de tratamento, alguns centros fazem encaminhamentos visando à reinserção familiar e social do usuário. A reinserção social é feita, principalmente através de encaminhamentos para o mercado de trabalho. Dessa forma, os líderes dos centros permitem que os residentes saiam para trabalhar, o que só é permitido, geralmente nos últimos três meses de tratamento.

A inserção no mercado de trabalho é realizada através de encaminhamento de currículos e informalmente com a indicação de residentes para empregadores e empresas conhecidas pelos coordenadores. Geralmente, os encaminhamentos são

⁷ Modelo Minnessota é um modelo de tratamento de dependência química que se desenvolveu no estado de Minnessota, no norte dos Estados Unidos. Tem como especificidade dos outros modelos dos 12 passos do AA o uso da abordagem multidisciplinar.

realizados baseados na experiência de trabalho que os residentes possuem ou a partir da observação de habilidades que os internos desenvolveram dentro das instituições.

Outra forma de reinserção acontece através das igrejas o que parece contribuir na recuperação, na medida em que os residentes se sentem inseridos em grupos que não tenham o hábito de fazer uso de SPA. Nesses casos, além do desenvolvimento do sentimento de pertencimento e inclusão, os internos passam a contar com uma rede de apoio social que pode funcionar como mais um fator de proteção para o impedimento ao uso de drogas. Todas as instituições identificadas apresentaram dificuldades para fazer o acompanhamento dos residentes egressos devido: À distância, pois muitos deles são de outras cidades; Falta de transportes próprios e; Falta de recursos humanos disponíveis para fazer as visitas domiciliares. Dessa forma, o acompanhamento familiar, muitas vezes, é realizado quando o interno sai para o que chamam de "Refrigério". Os "Refrigérios" são finais de semana que os residentes passam com a família após determinado período de internação. Nesse período com a família, os líderes das CTs ou centros de recuperação procuram identificar e avaliar como se configuram a relação do interno com a família e a comunidade.

5.3.5 Recursos Humanos

Ao analisar a Tabela 4, nota-se que os funcionários das instituições residenciais para dependentes químicos trabalham voluntariamente e possuem escolaridades e formações distintas ou não possuem nenhuma formação específica na área de saúde ou de assistência social aos usuários de drogas.

Tabela 4: Recursos humanos por equipes das instituições.

FUNÇÃO	ESCOLARIDADE FORMAÇÃO	CONTRATADO (pela Inst.)	CONVÊNIO/ PARCERIA	VOLUNT.	TOTAL
Equipe 1: Associação Aprisco					
Presidente	3º grau incompleto			X	1
Vice Pres.	1º grau			X	1
Secretário	2º grau			X	1
Tesoureiro	2º grau			X	1

Conselho fiscal	1- 3º grau (contador); 2- 2º grau; Não soube informar escolaridade de 3 componentes.	X	5
Obreiros	Não soube informar		3
Equipe 2: Centro de Recuperação Apocalipse. A casa do Oleiro			12
Líder	Não soube informar	X	2
Ministros	Não soube informar	X	2
Pastores	Não soube informar	X	2
Bispos	Não soube informar	X	2
Obreiros	Não soube informar	X	19
Equipe 3: Centro Terapêutico de Reabilitação Moisés na Terra do Egito			27
Presidente	1º grau incompleto	X	1
Vice Pres.	2º grau completo	X	1
Líder	2º grau	X	1
Obreiros	Não soube informar	X	5
Equipe 4: Centro de Recuperação da Comunidade			8
Presidente	3º Grau completo (Teologia)	X	1
Supervisor	Não soube informar	X	1
Coordenador Esp.	3º Grau completo (gestão empresarial)	X	1
Serviços gerais	Não soube informar	X	1
Obreiros	Não soube informar	X	6
TOTAL			10

Fonte: Coleta direta de dados.

Nota-se que todas as instituições, conforme pôde ser observado anteriormente no Quadro 5 já atuam em Santo Antônio de Jesus há mais de três anos. Apesar do tempo significativo de funcionamento, essas instituições ainda apresentam fragilidades, principalmente no que tange à formação da equipe de atendimento, pois a mesma não é qualificada não se enquadrando, assim, nos padrões técnicos de funcionamento.

A RDC nº 29\11 da ANVISA prevê, no seu artigo 5º, que as instituições de atenção residencial devem manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação (BRASIL, 2011). Conforme as informações levantadas neste estudo, apenas a Associação Aprisco e o Centro de Recuperação Comunidade possuem em suas equipes pessoas com

ensino superior completo, porém, nenhuma dessas instituições possui substituto com mesma função. Além disso, conforme as informações trazidas pelos coordenadores, nenhuma equipe possui profissional da área de saúde, nem com formação específica para o atendimento de usuários de drogas.

Assim sendo, nota-se que todas as instituições estão fora dos padrões estabelecidos pelas ANVISA no que se refere à qualificação dos profissionais que trabalham nessas instituições.

6. CONSIDERAÇÕES

O presente estudo trouxe uma investigação sobre as instituições de caráter residencial transitório para usuários de drogas no município de Santo Antônio de Jesus - BA. Buscou-se fazer a identificação, o mapeamento e a caracterização das instituições, desse gênero que atuam no referido município. Nessa perspectiva, essa investigação buscou traçar um perfil identitário e proporcionar uma visão panorâmica das formas de atuação das instituições de atenção a dependente de SPA no município pesquisado.

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, foram identificadas, no município de Santo Antônio de Jesus, quatro instituições de caráter residencial transitório, destinadas ao atendimento usuários de SPA do sexo masculino. Essas entidades são não governamentais, sem fins lucrativos, mantidas principalmente por doações e localizadas na zona rural desse município.

Para obter dados mais precisos sobre essas instituições, investigou-se os registros do CAPS ad, onde foram identificados apenas três centros de recuperação ou CTs. Constatou-se, porém, a ausência ou desatualização dos dados encontrados nessa instituição pública, pois, através de pesquisa de campo *in loco* observou-se a existência de quatro centros de recuperação ou comunidades terapêuticas em Santo Antônio de Jesus.

No Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) há registro de apenas uma das instituições identificadas nesse estudo, o Centro de Recuperação Aprisco (CETAD, s.d.). Já no mapa Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil, não foi encontrada instituição desse gênero situada no município explorado (BRASIL, s. d). Essa ausência de informações sobre essas instituições na região torna o presente estudo relevante, na medida em que ele realiza a identificação e o mapeamento de instituições desse gênero localizadas em nosso município.

Tais informações podem ser consideradas básicas, porém são muito importantes, sobretudo, se considerarmos que ainda não há dados precisos sobre a quantidade e localização das mesmas (MENDES; MARTINS, 2013), principalmente, na região do Recôncavo da Bahia. Além disso, essas informações são essenciais para o monitoramento e gestão da assistência às pessoas com problemas decorrentes do uso SPA as quais fazem uso das instituições de caráter residencial transitório no município de Santo Antônio de Jesus.

A partir da descrição dos perfis e formas de atuação das instituições mapeadas foi possível apreender a forma de atuação das mesmas na nossa região. Uma das informações interessantes obtidas através desse estudo é a observação de que as entidades identificadas não se enquadram nas atuais definições de CTs, pois os atuais conceitos de comunidades terapêuticas (FRACASSO, 2013; BRASIL, 2001) as define como ambientes tecnicamente protegidos, ou seja, com orientação especializada.

Os dados trazidos na caracterização das instituições mapeadas que podem ser observados no “Perfil dos dirigentes” e, posteriormente, em “Recursos humanos”, mostraram que as instituições que atuam no município são formadas por equipes de voluntários que não possuem capacitação técnica necessária para lidar com os tratamentos que são de responsabilidade dessas instituições. Segundo Fracasso (2013), apesar de possuir elementos de CTs essas instituições não são comunidades terapêuticas, mas simples centros de acolhimento.

É preciso considerar também que, a partir dessa investigação, apurou-se que existe uma forte limitação por parte dos próprios coordenadores das instituições pesquisadas, pois os mesmos não souberam informar a formação de seus colaboradores o que impossibilitou uma descrição fiel de suas equipes.

Por outro lado, a Associação Aprisco, classificada no CETAD como Aprisco Centro de Recuperação, foi conceituada como uma comunidade terapêutica. Todavia, se as definições de CTs forem consideradas, tendo como elemento distintivo a atuação especializada, é possível dizer que as instituições mapeadas no município não se tratam de CTs, mas de centros de recuperação, como se autodenominam ou ainda centros de acolhimento como traz Fracasso (2013).

Contudo, a própria imprecisão da classificação da Associação Aprisco feita pelo CETAD, evidencia a falta estudos que apontem distinção entre essas duas nomenclaturas. Por essa ausência de estudos e de evidências seguras da distinção desses serviços, neste trabalho, preferiu-se tratar essas duas nomenclaturas como sinônimas.

Aqui, o importante é ter em vista que centros de recuperação, de acolhimento, ou CTs, são instituições que têm acolhido usuários de substâncias em regime de residência, portanto, podem ser classificadas como “Serviços de Atenção em Regime Residencial” e, logo, sujeitas a todas as normativas e regulamentações destinadas às CTs.

A Resolução nº 29/11 trata dos requisitos mínimos estabelecidos pela ANVISA para o funcionamento dessas instituições. Embora esse estudo não trate de uma avaliação para investigar a adequação dessas instituições, os resultados trouxeram dados que permitem apontar alguns pontos importantes.

As principais observações estão relacionadas aos recursos humanos e à forma de admissão dos residentes. O perfil dos dirigentes dos centros, bem como a composição das equipes mostrou que a maioria não possui ensino superior nem capacitação técnica. Trata-se de pessoas que decidiram trabalhar de forma voluntária com usuários de drogas por motivações humanitárias ou pessoais.

Conforme os dados obtidos através das entrevistas com os coordenadores, nenhum centro declarou utilizar indicação médica ou encaminhamento formal de profissionais de outras instituições como critério para a admissão. Assim, como nenhuma dessas instituições possui equipe multiprofissional, podemos concluir que a entrada dos residentes nas mesmas não está condicionada a avaliação diagnóstica, como preconiza a RDC nº 29/11.

A falta de avaliação diagnóstica no processo de admissão, conjugada à ausência de equipes capacitadas, traz uma importante preocupação. Residentes em condições de saúde que requeiram atenção especializada podem estar sendo aceitos nessas instituições e, por não terem equipe multiprofissional, não podem prestar a assistência necessária.

É importante assinalar que na descrição do público atendido pelos centros, presente na Tabela 3 duas instituições (50% do total) declararam atender usuários com intoxicação aguda causada por qualquer SPA e problemas psiquiátricos associados ao consumo, e três (75% do total) atendem pessoas com problemas clínicos associados.

Apesar dos centros atuarem no município há mais de quatro anos como demonstra o Quadro 5, o estudo apontou que tais instituições ainda apresentam fragilidades, principalmente no que refere à equipe de trabalho que não possui uma qualificação mínima de acordo com normas da ANVISA.

Observando o tempo de atuação dessas instituições e o fato de que ainda apresentam dificuldades para funcionar de acordo com os padrões estabelecidos, é possível dizer que é essencial que se invista no monitoramento e orientação das instituições de caráter residencial transitório presentes no município de Santo Antônio de Jesus. Dessa forma, pode-se garantir a prestação de serviços de melhor

qualidade aos internos, conforme o estabelecido por normas estabelecidas por órgão federais de saúde, como a ANVISA.

O Governo Federal optou pelo apoio das comunidades terapêuticas, através de incentivo financeiro destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio de Serviços de Atenção em Regime Residência a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da RAPS do SUS (BRASIL, 2012). Contudo, nenhuma instituição mapeada nessa pesquisa é favorecida pelo financiamento do Governo Federal nos termos da Portaria nº 131/12 do Ministério da Saúde. A única instituição que declarou receber algum auxílio público foi o Centro de Recuperação Comunidade que recebe dez (10) cestas básicas da Secretaria Municipal de Assistência Social, segundo informações cedidas pelo presidente dessa instituição.

Os centros pesquisados não possuem nenhum tipo de contato com as Secretarias de Políticas sobre Drogas. Esse fato reflete na aparente superficialidade, presente no discurso dos coordenadores entrevistados, pois eles conhecem pouco sobre as políticas sobre as drogas e as normas que regem o funcionamento dessas instituições. Por sua vez, nenhum coordenador, mencionou a presença de agentes do município nas instituições. Isso permite inferir que existe uma desarticulação ou uma articulação precária entre o poder público municipal e essas instituições, tanto no monitoramento quanto na criação de uma atuação mais organizada dessas instituições, visto que o município não oferece um apoio mais eficiente a essas instituições.

O município de Santo Antônio de Jesus ainda não possui Unidade de Acolhimento, CAPS ad 24 horas, abrigos e nenhum outro ponto que proporcione o acolhimento de usuários nos três turnos, onde os usuários possam se alimentar, ter os cuidados pessoais diários e passar a noite. Essa ausência, além de não permitir a garantia dos direitos básicos a esses cidadãos, sustenta a existência dessas instituições não governamentais, que muitas vezes, funcionam de forma precária.

Dessa forma, apesar das fragilidades, é possível afirmar que os centros de recuperação, ou CTs, instituições como as mapeadas nessa pesquisa, têm proporcionado acolhimento e apoio a usuários de drogas, principalmente aos que estão em situação de vulnerabilidade social, como os que estão em situação de rua ou com vínculo rompido com a família. Em Santo Antônio de Jesus, em 09 de outubro de 2009, no mandato do prefeito Euvaldo de Almeida Rosa, por exemplo, a

Associação Apocalipse foi considerada de Utilidade Pública pela Lei Municipal nº 10.020. Se por um lado, essa Lei representa o reconhecimento dos esforços dessas instituições, por outro lado, essa ausência de pontos na rede pública faz com que essas instituições não governamentais, ainda que de forma precária, continuem sustentando os vazios deixados pelo Estado.

É necessário investir na ampliação e fortalecimento SUS, através da implantação de pontos alternativos de serviços de caráter residencial transitório, pois essa carência na rede pública transforma os centros na única alternativa para usuários, familiares e profissionais de saúde quando necessitam fazer encaminhamentos para instituições desse gênero.

Conforme Alves e Lima (2013), a respeito da complexidade e da magnitude que o consumo abusivo de substâncias psicoativas representa no Brasil, a atenção à saúde de usuários e de suas famílias ainda se defronta com significativas lacunas assistenciais. Em alguns lugares, a rede pós Reforma ainda não está completamente instalada e, essas instituições acabam, suprimindo os “buracos” deixados pela incompleta implantação da rede comunitária, substitutiva dos hospitais psiquiátricos.

Dessa maneira, pode-se dizer que a ausência de pontos na RAPS do município que possam ofertar um ambiente seguro, alimentação, repouso e cuidados, faz com que apenas os centros supram esse vazio deixado na assistência de pessoas que fazem o uso prejudicial de drogas no município.

Por sua vez, a falha no acompanhamento dessas instituições permite o funcionamento fora dos padrões mínimos de segurança sanitária e a oferta de serviços não qualificados. Por isso, é preciso investir em ações de acompanhamento e monitoramento desses serviços para que essas instituições possam atuar de forma qualificada, garantindo a segurança dos assistidos.

Ao pensar no desenvolvimento de políticas públicas de assistência ao usuário abusivo de SPA é necessário conhecer os cenários e as distintas realidades locais. Dados como os trazidos por este estudo ajudam a compreender como está configurada a assistência de pessoas com dependência química que fazem uso de serviços de instituições de caráter residencial.

Além do mais, a realização dessa pesquisa contribui para o desenvolvimento de estratégias, bem como no fornecimento de informações férteis para a gestão e reformulação de Políticas Públicas de assistência. Nessa perspectiva, os resultados

trazidos por essa investigação não trazem respostas prontas – esse estudo não tem essa pretensão - mas abre caminhos para o desenvolvimento de melhorias na rede de saúde do município de Santo Antônio de Jesus e de novos estudos nesse campo.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S; LIMA, I.M.S.O. **Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil**: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. Revista de Direito Sanitário, 2013.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, T.M.; ESPINHEIRA, C.G.D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. In: **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 1. – 6. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014

BALDIN, N; MUNHOZ, E.M.B.,. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. **X Congresso nacional de educação(EDUCARE). I Seminário Internacional de representações sociais, subjetividade e educação (SIRSSE)**. Curitiba-SP: PUC-PR, 2011.

BALLANI, T.S. L; OLIVEIRA, M.L.F. **Uso de drogas de abuso e evento sentinela**: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acessado em jun. 2015.

BERTONI, N.; BASTOS, F.I. Grupo de Pesquisa Inquérito Epidemiológico. Quantos usuários de crack e/ou similares há nas capitais brasileiras? Resultados da Pesquisa Nacional sobre Crack, 2012 In: **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Org.: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.iciet.fiocruz.br/>. Acesso: Jun. de 2014.

BASTOS, F. I. ; BERTONI, N. O cenário do consumo de crack e o Inquérito Nacional sobre Crack, 2012. In: **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Org.: BASTOS, F. I. ; BERTONI, N. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.iciet.fiocruz.br/>. Acesso: Jun. de 2014.

BRASIL. SENAD. Ministério da Justiça. **Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil**, (s.d). Disponível em: <<http://www.mapa-ct.ufrgs.br>>. Acessado em ago. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: Abr. de 2013.

_____. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 131**, de 26 de janeiro de 2012. Disponível: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: Abr. de 2013.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira** Org.: LARANJEIRA, R. PINSKY, I; ZALESKI, M; CAETANO, R; Revisão técnica científica: DUARTE, P. C. A. V. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/.../relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf Acesso em: Ago. de 2013

_____. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. Org.: LARANJEIRA, R. São Paulo: INPAD, UNIFESP. 2014 Disponível em: www.inpad.org.br/lenad Acesso em: Ago. de 2013

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada, n. 101**, 30 maio 2001. Diário Oficial da União: poder executivo. Brasília, 2001. Disponível em: www.saude.rs.gov.br. Acesso em: Abr. de 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução – RDC n. 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de ago. 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/.../2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: Abr. de 2013.

_____. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial RAPS. **Portaria nº 3.088**, 2011. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: Abr. 2013.

_____. Secretaria de atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: Jun. de 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: bvsms.saude.gov.br. Acesso em: Jul. de 2013.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte - Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.300 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/> Acesso: Abr. de 2013.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. Principais Resultados Estudo Comparativo: Brasil - 2001 e 2005. In: CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. e NAPO, S. A. 2006. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/> Acesso em: Jun. de 2013

CETAD. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. **Observatório Baiano sobre substâncias Psicoativas**. Disponível em: <https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Instituicao949>>. Acesso em: Ago. de 2014.

COSTA, S. F. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química**. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2009. <http://www.uel.br/>. Acesso em: Jul. 2013.

COUTINHO, C.; JALIL, E.; BERTONI, N.; BASTOS, F.I. Grupo de Pesquisa “Inquérito Epidemiológico”. Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional In: **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Org.: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.icict.fiocruz.br/>. Acesso: Jun. de 2014.

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

DELGADO, P. G. O Tratamento a partir da Reforma Psiquiátrica in QUINET, A. (org.). **Psicanálise e Psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. Disponível em: www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>. Acessado em: Jan. de 2015.

DUARTE, P.C.A.V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **Capacitação para comunidades terapêuticas - conhecer para cuidar melhor**: cursos pra líderes voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas; Org. Florence Kerr-Corrêa, Vitore André Zilio Maximiano- Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

FARIA, J.G; SCHNEIDER, D.R. **O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental**. Psicologia & Sociedade; 21 (3): 324-333, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 03 de jun. 2013

FIGUEIREDO, G. **As origens da assistência psiquiátrica no Brasil**: o papel das santas casas. Revista Brasileira de Psiquiatria. 22 (3):133, 2000. Disponível em: www.scielo.br/scielo>. Acessado em Dez. de 2013.

FRACASSO, L. As mudanças no processo de criação das Comunidades Terapêuticas. In: **Capacitação para comunidades terapêuticas - Conhecer para cuidar melhor**: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas; CORRÊA, F.K; MAXIMIANO, A. Z (Org.), Brasília: Secretaria Nacional de política sobre Drogas, 2013.

_____. **Características da Comunidade Terapêutica**, 2002. Disponível em: <www.comciencia.br>. Acessado em Mar. de 2013.

GARCIA, L.; SANTANA, P.; PIMENTEL, P.; KINOSHITA, R. T. Política Nacional de saúde mental e a organização da rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Capacitação para comunidades terapêuticas - conhecer para cuidar**: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Org. Florence Kerr-Corrêa, Vítore André Zilio Maximiano-Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

GOLDURÓZ, J.CF.; NOTO, A. R.; POLVERINI, D. LOCATELLI. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas. In: **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 1. – 6. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação dos programas de saúde**: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.4, n.2, p.341-53, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200009. Acesso em: Jun. de 2013.

LENAD; II **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas** – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

MATOS, A. **Hospital Psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas e CAPS AD, dessemelhança diante do objeto e das ideias**: pequenas controvérsias. 2010. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br>>. Acessado em: Mar. de 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007.

MARTINS, H.T.; ROCHA.R.O. **Crack, crime e violência no Recôncavo da Bahia**. I Semana de Luta Antimanicomial de Santo Antônio de Jesus - Ba, 2011. www.sbsociologia.com.br. Acesso em: Set. de 2013.

MENDES, J. A; MARTINS, H. T. **Política de drogas no Brasil e as novas ameaças**. *Le Monde Diplomatique Brasil*, 2013. Disponível em: <[http\\ www. Diplomatique.org.br](http://www.Diplomatique.org.br)>. Acessado em: Out. de 2013.

MINAYO M.C.S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2005. p.19-51.

_____. Trabalho de Campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In: **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; Minayo, M. C.S (Organizadora). 28. ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, J. B.; KERR-CORRÊA, F. Os aspectos socioculturais do uso de crack, álcool e drogas. In: **Capacitação para comunidades terapêuticas - conhecer para cuidar**: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Org. Florence Kerr-Corrêa, Vitore André Zilio Maximiano-Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

OLIVEIRA, R.P. **Violência relacionada ao trabalho**: Signos, significados e práticas entre trabalhadores da construção civil, 2008. 131 p. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Salvador. 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br> Acesso em: Maio de 2014.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. CID-10a** rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.2.

PAIXÃO, A. L. Problemas sociais, políticas públicas: O caso do tóxico. In: **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de risco. Alba Zaluar (org.) São Paulo: Brasiliense, 1999.

PUC – RIO. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - Certificação Digital Nº 0310189\CB. **A história do consumo de drogas e do tratamento dos usuários destas substâncias**, s.d. Disponível em: www.maxwell.vrac.puc-rio.br/7684/7684_4.PDF. Acesso em: Jan. de 2013. Acesso em Mai. de 2013.

REBOLI, K. G.; KRÜGER, T. R. **Participação e saúde mental**: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Congresso catarinense de assistentes sociais, Florianópolis, Santa Catarina 2013. Disponível em: cress-sc.org.br. Acesso em: Dez. de 2014.

RENILA. Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. **Carta à Comissão Tripartite (CIT)**, 2011. Disponível em: <http://osm.org.br/osm/a-comissao-intergestora-tripartite-cit/>. Acessado em: Mar. de 2013.

ROSA, E. S. A saúde mental na rede pública: impasses e desafios enfrentados pelo CAPS no percurso pela desinstitucionalização. In: BOCK, A. M. Bahia (org.). **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, J. L.G. **Política de Saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil**: A prática no CAPS AD em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Dissertação (Mestrado), Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, 2009. Disponível em: <http://tede.ucsal.br/tde>. Acessado em Jun. de 2013.

SERRAT, S.M. **Comunidades terapêuticas**: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos, 2002. Entrevista [on-line]. Disponível em: <http://www.comciencia.br>. Acesso em: Mar. de 2013.

SILVA, A.F.L.M. **Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais**, 2011. Jus navigandi. [on-line]. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551/historico-das-drogas-na-legislacao-brasileira-e-nas-convencoes-internacionais>>. Acessado em: Jan. de 2015.

SILVA, R. F. Reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica a partir da vivência Cândido Ferreira. In: MERHY, E. E. ; AMARAL, H. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. 01 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007, p. 19-25.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acessado em: Dez. de 2014.

VASCONCELOS, E.M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. et al. **Saúde Mental e Serviço Social o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIA, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (CTL)

Eu,....., *de*
nacionalidade, *idade*, *estado*
civil, *RG*, *profissão*
....., *endereço* *residencial*
....., estou sendo
convidado (a) a participar de um estudo denominado: Qual é o lugar das comunidades
terapêuticas (CTs) no cenário das políticas para o uso e abuso de drogas no Brasil? Estudo
que tem como objetivo caracterizar e fazer um levantamento do número das Comunidades
Terapêuticas para usuários drogas de Santo Antônio de Jesus-Ba.

Fui informado (a) de que a minha colaboração na pesquisa consistirá na participação
em entrevistas e prestação de outras informações pontuais que possam vir esclarecer algo
sobre o estudo.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer
outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.
Também fui informado (a) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu
consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de por desejar sair da pesquisa,
não sofrerei qualquer prejuízo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por
métodos alternativos, que são: liberdade de escolha de datas, horários e local para a realização
da coleta de dados.

A pesquisadora envolvida com o referido estudo se chama Deraci Souza Dos Santos, vinculadas à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e com ela poderei manter contato pelo telefone e/ou e-mail informado abaixo.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Tendo sido orientado quanto ao teor do que foi aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação, por não haver nenhum tipo de despesa gerada neste processo. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Santo Antônio de Jesus-BA ____/____/____

Assinatura do Participante ou Responsável Legal

Deraci Souza Dos Santos (pesquisadora responsável)

Tel.: 75 8809-5520/ 75 9853-1616

E-mail: derapsi@hotmail.com

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para o mapeamento e caracterização de comunidades terapêuticas (CTS)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIA, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL**

MESTRADO PROFISSIONAL

**QUESTIONÁRIO PARA MAPEAMENTO E CARACTERIZAÇÃO DE
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CTS)**

PARTE 1 - INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS

Nome da instituição: _____

Nome do dirigente da instituição: _____

Endereço da instituição: _____

Município: _____

UF: _____ CEP: _____

Informações complementares

*** Preencha obrigatoriamente estes campos.**

* CNPJ: _____ [] Não há registro

Telefone: _____

Fax da instituição: _____

E-mail da instituição: _____

E-mail do dirigente: _____

Página da instituição na internet: _____

Adaptado do questionário ampliado da pesquisa: Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

PARTE 2 - PERFIL DO DIRIGENTE DA INSTITUIÇÃO

01. Idade do (a) dirigente: _____ anos. Considere os anos já completos.

02. Sexo do (a) dirigente:

Feminino Masculino

03. Escolaridade do (a) dirigente:

Esta questão admite apenas uma resposta. Considere sempre o último curso concluído. Os cursos de pós-graduação incluem programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, de aperfeiçoamento e cursos designados como MBA (Máster Business Administration) ou equivalentes.

Ensino fundamental (1º grau) incompleto

Ensino fundamental (1º grau) completo

Ensino médio (2º grau) incompleto

Ensino médio (2º grau) completo

Ensino superior incompleto

Ensino superior completo. Curso: _____

Pós-graduação Especifique a área _____

Não sabe ler

Não sabe escrever

Não sabe ler e escrever

04 . Há quanto tempo o (a) dirigente exerce essa função?

Se o (a) dirigente já ocupou esse cargo antes, ficou afastado (a) por um tempo, e depois voltou, considere apenas o último período.

_____ ano (s) e _____ meses.

05. Qual a formação e a profissão do (a) dirigente? _____

06. O (a) dirigente recebe alguma remuneração pelo serviço prestado na instituição?

Sim Não

07. O (a) dirigente exerce alguma atividade profissional remunerada fora da instituição?

Sim Não

Se sim, especificar: _____

08. Quantas horas por semana o (a) dirigente se dedica à instituição?

Preencha o espaço com o número inteiro de horas. Se este número não for fixo, coloque um valor aproximado.

_____ horas semanais

09. O que levou o (a) dirigente a trabalhar na instituição?

Esta questão admite apenas uma resposta. Para responder, considere as informações abaixo:

- **Motivação pessoal:** vivência pessoal ou familiar em situações relacionadas ao consumo e a dependência de álcool e outras drogas.
- **Motivação religiosa:** por crença ou determinação religiosa; porque a instituição está vinculada a uma entidade religiosa.
- **Motivação humanitária:** por solidariedade aos seus semelhantes; por estar sensibilizado com os problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas; por acreditar que todos são responsáveis pela resolução dos problemas sociais; por vontade de ajudar os que precisam.
- **Motivação profissional:** profissional de nível superior em busca de aprofundamento e experiência na sua área de atuação.
- **Designação profissional alheia à sua vontade:** por cumprimento de suas obrigações como funcionário público, empregado de empresa ou de outra organização designado para a função por determinação superior.
- **Solicitação/convite de amigos/conhecidos** que ofereceram ou pediram sua participação no trabalho da instituição.

- Motivação pessoal
- Motivação religiosa
- Motivação humanitária
- Motivação profissional
- Designação profissional alheia à sua escolha
- Solicitação/convite de amigos/conhecidos
- Outra motivação – Especificar: _____

10. O dirigente participa ou já participou de algum conselho abaixo relacionado?

Esta questão admite mais de uma resposta.

- Conselho Municipal de Políticas sobre drogas
- Conselho Estadual de Políticas sobre drogas
- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
- Conselho Municipal de Saúde
- Conselho Estadual de Saúde
- Conselho Tutelar
- Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente
- Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
- Conselho Municipal de Assistência Social
- Conselho Estadual de Assistência Social
- Conselho Municipal de Educação
- Conselho Estadual de Educação
- Conselho Comunitário de Segurança
- Nunca participou de conselhos
- Outro (s) Conselho (s) - Especificar: _____

PARTE 3 - PERFIL DA INSTITUIÇÃO

11. Qual é a natureza da instituição?

Esta questão admite apenas uma resposta.

Adaptado do questionário ampliado da pesquisa: Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

Governamental

- Pública Municipal
- Pública Estadual
- Pública Federal

Não governamental

- Com fins lucrativos
- Sem fins lucrativos

12. A instituição possui articulações com:

Esta questão admite mais de uma resposta. Assinale as instituições com as quais a instituição interage para o melhor desenvolvimento das suas atividades.

- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
- Ministério da Educação
- Ministério da Saúde
- Ministério da Justiça
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- Secretaria Estadual de Educação
- Secretaria Estadual de Saúde
- Secretaria Estadual de Assistência Social
- Secretaria Estadual de Justiça
- Secretaria Estadual de Segurança Pública
- Secretaria Municipal de Educação
- Secretaria Municipal de Saúde
- Secretaria Municipal de Assistência Social
- Universidades e/ou centros de ensino e pesquisa
- Conselhos de políticas sobre drogas
- Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente
- Conselho Tutelar
- Conselho Comunitário de Segurança

Adaptado do questionário ampliado da pesquisa: Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

Meios de comunicação (rádio, televisão, jornais, internet)

Associações comunitárias

Outra(s) – Especificar: _____

Não há articulação com outras instituições.

13. Qual é a abrangência das atividades da instituição?

Esta questão admite apenas uma resposta.

Abrange somente o bairro

Abrange todo o município ou cidade

Abrange todo o Estado

Abrange todo o país

Abrange outros países

Outra abrangência – Especificar: _____

14. Onde a instituição está localizada?

Esta questão admite apenas uma resposta.

Área urbana

Área rural

15. Qual é o sexo do público-alvo atendido pela instituição?

Esta questão admite apenas uma resposta.

Masculino

Feminino

Ambos os sexos

16. Qual a faixa etária do público-alvo atendido pela instituição?

Esta questão admite mais de uma resposta.

Crianças: até 11 anos de idade

Adolescentes: de 12 a 17 anos de idade

- Adultos jovens: 18 a 24 anos de idade
- Adultos: de 25 a 59 anos de idade
- Idosos: a partir de 60 anos de idade

17. Qual a capacidade de atendimento da instituição?

Nº de pessoas _____ pessoas atendidas.

- Não há registro da capacidade de atendimento da instituição.

18. Qual o meio de acesso do público-alvo à instituição?

Esta questão admite mais de uma resposta. Se a alternativa “Encaminhamentos de outras instituições” não for marcada, passe para a questão 20.

- Encaminhamentos de outras instituições
- Demanda do próprio usuário e/ou familiares diretamente à instituição
- Atividades realizadas pela instituição junto à comunidade
- Outro - Especificar: _____

19. Qual (is) a(s) procedência(s) dos encaminhamentos?

Esta questão admite mais de uma resposta.

- Conselhos de políticas sobre drogas
- Conselho Tutelar
- Outros Conselhos - Especificar: _____
- Ministério Público
- Polícia
- Justiça
- Rede Hospitalar
- Entidades Religiosas
- Familiares e/ou amigos dos usuários de drogas
- Outras instituições – Especificar: _____

20. Em seu município existe Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas?

Sim Não Não sei

21. A instituição está registrada no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas?

Sim Não

22. A instituição está registrada no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas?

Sim Não

PARTE 4 - RECURSOS FINANCEIROS**23. Quais são as fontes dos recursos financeiros da instituição?**

Esta questão admite mais de uma resposta, conforme a classificação abaixo:

- **Recursos públicos (Governo Brasileiro):** são aqueles provenientes de algum órgão governamental brasileiro, seja da esfera municipal (prefeituras, secretarias municipais, conselhos municipais, etc.), estadual (governo dos estados, secretarias estaduais, conselhos estaduais, etc.) ou federal (ministérios, conselhos federais, etc.);
- **Outras fontes de recursos:** refere-se a recursos privados provenientes de entidades que não pertencem ao governo, podendo ser empresas, organizações não governamentais, igrejas e pessoas físicas. Estão incluídos neste item as doações, os recursos provenientes da mantenedora (se houver) e os recursos provenientes de entidades estrangeiras inclusive de governos estrangeiros.
- **Geração de receita própria:** refere-se a recursos gerados pela própria instituição, seja pela contribuição de sócios ou usuários do serviço, pela prestação de serviços, como consultas, exames e internações, ou realização de eventos, como palestras e oficinas, além de produtos fabricados pela própria instituição.

Recursos públicos Recursos públicos federais

Governo Brasileiro Recursos públicos estaduais

- Recursos públicos municipais
- Recursos de mantenedoras
- Doações de pessoa física
- Doações de pessoa jurídica
- Repasses de Ongs brasileiras
- Repasses de Ongs internacionais
- Outras fontes de recursos
- Repasses de governos estrangeiros
- Repasses de agências internacionais (ONU, UNESCO, UNICEF, PNUD entre outros).

Outro – Especificar: _____

- Receitas provenientes de internações
- Receitas provenientes de consultas
- Receitas provenientes de outros serviços profissionais
- Geração de receita própria
- Receitas provenientes da realização de palestras e outros eventos
- Receitas provenientes da venda de produtos fabricados pela própria instituição
- Outra(s) receita(s) – Especificar: _____

24. Quais são os tipos de doações que a instituição recebe?

Esta questão admite mais de uma resposta.

- Doações em dinheiro
- Doações de alimentos
- Doações de medicamentos
- Doações de equipamentos de informática
- Doações de material de construção
- Doações de imóveis
- Doações de móveis e/ou utensílios
- Doações de vestuário
- Doações de roupas de cama, mesa e/ou banho

Adaptado do questionário ampliado da pesquisa: Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

Mão-de-obra para benfeitorias nas instalações físicas da instituição

Não recebe doações

Outras doações Especificar: _____

PARTE 5- TRATAMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

25. Os atendimentos prestados pela instituição decorrem de:

Esta questão admite mais de uma resposta.

Transtornos causados pelo uso/abuso/dependência de álcool

Transtornos causados pelo uso/abuso/dependência de tabaco

Transtornos causados pelo uso/abuso/dependência de outras drogas

Intoxicação aguda causada por qualquer substância psicoativa

Problemas psiquiátricos associados ao consumo de álcool e/ou outras drogas

Problemas clínicos associados ao consumo de álcool e/ou outras drogas

Outros – Especificar: _____

26. Quais são os requisitos exigidos pela instituição para a admissão do paciente?

Esta questão admite mais de uma resposta.

Indicação médica formal

Encaminhamento formal de profissionais de outras instituições (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros)

Autorização judicial

Concordância do paciente

Compromisso da família no acompanhamento do tratamento

Não há requisitos

Outros – Especificar: _____

PARTE 5- ATIVIDADES DE TRATAMENTO

27. Qual (is) a(s) abordagem (ns) terapêutica(s) utilizada(s) pela instituição no tratamento dos usuários?

Adaptado do questionário ampliado da pesquisa: Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

Esta questão admite mais de uma resposta.

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia em grupo
- Psicoterapia familiar
- Assistência médica clínica
- Assistência médica farmacológica
- Assistência médica psiquiátrica
- Método Minnssota – 12 passos
- Grupo de prevenção da recaída
- Aconselhamento motivacional
- Terapia ocupacional / oficinas terapêuticas
- Terapia comunitária
- Redução de danos
- Outras - Especificar: _____

28. Qual o período de tratamento previsto para o usuário na instituição?

Esta questão exige resposta numérica. Os espaços devem ser preenchidos de acordo com as categorias ano(s), mês(es) e dia(s). Exemplo: Se o período de tratamento é de 15 dias, a resposta será _____ anos _____ meses 15

_____ ano (s) _____ meses _____ dias

- Não há previsão para o tratamento

29. Quais são as atividades complementares de tratamento realizadas pela instituição?

- Esta questão admite mais de uma resposta.
- Acompanhamento social
- Acompanhamento familiar
- Grupo de autoajuda
- Grupo de apoio em geral

- Assistência religiosa
- Assistência jurídica
- Assistência previdenciária
- Realização de atividades físicas, esportivas, lazer e culturais
- Atividades agrícolas/jardinagem
- Atividades de artesanato
- Visita domiciliar

Outras – Especificar: _____

30. Após a conclusão do tratamento na instituição, são realizados encaminhamentos visando à reinserção social dos pacientes?

Se a resposta marcada for “Não”, passe para a questão 32.

- Sim Não

31. Quais são os encaminhamentos realizados visando à reinserção social?

Descreva como e pra onde são feitos os encaminhamentos dos pacientes atendidos pela instituição. _____

PARTE 4 - RECURSOS HUMANOS

32. Preencha o quadro abaixo com o número de profissionais que trabalham atualmente na instituição.

Esta questão exige respostas numéricas. Preencha o quadro informando a formação, quantidade de profissionais que trabalham na instituição e qual o seu vínculo: contratado pela instituição, provenientes de convênio/parceria ou voluntário. Na última coluna coloque o total de profissionais da área independentemente do seu vínculo.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista com profissional de saúde mental



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIA, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E
SEGURANÇA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

Roteiro de entrevista com profissional de saúde mental

- 1- O município tem algum tipo de dados sobre as Comunidades Terapêuticas (caso exista, fazer a identificação das CTs)? Sabe quantas comunidades terapêuticas atuam no município? Quantas atuam de forma regular?

- 2- O CAPS-ad atende residentes de comunidades terapêuticas? Existe no CAPS algum dispositivo, alguma forma de fazer essa identificação (se são residentes de comunidades terapêuticas)?

- 3- Há alguma relação, alguma forma de diálogo ou de atuação conjunta entre o CAPS e as Comunidades Terapêuticas?

Obrigada por participar desta pesquisa, sua colaboração é muito importante!

ANEXO

ANEXO - A - Lei Municipal 10.020/09



Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
Gabinete do Prefeito

LEI MUNICIPAL N.º 1020, DE 09 DE OUTUBRO DE 2009.

“Declara de Utilidade Pública Municipal a Associação Apocalipse, e dá outras providências”.

O PREFEITO MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS – ESTADO FEDERADO DA BAHIA, no uso de uma de suas atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e ele sanciona a seguinte LEI:

Art. 1º - Fica Declarada de Utilidade Pública Municipal a **Associação Apocalipse**, detentora do CNPJ/MF nº 10.268.387/0001-15, situada na Vila Bonfim, localidade Sítio das Pedras, em Santo Antonio de Jesus – BA, CEP: 44.571-000.

Art. 2º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas todas as disposições em contrário.

Publique-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Santo Antonio de Jesus, em 09 de outubro de 2009.

EUVALDO DE ALMEIDA ROSA
Prefeito Municipal