



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

SARAH LIMA VERDE DA SILVA

**ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE
CAUCAIA/CE DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS**

FORTALEZA- CEARÁ
2016

SARAH LIMA VERDE DA SILVA

ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE
CAUCAIA/CE DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento de Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas.

Orientador: Prof.^o Dr. Francisco Horácio da Silva Frota.

FORTALEZA- CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silva, Sarah Lima Verde da.

Análise do funcionamento das comunidades terapêuticas de Caucaia/Ce de acordo com a política nacional sobre drogas [recurso eletrônico] / Sarah Lima Verde da Silva. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 117 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota.

1. Drogas. 2. Dependência química. 3. Comunidades Terapêuticas. I. Título.

SARAH LIMA VERDE DA SILVA

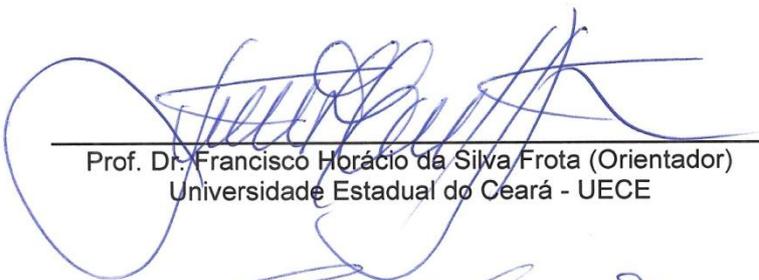
ANÁLISE DO FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE
CAUCAIA/CE DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

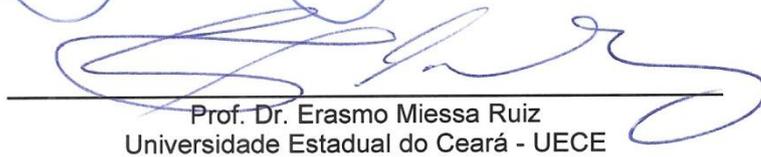
Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 19/09/2016

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco Horácio da Silva Frota (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. José Erivan Bezerra de Oliveira
Ministério da Justiça – MJ

Àqueles que fazem pulsar em mim o sentimento mais profundo de fé, amor e perseverança: Nubia Lima Verde (mãe), José Venâncio (pai), Julia Lima Verde (filha) e Léo Araújo (esposos).

AGRADECIMENTOS

À Deus sempre, por todas as bênçãos que me concede nesta vida.

À minha família, o núcleo mais próximo a quem devo destacar a imprescindibilidade dos meus pais, grandes protagonistas dessa conquista, que sempre me incentivaram e nunca mediram esforços para me garantir um ensino de qualidade.

Ao meu amado esposo que me traz tantas alegrias e motivações aos dias cansativos de dupla jornada de trabalho e produções científicas. Sem você teria sido impossível!

A razão do meu viver, minha linda flor Julia, que foi gerada e nasceu no decorrer do mestrado e hoje tornou-se minha grande inspiração na vida.

Aos queridos amigos que me apoiaram e me deram força para iniciar essa nova formação. Samuel e Silvana Andrade, Eniziê Paiva, Aline Mesquita e Helder de Padua vocês foram essenciais nessa jornada.

Às companheiras Assistentes Sociais do mestrado, Raquel Mourão, Rosane Castelo, Isabel Valente e Patricia Studart a companhia de vocês tornaram mais leve e agradável árdua e cansativa função de estudante trabalhador.

Ao Prof. Dr. Horácio Frota e a Prof.^a Dr.^a Andrea Luz pela orientação e confiança, bem como aos membros da banca, Dr. Erasmo Miessa e “Zerivan” pelas observações, questionamentos e críticas. Por vocês que contribuem para minha formação desde a graduação, minha gratidão.

Aos vários colegas de trabalho, de CAPS e FATENE pelas trocas de experiências e conhecimentos que contribuíram muito para meu crescimento profissional e pessoal.

Àqueles que sofrem com a dependência química, vocês me inspiram a buscar estratégias de superação e ser uma profissional melhor. Por vocês este trabalho foi absolutamente relevante.

“Aquilo que nos fere é aquilo que nos cura. A vida tem sido muito dura comigo, mas ao mesmo tempo tem me ensinado muita coisa”

(Caio Fernando Abreu)

RESUMO

O uso de drogas é intrínseco a história da humanidade. Dentre as possibilidades de intervenção junto a pessoas que desenvolvem a dependência química encontra-se as interações em Comunidades Terapêuticas. Estes equipamentos, inspirados no modelo americano chegaram ao Brasil em um momento histórico propício à sua expansão, caracterizado por uma visão social clara de criminalização do uso e ausência de uma política pública específica sobre drogas. Nesse contexto, esse modelo de intervenção passou a ter grande representação nacional. Diante dos poucos estudos sobre essa temática, objetivou analisar o funcionamento das comunidades terapêuticas do município de Caucaia a partir do que institui a política sobre drogas no Brasil. Também almejou alcançar os respectivos objetivos específicos: conhecer a organização do serviço e o processo assistencial; identificar nos discursos dos usuários e profissionais do serviço elementos indicativos da assistência recebida e discutir os achados na perspectiva dos documentos oficiais que orientam o funcionamento das instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com dependência de substâncias. Para atingir os objetivos, foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo. A coleta de dados foi realizada através das técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada com residentes e profissionais das Comunidades Terapêuticas de Caucaia. Os resultados obtidos apontam que as Comunidades Terapêuticas funcionam parcialmente em relação aos disposições legais que versam sobre o tema. Diversas irregularidades foram identificadas como a admissão involuntária de pessoas, cárcere privado, exploração do trabalho, restrição dos meios de comunicações disponíveis e do acesso aos familiares, discriminação e preconceitos em relação a religiosidade, dentre outros. Ainda assim, a oferta desse modelo de tratamento corresponde as expectativas dos residentes que estão inseridos em um cenário histórico político que legitima práticas coercitivas, punitivas e segregadoras de tratamento, pensamentos que se fortalecem e se legitima diante de uma Rede de Atenção Psicossocial fragilizada e uma Política Nacional sobre drogas permeada de contradições.

Palavras- Chave: Drogas. Dependência Química. Comunidades Terapêuticas.

ABSTRACT

The use of drugs is intrinsic to the history of mankind. Among the possibilities of intervention with people who develop addiction is the hospitalizations in Therapeutic Communities. These devices, inspired by the American model, arrived in Brazil at a historical moment conducive to its expansion, characterized by a clear social vision of criminalization of the use and absence of a specific public policy on drugs. In this context, this model of intervention came to have great national representation. In view of the few studies on this subject, the objective was to analyze the functioning of the therapeutic communities in the municipality of Caucaia, based on what instituted drug policy in Brazil. It also sought to achieve its specific objectives: to know the organization of the service and the assistance process; Identify in the speeches of users and professionals of the service elements indicative of the assistance received and discuss the findings from the perspective of official documents that guide the functioning of institutions that provide care services to people with substance dependence. To reach the objectives, an exploratory and descriptive research was carried out. Data collection was performed through participant observation techniques and semi-structured interviews with residents and professionals from the Caucaia Therapeutic Communities. The results obtained indicate that the Therapeutic Communities work partially in relation to the legal provisions that deal with the subject. Various irregularities have been identified as involuntary admission of persons, private jail, exploitation of work, restriction of available means of communication and access to family members, discrimination and prejudices in relation to religiosity, among others. Even so, the offer of this model of treatment corresponds to the expectations of the residents who are inserted in a political historical scenario that legitimizes coercive, punitive and segregating practices of treatment, thoughts that are strengthened and legitimized before a fragile Psychosocial Attention Network and a National policy on drugs permeated by contradictions.

Keywords: Drugs. Chemical Dependency. Therapeutic Communities.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização das comunidades terapêuticas segundo tempo de fundação, localização, mudança de endereço, natureza administrativa, regularidade em relação as normas sanitárias e convênio público.....	68
Tabela 2-	Caracterização das comunidades terapêuticas segundo público alvo, acesso aos serviços ofertados, tipo de admissão, valor da mensalidade, tempo estimado de internação e capacidade de acomodação.....	70
Tabela 3-	Caracterização das comunidades terapêuticas segundo formação do responsável, equipe de trabalho, visita familiar na instituição e atividades desenvolvidas rotineiramente.....	72
Tabela 4-	Caracterização dos usuários das comunidades terapêuticas segundo idade, estado civil, escolaridade e profissão/ocupação....	77
Tabela 5-	Caracterização dos usuários das comunidades terapêuticas segundo tempo de tratamento, início do uso de drogas, drogas utilizadas, realização de tratamento anterior.....	78
Tabela 6-	Caracterização dos profissionais atuantes nas Comunidades Terapêuticas.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A.A	Alcoólicos Anônimos
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AESPD	Assessoria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas
AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEAPD	Célula de Programas e Ações Temáticas de Políticas sobre Drogas
CEBES	Centro de Estudos Brasileiros em Saúde
CEPOD	Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas
CESPD	Centro Especial de Políticas Públicas sobre Drogas
CID	Código Internacional de Doenças
CIPC	Centro Internacional de Prevenção ao Crime
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAP	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CPAD	Centro de Estudos e Pesquisa em Álcool e Drogas
CRD	Centro de Referência sobre Drogas
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
CRF	Conselho Federal de Psicologia
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
COMPOD	Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CT	Comunidade(s) Terapêutica(s)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais
FNDH	Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos
FUNAD	Fundo Nacional antidrogas
GREa	Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e drogas

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDT	Instituto de Drogas e Toxicodependência
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NAPS	Núcleo de atenção psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional antidrogas
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SISED	Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substâncias Psicoativas
SPD	Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e outras drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	DROGAS E SUAS MULTIPLAS FACETAS.....	16
1.2	O USO DE DROGAS NO CENÁRIO BRASILEIRO.....	23
2	PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	29
2.1	TIPO DE ESTUDO.....	29
2.2	AMBIENTE DO ESTUDO.....	29
2.3	PARTICIPANTES.....	30
2.4	COLETA DE DADOS.....	31
2.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
2.6	2.6 FUNDAMENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
2.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	36
3	AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: AVANÇO OU RETROCESSO?..	34
4	POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL.....	51
4.1	O CEARÁ NO ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO DAS DROGAS.....	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
5.1	CENÁRIO DE ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	68
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	76
5.3	SEMELHANÇAS METODOLÓGICAS NO TRATAMENTO OFERTADO PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	84
5.4	VIVÊNCIA DOS RESIDENTES EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA E REPERCUSSÕES NO MODO DE VIDA.....	91
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
	REFERÊNCIAS.....	101
	APÊNDICES.....	107

1 INTRODUÇÃO

A estratégia de transcendência por meio do uso de drogas é uma prática inegável que acompanha a história da humanidade, todavia o trajeto histórico circunscrito nos últimos anos revela diversos problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas que se integra ao cenário sócio-político de maneira determinante e indissociável.

Nesse sentido será feito uma contextualização ao longo do presente estudo da questão das drogas, do seu uso, das formas de tratamento, da política que se construiu no Brasil, das influências, dos impactos, dos desafios e avanços dessa complexa temática. O intuito é de superar as pseudoconcretidades tão comuns na organização da sociedade capitalista que nos conduzem manipuladoramente a fazermos conclusões precipitadas e superficiais sobre uma realidade extremamente contraditória.

Esse percurso será basilar para o alcance do objetivo geral da pesquisa que pretende analisar o funcionamento das comunidades terapêuticas do município de Caucaia a partir do que institui a política sobre drogas no Brasil. Também almeja-se alcançar os respectivos objetivos específicos: conhecer a organização do serviço e o processo assistencial; identificar nos discursos dos usuários e profissionais do serviço elementos indicativos da assistência recebida e discutir os achados na perspectiva dos documentos oficiais que orientam o funcionamento das instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com dependência de drogas.

Dessa maneira, o estudo vai ser centrado no seguinte questionamento: as comunidades terapêuticas funcionam conforme a legislação que versa sobre o tema?

Defende-se a seguinte hipótese: esses serviços não cumprem totalmente com a legislação, porém correspondem as expectativas de alguns usuários, familiares e lideranças políticas e religiosas.

O interesse pelo tema, bem como as suposições sobre as questões descritas acima são decorrentes de uma aproximação teórico, prática e reflexiva dada por um processo de identificação com tema e que vem sendo aprimorado desde a graduação em Serviço Social. Durante esse período, me foram dadas oportunidades de atuar em distintos espaços sócio-ocupacionais que se caracterizavam por abordagens e concepções diferentes acerca do uso de drogas,

os quais enriqueceram meu olhar e despertaram para uma análise mais crítica da realidade vivida.

Parte-se do pressuposto que os resultados desta pesquisa podem fomentar posicionamentos profissionais, políticos e facilitar a atual discussão sobre o financiamento público de comunidades terapêuticas, uma vez que temos uma recente inclusão deste equipamento na rede de atenção psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS e Sistema Único de Assistência Social- SUAS que tem se desenhado na dualidade, no confronto de ideais e princípios.

Sob a prerrogativa da necessidade de interligar as entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa com a rede de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social, a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 definiu as comunidades terapêuticas como um ponto de atenção em regime residencial que se destinada a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Todavia a Associação Brasileira de Saúde Mental- ABRASME, que é uma defensora da Participação Popular nas Políticas Públicas, inclusive luta pela realização das Conferências de Saúde tem se posicionado a favor do Cumprimento das Resoluções da 14ª Conferência Nacional de Saúde e IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial é claramente contra a inclusão e o financiamento público de comunidades terapêuticas.

Diante da condução do Governo, a ABRASME afirma que o objetivo do Estado tem sido o aprofundamento da presença das Comunidades Terapêuticas nas redes SUS e SUAS para conseqüentemente adquirir um maior financiamento público para sua ampliação e fortalecimento.

O tempo mostra que a saúde pública brasileira não vem se ocupando devidamente com o problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de drogas. Isso produziu historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando a questão das drogas para instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas, etc. A complexidade do problema contribuiu para relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o Brasil de alternativas de atenção baseadas

em práticas predominantemente psiquiátricas ou médica, ou ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo, a abstinência (BRASIL, 2005).

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde- OMS, pelo menos 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de modo prejudicial substâncias psicoativas, independente de sexo, idade, nível escolar e poder aquisitivo (OMS, 2001).

Para fundamentar a produção desse trabalho, cabe destacar alguns autores que debruçam seus estudos e pesquisas na área da dependência química com destaque para: Ronaldo Laranjeira, Paulo Artur Malvasi, Eduardo Kalina, Laura Fracasso, George De Leon, Selma Costa, Carlini, entre outros. Cabe destacar também a importância dos documentos oficiais e de instituições como ABRASME.

A sequência deste estudo foi organizada na seguinte ordem: uma vez feita uma introdução ao tema do trabalho, segue a apresentação do percurso metodológico que será utilizado.

Depois o capítulo 1 que apresenta um aprofundamento teórico sobre o surgimento das Comunidades Terapêuticas, refletindo suas bases ideológicas internacionais e influências no Brasil. Também julgou-se importante discutir a legislação específica que dispõe sobre esse equipamento e os entraves evidenciados em seu processo de crescimento e legitimação.

O segundo capítulo pretende fazer uma análise histórica sobre a construção da Política Nacional sobre Drogas até os dias atuais, abordando os principais aspectos da legislação brasileira, avanços e impasses e os programas de governo atual tanto federal como estadual.

Em seguida serão apresentados os resultados da pesquisa exibindo os dados coletados na pesquisa de campo com suas respectivas discussões e por fim serão feitas as considerações finais com conclusões extraídas das etapas bibliográfica, documental e de campo da pesquisa, ao mesmo tempo em que se verificarão se objetivos geral e específicos foram parcial ou plenamente atendidos e se fará algumas recomendações e sugestões que se julgue necessárias.

1.1 DROGAS E SUAS MULTIPLAS FACETAS

A priori se julga necessário apresentar qual o conceito ou mesmo as definições de droga com o intuito de melhor esclarecer a problemática ora apresentada neste estudo, que dispensa reducionismos em decorrência da complexidade que revela.

Não existe um discurso único na literatura acerca da origem das drogas. Alarcon (2012) discorre sobre um significado do termo proveniente do holandês medieval droog, no sentido de seco, uma vez que na época das grandes navegações, nas disputas entre os europeus, com eventual vantagem para os holandeses, no monopólio das especiarias, entre elas as chamadas “folhas secas”.

O conceito de droga é historicamente polissêmico, tendo sido utilizado tanto para aquilo que se ingere como alimento quanto para o que se ingere sem ser alimento. Na era das ciências positivas, passou a ser associado as substâncias utilizadas em farmácia e com ação farmacológica, capazes de alterar funções quando introduzidas no organismo (ALARCON, 2012)

Ainda nessa perspectiva, é importante resgatar uma definição da era clássica, baseada na ideia grega de pharmakon, da qual deriva o termo farmácia em português, que expressava tanto remédio quanto veneno ao mesmo tempo, ou seja, algo que poderia ser utilizado positiva ou negativamente, a depender do contexto apresentado. Isso equivale a dizer que em si mesmas não são nem boas nem más (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014, p. 2014)

Por fim, a Organização Mundial de Saúde- OMS, tem utilizado como referência conceitual de droga qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento (OMS, 1993). Essa compreensão tem sido adotada majoritariamente nos equipamentos de saúde e entre os profissionais de todo o mundo.

Uma vez que se estabelece esse breve panorama histórico, pode-se constatar que até a atual concepção popular de droga, associado a substâncias ilícitas, de um modo geral de cunho negativo, vinculado preconceituosamente a marginalidade e transgressão, se revela um percurso permeado de contradições, impasses e diferenças que isentas do aspecto sócio-cultural e temporal não são possíveis de manejo algum.

Nesse sentido é fundamental na busca de produção teórica sobre o tema, se despir de preconceitos e julgamentos de caráter moralista, dispensando o devido valor as questões teóricas e práticas que envolvem o assunto.

No que concerne ao uso de drogas é imprescindível discorrer que sua utilização ocorre, desde a pré-história, sempre existiu em todas as culturas humanas. Há inclusive estudos que mostram que outras formas de alteração da percepção e do comportamento não são exclusividade das sociedades humanas, pois diferentes animais ingerem, de forma proposital, frutos e raízes que alteram seus comportamentos (Jonas; Jonas, 1980 apud NIDA, 1980).

Há mais de dois mil anos, o templo de Elêusis, na antiga Grécia, era o centro espiritual e místico mais importante da cultura helenística. Nele celebravam-se os mistérios dedicados aos deuses. O termo mistério significa coisa secreta, e o pouco que se sabe a respeito dos mistérios de Elêusis se refere, em especial, ao uso das chamadas “plantas mágicas”. Além do ópio, vários psicoativos eram consumidos nos ritos de iniciação que banharam em êxtase toda a espiritualidade do mundo clássico (ALARCON, 2012).

Conforme a literatura, as drogas já eram utilizadas em cerimônias e rituais na Antiguidade para se obter prazer, diversão e experiências místicas. Entre os índios, o álcool era usado em rituais sagrados ou festividades sociais. Os egípcios, gregos e romanos, além do álcool, também costumavam usar o ópio para fins religiosos e recreativos, bem como para o tratamento de doenças, como meio para amenizar a dor. Os médicos romanos e árabes, e séculos mais tarde os ingleses, utilizavam amplamente a tintura de ópio para tratar enfermidades e como tranquilizantes. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios no México, que em ritos usavam para induzir alucinações (BUCHER, 1992)

A cocaína também foi uma substância que no século XVI começou a circular na Europa com poderes anestésicos e estimulantes, mas antes já era muito consumida na forma de coca pelas populações nativas da região andina na América do Sul (ALARCON, 2012).

O uso de drogas no contexto acima mencionado não configurava um problema social, pois vinculava-se a rituais, costumes e aos valores coletivos da época. Não existia estudos e preocupações com os efeitos alcançados pelo uso de drogas. Registros mostram que enquanto risco à ordem social constituída, as drogas

foram alvo de intervenção somente durante o período da caça aos heréditos e às bruxas (ESCOHOTADO, 1986).

Um homem em cada cinco, ou seja, mais de um bilhão de pessoas, requisita na droga algo diverso daquilo a que está acostumado a ver e pensar. À exceção dos alimentos, não existem sobre a terra substâncias que tenham estado tão intimamente ligadas à vida dos povos, como as substâncias que modifiquem a percepção humana (BAPTISTA, 2003, p. 26).

Foi somente no final do século XIX e início do século XX, com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização e a implantação de uma nova ordem médica, que o uso e abuso de vários tipos de drogas passaram a ser problematizados. Assim, seu controle passou da esfera religiosa para a biomedicina, inicialmente nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente (MACRAE, 2007).

É necessário deixar claro que as drogas não são apenas substâncias, coisas ou objetos prejudiciais ou inócuos biologicamente. Como tudo que afeta e diz respeito ao ser humano, também configuram- muito fortemente- uma construção social que se realiza na dialética dos interesses econômicos e dos aparatos político-jurídicos e ideológicos que constituem a dinâmica da sociedade.

A especificidade do capitalismo em sua era pós-moderna, que confere centralidade ao mercado e ao consumo, substituindo a relevância anterior da ética da fábrica e do trabalho, os dois últimos constituindo pilares importantes tanto na produção da riqueza como das chamadas consciências, na chamada era industrial. O mercado das drogas possui as características mais avançadas do capitalismo atual: faz parte do circuito global; é multiescalar, contemplando as redes internacionais de produção e comercialização e, ao mesmo tempo, um pontinho numa favela do Rio de Janeiro; tem uma organização complexa que envolve diversas atividades e os mais diversos autores de forma ágil e flexível, incorporando sofisticadas estratégias de acumulação de riqueza (BAPTISTA, 2003, PAG 54).

O que hoje então se (im)põe como um grande desafio para as políticas públicas no mundo (as drogas), também tem conexão direta com essa perspectiva das ciências sociais, que compreende o ser humano em sua diversidade e constrói um contraponto às visões dominantes, apresentadas de maneira tão reducionistas pela indústria midiática e sustentada por tantas políticas de governo.

A demonização das drogas presente no discurso dominante desconsidera o fato de que o uso de fármacos é amplamente estimulado pela medicina e pela indústria de medicamentos. Isso ocorre porque no imaginário contemporâneo construiu uma distinção entre certas drogas que fazem bem, aquelas prescritas pela terapêutica médica, e as que fazem mal, proibidas em lei, com base, sobretudo, em argumentos da área da saúde que justificam a proibição. Tal distinção e a criminalização de algumas substâncias ocorridas no transcorrer do século XX engendra o fenômeno da “guerra às drogas” (MALVASI; ADORNO, 2011. P. 199).

Apenas no século XIX passou a se diferenciar as substâncias utilizadas pela medicina daquelas presentes em práticas de cuidado cotidiano-por vezes associadas a inutilidade e vistas como suspeitas. Essa última, passou a se constituir como plano de eliminação tendo como respaldo o poder do saber médico (MALVASI; ADORNO, 2011).

As ciências sociais e humanas trazem uma reflexão no tocante ao incremento espetacular de novos fármacos que seriam utilizados pela medicina no século XX, cujo processo ocorre simultaneamente ao da proibição e à repressão de algumas substâncias. Desse modo, a medicina passa a ter cada vez mais controle sobre as populações, marcando assim uma sociedade capitalista orientada para controlar corpos humanos como elementos básicos da força produtiva (MALVASI; ADORNO, 2011).

Desde o advento do capitalismo, a medicalização da vida vem acompanhada de crescentes normatizações daquilo que o saber médico permite e o que ele proíbe para os seres humanos. A questão das drogas se refere a uma realidade biopolítica enquadrada por uma grade econômica (MALVASI; ADORNO, 2011, p.197)

Desse modo, evidencia-se uma vertente díspar, ou melhor, um espectro, dentre tantos possíveis diante deste assunto implexo, que tende, reiterando mais uma vez, a ser anunciado numa perspectiva positivista, como causa/efeito da violência enfrentada pelo Brasil. Como agravante, há também, incutida de forma aterrorizante durante os horários outrora tido como sagrados, nos programas policiais de caráter sensacionalista, uma expressão da questão social que tende a promover medo, passividade e paralisia diante do uso de drogas.

Atualmente, a postura social frente ao uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas é marcada pela contradição do lícito e ilícito, bem como pela diversidade de opiniões a respeito de danos, benefícios, prazer e desprazer. Os meios de comunicação acompanham essas contradições. Ao mesmo tempo em que veicula informações sobre “os riscos da drogas” também difunde propagandas que estimula sua utilização. Nesse contexto, as drogas passam a ser encaradas de forma tão distintas na opinião pública, o que gera posturas extremamente incoerentes sob a ótica da saúde (BRASIL, 2013, p. 48)

Em tempo, exposto o significado sócio-histórico do termo droga e como das formas de utilização ao longo do tempo, é importante elucidar a diferença entre

uso, abuso e dependência química, com o intuito de não simplificar questões tão abstrusas e facilitar um paradigma que não aglomere todos, sem respeitar as devidas particularidades e mediações.

Conforme Foucault, os diagnósticos, antes de falarem sobre uma “verdade” dos sujeitos, acaba por enquadrá-los nas categorias que pretendem cuidar. Continua-se estabelecendo conexões externas à realidade dos sujeitos, sem compreendê-los a partir das lógicas que criam para sua própria existência (MALVASI; ADORNO, 2011, p. 200).

De modo algum o efeito, os padrões de uso e as consequências das drogas pode se limitar às propriedades destas em si ou ao seu quantitativo, como tantos autores tentam resumir, mas deve estar vinculado ao contexto social, econômico, psicológico, etc. Para dimensionar os atuais sistemas classificatórios é preciso ter ciência que o conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluíram e muito se basearam na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo.

Os aspectos relacionados à saúde só foram mais estudados e discutidos nos últimos dois séculos, predominando, antes disso, visões preconceituosas dos usuários, vistos muitas vezes como “possuídos por forças do mal”, portadores de graves falhas de caráter ou totalmente desprovidos de “força de vontade” para não sucumbirem ao “vício” (BRASIL, 2013, p. 45)

Entre tantas classificações acerca das drogas, julgou-se significativo apresentar algumas mais utilizadas e adotadas pelos estudiosos e profissionais da área. A começar, entende-se por uso de drogas como a autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa. Abuso, como sendo um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais ao usuário e por fim dependência que é instituído por um padrão mal adaptativo de uso, que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado em consonância com a Classificação Internacional de Doenças- CID e/ou pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM. Vale ressaltar o Brasil adotou o CID-10 como padrão de classificação diagnóstica (BRASIL, 2013b).

Já que o uso abusivo, também denominado uso nocivo ou abusivo é por vezes confundido com a dependência, julgou-se relevante aprofundar aquilo que no modelo biomédico, o último Código Internacional de Doenças (CID 10) pondera

como critérios para diagnóstico de abuso e dependência de drogas, que segue abaixo:

Uso nocivo: evidência clara de dano físico, psicológico, capacidade de julgamento comprometida, disfunção de comportamento, persistência no padrão do uso.

Dependência: forte desejo ou compulsão, incapacidade de controlar o uso equilibrado, estado fisiológico de abstinência, evidência de tolerância aos efeitos, preocupação com o uso e uso persistente a despeito dos prejuízos decorrentes do uso.

Seibel e Toscano (2001) falam que a dependência pode ocorrer quando o uso de alguma substância psicoativa é abusivo, podendo ainda estar associada a alterações neurológicas ou psiquiátricas, já que a maioria das substâncias provocam alterações neuropsicológicas funcionais na vigência do uso.

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em conjunto com a Associação Médica Brasileira-CREMESP/AMB (2003), a dependência é “uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicoativa”, sendo vista como uma síndrome, determinada a partir de diversos fatores de risco, aparecendo em cada indivíduo de maneira distinta.

Outras formas de classificação das drogas igualmente usuais tratam da ação exercida pelas drogas sobre a atividade mental, classificando-as como (BARROSO, 2006):

Depressoras - agem diminuindo a atividade mental, deprimindo o funcionamento do SNC. Essa depressão pode acontecer através da diminuição do estado de vigília (sonolência), da indução ao sono, da redução da atividade intelectual ou da redução da tensão emocional. As principais são: ansiolíticos, ópio e seus derivados, álcool e inalantes (colas, solventes, tintas).

Estimulantes - aumentam a atividade mental, estimulando o SNC, podendo causar graves distúrbios físicos e mentais. As principais são: crack, merla, nicotina, cafeína e anfetaminas.

Perturbadoras - alteram qualitativamente a atividade mental e induzem o usuário a uma distorção da realidade, causando estados de ilusão, confusão mental, alucinações, delírios, etc. As principais são: maconha e

o LSD.

Esta última forma de qualificação das drogas, muito utilizado, reduz o efeito das drogas a um processo bioquímico, que ocorre no sistema nervoso central, ignorando ou não contemplando os demais aspectos da vida do sujeito, como se o meio social, a situação emocional ou físico não interferissem nas consequências deste uso.

Em relação à origem, BARROSO (2006) também classificada as drogas em:

Naturais: certas plantas que contêm drogas psicoativas, sendo esta matéria prima usada diretamente como droga ou extraída e purificada, como os cogumelos e a trombeteira, consumidos sob forma de chá;

Semi-sintéticas: resultam de reações químicas realizadas em laboratórios nas drogas naturais. É o caso da cocaína, da maconha, do tabaco e do álcool.

Sintéticas: são produzidas, unicamente, por manipulações químicas em laboratório e não dependem, para sua confecção, de substâncias vegetais ou animais como matéria- prima, como o LSD, Ecstasy. Calmantes e barbitúricos ou remédios para dormir.

Mesmo diante do arsenal de informações disponíveis, inclusive com alguns pré- dispostos hereditários, o conhecimento humano ainda não permite saber, de antemão, quem vai tornar-se dependente de uma substância, porém existem linhas de pensamentos de que os dependentes de drogas têm dificuldades em sentir prazer e encontram nas drogas um alívio para o sofrimento que os atormenta emocionalmente.

Em consequência, vemo-nos obrigados a aceitar como necessário, dentro deste processo de robotização ou maquinização crescente, que os combustíveis especiais- ou seja, as drogas- resultam imprescindíveis para sobreviver (KALINA, 1999).

1.2 O USO DE DROGAS NO CENÁRIO BRASILEIRO

Apesar das drogas, direta ou indiretamente ser um assunto tão comentado atualmente, seja pela mídia ou nas conversas corriqueiras do dia a dia, no que tange aos estudos sobre a temática que notifiquem os dados epidemiológicos, os avanços parecem não caminhar na mesma velocidade de sua propagação.

A nível federal tem-se como referência estudos promovidos pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas- SENAD em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas- CEBRID, a Unidade de Pesquisa em Álcool e outras drogas- UNIAD, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS e o Grupo Interdisciplinar de Estudo de Álcool e Drogas- GREA, respectivamente em 2001 e 2005. Esses dados epidemiológicos discorrem sobre a prevalência do uso de álcool e outras drogas descritas no I e II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Substâncias Psicotrópicas no Brasil.

Este primeiro estudo foi desenvolvido inicialmente com pessoas de idade entre 12 e 65 anos, de ambos os sexos, em 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, totalizando uma amostra de 8.589 entrevistados. Já o II levantamento incluiu Palmas e contou com uma amostra de 7.939 entrevistados. Dentre os resultados obtidos, alguns merecem destaque, de acordo com a menção abaixo.

Pode-se apontar do I levantamento (2001) que 68,7% dos entrevistados já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida. Além disso, estimou-se que 11,2% da população brasileira apresentava dependência dessa substância, o que correspondia a 5.283.000 pessoas. Em relação ao uso de drogas na vida, a exceção do álcool e tabaco, 19% relataram já ter usado. O tabaco foi estimado com índice de 9% de dependentes e a maconha de 6,9%. A segunda droga com maior uso na vida, exceto tabaco e álcool foram os solventes com 5,8%. No tocante aos medicamentos usados sem receita médica, os benzodiazepínicos tiveram uso na vida de 3,3%. Quanto aos estimulantes, verificou-se uso na vida de 1,5%, para a cocaína constatou-se o percentual de 2,3% (CARLINI; LAUDRÓZ; NOTO, 2002).

Já o II levantamento (2005) trouxe índices mais altos. No que concerne a uso de bebida na vida, os dados encontrados foram de 74,6% que apontaram cerca

de 12,3% de dependentes do álcool. Estimou-se em relação ao uso de drogas na vida, a exceção do álcool e tabaco, 22,8% relataram já ter usado. O tabaco foi estimado com índice de 10,1% de dependentes e a maconha de 8,8%. A segunda droga com maior uso na vida, exceto tabaco e álcool foram os solventes com 6,1%. Já os medicamentos usados sem receita médica, os benzodiazepínicos tiveram uso na vida de 5,6%. Quanto aos estimulantes, verificou-se uso na vida de 3,2%, para a cocaína constatou-se o percentual de 2,9% (CARLINI *et al.*, 2006).

Ao comparar os dados encontrados nestes levantamentos brasileiros em relação a outros países se observa que o uso de drogas, a exceção do álcool e tabaco os números encontrados são bem inferiores aos encontrados nos Estados Unidos, por exemplo que chegou a atingir 45,4% (CARLINI *et al.*, 2006).

Do mesmo modo pode-se citar o uso de maconha na vida, que chegou no máximo a 8,8% dos entrevistados, em contrapartida temos nos Estados Unidos (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (22,4%). Com taxas menores tem-se a Bélgica (5,8%) e Colômbia (5,4%) (CARLINI *et al.*, 2006).

Outro destaque cabe ao uso de solvente. Países como Colômbia (1,4%), Bélgica (3%) e Espanha (4%) evidenciam porcentagens menores que as encontradas no Brasil, que por sua vez, é menor que a dos Estados Unidos (9,5%), assim como o uso de benzodiazepínicos (8,3%) (CARLINI *et al.*, 2006).

Por último, podemos comparar o uso de estimulantes no Brasil que encontrou taxas próximas a países como Suécia, Holanda, Alemanha e Espanha, todavia bem inferiores aos Estados Unidos (6,6%) (CARLINI *et al.*, 2006).

No Brasil, o uso de benzodiazepínicos passou a ser motivo de preocupação no final da década de 1980. Eles compõem a classe de medicamentos mais prescritos, com base na análise das receitas médicas retidas em estabelecimentos farmacêuticos. São as mulheres as maiores consumidoras dessas substâncias e os médicos sem especialização os maiores prescritores. A prescrição de outras substâncias psicotrópicas, como as anfetaminas (inibidores de apetite) com fins estéticos, para pacientes sem evidência de indicação clínica também foi observada (DIEHL; LARANJEIRA; CORDEIRO, 2011).

Em relação a faixa etária estudada, de acordo com o sexo, mais homens relataram uso na vida que as mulheres em ambos os levantamentos.

Essas informações são de grande relevância para fomentar a discussão sobre o tema, desmistificando subsídios midiáticos e contribuindo para a promoção, prevenção e planejamento de políticas públicas alicerçadas numa realidade que traça tendências do uso de drogas em toda a população brasileira. Uma vez que os estudos anteriores estavam restritos às populações ou regiões específicas, agora, se pode criar ações estratégicas no âmbito preventivo e assistencial necessárias ao enfrentamento da questão.

O estudo comprova, no entanto a facilidade com que a população geral tem acesso às drogas, o que é um indicador da falência dos meios utilizados nos últimos anos para a prevenção e o combate à oferta no país. O problema é que na evidência desse fracasso, o que se propõe constantemente não é o abandono do ponto de vista “demonizador”, que vem caracterizando as medidas de prevenção e o combate ao uso de drogas, mas o seu recrudescimento, ou pior, a cessação de toda iniciativa de problematização da lógica proibicionista, tornando tal ponto de vista mais potente mediante a sutil incorporação da redução de danos ao arcabouço estratégico do combate às drogas. No Brasil, esse processo, mantém e amplia a hegemonia do proibicionismo, que se expressa no discurso jurídico-político consagrado pelo realinhamento das políticas públicas para as drogas, consubstanciado pela Lei de Entorpecentes de 2006, que, ao mesmo tempo, intensifica as medidas de interdição à demanda e oferta de drogas e ameniza as ações adequadas para, ao contrário, reiterar as soluções baseadas em um tipo de senso comum que produz cada vez mais iniquidade.

Outro importante levantamento, mais recente, publicado em 2007 pela SENAD em parceria com a UNIAD e a Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, investigou os padrões de consumo de álcool na população brasileira. O estudo foi feito em 143 municípios do país e detectou que 52% dos brasileiros adultos haviam feito uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez, no ano anterior a pesquisa. Do conjunto de homens adultos, 11% relataram beber todos os dias e 28% de uma a quatro vezes por semana. Foi constatado que 9% da população apresentavam dependência de álcool, o que representou uma diminuição nos percentuais obtidos anteriormente (BRASIL, 2013b).

A SENAD também realizou em 2010 uma pesquisa com foco na população condutora de veículos automotores, nas rodovias federais de 27 capitais brasileiras, abrangendo motoristas de carros, motos, ônibus e caminhões. Dentre

outras coisas apontou que 25% dos motoristas entrevistados assumiram ter consumido cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas entre duas e oito vezes no último mês demonstrou também que os motoristas que tiveram resultados positivos para o uso de álcool e outras drogas tinham índices de transtornos mentais mais elevados que os motoristas que apresentavam resultados negativos nos referidos testes (BRASIL, 2013b).

Até o momento, foram realizados cinco levantamentos mais amplos com estudantes de Ensino Fundamental e Médio, promovidos também pela SENAD em parceria com o CEBRID e a UNIFESP. Os resultados do levantamento em 2004, mostram um uso na vida de álcool (definido como qualquer consumo em qualquer momento da vida) de 65% para todos os estudantes, com 41% das crianças da faixa etária de 10 -12 anos já tendo experimentado bebidas alcoólicas ao menos 1 vez na vida. O consumo frequente de bebidas alcoólicas (definido como 6 ou mais vezes no último mês) aumentou nos quatro primeiros levantamentos e foi de cerca de 11% em 2004. Além disso, o uso pesado (definido como 20 vezes ou mais no último mês) foi de quase 7% (com um pico de quase 9% em Salvador).

Em 2010, dando continuidade a uma série histórica, o VI levantamento incluiu a rede privada de ensino na amostra, apurando mais ainda o perfil da realidade do consumo de álcool e outras drogas neste segmento. Dentre os achados, chamou a atenção relatos do uso de drogas em geral, na faixa etária entre 10 e 12 anos, sendo 10,4% uso na vida, 5,4% uso no ano e 2,7% uso no mês. Para o álcool ainda se constatou 60,5% para uso na vida e 42,4% para o uso no ano, enquanto que para o tabaco foram de 16,9% e 9,6%.

Conclui-se que entre os anos de 2004 e 2010, de modo geral, ocorreu uma diminuição do consumo de álcool e tabaco. Entre os jovens que já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida, diminuiu para 63,3% em 2010. Já o tabaco era de 24,9% e passou para 15,7%.

O estudo também demonstrou uma diminuição estatisticamente significativa do consumo de anfetamínicos e solventes em um período de 23 anos, desde o I levantamento, em 1987, ao mesmo recente, já discorrido acima, de 2010. Um dado preocupante é que houve um aumento significativo do uso de na vida de cocaína em comparação aos dois últimos levantamentos. Na população pesquisada no V levantamento, esse índice foi de 2% passando a 2,8% no VI Levantamento. Esse padrão de uso assemelha –se ao de estudantes norte-americanos. No que

tange as escolas públicas e particulares, observou-se uma diferença no consumo no último ano na categoria “qualquer droga”, que reúne todas as substâncias investigadas exceto álcool e tabaco. Entre os estudantes da rede privada de ensino o índice encontrado foi de 13,6% e na rede pública de 9,9%. Com exceção dos inalantes, estima-se que o Brasil apresenta, atualmente, menores prevalências de consumo de drogas quando comparadas aos demais países do mundo, para a mesma população.

Por fim, assim como os demais dados epidemiológicos apresentados, a SENAD ainda desenvolveu em parceria outras pesquisas com populações específicas relacionados ao uso de drogas, que cabe aqui também ser pontuado pela sua devida importância.

A primeira diz respeito ao uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. Dos cinco levantamentos realizados até o momento (1987/89/93/97 e 2003) apontam que o consumo de drogas, incluindo o álcool, é bastante alto entre crianças e adolescentes de 9 a 18 anos. Para esses jovens, o álcool não apareceu como a droga favorita, mas seu consumo recente (últimos 30 dias) ainda se encontrava no patamar de 43% nas cidades pesquisadas e o consumo semanal ou diário chegava a 22% no último ano pesquisado.

A segunda, em 2010, a população estudada foram os universitários. No I levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, tabaco e outras drogas entre Universitários das 27 capitais brasileiras, constatou que 86,2% dos entrevistados afirmaram já terem feito uso de bebidas alcoólicas em algum momento da vida. Dentre eles, a proporção entre homens e mulheres foi igual de 1 para 1. Nota-se, contudo, quanto a frequência e a quantidade, que os homens beberam mais vezes e em maior quantidade que as mulheres. Os dados também apontaram um consumo mais frequente de álcool entre os universitários que na população em geral.

Frente a contextualização sobre o uso de drogas, seus conceitos e paradigmas, bem como a apresentação dos dados epidemiológicos de destaque nacional apresentados se verifica descompassos e incoerências no enfrentamento da questão por parte do poder público.

O *Programa Crack, é possível Vencer*, do governo federal brasileiro que sugere ao indicar no próprio título do programa, suas prioridades de intervenção, revela uma maneira desarticulada, descontextualizada e fragmentada de pensar a realidade do país, desconsiderando ou omitindo os indicadores disponíveis.

Decorrente de todo esse processo, tem ocorrido um alargamento dos serviços voltados para a atenção aos indivíduos com quadro de dependência química em todo o Brasil, com destaque para o crescimento rápido e desordenado das Comunidades Terapêuticas. A expansão destes equipamentos especificamente em Caucaia, município da região metropolitana de Fortaleza, tem merecido ênfase haja vista que no Estado do Ceará é a cidade com maior concentração de Comunidades Terapêuticas, sendo que significativa parte delas funcionam de maneira irregular ou informal.

2 PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo qualitativo tem caráter exploratório e descritivo. A pesquisa qualitativa se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Trabalha com um universo de crenças, motivos, aspirações e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis (MINAYO, 2010).

Segundo Gil (1993), a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que estimulem a compreensão. Já a pesquisa descritiva, o mesmo autor relata que visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados.

2.2 AMBIENTE DO ESTUDO

O município de Caucaia compõe a Região Metropolitana de Fortaleza, e possui de acordo com o censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, uma população composta por 325.441 habitantes dentro de uma extensão territorial de 1.227,895 km². Este dado mostra um território extenso contemplado por praia, serra e sertão, com um contingente populacional relativamente grande (IBGE, 2010).

A cidade dispõe segundo o Conselho municipal de Políticas sobre Drogas- COMPOD de Caucaia aproximadamente cinquenta Comunidades Terapêuticas, a maioria destas concentradas na região litorânea. Outra característica que merece destaque envolve a situação legal destes dispositivos. Segundo a Vigilância Sanitária municipal, apenas seis, do total mencionado anteriormente de Comunidades Terapêuticas estão funcionando legalmente.

A pesquisa foi realizada em quatro comunidades terapêuticas. A priori foi solicitado ao órgão competente de Caucaia (Vigilância Sanitária) a relação das Comunidades Terapêuticas que apresentavam condições legais de funcionamento. Essa relação, continha um total de 6 instituições, em visita logo identificou-se que apenas 4 destas seguiam em funcionamento. Foram mantidos contatos telefônicos, de acordo com os dados fornecidos pela Vigilância Sanitária de Caucaia e foi desenvolvida a pesquisa nas duas primeiras Comunidades Terapêuticas que sinalizaram viabilidade da pesquisa.

No segundo momento, foi identificado junto ao Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas de Caucaia e pelo Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas/Ce a relação de Comunidades Terapêuticas reconhecidas em Caucaia, pois apesar de ser competência a fiscalização destes equipamentos independentemente da situação de regularidade, a Vigilância Sanitária se deteve apenas a acompanhar aquelas que buscaram essa regularização.

Iniciou-se então uma busca ativa com o intuito de atualizar os dados fornecidos, uma vez que existe uma particularidade das Comunidades Terapêuticas local em relação a constante mudança de endereço, bem como abertura e fechamento das mesmas.

Uma vez identificadas as Comunidades Terapêuticas que estavam em funcionamento irregular em decorrência da situação de ilegalidade (até o momento da pesquisa) procedeu-se os contatos telefônicos em cerca de 25 Comunidades Terapêuticas que ainda estavam funcionando, porém apenas duas ainda mantinham o telefone de contato institucional atualizado. Estas também foram incluídas na pesquisa pelo critério de acesso e viabilidade.

Deste modo, a pesquisa foi desenvolvida em quatro Comunidades Terapêuticas. As características das instituições selecionadas para a pesquisa de campo seguem detalhadas nos resultados da pesquisa.

2.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa nas Comunidades Terapêuticas os profissionais e pessoas em tratamento, levando-se em consideração os critérios descritos abaixo.

Os sujeitos do estudo representados pelos usuários das Comunidades Terapêuticas (independente da situação de legalidade), foram aqueles que se

dispuseram a participar voluntariamente, que manifestaram condições físicas e psicológicas para participar da pesquisa, mediante autorização através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi ainda utilizado como critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos e tempo mínimo de internação (3 meses).

Em relação aos profissionais foi acordado o critério de idade mínima de 18 anos, tempo de serviço na Comunidade Terapêutica mínimo de 3 meses, a disponibilidade voluntária para participar mediante a autorização via assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comprovação de vínculo empregatício ou Contrato Voluntário e com exercesse suas funções diretamente com os usuários.

Participaram da pesquisa 09 profissionais e 19 residentes. O número de participantes foi definido de forma intencional, durante o processo de coleta de dados, utilizando-se a técnica de saturação ou redundância de informações. Amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde, entre outras. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

2.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de duas técnicas: observação participante e entrevista semiestruturada.

A observação foi registrada por meio de diário de campo que seguiu alguns elementos de referência levantados no Apêndice 1. Sua construção prévia facilitou a realização da pesquisa nos ambientes que compunham as comunidades terapêuticas e propiciou conhecimento acerca da organização dos serviços e o processo assistencial de cada uma. Para tanto foi utilizado um *checklist* (Apêndice 1) elaborado com base na Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de Comunidades Terapêuticas e da Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2011a).

A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto

parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. A inserção do pesquisador no campo está relacionada com as diferentes situações da observação participante por ele desejada (MINAYO, 2001).

Em seguida foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes seguindo-se um roteiro (Apêndice 2) contendo questionamentos acerca de: dados sócio-demográficos, história de uso de drogas psicoativas e de busca de tratamento para dependência química, vivência na comunidade terapêutica e repercussões no modo de vida. Você descreveu apenas o roteiro de entrevista dos usuários.

Logo procedeu-se as entrevistas com os profissionais. Foram desenvolvidos dois roteiros distintos. Um voltado para o responsável pela instituição que possuía questões gerais referentes a instituição, sua origem, perspectivas, abordagens, atividades e equipe. E o segundo aplicado diretamente com os profissionais, mais centrado nas questões de cunho assistencial.

A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2004).

As entrevistas foram registradas em gravador digital e depois transcritas na íntegra para arquivos de computador. O anonimato das instituições e dos participantes foi garantido. O nome das comunidades terapêuticas foi omitido, sendo as mesmas identificadas pela sigla CT (comunidade terapêutica) acrescida ao número que correspondia à ordem de visita à cada uma. Sendo assim, a CT1 representa a primeira comunidade terapêutica visitada e, assim, conseqüentemente. O nome dos entrevistados também foi omitido com o intuito de lhes resguardar o anonimato. A identificação dos mesmos se deu por meio da ordem de realização das entrevistas, deste modo, o Entrevistado 1 representa o primeiro participante e, assim, conseqüentemente.

2.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e analisados conforme o método de análise temática proposto por Bardin (2009), cuja lógica de operacionalização ocorre respectivamente: leitura dos documentos; destaque das ideias que mais repetem; alocação das expressões e palavras com o mesmo sentido em uma mesma categoria; construção de categorias com base nas regras de homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade e pertinência; e término da análise ao ser identificado o ponto de saturação. Os dados coletados foram organizados em tabelas.

2.6 FUNDAMENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram confrontados com documentos oficiais que apoiam o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro: a Resolução - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, a Resolução 01/2015, a Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional sobre Drogas e a literatura científica que aborda o tema em estudo.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo seguiu os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito às pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013a). A pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará- UECE e pode ser atestada de acordo com Parecer 1852732. Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo e a finalidade dos seus resultados.

A pesquisa atendeu as exigências éticas e científicas fundamentais como: preservação da autonomia dos sujeitos com a devida ponderação entre riscos e benefícios, garantindo a não-maleficência e relevância com vistas à transformação social.

3 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: AVANÇO OU RETROCESSO?

Atualmente existem duas variações de Comunidade Terapêutica (CT) identificada no território brasileiro e em outros países, uma voltada para pacientes psiquiátricos e outro para tratamento de dependentes químicos. Embora com a mesma denominação, não existem elementos que possam comprovar a determinante influência de uma sobre a outra. Ao analisar o processo de formação destas instituições se percebe tanto características comuns e como opostas. Por isso, julgou-se necessário brevemente discorrer sobre os pressupostos fundantes de cada uma afim de melhor esclarecer o leitor.

A primeira, cuja área de atuação está inserida no campo da psiquiatria social e tem como público alvo pacientes com transtornos mentais. Teve sua origem entre a década de 40 e 50 na Inglaterra, fortemente influenciada por Maxwell Jones e outros no Reino Unido, que defendia um modelo de tratamento voltado para a lógica biomédica todavia que garantisse aos pacientes a possibilidade de participação nas atividades cotidianas institucionais. Além disso, também reivindicava a horizontalidade da relação médico-paciente (DE LEON, 2003)

As comunidades terapêuticas representaram um movimento que a partir da reforma sanitária inglesa propôs práticas alternativas ao manicômio redimensionando a prática asilar, representava assim, uma nova forma de tratamento em meio a tantas denúncias de violência humanas. Os hospitais psiquiátricos eram comparados a campos de concentração.

A CT em hospitais psiquiátricos surgiu cerca de 15 anos antes das CT de tratamento da dependência química na América do Norte e ficou conhecida como a terceira revolução em psiquiatria, em decorrência da passagem do uso de terapias individuais a uma abordagem psiquiátrica social que acentuava o envolvimento multipessoal, o uso de métodos grupais, a terapia do ambiente e a psiquiatria administrativa. A designação comunidade terapêutica se desenvolveu nesses ambientes hospitalares para descrever um lugar organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação, de uma organização dotada de propriedades de cura (RAPAPORT, 1960 apud DE LEON, 2003).

A primeira Comunidade Terapêutica psiquiátrica foi desenvolvida na unidade de reabilitação social de Belmont Hospital (depois passou a ser

chamada de Henderson) na Inglaterra que possuía 100 leitos voltados para tratamento de internos com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros... A natureza terapêutica do ambiente é precursora do conceito fundamental de comunidade como método na CT de tratamento da dependência química que surgiria mais tarde... A CT Jones permaneceu como modelo viável para tratamento de pacientes psiquiátricos em ambientes hospitalares britânicos, em outras partes da Europa e, em menor grau, nos Estados Unidos (DE LEON, 2003).

As características da CT psiquiátrica foram resumidas por De Leon (2003) da seguinte maneira:

- A organização é tida como um todo responsável pelo resultado terapêutico;
- A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento;
- Um elemento central é a democratização, assim o ambiente deve favorecer a participação ativa dos pacientes nos assuntos da instituição;
- Todos os relacionamentos são entendidos como potencialmente terapêuticos;
- A combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito ao comportamento disruptivo são elementos essenciais para uma atmosfera qualitativa do ambiente social;
- Atribui-se a comunicação um papel estratégico e alta relevância nos relacionamentos;
- O grupo de paciente se orienta para o trabalho produtivo e o rápido retorno à sociedade;
- Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos;
- A autoridade se difunde entre os funcionários, responsáveis e pacientes.

Entende-se dessa maneira que CT utilizada para pessoas com transtornos mentais é um método de trabalho aplicado em instituições psiquiátricas hospitalares ou não, diferente da concepção de CT como instituição voltada

exclusivamente para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, que surgiu posteriormente e sem influência direta comprovada em relação a descrita inicialmente.

Essa segunda modalidade de CT, voltada para assistência de dependentes químicos mostram que a mesma sofreu influência da religião, filosofia, psiquiatria, bem como das ciências sociais e do comportamento. Alguns autores que escrevem sobre o tema, com destaque para a produção americana, conduzem o protótipo da CT para experiências antigas, como por exemplo, os manuscritos do Mar Morto, de Qûmaran, o qual detalham as práticas comunitárias de uma seita religiosa ascética, possivelmente dos essênios, incluindo uma seção sobre as regras da Comunidade, da valorização à adesão das regras e aos ensinamentos da comunidade como forma de levar uma vida reta e saudável. O código essênio de sanções exibiu notável semelhança com o da moderna CT. Para transgressões específicas cabiam sanções baseadas no foco da relação entre indivíduo e comunidade (DE LEON, 2003)

Há também referência a ideia de doenças da alma nos escritos de Fílon de Alexandria (25a.C.- 45d.C.), onde um grupo de agentes de cura tratavam das doenças “incuráveis” da alma, professando uma arte de medicina para prazeres, apetites excessivos, de apetites e vícios (SLATER, 1984 apud DE LEON, 2003).

Os programas modernos de CT para dependência química são resultados da adaptação de três organizações, que serviram de ponto de partida, são elas: o grupo Oxford, os Alcoólicos Anônimos e a Synanon.

O grupo ou movimento Oxford foi uma organização religiosa fundada na segunda década do século XX por Frank Buchaman, ministro evangélico luterano, cuja missão para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano, inclusive os transtornos mentais e o alcoolismo. Esta organização, originalmente chamada de Associação Cristã do I Século era uma crítica à Igreja da Inglaterra e seu objetivo era o renascimento espiritual da humanidade. Em 1900 passou a ser denominado Moral Rearmement. Este grupo identificou que cerca de 20 a 25% de seus participantes eram alcoolistas em recuperação, os quais passaram a se encontrar várias vezes por semana para ler e comentar a Bíblia e se comprometiam reciprocamente a serem honestos. Partiam das ideias e práticas sustentadas pela ética no trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada, e os valores evangélicos da honestidade, pureza, altruísmo

e do amor, do autoexame, do reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação por danos causados e o trabalho conjunto (FRACASSO, 2008).

Nos Estados Unidos, participantes desse grupo se reuniam para partilhar o empenho e o esforço que faziam para permanecer sóbrios; desta maneira nasceu o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos. Fundado em 1935 por dois alcoólicos em recuperação chamados Bill Wilson, um corretor e Bob Smith, cirurgião, esse grupo também serviu de inspiração para a criação das Comunidades Terapêuticas. Sua influência junto ao grupo Oxford se associa a pessoas específicas como Rowland H. cuja recuperação teve como base a conversão religiosa no grupo Oxford, onde tomou a salvação de outros alcoólicos como missão pessoal. Um dos convertidos dele foi Ebby T. que tentou ajudar Bill W., um antigo compatriota dado a beber no final de 1934, falando de religião e das ideias do grupo Oxford. Mas foi durante uma subsequente hospitalização por desidratação que Bill W. passou por um despertar espiritual fundado em manter a sobriedade. Outra vez, Bill W. sentiu forte desejo de beber e foi indicado a procurar ajuda de Bob S., outro alcoólico. Esse encontro foi determinante para a fundação dos Alcoólicos Anônimos-A.A. que criou também os 12 passos e as 12 tradições que guiam o processo de recuperação, a partir dos princípios de auto controle, a crença em um poder superior, o auto exame, reparação de danos, entre outros. (DE LEON, 2003).

Uma característica muito presente e marcante do grupo de AA ainda atualmente, e pouco encontrada nos demais serviços de assistência em dependência química é a maneira como seus membros acolhem e demonstram sua atenção aqueles que estão iniciando o tratamento.

A orientação não sectária de A.A. se acentua mais na Synanon e nos ensinamentos ulteriores das CTs, que se apoiam menos num conceito de poder externo do que no eu e no processo grupal como a fonte da mudança individual (DE LEON, 2003).

Por último, vale ressaltar a Synanon como o primeiro serviço de Comunidade Terapêutica fundada em 1958 em Santa Mônica, Califórnia, tendo como precursor Charles e Chuck Dederich. Eles uniram as experiências de A.A. e outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas, que passaram a ser elementos essenciais de CT para dependência química, no tocante a conceitos, programas, modelos e práticas básicas. O início dessa criação se deu de maneira despretensiosa, com características clássicas de autoajuda, com encontros na

própria residência de Charles Dederich repercutindo de maneira positiva na mudança de comportamento dos participantes. Esse pequeno grupo de pessoas já em processo de recuperação decidiram viver juntos com o propósito de se manter em abstinência e buscar um estilo de vida alternativo fundamentado em práticas carismáticas, de ajuda mútua, que julgavam ser bastante terapêutico para os seus integrantes. Logo, as reuniões passaram a ser consideradas como terapia e foram se organizando de tal forma que em 1959 se instituiu oficialmente como organização de tratamento para usuários abusivos, apesar de inicialmente ter tido a proposta de acolher exclusivamente alcoolistas (SERRAT, 2011).

Este tipo de alternativa terapêutica se consolidou e deu origem a outras Comunidades Terapêuticas, que conservaram os conceitos básicos, contudo aperfeiçoaram o modelo proposto a princípio pela Synanon. Esse crescimento, se estendeu a Europa, em especial a Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha (FRACASSO, 2008).

No cenário brasileiro há relatos do surgimento da primeira Comunidade Terapêutica na cidade de Goiânia, em 1968, com a denominação de Desafio Jovem cuja coordenação ficou a cargo do Pastor Edmundo, seguindo o pressuposto religioso de Oxford. No mesmo sentido carismático, 10 anos depois, oriunda de um movimento religioso foi criada a Comunidade Terapêutica Senhor Jesus, sob a direção do missionário americano, Padre Haroldo Rham (FRACASSO, 2008)

No início de 1979, a experiência chegou na Itália, onde foi fundada uma Escola de Formação para educadores de Comunidades Terapêuticas. Estes educadores deram um novo impulso na Espanha, América Latina, Ásia e África (SERRAT, 2011).

Durante cerca de 15 anos a Synanon prosperou na lógica empresarial como um inovador programa de recuperação. Ainda que tenha sido considerada o protótipo de CT de tratamento da dependência química, seguiu seu próprio caminho evolutivo fora do movimento nacional e internacional das CTs.

A Synanon, ainda que tenha explorado várias maneiras de se autodescrever, nunca endossou a designação comunidade terapêutica. Em vez de se considerar uma instituição de tratamento da dependência química, tomava a si mesma mais amplamente como comunidade alternativa de ensino e vida. Nesse sentido, a primeira geração de CT aceita por consenso que a popularizou com o nome de Comunidade Terapêutica ocorreu primeiramente na cidade de Nova York,

inclusive uma versão de pessoas envolvidas no desenvolvimento de programas como os da Daytop Village e da Phoenix House, que conheciam o trabalho de Maxwell Jones e denominaram os novos programas de comunidade terapêutica a partir do modelo de Jones (DE LEON, 2003).

Uma versão relacionada atribui a disseminação oficial da expressão especificamente ao doutor Efren Ramirez, psiquiatra que desenvolveu programas residenciais de reabilitação do uso de drogas em Porto Rico. O mesmo foi responsável pela supervisão dos programas residenciais isentos de drogas na região metropolitana de Nova York na gestão do prefeito John Lindsay. Nessa interação com órgãos financiadores locais e federais parece ter sido estimulado o uso não oficial da expressão comunidade terapêutica para tratamento da dependência química, que passou a ser adotada como expressão nos contratos e subvenções e negociações verbais. O endosso oficial da designação pelos próprios programas ocorreu quando foi lançada a Therapeutic Communities of America (Comunidades Terapêuticas da América), organização de programas norte-americanos de CT, durante uma conferência anual patrocinada por fundos federais na cidade de Nova Orleans, em 1975 (DE LEON, 2003).

A importância do grupo Oxford, do A.A. e da Synanon são inquestionáveis, todavia outras influências mais amplas contribuíram para a configuração de CT para dependentes químicos, como uma confluência de influências morais (ou espirituais), sociais e psicológicas, mediadas por vários pioneiros e líderes, programas e movimentos. Alguns fatores sociais e culturais também parecem ter moldado as atividades e organização social da primeira geração de CT, com destaque para o clima social do começo dos anos 60, onde a referência que lhes era acessível em termos de estruturas organizacionais eram as prisões, os hospitais e suas próprias famílias (muitas com características disfuncionais), bem como características peculiares da cultura norte americana, com um modelo autocrático e hierárquico da família (DE LEON, 2003).

A maioria dos programas que sucederam a Synanon foram desenvolvidos com ajuda e a participação de líderes cívicos, de membros do clero, de políticos e de profissionais de saúde e assistência social e sobretudo de pessoas em recuperação com a ajuda de seus familiares, os quais apesar de terem conservado muitos dos elementos, várias outras influências intervenientes levaram a profundas diferenças de organização, de filosofia e de práticas. Se observa a tentativa de reprodução de

modelos conhecidos e tratamentos vivenciados em estruturas, por vezes inadequadas que podem genericamente ser resumidas a pequenas sítios ou casas de praias (FRACASSO, 2008).

Conforme De Leon (2003), os principais desenvolvimentos das CT contemporâneas para dependentes químicos em relação a Synanon podem ser resumidas da seguinte maneira:

- Passagem de comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção aos seres humanos que os prepara para a reintegração a sociedade de forma mais ampla;
- Passagem de uma permanência indefinida para uma duração planejada de permanência residencial orientada por um plano e protocolo de tratamento;
- Passagem de fontes de apoio privadas e empresariais à manutenção quase exclusiva de orçamentos operacionais de fundos públicos;
- Retirada da ênfase em líderes carismáticos e aumento da importância da liderança pelos companheiros, dos funcionários em geral como modelos e das decisões tomadas por várias pessoas;
- Inclusão de uma crescente proporção de funcionários não recuperados em funções clínicas e administrativas primárias, advindas de variados campos disciplinares;
- Desenvolvimento de serviços de atendimento pós-recuperação para quem termina a fase residencial de tratamento;
- Reintegração dos princípios e tradições dos 12 passos do A.A. no protocolo de tratamento de muitas CTs residenciais;
- Gradual aproximação entre os modelos e métodos da CT psiquiátrica e da CT de tratamento para dependência química;
- Adaptação da CT a populações especiais e a ambientes adaptados para serviços de saúde mental e instituições correcionais;
- 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 formação e a certificação de funcionários e para o credenciamento de programas;
- Desenvolvimento de organizações de CT nos níveis regional, nacional e internacional.

As CTs contemporâneas se tornaram quase majoritariamente órgãos de saúde convencionais, reconhecendo agora de modo pleno a necessidade de uma caracterização ou definição que descreve de maneira válida o que é CT, bem como de que modo funciona e porque funciona. Para alguns profissionais, os programas de CT se assemelham mais a escolas do que a centros de tratamento, ou seja, as atividades da vida cotidiana oferecem todo um currículo de aprendizagem sobre o próprio eu, sobre o relacionamento com os outros e sobre o bem viver. Essa aprendizagem ocorria por estágios, com metas realizáveis que levavam a uma graduação última (DE LEON, 2003).

Os programas de CT também costumam se autoconceber como famílias, ou melhor, famílias substitutas que corrigem danos históricos causados pelas famílias disfuncionais dos clientes a quem serve. Assim, a própria experiência de tratamento é vista em termos maturacionais. Os termos família e comunidade se tornam intercambiáveis (DE LEON, 2003).

Existe ainda CTs que se reconhecem como uma microssociedade, que proíbe a utilização de substâncias psicoativas, comportamento anti-social e exige uma rotina diária de trabalho e educação, relações sociais e, de modo particular, uma estrutura ocupacional. A progressão individual pela hierarquia de funções de trabalho se parece bastante com a passagem ascendente pelos degraus ocupacionais do mundo "real". Pode ser vista como uma microssociedade que prepara o indivíduo para a macrossociedade (DE LEON, 2003).

A ampla variedade de definições e concepções da CT de tratamento da dependência química entre os participantes revela que não há uma caracterização única capaz de capturar ou explicar o que é, como funciona e por que funciona uma CT. Embora haja elementos essenciais na CT, trata-se em ampla medida de ilustrações da maneira como os participantes percebem e descrevem programas específicos. Se comparado aos escritos teóricos acerca da CT psiquiátrica, cujas origens são a ciência e medicina, a literatura sobre CT para dependentes químicos ainda é muito modesta, refletindo sua origem não tradicional na literatura da recuperação pela auto-ajuda (DE LEON, 2003).

Baseado nas reflexões de Elena Goti, Fracasso (2008) fez um breve resumo sobre as características das Comunidades Terapêuticas mais especificamente no contexto brasileiro atual. A começar diz que estas não se destinam a todo tipo de dependente químico, mas sim para aqueles que manifestem voluntariedade no processo de tratamento, isso incorre na importância da triagem. Outro aspecto é a necessidade de reproduzir a realidade exterior o melhor possível para facilitar a reinserção nesse modelo de tratamento que tem caráter essencialmente residencial. Estas e outras características devem também ser contempladas, como um meio institucional bem estruturado; atuação através de um sistema de pressões artificialmente provocadas; estímulo a explicitação da patologia do residente frente a seus pares; os pares servem de espelho da consequência social de seus atos; há um clima de tensão afetiva; o residente é o principal ator de seu tratamento e a equipe oferece, apenas, apoio e ajuda.

Na tentativa de resgatar os direcionamentos iniciais da construção do modelo de CT, se percebe que o transtorno do abuso de substâncias não se diferencia do usuário abusivo, que compreende a pessoa como inteira, isso implica em dizer que seja qual for a droga utilizada ou o padrão de uso, mais importante do que isso é o comportamento, as atitudes, os valores e o estilo de vida do usuário do usuário abusivo de substâncias. Nesse sentido, a disfunção múltipla é que define o transtorno, a pessoa inteira é o problema a ser tratado e não a droga. Os fatores sociais e psicológicos são reconhecidos como as fontes primárias do transtorno da dependência química, além disso, antecedentes típicos envolvem: baixo nível socioeconômico, disfunção familiar, cuidados parentais deficientes, contato com modelos de comportamento negativos, aprendizagem social excludente e traços precoces de personalidade contestaria. O transtorno é tido como uma incapacidade que os indivíduos revelam de assumir responsabilidades por suas decisões e ações (DE LEON, 2003).

Em relação a denominação dos internos, em vez de pacientes, os residentes nas CTs são descritos como participantes ou membros para acentuar seu envolvimento ativo numa comunidade a fim de mudar a si mesmos.

Quando se fala de desintoxicação, diferente da postura médica de remissão dos sintomas de maneira objetiva e rápida, a CT a deve a conceber como uma crise da vida que envolve sofrimento físico e psicológico e os episódios de abstinência e desintoxicação se apresentam como oportunidade de iniciar tentativas de mudança de longo prazo, por esse motivo, os profissionais da CT evitam cuidadosamente oferecer alívio direto para os incômodos ligados à abstinência depois do uso de drogas, de modo a não aumentar inadvertidamente a baixa resistência a esses incômodos. Logo, o uso de drogas prescritas por médicos para combater os efeitos das crises de abstinência ou medicações psicotrópicas não são compatíveis com a visão que a CT tem de transtorno e recuperação, apesar da estratégia ser reconhecida e aceita pelas CT. A regra geral é que esses casos sejam tratados em outros ambientes, sendo apenas os medicamentos de classificação clínica aceitos nesse processo. Sendo a sobriedade entendida como um requisito vital a administração dos sentimentos e comportamentos, então medicamentos que possam alterar os estados emocionais, físicos ou mentais significam um risco ao processo de recuperação. Apesar disso, a política das CT vem passando por

modificações e vários provedores já permitem o uso de psicotrópicos em casos especiais (DE LEON, 2003).

No que diz respeito ao conceito de doença, a CT não considera a dependência química uma enfermidade ou transtorno primário. Do mesmo modo, não aceitam a conclusão de que a dependência química é um transtorno crônico que exige episódios ilimitados de tratamento, apesar da recaída ser inerente ao processo de recuperação. As CT padrão, excluem os usuários abusivos portadores de transtornos mentais graves, bem como os que apresentam retardo mental, apesar de serem descritas na literatura adaptações bem sucedidas com esses grupos (DE LEON, 2003).

O que se constata no quadro brasileiro em relação as CT é que as mesmas sofreram fortes influencias e adaptações nesse ínterim da realidade local ou regional. Na legislação atual brasileira, algumas características iniciais da proposta de CT foram mantidas, outras reformuladas, algumas adequadas e outras excluída.

A nomenclatura bem como o instrumento legal que dispõem sobre as CT é decorrente de um processo iniciado em 1998, quando foi realizado o I Fórum Nacional Antidrogas. Na oportunidade, foi posto a necessidade de normatização dos serviços e procedimentos prestados na área de assistência a dependência química. No ano seguinte, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) constituiu uma comissão técnica, que elaborou os critérios mínimos para o funcionamento dos serviços, o qual foi encaminhado à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que constituiu um grupo técnico assessor para elaborar uma proposta de regulamento para o funcionamento das comunidades terapêuticas e serviços assemelhados (FRACASSO, 2008).

Em 2000 a proposta de regulamento (aprovada pela Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA em 10 de outubro) foi submetida à consulta pública e em 2001 a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº101/01 foi publicada representando um marco histórico nacional no que concerne as Comunidades Terapêuticas, haja vista que até então não se tinha aparato legal ou técnico para avaliar tais instituições. Assim elas passam a ser vistas e reconhecidas na rede de atenção psicossocial e pelo Ministério da saúde enquanto serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas (FRACASSO, 2008).

A RDC 101 passa a conceber a CT como serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. Elas passam a ser definidas como dispositivos que devem ofertar um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, com base em um programa terapêutico singular. Deve ser um local onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares e oferte uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, com intuito de resgatar a cidadania e promover a reinserção social (BRASIL, 2001a).

Esta resolução foi substituída pela Resolução da ANVISA 29, de 30 de junho de 2011, em vigor atualmente, a qual discorre 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.

A legislação vigente se aplica as instituições urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas. Vale ressaltar que a ANVISA trata de equipamentos que se constituam conforme discriminação da resolução e não especificamente de CT, competindo aquelas que agregam intervenções clínicas o dever de acumular as exigências. Isso fica evidente no parágrafo único:

As instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos nesta Resolução deverão observar, cumulativamente às disposições trazidas por esta Resolução as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2011a, p.2).

Em relação as condições organizacionais, a resolução 29 da ANVISA que a CT tenha um responsável técnico com nível superior e devidamente habilitado para assumir a seara técnica assistencial. No tocante a estrutura de funcionamento é imperativo a licença sanitária e alvará de funcionamento atualizados de acordo com o órgão competente local. Além disso, é necessário um projeto administrativo e terapêutico atualizado que descreva respectivamente suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais. Isso pressupõe que as ações desenvolvidas são provenientes de um processo reflexivo anterior que contempla planejamento, organização, que sabe o que pretende alcançar.

Entende-se que esses são critérios mínimos necessários, que visam de certa maneira, evitar a reprodução mecânica e por vezes alienada de experiências vividas anteriormente em CTs sem a compreensão de que os projetos terapêuticos devem ter caráter singular. É importante se ter clareza que os internos ainda que estejam unidos por uma mesma questão (o uso indevido drogas), os mesmos possuem suas particularidades que devem ser levadas em consideração, sob o risco de igualar erroneamente todos a uma única realidade.

O dispositivo legal sobre CT também implica na necessidade de articulação da rede de atenção psicossocial, pois enquanto tratamento de base residencial se reconhece a impotência em casos de agravos clínicos sendo necessária a utilização dos recursos de saúde externos. O desafio da integralidade e do acesso aos equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS entretanto se depara com uma realidade já conhecida na maioria dos municípios de precarização em vários aspectos.

Logo, emana uma reflexão sobre a prioridade reivindicada por vários líderes de CT quanto ao acesso aos serviços de saúde, que em sua maioria se traduz no interesse pelo atendimento médico com vista ao alcance de atestado médico, seja para fins de Benefício de Prestação Continuada- BPC ou Licença Médica. Este recurso se mostra absolutamente indispensável para muitos usuários pois se configura muitas vezes como único recurso de sobrevivência diante de uma sociedade centrada na lógica do trabalho.

Dentre outras questões, a ausência de trabalho representa hoje um grande obstáculo no tratamento de dependentes químicos, que, sem conseguirem ser inseridos no mercado e por serem estigmatizados pela sociedade, distanciam-se cada vez mais da recuperação, na oscilação dualista entre tratamento e recaídas onde alívio e prazer se misturam.

No desespero inebriante, o corpo deixa de existir e o prazer deixa de ser uma experiência de acréscimo e de potência, para se tornar simplesmente um subterfúgio para a não dor. Dizendo de um outro modo, o prazer nas dependências é negativo. Existe também uma característica predominantemente ascética, porque o corpo está abandonado nesta busca química e também idealizado para atingir o estágio de não dor e da ausência de tensões. Este fracasso é vivido através da sustentação de um inebriamento sutil de culpa e castigo (ARAUJO; MOREIRA, 2006, p.11).

Algumas discrepâncias são identificadas a partir do que está posto na resolução 29 e o que se observa na prática. A exemplo do que dispõe o Art. 14 que discorre sobre o consentimento voluntário no ato da admissão, inclusive para aqueles internados mediante ordem judicial. Permanece sob suspeição um consentimento de admissão conduzido por imperativos judiciais.

O conceito de CT contemporâneo a define como instituição de atendimento ao dependente químico, de caráter não governamental, cuja assistência se dá em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional. Esse tipo de equipamento surgiu no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta e quatro anos, antes mesmo de existir qualquer política pública específica de atenção à dependência química no país. Elas cresceram, multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas, desejosas de tratamento (COSTA, 2009).

A restrição de serviços especializados no cuidado aos dependente químicos, o poder da mídia e a demanda notória de usuários de drogas em busca de tratamento deu abertura para que o Ministério da Justiça por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas- SENAD abrisse edital de financiamento de Comunidades Terapêuticas.

A publicação deste edital da SENAD trouxe uma grande repercussão entre grupos ligados ao Movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, dentre eles cabe destacar a Associação Brasileira de saúde Mental- ABRASME, Associação Brasileira de Saúde Coletiva- ABRASCO, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde- CEBES e Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos- FNDH.

Compactuando dos mesmos princípios, estas instituições se organizaram e tornaram público o posicionamento contra a condução do Governo Federal nas ações de financiamento de CT com verbas públicas por meio de uma Carta-manifesto que defende:

Esse processo desconstrói e deslegitima o diálogo realizado por meio de outros processos institucionais de participação social, como foram as IV Conferências Nacionais de Saúde Mental e a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Também é uma afronta ao Sistema Único de Saúde e o Sistema único de Assistência Social, responsáveis pela cobertura de atendimento para pessoas com problemas de abuso e dependência de substâncias psicoativas. Entendemos que esse processo busca dar legitimidade a uma atuação paralela que vai contra os princípios que norteiam as políticas públicas de saúde e assistência social. Importante reafirmar que a prática

das comunidades terapêuticas carece de evidências científicas sobre sua eficácia e a minuta não oferece nenhum parâmetro de avaliação, fiscalização e controle social isento, e, o que é ainda mais preocupante, mesmo quando recebem financiamento público direto ou indireto. Neste sentido, entendemos que cabe ao Estado brasileiro, por meio de seus órgãos executores de políticas públicas, controlar e fiscalizar aquilo que contrata e financia, dando transparência ao montante investido e as medidas de correção de desvio e de desperdício, quando for o caso. E, quando não financia, o poder público não pode omitir-se de fiscalizar e adotar medidas cabíveis quando da ocorrência de violação de direitos humanos (ABRASME, 2015, p. 01).

Este posicionamento da ABRASME e dos demais, partem de uma visão segregadora e de violação aos direitos humanos sustentados em Comunidade Terapêutica. Por conseguinte, aqueles que compactuam com o manifesto contra o financiamento de comunidades terapêuticas traduzem essa conduta do governo como um retrocesso para a humanização e racionalização da atenção, do cuidado e do tratamento de pessoas que abusam ou são dependentes de drogas.

As CT também ganharam mais visibilidade e legitimidade junto a área da saúde, mais especificamente na saúde mental com a Portaria 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seu art. 9º, a referida portaria dispõe sobre a Comunidade Terapêutica como um ponto de atenção de caráter residencial transitório e a delimita como:

II- serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b, p. 1)

No Brasil, a maioria das CT estão vinculadas principalmente a instituições religiosas, destacando-se a participação da igreja católica e evangélica. As políticas públicas brasileiras em relação as drogas, durante muito tempo foram embasadas por um modelo de criminalização, restando apenas as confissões religiosas a competência de dar respostas aos fiéis que neles buscavam auxílio. Assim, motivadas pela lógica de evangelização e em meio ao aumento do consumo de drogas, as instituições religiosas passam a estabelecer estratégias de intervenção ao consumo de substâncias psicoativas (COSTA, 2009).

Até a década de 1960, época em que as comunidades terapêuticas começaram a crescer no Brasil, o dependente químico e/ou sua família tinham como única opção a internação em manicômios... Surgiram também as clínicas particulares especificamente atuando nesta área, mas com custos elevados, mantendo excluídos do tratamento uma grande parcela oriunda das classes mais empobrecidas da sociedade (COSTA, 2009, p. 3)

Sobre a influência religiosa, Sanchez e Nappo (2008) apontam a correlação de forças na área da dependência química alcançada em especial pelos evangélicos que uniram-se e por meio de sua organização e mobilização hoje representam a maioria dos serviços de assistência na área das drogas, inclusive por meio de convênios governamentais. Isso, demonstra o imbricamento entre a esfera pública e religiosa em um país dito laico.

O Estado financia, sem crítica, a ação de igrejas que impõem um credo religioso e um projeto terapêutico de base moral aos sujeitos, abrindo mão de uma política universal que beneficiaria o conjunto da população. Não se trata só de um erro, mas de uma fraqueza do poder público; é como se o Estado se apequenasse, desistisse de seu papel e do conhecimento técnico que seus profissionais detêm, a favor de um credo religioso e de um projeto terapêutico de base moral que colocam em jogo a laicidade constitucional da sociedade brasileira (RIBEIRO; MINAYO, 2015, p. 04)

Segundo o Observatório *Crack*, *é possível vencer* existem 7.541 vagas distribuídas em 336 Comunidades Terapêuticas no Brasil conveniadas a SENAD. O valor repassado mensalmente as CTs por usuário chega a R\$1.000,00 (mil reais) para acolhimento de adultos e R\$ 1,5 mil para acolhimento de adolescentes e mães em fase de amamentação. De acordo com a Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas- SPD, em 2016, do total de vagas SENAD, 241 estão disponibilizadas no território cearense, distribuídas respectivamente da seguinte maneira:

- 486 vagas masculinas- adultos
- 57 vagas femininas – adultas
- 17 vagas masculinas- adolescentes
- 05 vagas femininas- adolescentes
- 07 vagas – mãe nutrizas

As CT conveniadas ao Governo do Estado do Ceará por meio da SPD no Sistema Acolhe Ceará totalizam 192 vagas, sendo 184 para adultos do sexo masculino e 08 para adultos do sexo feminino (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2016).

Acompanhando a raciocínio adotado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, Fossi e Guareschi (2015) discutem que o modelo de Comunidade Terapêutica pode ser relacionado ao modelo manicomial que impôs secularmente a exclusão, segregação e a rigidez da regras sob a justificativa de proteção.

As comunidades terapêuticas, por serem instituições fechadas, designadas a dispensar tratamento para usuários através da segregação social, com normas rígidas de funcionamento e controle sobre a vida dos indivíduos, remetem à memória de antigas instituições, como o leprosário e o manicômio. Essas, presentes no mundo ocidental desde a Idade Média, parecem reeditar-se em instituições que, ainda hoje, estão presentes nas diversas sociedades. As comunidades terapêuticas, assim, parecem ser como reedição deste modelo, agora sob a justificativa da dependência química como a doença que deve ser tratada através do isolamento. As práticas destas instituições, desde a Idade Média com as dos leprosários e hospícios, constituíram modos de tratamento e sujeitos, que alicerçou saberes que a Reforma Psiquiátrica contestou, mas que ainda encontram condição de existência por estarem arraigados aos saberes de disciplinas como a medicina, a psicologia, e o direito (FOSSI; GUARESCHI, 2015, p. 07)

Passos e Souza (2011) também compara as comunidades terapêuticas a prisões, hospícios e a igreja, instituições que historicamente desempenharam a função de controle da sociedade, favorecendo sujeitos padronizadas que não tem a garantia de suas particularidades e diferenças respeitadas.

As comunidades terapêuticas não podem ser caracterizadas unicamente nem como cadeia, nem como igreja, nem como hospital psiquiátrico, mas, justamente, é na articulação do funcionamento destas três instituições que elas encontram sua especificidade – que mais se aproxima dessas três instituições do que dos serviços que preconizam os princípios do SUS. Desta forma, sua natureza social segue a lógica do internamento, uma das tantas formas históricas contemporâneas do jogo de exclusão dos seres humanos, em que eclodem rituais de segregação e purificação por meio das práticas terapêuticas e dos discursos morais (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 15)

Por fim, diante da explanação deste capítulo se atesta que as disposições legais sobre CT ainda são recentes e passam por processos atuais de discussões e debates entre as instituições afins. Estes posicionamentos ainda divergem e não conseguem conciliar espaços e formas de abordagem. O fato de sua origem ter sido estrangeira fez com que no estado brasileiro diversas adaptações fossem necessárias ou convenientes para nossa população. No Brasil, ainda não existem publicações suficientes para garantir uma revisão de literatura mais consistente,

sendo muitas vezes necessária a descrição empírica da realidade vivenciada ou a recorrência a autores de outros países, sobretudo dos Estados Unidos.

Em contrapartida, segundo o Censo das CT no Brasil contemplada com financiamento da SENAD e coordenado pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e outras drogas- CPAD existem cerca de 1.795 CTs em todo o território brasileiro. Esse levantamento teve o intuito de identificar e mapear as instituições que se enquadravam na categoria CT. Ao todo foram utilizados 94 coletores que apontaram até o final de 2011 esse quantitativo. Estas informações podem ser utilizadas para apoiar o desenvolvimento das políticas públicas, ainda tão imaturas no nosso contexto atual ao mesmo tempo que evidencia o poder e alcance das CT. Esse número por exemplo pode ser comparado a quantidade de 1620 Centros de Atenção Psicossocial-CAPS em 2010, dos quais apenas 258 eram CAPS AD. Esse comparativo diz do terreno fértil para expansão de outras práticas de cuidado em dependência química não públicas, sejam elas qual for (BRASIL, 2011c).

Adiante, dando prosseguimento a revisão de literatura será abordado como tem se desenhado a Política sobre Drogas no Brasil através de um resgate histórico que aponta avanços, desafios desse processo, identifica as principais legislações específicas sobre o tema, as estratégias mais relevante que estão sendo utilizadas no enfrentamento ao uso de drogas, tanto na perspectiva federal quanto no governo do Estado. A partir dessa contextualização, vislumbra-se facilitar a análise da questão do tratamento de dependentes químicos em CT compreendendo a trajetória percorrida até o arranjo atual do cenário brasileiro.

4 POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

Para visualizar a apresentação da política sobre drogas no Brasil é essencial explicitar o caminho histórico pela qual a mesma se constituiu, inclusive atentando para as influências dos tratados internacionais, das particularidades nacionais e da complexidade que o assunto ordena. Dessa maneira, é possível identificar e compreender os impasses e avanços na implementação de suas ações a partir de um olhar teórico que subsidie uma avaliação mais cuidadosa, porém previamente já se pode destacar o caráter repressor que imperou durante muito tempo com consequências contemporâneas observadas em diversos aspectos.

O fenômeno do uso de drogas antes mesmo de ser fortemente influenciado pela seara da medicina, através de suas classificações baseadas no modelo biomédico, o uso de drogas passou a ser tido como uma ameaça que deveria ser combatida, na perspectiva da segurança pública.

Se verifica isso, a partir da década de 1970, quando foi instituída a Lei 6.368, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, e o uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Esta lei substituiu as determinações do Código Penal Brasileiro, de 1924, e do Decreto 4.294, de 1921, que propunham pena de prisão em estabelecimento correccional, para aqueles que vendessem ópio, seus derivados ou cocaína ou para aqueles cuja embriaguez acarretasse atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública.

Em alguns aspectos, relacionados ao tratamento e recuperação, a lei 6.368/70 já previa mecanismos de intervenção que viriam a ser dispostos na atual Lei 10.216/01 que discorre sobre a importância do recurso extra hospitalar como prioritário. Além disso, outro elemento que merece destaque, diz respeito ao comunicado compulsório mensal das internações hospitalares para os órgãos competentes.

Nesse período, dá-se início no país um movimento de controle sob o uso de drogas por meio de mudanças na legislação partindo das contribuições tecnocientíficas, que dentre outras questões estabeleciam a mudança do termo viciado por dependente de drogas. Nessa época também se verifica a criação dos primeiros estabelecimentos “especializados” em tratamento para dependências múltiplas.

Segundo Velho (1997), o contexto em que surge a lei supracitada, emerge de uma sociedade, lê-se majoritariamente os jovens, universitários, intelectuais e artistas que influenciados pelo movimento hippie, pacificamente, clamavam por liberdade tanto na forma de agir como de pensar.

O quadro atual de consumo, marcado pelo uso indiscriminado, pelo tráfico e pela violência, no mundo ou no Brasil, é totalmente diferenciado deste contexto do uso de drogas dentro da proposta da contracultura, que essencialmente estava associado a uma cultura pacifista, onde a maconha teve grande aceitação e difusão social (CAVALCANTE, 2008).

Em 1980, uma avanço na perspectiva da construção de uma política específica foi a criação do Conselho Federal de Entorpecentes- COFEN, que tinha como objetivo sistematizar e melhorar o combate à produção, consumo e tráfico de entorpecentes. Neste conselho a representação de diferentes órgãos e instituições privadas, até certo ponto pode ter sido uma iniciativa primeira tentativa de promover debates com referenciais distintos dos dominantes até aquele momento.

O COFEN anos depois, imerso no processo de democratização pelo qual o país passava, esboçou suas primeiras ideias de uma política nacional sobre drogas, que ampliava suas ações para práticas de prevenção, tratamento e pesquisa nos respectivos documentos: “Política Nacional na Questão das drogas” de 1988 e o “Programa de Ação Nacional Antidrogas” de 1996. Estes documentos traçavam ações estratégicas, dentre eles, o fomento à criação de centros de referência em tratamento e prevenção ao uso de drogas, os quais deveriam priorizar a formação de pessoal qualificado para o atendimento a dependentes e realizar pesquisas (CAVALCANTE, 2008).

Todavia, dos Centros de Referência reconhecidos pelo COFEN, apenas dois foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde, em Minas Gerais e Pernambuco. De um modo geral, eles contribuíram para a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram no país a possibilidade de realização de práticas não moralistas, nem repressivas, habituais nessa área.

Nesse sentido, os centros de referência em tratamento e prevenção ao uso de drogas foram de muita relevância, apesar do seu alcance ter sido limitado a determinados centros urbanos. Assim, seu impacto ficou restrito a poucos, uma vez que a grande maioria tinha que se submeter aos serviços oferecidos pelos hospitais

psiquiátricos, que por sua vez, viviam seus anos gloriosos, definidos com a institucionalização do lucro em saúde mental.

Vale destacar neste recorte histórico o fim do sistema de aposentadoria e pensões e o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social- INPS. Houve portanto, uma grande contratação no campo da psiquiatria por parte do estado que descontava compulsoriamente dos salários dos trabalhadores.

Também se verificou entre a década de 80 e 90 um crescimento imenso da filantropia de cunho religioso no que diz respeito as ações de enfrentamento ao uso de drogas com destaque para as CT, cujo detalhamento se deu no capítulo anterior.

Não se pode omitir ainda a influência do compromisso firmado entre o Brasil em alguns tratados internacionais, com repercussão direta na trajetória de construção da política nacional sobre drogas. Os protocolos conhecidos como as convenções de drogas da Organização das Nações Unidas- ONU, A Convenção Única de Narcóticos de 1961, a Convenção sobre substâncias psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas de 1988 guiaram e atrelaram a política de drogas mundial à força das convenções internacionais, e, em boa medida ainda subordinam as políticas nacionais referentes às drogas desde então.

Essas convenções se revestiram de grande poder e autoridade, pois foram ratificadas por 160 nações. Os acordos impuseram limites sociais, culturais e mesmo morais ao comércio e consumo das substâncias psicoativas, definindo as linhas que distinguem o que é lícito e ilícito (FONSECA; BASTOS, 2014).

Cada uma dessas convenções estabelece princípios básicos e determina os caminhos pelos quais as leis dos países participantes devem seguir como resposta ao uso problemático e ao tráfico ilícito de drogas. Em todas elas se reconhece a dependência de drogas como um problema social e de saúde pública, e que a melhor forma de combater tal problema é definir programas e ações integradas e coordenadas entre os países, sendo a principal estratégia dessas três convenções a inibição da produção, circulação, comércio e uso de substâncias consideradas problemáticas por meio de controles rígidos de matérias-primas e do estabelecimento de penas altas para quem comercializa ou faz uso de tais substâncias (PRESIDENCIA DA REPUBLICA, 2010, p. 13)

Essas convenções foram uma resposta a questões sociais e políticas relacionadas ao uso de drogas em momentos determinados da história. A

necessidade de instituir um código comum que harmonizasse a resposta das diferentes nações ao problema do consumo de drogas, de marcar os limites para o seu uso medicinal e científico e de criar medidas de controle do tráfico de drogas integrou os esforços de sedimentação de uma ordem global.

No entanto, ao longo dos anos 80, as políticas supranacionais antidrogas basicamente entraram em crise. Pode-se mencionar três fatores críticos associados a isso: a emergência e a expansão do movimento de redução de danos em resposta pragmática à epidemia de Aids entre usuários de drogas injetáveis; a crescente oposição as políticas de drogas de cunho essencialmente coercitivas e punitivas, que criminalizam o usuário de drogas; e a incapacidade das políticas proibicionistas para limitar o cultivo e o consumo da maconha, droga que ganhou grande aceitação social nos anos 60 e 70 (FONSECA; BASTOS, 2014).

Frente a escassez de serviços públicos de atendimento ao usuário de drogas aliado a uma base de dados insuficiente para garantir um plano de ação eficaz que fundamentasse uma realidade estudada, somava-se a expansão do tráfico e uso de drogas no país, que passou a ser rota da criminalidade. Logo, o Brasil passou a ser usado na estratégia de ludibriar a pressão americana no combate ao tráfico.

Verificou-se nesse período o aumento do uso de drogas, com destaque para a cocaína e a utilização de injetáveis em usuários, principalmente no sul e sudeste. Esta forma de uso, além de ser mais propícia à dependência, expõe o usuário a doenças transmissíveis por via sanguínea, dentre elas as hepatites e a AIDS (CAVALCANTE, 2008).

Em resposta à disseminação da epidemia de AIDS, que se espalhou de maneira rápida e extensa, diversas estratégias de saúde pública precisaram ser desenvolvidas alicerçadas em uma política mais tolerante e menos coercitiva. Em várias partes do mundo, a exemplo da Europa, dos Estados Unidos e da Austrália, no Brasil não foi diferente, os olhares das políticas públicas de saúde começavam a se voltar para as pessoas que usavam drogas, pela ameaça de que a epidemia de HIV/AIDS fugisse ao controle a partir desta população.

Na primeira metade da década de noventa, um acordo entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial, envolvendo recursos da UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime, possibilitou uma série de projetos de atenção ao uso de drogas injetáveis (ANDRADE, 2011).

Em relação a adoção de políticas públicas mais pragmáticas e flexíveis dois aspectos merecem ser considerados. Existia um consenso de que os Tratados Internacionais Antidrogas limitavam a ação individual dos países, porém políticas, quaisquer que sejam elas, não são implementadas num vácuo, mas sim no contexto político- institucional de cada país, o qual pode constranger ou facilitar a adoção das estratégias de redução de danos. No entanto, quase todos os países signatários adotaram leis restritivas ao consumo de drogas, alinhando suas políticas nacionais às normas internacionais (FONSECA; BASTOS, 2014).

No Brasil, diante do aumento considerável de casos de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis, o Movimento AIDS propôs o desenvolvimento de ações preventivas de redução de danos, tais como troca de seringas e o fornecimento de insumos para o uso seguro de drogas. A proposta enfrentou resistências manifestas de instituições fortes como a Polícia Federal, o Ministério Público, a Igreja Católica, entre outros. Ainda assim, o próprio COFEN reconheceu a importância de uma nova postura ao encarar as drogas, admitindo e reconhecendo os avanços das experiências internacionais (CAVALCANTE, 2008).

A maioria dos países-membros das Nações Unidas têm, ao longo dos anos, se colocado contrários a mudanças na legislação supranacional antidrogas e como decisões no âmbito da Comissão de Narcóticos são tomadas por meio de consenso, então caso algum membro da comissão se opuser a uma resolução em particular, esta deverá ser negociada pelo tempo necessário até que se chegue a um denominador comum. Afirmativas como essas sublinham os pontos fracos desse tipo de negociação e eventual acordo. Além disso, outro episódio negativo, é que algumas delegações que representam os países são compostas exclusivamente por profissionais não especializados, geralmente representantes dos ministérios exteriores de cada país e diplomatas com pouco conhecimento sobre o tema.

Apesar das dificuldades observadas, o Brasil tem tido uma participação importante nas reuniões das Nações Unidas e em outros fóruns internacionais correlatos. A exemplo, pode-se citar a 49ª Sessão da Comissão de Narcóticos, em 2006 onde representantes do governo brasileiro apresentaram um documento, a partir de uma proposta sugerida pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST/Aids e pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, relatando a experiência positiva com as ações de redução de danos no país (FONSECA; BASTOS, 2014).

O aumento expressivo do uso de drogas, mundialmente, levou a Organização das Nações Unidas-ONU a convocar reuniões e elaborar estratégias direcionadas ao enfrentamento do uso e do tráfico de drogas. Dentre estas, a Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU no ano de 1998, criou o UNODC, que abriga o Centro Internacional para Prevenção do Crime-CIPC. Foi nesta sessão específica sobre a questão das drogas e de caráter eminentemente proibicionista, que saiu a determinação de que todos os países membro elaborassem sua política nacional.

Neste mesmo ano, o Brasil deu início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da redução da oferta de drogas. A começar, o COFEN foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas-CONAD e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas-SENAD, vinculada à então, Casa Militar da Presidência da República. Na oportunidade, reestruturou o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD, regulamentado pelo Decreto n.º 3.696, de 21/12/2000, que orientava-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre estado e sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada e cidadãos - considerados individualmente ou em suas livres associações (BRASIL, 2013b).

Alguns anos depois, através do Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011, a SENAD seria transferida para a estrutura do Ministério da Justiça onde permanece até hoje, bem como o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD (BRASIL, 2013b). A condução da justiça em relação aos rumos da política sobre drogas ainda demonstra resquícios de uma impregnação proibicionista e tradicional que aos poucos tenta romper com certos paradigmas históricos.

No início de suas atividades, a SENAD buscou a mobilização da sociedade para debater os rumos da política pública e tentou ser mais abrangente em sua ação, a exemplo podemos mencionar a realização do 1º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em Brasília no ano de 1999 (BRASIL, 1999).

Esse Fórum teve por objetivo abrir um canal de diálogo entre a sociedade e o governo federal, visando o estabelecimento de uma Política Nacional Antidrogas. Em seu discurso de abertura, o então presidente Fernando Henrique Cardoso destacava o problema das drogas, a necessidade de uma política brasileira de enfrentamento da problemática, enfatizando que a política deveria ter um caráter

intersetorial, com centralidade para o papel da sociedade (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

A centralidade da política entretanto voltou-se para a droga que deveria ser combatida, isso evidencia-se na denominação da política – antidrogas. Tendo como bandeira de luta “a droga”, a política da SENAD, que tinha a responsabilidade de coordenar e articular a Política Nacional Antidrogas, elaborada em 2002, tirou do centro da discussão a pessoa humana. Essa política foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas que se baseava dentre outros, nos respectivos pressupostos:

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Intensificar a cooperação internacional de forma ampla;
- Incentivar, por intermédio do CONAD, o desenvolvimento de estratégias e ações integradas;
- Orientar ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, dos níveis federal e estadual;
- Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda e redução de danos, levando em consideração os “Determinantes de Saúde” (PRESIDENCIA DA REPUBLICA, 2010).

No âmbito do tratamento, na década de 90, a Declaração de Caracas contribuiu para deslocar a centralidade dos cuidados do Hospital Psiquiátrico para a atenção primária. Em 1992, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde criou os serviços de atenção ao alcoolismo e a dependência química, voltados para ações de prevenção, assistência e tratamento na área das drogas, em consonância com as modificações do modelo assistencial. Também foi investido na expansão dos serviços alternativos a internação psiquiátrica, que dispunham de equipe multidisciplinar e tinham como objetivo diminuir o estigma e garantir atendimento de base comunitária, ideais defendidos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (VASCONCELOS, 2000).

Neste período, verifica-se a implementação dos Núcleos de Atenção ‘Psicossocial- NAPS e os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, inspirados nos modelos de assistência em saúde mental de Trieste, de base comunitária,

descentralizados, de assistência multiprofissional e 24h, de acordo com uma população delimitada num dado território. A resolução 224 de 1992 do Ministério da Saúde regulamentava estes equipamentos e dispunha sobre as características de seu funcionamento até 2002 quando foi substituída pela Portaria 336 (VASCONCELOS, 2000).

Em 2005, ainda de maneira tímida, o CONAD, no uso de suas atribuições aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas por meio da Resolução nº 03, de 27 de outubro de 2005, onde foram estabelecidos os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias para que as ações de redução da oferta e da demanda sejam realizadas de forma articulada e planejada. O documento foi escrito em cinco capítulos e partiu da premissa de que a política nacional deve buscar a integração das políticas públicas, descentralizando as ações, para que sejam realizadas em conjunto com estados e municípios, e sempre em estreita colaboração com a sociedade e a comunidade científica. Trata-se, portanto, de uma responsabilidade compartilhada assim como já preconizava a política anterior (FO, 2005)

Em 2006, nacionalmente ficou conhecida a “Lei das Drogas ou Lei dos Tóxicos”, instituída pela lei nº 11.343/06 a qual substituiu as duas leis anteriores sobre o tema e teve grande repercussão nas redes sociais. A mesma criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e no que concerne ao aspecto repressivo alterou substancialmente os crimes e as penas a usuários e aos agentes que comercializam ilegalmente as drogas, em consonância com a lógica internacional de reconhecer a diferença entre usuários/dependentes e aqueles envolvidos no tráfico de drogas.

Também é contemplado na referida lei a possibilidade de atendimento a usuários de drogas em serviços especializados de saúde pública, preferencialmente de caráter ambulatorial. Essa previsão ou recomendação atualmente acompanha uma realidade paralela de contra fluxo observado na postura adotada por diversos equipamentos socioassistenciais de encaminhamentos indiscriminados para internação em CT, hospitais ou Clínicas de Reabilitação. Ações como estas ainda foram fortemente influenciadas outrora pela mídia na difusão de internações compulsórias enquanto dispositivo de enfrentamento emergencial no combate ao uso indevido de drogas, que misteriosamente “pós-Copa do Mundo”, assim como uma patologia de amnésia rescindiu sua justificada relevância.

Em 2007 o decreto nº 6.117 aprovou a Política Nacional sobre o Álcool, a qual dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Este dispositivo legal, dispõe sobre a realização de pesquisas e diagnósticos sobre o consumo de álcool no país, estabelece mecanismos de tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool, orienta a realização de campanhas de sensibilização e mobilização da opinião pública sobre as consequências do uso e abuso de bebidas alcoólicas e articula ações de prevenção com estados e municípios. Seu conteúdo foi dividido em dois eixos que contemplam a intersetorialidade e a integralidade de ações. (PRESIDENCIA DA REPUBLICA, 2010).

Outra legislação de grande impacto nacional diz respeito à Lei 11.705/08 que ficou conhecida como Lei Seca, haja vista seu caráter de intolerância em relação ao uso de substâncias psicoativas e álcool na condução de veículos automotores. Esta também discorre sobre a proibição de venda de bebidas alcoólicas em rodovias e foi fundamentada em uma série de dados mundiais e federal que atestam a gravidade do uso de álcool em diversas áreas (PRESIDENCIA DA REPUBLICA, 2010).

Se verifica que o enfrentamento da questão do uso drogas por condutores vem se tornando alvo de intervenção rígida com a aplicação de penalidades mais potentes. O que antes era visto como apenas uma mera infração administrativa e abrangia a Lei de Contravenções Penais ou por diretrizes dos Juizados Especiais criminais passa de forma mais incisiva para o Código Penal e em determinados casos para Lei de crimes hediondos.

Na política sobre drogas brasileira, mais recentemente, em 2011, foi lançado o programa *Crack, É Possível Vencer*. Intitulado dessa maneira, já inicia revelando as prioridades do governo no enfrentamento ao uso indevido de drogas. Não obstante ao que dispõe a própria legislação, o referido programa dividiu as ações em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. E mais uma vez demonstra no significado das terminologias adotadas como concebe o plano ideológico de combate ao uso de drogas, com peculiar direcionamento da crítica para o eixo autoridade.

O Programa Crack tem como principal objetivo o fortalecimento da rede de atenção às pessoas em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, e importantes recursos foram investidos para aumentar a

quantidade e o leque de tratamentos oferecidos à população, incluindo enfermarias especializadas, novos CAPS, unidades de acolhimento voluntário e o apoio a comunidades terapêuticas. Além disso, vários cursos de capacitação presenciais e à distância, como este, foram desenvolvidos e estão sendo disponibilizados para aqueles que estão envolvidos na execução das políticas. Como determina a PNAD, a responsabilidade pelo programa é compartilhada: além da coordenação federal, existem comitês-gestores nos estados e municípios para articular e monitorar as ações (PRESIDENCIA DA REPUBLICA, 2010, p. 25).

O Governo Federal disponibilizou recursos financeiros para estados, municípios e Distrito Federal, que poderiam aderir ao programa assumindo a contrapartida e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública. Para isso era necessária a criação de comitês gestores distrital, estaduais e municipais, com seus respectivos coordenadores que seriam interlocutores com o governo federal.

Depois respectivamente se fazia necessário a pactuação dos serviços, e adesão ao Programa, seguido da execução de oficinas de alinhamento conceitual das equipes locais; implantação dos serviços e equipamentos pactuados e por fim o acompanhamento e monitoramento.

No Observatório *Crack, É Possível Vencer* tem disponível um balanço do programa que mostra a adesão dos 27 estados federativos e a participação de 118 municípios brasileiros. Os resultados dos eixos foram evidenciados dessa maneira:

- Eixo cuidado- cujo objetivo era garantir ações para estruturar redes de atenção de saúde e de assistência social contou com a implantação de:
 - 129 consultórios de rua
 - 34 Unidades de Acolhimento Adulto- UAA
 - 26 Unidades de Acolhimento Infanto-Juvenil
 - 800 leitos em enfermaria especializada
 - 59 CAPS álcool e drogas 24h
 - 7.541 vagas em comunidades terapêuticas
 - 1.431 serviços de abordagem social na rua
 - 219 Centros Pop
 - 2.374 CREAS

- 1.035 CAPS I
 - 475 CAPS II
 - 82 CAPS III
 - 196 CAPSi
 - 308 CAPSad
- Eixo cuidado- o intuito era reduzir a oferta de crack e outras drogas ilícitas pela repressão ao tráfico, crime organizado e pela garantia de condições de segurança. Alcançou:
 - 123 bases móveis
 - 7.731 policiais capacitados
 - 218 operações especiais da polícia federal
- Eixo prevenção- tinha como meta fortalecer vínculos familiares e comunitários e reduzir fatores para o uso de drogas e atingiu:
 - 47 Centros Regionais de Referência
 - 434.000 profissionais e sociedade civil capacitadas

Na política do governo federal voltado para a questão das drogas tem sido mais evidenciada a partir do Ministério da Justiça por meio da Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas - SENAD e do Ministério da Saúde pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, todavia fica evidente a divergência ideológica destas naquilo que deveria se configurar como uma política unificada e integrada. Esta dissensão superior repercute diretamente na condução das ações voltadas para a questão das drogas nos Estados e municípios.

No que concerne a SENAD, entre as ações destaca-se o realinhamento da Política Nacional Antidrogas, a criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, em parceria com o Instituto de Drogas e Toxicodependência – IDT de Portugal, a criação do SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento, um curso à distância que tem garantido acesso de qualidade a

milhares profissionais da saúde da assistência social em todo o Brasil. Por fim, nos últimos anos tem ocorrido um redirecionamento das ações para o financiamento das Comunidades Terapêuticas (ANDRADE, 2011).

Em relação a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas constata-se uma clara intenção de ampliação da rede de atenção psicossocial, mais especificamente na expansão dos CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas, tanto do tipo II, como do tipo III (24h), cuja atenção é voltada para a população de usuários de drogas. Essas ações estão em consonância com o movimento de Reforma Psiquiátrica que defende um modelo de assistência de base comunitária, com garantia de acesso a tratamento pelos meios menos invasivos.

A configuração política vivida atualmente não pode ser ignorada nesta pesquisa que busca contextualizar a implantação de política sobre drogas no Brasil. Os próximos passos políticos a serem percorridos podem ser determinantes para o avanço ou retrocesso de uma história que por si só se inscreve de maneira complexa e contraditória.

Como já foi posto ao início do corrente capítulo, uma política se constrói a partir de forças nacionais e internacionais. Logo, como diz Boff (2016), não se pode resumir o quadro político brasileiro como algo restrito ao seu território. A “crise” é decorrente de um movimento estratégico global e como tal também repercute nas ações de enfrentamento ao uso de drogas, direta ou indiretamente.

O impedimento da presidenta Dilma é apenas um capítulo de uma estratégia global, especialmente das grandes corporações e pelo sistema financeiro articulado com os governos centrais. Os grandes empresários nacionais querem voltar ao nível de ganho que tinham sob as políticas neoliberais, anteriores a Lula. A oposição à Dilma e o apoio ao seu impedimento possui um viés patronal. A estratégia consiste em desestabilizar os governos progressistas e alinhá-los às estratégias globais como sócios agregados.

... Não estamos diante de um pensamento conspiratório, pois já sabemos como agiram os norte-americanos no golpe militar em 1964, infiltrados nos movimentos sociais e políticos (BOFF, 2016, p. 1).

Os impactos dessa nova configuração política assumida interinamente por Michel Temer já tem ecoado e gerado resistência por parte dos movimentos organizados na saúde mental. A ABRASME fortalecida por outras instancias tem desenvolvido um papel forte nessa articulação por entender que a história partidária

de Temer pode representar uma ameaça aos direitos garantidos, bem como na maneira de conceber uma política específica sobre drogas.

Para isso, a ABRASME tornou pública uma carta em defesa da reforma psiquiátrica em tempos daquilo que a mesma tem chamado de golpe. Além disso, luta pela saída de Temer e contra a indicação de Roberto Allegretti, um Coronel da Policial Militar para Secretário Nacional de Política Sobre Drogas.

A política brasileira ainda apresenta um caráter marcadamente criminalizador da questão do uso de drogas. Essa na verdade é a política predominante nos 183 países participantes convenções da ONU, na qual o Brasil faz pactuação, como foi explanado anteriormente. Durante muito tempo esse modelo dominante foi tido como melhor alternativa para reduzir os danos através de fortes penalidades aqueles que compravam e vendiam drogas, todavia, alguns países tem enfrentado de maneira distinta à brasileira, através do modelo descriminalizador ou de legalização.

A descriminalização não significa que as pessoas podem usar drogas impunemente. Ao invés disso, ela quer dizer que a posse de pequenas quantidades não mais implica em um crime. Já a legalização, contempla o aspecto da descriminalização, ou seja do uso legal, desde que não seja em locais públicos, e atribui legalidade ao setor do negócio (cultivo, transporte e venda) que passam também a ser legalizados.

O modelo de descriminalização tem sido utilizado em alguns países da Europa e da América Latina, e no caso da maconha em estados americanos e australianos. Em países como Portugal, República Tcheca, Espanha, Itália, Costa Rica, Equador, México e Uruguai a descriminalização vale para pequenas quantidades de qualquer droga. E a legalização pode ser vista no Canadá, Uruguai e em Estados dos Estados Unidos, o uso medicinal e/ou recreacional de maconha está legalizado.

Observa-se que no Brasil ainda não há um posicionamento político explícito bem como direcionamentos claros por parte da grande massa popular, entretanto fica evidente que o foco destes debates centralizam-se na maconha, quando fatidicamente reflexões do gênero deveriam ser estendidas a outras drogas.

Laranjeira (2010) realizou um estudo sobre a legalidade das drogas e as políticas públicas e aponta que existem duas visões claras na forma de lidar com as drogas: uma proveniente da saúde pública e outra da justiça criminal. Devido ao

fenômeno da violência relacionado ao tráfico de drogas nos Estados Unidos, o país escolheu o lado da justiça criminal para lidar com o problema, com todas as implicações que isso acarreta. A Europa escolheu o lado da saúde pública, muito embora haja grandes diferenças de abordagem entre os países. Por exemplo, a Suíça convive com experimentos sociais alternativos para usuários de heroína e uma das maiores taxas de encarceramento da Europa. A Suécia tem clara retórica antidrogas e leis consideradas duras, com investimento muito maior do que qualquer outro país, inclusive que a Holanda, na área de prevenção e tratamento. As escolhas são sempre influenciadas por valores políticos e por definições do que constitui o problema.

Há grande dificuldade na análise dos resultados das políticas relacionadas às drogas. Anos de debate internacional produziram poucas certezas sobre a eficácia das políticas. Uma das poucas avaliações mais bem organizadas sustentam que precisamos olhar as políticas de forma bem mais analítica e levando em consideração a complexidade da situação, pois várias áreas se relacionam de forma causal, como é o caso da cultura, da ação dos governos, das diretrizes para confrontar o problema, da vontade dos indivíduos e do impacto do uso (LARANJEIRA, 2010).

4.1 O CEARÁ NO ENFRENTAMENTO DA QUESTÃO DAS DROGAS

Uma vez discutido como vem se construindo e constituindo a política nacional sobre drogas na esfera federal, julgou-se necessário fundamentar as ramificações desta política especificamente no contexto cearense, haja vista que o Brasil é um país com grande extensão territorial e suas regiões possuem características bem distintas, demandando atenção diferenciada na análise do processo de implantação de uma política de acordo com o território a ser analisado.

No estado do Ceará em 2010 e 2011 a Assembleia Legislativa criou o Programa “Pacto pela Vida – *Drogas, um caminho para um triste fim*”, que tinha como objetivo analisar a assistência prestada aos dependentes químicos e traçar um panorama atual da situação de uso com vistas a criar um plano de ações integradas (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2016).

Os resultados dessa análise gerou algumas publicações: “Drogas – Eixos de Abordagem; Drogas – Onde Buscar Ajuda e o Plano de Ações Integradas de

Enfrentamento às Drogas” que posteriormente foram utilizados como referência na construção das Políticas públicas sobre Drogas no Ceará.

Em 2012, por meio da Lei nº 15.234 foi criada a Assessoria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas do Estado do Ceará (AESPD), formada pela Coordenadoria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas (CESPD) e as Células de Articulação Regional de Políticas sobre Drogas e Célula de Programas e Ações Temáticas de Políticas sobre Drogas-CEAPD (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2016).

Em 2013, a Lei nº 15.424 alterou a legislação anterior e instituiu o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (SISED), cuja formação agrega diversas secretarias, o Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (CEPOD), e sociedade civil. Cabe ao SISED a incumbência de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas às Políticas sobre Drogas no Estado do Ceará. Cabe destacar a relevância que o CEPOD pode agregar, uma vez que se institui como órgão superior ao Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas, de caráter normativo, consultivo e de deliberação coletiva nas questões referentes às drogas (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2016).

No mesmo ano, aderindo a política do governo federal, o Estado do Ceará criou o Comitê Gestor Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas com a responsabilidade de coordenar a implantação do Programa “*Crack – É Possível Vencer*”, que representou a possibilidade de um novo impulso na expansão da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2016).

No final de 2014, foi criado o Centro de Referência sobre Drogas (CRD), devido ao Termo de Cooperação Técnica entre a Assessoria Especial de Políticas sobre Drogas (AESPD), vinculada ao Gabinete do Governador, e a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) se configurando como alternativa de acolhimento e orientação ao dependente químico e seus familiares.

Mais recentemente, foi criada a Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas (SPD) em 2015 que incorporou o CRD dentre seus setores. A então deputada Mirian Sobreira, esteve a frente desta secretaria até março deste ano, quando Aline Bezerra Oliveira Lima passou a assumir. O plano de governo da SPD tem sido construído desde o final de 2014, cuja produção é fruto de seminários envolvendo pessoas através da metodologia do planejamento participativo que

produziu o documento denominado: Os Sete Cearás (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2016).

A SPD tem seguido diretrizes estratégicas para a execução do Programa Ceará na trilha da cidadania que se baseia em três eixos: Prevenção; Acolhimento e tratamento; e Reinserção Social e Profissional.

Em relação ao eixo de Prevenção é mister mencionar os programas: Jogos Elos- construindo coletivos; #Tamojunto; Famílias Fortes, Fortalecendo Minha Comunidade e Juventude em Ação.

Quanto ao eixo Acolhimento e Tratamento, o programa prevê projetos de fortalecimento e ampliação da rede de cuidado quanto ao uso de drogas. Vale destacar o projeto Corre Pra Vida; Rede de Formação sobre Drogas; Dialogando com a vida: aprendendo a cuidar de si para cuidar do outro; Adolescente: sujeito saudável e de direitos; Sementes do amanhã; Fortalecendo a Rede e ampliando o cuidado; e Acolhe Ceará.

Por fim o eixo Reinserção Social e Profissional que se direciona principalmente, a três públicos: internos e egressos tanto de comunidades terapêuticas como de Centros Educacionais e a população de rua. Os programas contemplados neste eixo são: Reescrevendo Minha História e Promovendo a Reinserção Profissional.

A realidade das políticas sobre drogas no Ceará enfrenta o desafio da execução e acompanhamento das ações específicas, que notoriamente vem dando ênfase a oferta de vagas de internamento em Comunidades Terapêuticas, alvo de grande demanda social e status político.

Por ser alvo deste estudo será dado mais visibilidade ao programa Acolhe Ceará (eixo acolhimento e tratamento) que proporciona a regulação das vagas conveniadas com entidades que prestam serviços de atenção em regime de acolhimento através das CT. O programa trata da abertura de vagas de internação em CT, a partir de convênio com a SPD; acompanhamento e monitoramento das CT's conveniadas pelo Estado e contratadas pela SENAD que atuam no âmbito estadual. Compete ainda ao programa, acompanhar a atuação das não conveniadas que atuam no âmbito estadual e regular seu funcionamento; realizar alinhamento técnico na organização, oferta de serviços, atuação dos profissionais e processos de acompanhamento e, ainda, realizar avaliação da atuação das CT's.

Em relação ao repasse financeiro, este é feito no valor de R\$1.000, 00 (mil reais) para as CT que atendem o público adulto e R\$1.500,00 (mil e quinhentos reais) para aquelas que atendem adolescentes e mãe nutrizas. Esse valor é repassado mensalmente por vaga disponibilizada, sem implicar necessariamente na quantidade de dias do mês que foi usufruída, o que é completamente passível de indagação.

O próximo edital que seria lançado pela SPD para firmar convênio com novas Comunidades Terapêuticas foi anunciado que se daria pela modalidade de pregão presencial. Essa decisão instigou o Ministério Público do estado do Ceará por intermédio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública a instaurar um inquérito civil público para investigar a legalidade de tal procedimento. O referido edital estabelecia registro de preços para futuras e eventuais contratações de prestação de serviços de acolhimento voluntário de pessoas com problemas decorrentes do uso nocivo de drogas e chegou a ser suspenso em decorrência dos questionamentos levantados pela Federação Cearense das Comunidades Terapêuticas.

O presidente da Federação, Junior Braga alega que o processo foi aberto a toda e qualquer pessoa jurídica, o que vai de encontro a Resolução 01 de 2015 do CONAD. Para ele, a lei 119 de 2013 que contempla a celebração de convênios e congêneres foi substituída para impor o edital pregão menor preço, que acaba por colocar as Comunidades em uma situação de confronto.

Uma estratégia encontrada pela SPD no monitoramento das CTs conveniadas ao governo estadual tem sido a implantação do Sistema de Informação que controla o usuário a partir do seu cadastro biométrico. Esse projeto piloto hoje funciona em Caucaia e Eusébio. Caso venha a apresentar viabilidade deverá ser expandido para outras regiões. O objetivo é consolidar as informações em um único sistema e estabelecer o controle sob a internação dos usuários em CT, pois os mesmos devem registrar todos os dias sua digital atestando sua estadia no equipamento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentadas as categorias temáticas do estudo, as quais foram organizadas por eixos. A primeira categoria, transcrita nas tabelas 1, 2 e 3 discutem o cenário do estudo exibindo características gerais do funcionamento das CT como tempo de funcionamento, situação de legalidade, composição da equipe de trabalho, natureza administrativa, atividades desenvolvidas, entre outros.

A segunda categoria discorre sobre a caracterização dos participantes da pesquisa. Este tópico foi subdividido entre profissionais e residentes, haja vista que o roteiro que norteou as entrevistas foram distintos.

A terceira categoria trata das semelhanças metodológicas em relação ao funcionamento das CT discutindo os achados no modelo de tratamento ofertado como por exemplo: a abstinência como objetivo, a abordagem de cunho espiritual e religiosa, a participação familiar e a pouca articulação com a RAPS.

A última categoria, explora as vivências dos residentes em Comunidade Terapêutica e as repercussões no modo de vida dos mesmos.

5.1 CENÁRIO DE ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Nesta primeira categoria temática realizou-se a caracterização das comunidades terapêuticas nas quais o estudo foi desenvolvido. Para a elaboração da mesma foram utilizadas as informações coletadas com base nas técnicas de observação participante e entrevista.

Tabela 1 - Caracterização das comunidades terapêuticas segundo tempo de fundação, localização, mudança de endereço, natureza administrativa, regularidade em relação as normas sanitárias e convênio público. Fortaleza, CE. 2016

Variáveis	F	%
(continua)		
Tempo de fundação		
5 anos	2	50,0
6 anos	1	25,0
8 anos	1	25,0
Localização		
Perímetro urbano	3	75,0
Perímetro rural	1	25,0

Tabela 1 - Caracterização das comunidades terapêuticas segundo tempo de fundação, localização, mudança de endereço, natureza administrativa, regularidade em relação as normas sanitárias e convênio público. Fortaleza, CE. 2016

(conclusão)

Variáveis	F	%
Mudança de endereço		
Nenhuma	1	25,0
2 vezes	1	25,0
4 vezes	1	25,0
5 vezes	1	25,0
Natureza administrativa		
Privada	2	50,0
Sem fins lucrativos	2	50,0
Formação do responsável		
Direito	1	25,0
Nenhuma	3	75,0
Regularidade em relação as normas sanitárias		
Regular	2	50,0
Irregular	2	50,0
Convênio público		
Sim	1	25,0
Não	3	75,0

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com a Tabela 1, percebe-se que as comunidades terapêuticas estavam localizadas predominantemente no perímetro urbano do município de Caucaia, tinham tempo mínimo de cinco anos de fundação, eram de natureza privada e sem fins lucrativos.

Três das comunidades terapêuticas tinham histórico de várias mudanças de endereço desde a sua fundação. Essas frequentes mudanças podem dificultar o mapeamento e o monitoramento das mesmas pelos órgãos competentes.

Não se pode mensurar precisamente a quantidade de Comunidades Terapêuticas no Brasil. Segundo o “Observatório Crack é Possível Vencer”, existem, no Brasil, 5.496 vagas em 252 CT e, até o final de 2014, a proposta era chegar a dez mil vagas. No entanto, segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas existiriam entre 2.503 CT no país, atendendo a 60.000 pessoas por ano. Já Silva e Damas, seguindo dados do Ministério da Saúde, afirmam que existem 2.500 CT que atendem a 80% dos dependentes de drogas. O desencontro de informações sugere que há diversas entidades funcionando sem nenhum tipo de registro, o que traz desafios relacionados à fiscalização do cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

O critério utilizado para estabelecer a situação de regularidade e legalidade das Comunidades Terapêuticas foi fundamentado na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que estabelece 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 (SPA), em regime de residência e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. Também levou-se em consideração a Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas que regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2011a).

Logo, verificou-se que metade das instituições encontrava-se em situação irregularidade, e o restante regular. Vale destacar que uma CT não autorizou a visita nas áreas internas da instituição onde se localizavam os dormitórios, logo não foi possível atestar se a estrutura encontrava-se de acordo com as normas sanitárias da RDC 29. Todavia, pressupõe-se que o alvará de funcionamento e sanitário foi dispensado à mesma, uma vez assegurado a conformidade legal.

Ainda que não tenha sido objetivo deste trabalho, foi organizado um quadro (Apêndice 5) onde consta características gerais das comunidades terapêuticas que podem ser analisadas de acordo com o critério específico de regularidade asseando-se nas normas citadas no parágrafo anterior.

Tabela 2- Caracterização das comunidades terapêuticas segundo público alvo, acesso aos serviços ofertados, tipo de admissão, valor da mensalidade, tempo estimado de internação e capacidade de acomodação. Fortaleza, CE. 2016.

Variáveis	F	%
Público alvo		
Homens dependentes químicos	4	100,0
Acesso aos serviços ofertados		
Através da abordagem de rua da Igreja	2	50,0
Através do escritório da instituição	1	25,0
Através da SPD ou triagem na instituição	1	25,0
Tipo de admissão		
Voluntário	2	50,0
Voluntário, involuntário e compulsório	2	50,0
Valor da mensalidade		
Avaliado individualmente	4	100,0
Tempo estimado de internação		
6 meses	1	25,0
6 a 12 meses	1	25,0
Indeterminado	2	50,0
Capacidade de acomodação		
Indeterminado	2	50,0
20 vagas	1	25,0
40 vagas	1	25,0

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto as formas de acesso aos serviços ofertados, metade das CT apontaram que o acesso a internação em CT foi viabilizado pela Igreja. Isso demonstra o vínculo, confiança e poder que se entrelaça entre essas instituições.

Em relação as formas de admissão foi pontuado que duas seguiam os preceitos legais e admitiam apenas residentes voluntariamente, o restante ofertava tratamento voluntário, bem como serviços para residentes admitidos involuntária ou compulsoriamente.

Cabe destacar que todas as CT pesquisadas tinham como público alvo homens dependentes químicos, portanto não havia atendimento para o público feminino. De acordo com Diehl, Laranjeira e Cordeiro (2011) os homens relatam mais uso de drogas na vida que as mulheres, na mesma faixa etária.

O relato de um residente mostrou que apesar do público alvo ser definido claramente como sendo para adultos do sexo masculino, há casos absolutamente “incoerentes” com a proposta de tratamento:

“Eu tenho um filho de 15 anos aqui dentro também... ele está em tratamento, mas graças a Deus não foi droga foi só roubo, ele foi preso, foi solto, não tinha para onde ir porque eu estava aqui e ele veio ficar aqui comigo, só vai sair quando eu sair também e não tenho previsão... a gente vive só por hoje” (Entrevistado 4)

Metade das instituições manifestaram capacidade ilimitada de acomodação e não tinha tempo determinado de internação. Nestas, a lógica seguida era a religiosa, ou seja, acreditava-se que o tempo de tratamento era determinado pela “vontade de Deus”. Vale ressaltar que nestas CT os residentes eram acomodados na varanda ou em locais adaptados como estábulos, ou seja, não eram alocados em quartos coletivos com acomodações individuais conforme dispõe o Art. 14 da Resolução 29 da ANVISA (BRASIL, 2011a).

Por determinação legal, as CT devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição, com o intuito de evitar a institucionalização (BRASIL, 2011a).

Nenhuma CT adotava um valor mensal fixo a ser pago pelos internos e apenas uma tinha vagas conveniadas com o governo estadual por meio da Secretaria Especial de Políticas Públicas sobre Drogas- SPD. Em caso de cobrança pela permanência do residente na comunidade terapêutica, a mesma era realizada com base em um estudo sociofinanceiro da família do residente, desse modo o valor mensal variava de acordo com a realidade de cada sujeito.

Tabela 3- Caracterização das comunidades terapêuticas segundo formação do responsável, equipe de trabalho, visita familiar na instituição e atividades desenvolvidas rotineiramente. Fortaleza, CE. 2016.

Variáveis	F	%
Equipe de trabalho		
Monitores	2	50,0
Psicólogo, Educador físico, Técnico de enfermagem, conselheiros e monitores	2	50,0
Visita familiar na instituição		
A qualquer momento	1	25,0
Após 15 dias de admissão	1	25,0
Após 30 dias de admissão	1	25,0
Visita assistida após 30 dias de admissão	1	25,0
Atividades desenvolvidas rotineiramente		
Laborterapia	4	100,0
Atividades de cunho religioso	3	75,0
Atividades esportivas	3	75,0
Atividade grupal baseada nos 12 passos de grupos de autoajuda	2	50,0
Curso profissionalizante	1	25,0
Atendimento familiar	1	25,0
Atividades de 'marketing'	1	25,0

Fonte: Elaborado pela autora

No que diz respeito a equipe de trabalho, duas comunidades terapêuticas possuíam apenas usuários que estavam em função de monitoria e as outras duas instituições tinham equipe formada por: psicólogo, educador físico, técnico de enfermagem, conselheiros e monitores. O fato de haverem técnicos de enfermagem trabalhando nas instituições, sem a presença de um enfermeiro, contraria o que preconiza o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) o qual dispõe que o técnico de enfermagem só pode exercer sua função na presença/supervisão de enfermeiro.

A CT não se configura como um serviço de saúde. O principal instrumento terapêutico utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas neste espaço deve ser a convivência entre os pares, nesse sentido não há exigência quanto a composição de uma equipe multidisciplinar, apenas de um responsável técnico de nível superior (em qualquer área). A legislação destaca que na necessidade de suporte psicossocial deve ser feita uma articulação com a RAPS (BRASIL, 2011a).

Em duas CT, os coordenadores eram, também, pastores evangélicos e o acesso à instituição se dava por meio de serviços ofertados pelas igrejas nas quais os mesmos eram líderes. Nas outras CT, havia um protocolo de admissão definido onde era necessário entrar em contato inicialmente com o escritório ou ir pessoalmente ao local para que pudesse ser feito um atendimento prévio com a família ou com o futuro residente. Na única CT que possuía convênio com a SPD,

havia uma particularidade, pois os residentes eram encaminhados diretamente pela SPD através do Programa Acolhe Ceará.

No tocante às visitas de familiares, em três comunidades terapêuticas estipulava-se um tempo mínimo para que os residentes pudessem recebê-las e as mesmas só eram permitidas após parecer favorável da instituição. Partilhava-se a crença de que o encontro com os familiares sem o devido parecer da instituição pudesse agravar conflitos. Apenas uma CT mantinha o acesso livre dos familiares diariamente por entender a família como um suporte no tratamento.

O Art. 6 da Resolução 01/2015 do CONAD fala que a CT tem a obrigação de garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social, no entanto não detalha como deve ocorrer essa relação entre residente e família, bem como o tempo para tal, ficando a critério da CT conduzir tais normatizações (BRASIL, 2015).

A importância da família no tratamento todavia já tem sido demonstrada em vários estudos, a exemplo, Schenker e Minayo (2004) ressaltam a importância da inclusão da família no tratamento, oportunizando a modificação dos padrões familiares, contribuindo assim, para uma dinâmica familiar funcional.

Em relação as atividades desenvolvidas nas comunidades terapêuticas, destacaram-se: laborterapia (organizar e limpar o ambiente, cozinhar), atividades de cunho religioso (louvor, leitura da Bíblia, culto, adoração, vigília, jejum, oração), atividades esportivas e recreativas (futebol, banho de piscina), grupos baseados nos Doze Passos adotados em grupos de autoajuda e visitas de familiares. Foi mencionada ainda a “sonoterapia” como atividade ofertada aos residentes, no entanto, tratava-se de um momento de descanso ou de tempo livre sem cunho terapêutico ou cuidado profissional dedicado neste momento. A atividade denominada como ‘marketing’ se destinava à arrecadação de materiais diversos para realização de bingos e campanhas de doação.

A exceção de uma CT que lida com a espiritualidade sem conotação diretiva religiosa, as demais trabalham rotineiramente várias atividades de cunho religioso, claramente tendenciosa para as práticas evangélicas protestantes.

A predominância de práticas evangélicas em CT decorre de um cenário sócio-político anterior de surgimento desses equipamentos no Brasil definido pelo aumento do uso de drogas na população, pelos escassos programas de tratamento

específico e por uma política pública para usuários de drogas ainda sem definição clara. Logo, entende-se hoje o motivo pelo qual muitas CT, também cunhadas como “Centros de Recuperação”, são financiadas ou cofinanciadas por entidades religiosas e pelo Estado, tendo como projeto terapêutico o tratamento religioso. Este tipo de tratamento tem como objetivo substituir ou incrementar outras formas de cuidado, como a medicamentosa (RIBEIRO; MINAYO, 2015)

A Resolução 01/2015 do Conselho Nacional de políticas sobre Drogas-CONAD, no Art. 14 fala que as atividades de desenvolvimento da espiritualidade são aquelas que buscam o autoconhecimento e o desenvolvimento interior, a partir da visão holística do ser humano, podendo ser parte do método de recuperação, objetivando o fortalecimento de valores fundamentais para a vida social e pessoal, assegurado o disposto nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição Federal (BRASIL, 2015).

A laborterapia foi um elemento comum e mais presente em todas as CT estudadas. De Leon (2003) diz que a marca expressiva do ambiente social da CT, é a vibração dos trabalhos realizados. Defende que os residentes devem estar adequadamente vestidos e atentos, exibindo atitudes positivas e bom humor, buscando e assumindo responsabilidades, uma vez que o trabalho é compreendido como uma atividade fundamental, usada para mediar a socialização, assim como a recuperação por meio da auto ajuda e o bem viver.

Desde as primeiras CT, os residentes assumiram completa responsabilidade pela administração da vida diária e da operação das instalações que ocupavam. Hoje, em algumas CT subsídios do governo suplementados por fundos privados auxiliam nas despesas, não obstante, o trabalho segue sendo visto como necessário em termos físicos, psicológicos e sociais. Embora ainda fundamentada na necessidade, o trabalho é defendido com profunda significação social e psicológica no processo de recuperação pelos seus interessados, que organiza inclusive as atividades veladamente baseado em uma lógica hierárquica e de poder (DE LEON, 2003).

Contrário a esse pensamento foi realizado um estudo com Kinker (2014) que promoveu uma reflexão crítica acerca das contradições e suposto potencial reabilitador da laborterapia, tendo como referência a experiência desenvolvida pelo Núcleo do Trabalho do Programa de Saúde Mental de Santos. O autor mostra

historicamente que práticas laborterápicas sempre estiveram presente nos hospitais psiquiátricos e não correspondiam as expectativas traçadas.

Foucault (2000) diz que as práticas laborterápicas baseiam-se na produção de corpos dóceis, no treinamento de hábitos de trabalho, de comportamentos adequados, limitados e subservientes, nada questionadores.

Pode-se concluir que a história da psiquiatria não apenas no cuidado com a pessoa com transtorno mental como também de dependentes químicos transvestida na forma de entretenimento, normalização, adestramento, disciplina, exploração do trabalho ou diminuição dos custos das instituições, justificou a terapia pelo trabalho gerando todo tipo de perversões e exercícios de micropoderes e opressões que se iniciaram a partir das próprias relações entre os internos. A Comunidade Terapêutica que surgiu como um dispositivo de superação deste modelo manicomial por hora parece retomar velhos paradigmas sob novas justificativas (KINKER, 2014).

Sobre as práticas religiosas nestes espaços, a legislação que versa sobre o tema não dispõe sobre religiosidade mas sim sobre espiritualidade, porém de acordo com as atividades identificadas nessa área se percebe a dificuldade das CT em discernir estes conceitos.

Cabe a CT que possui convênio público e sustenta práticas religiosas de maneira clara e aberta, respeitar a Constituição Federal de 1988, que por sua vez veda à União, Estados, ao Distrito Federal e aos municípios estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público (BRASIL, 2000).

Diante dessa questão surgem duas outras reflexões. A primeira trata-se da liberdade que esses sujeitos tem de escolher para onde ir, haja vista que a admissão obrigatoriamente “deveria” ser voluntária. O segundo ponto, traz a tona a precariedade dos demais equipamentos disponíveis na Rede de Atenção Psicossocial- RAPS que não são capazes de acolher os dependentes químicos de maneira que a demanda pela CT diminua. Logo, ainda que a liberdade de escolha seja garantida é elementar que exista opções de escolha nos diversos níveis de complexidade.

É importante também apontar estudos que demonstram os impactos positivos da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida e na saúde

mental dos indivíduos, a qual não tem sido observada com frequência em serviços de caráter público. Os resultados de alguns desses trabalhos mostram o impacto positivo da espiritualidade em hábitos de vida, suporte social; no bem-estar psicológico; na baixa prevalência de depressão, de abuso ou de dependência de substâncias; na diminuição da ideação e de comportamentos suicidas (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Outras pesquisas também apontam a religião como protetiva para o abuso de álcool e outras drogas, em especial envolvendo as religiões pentecostais, que problematizam o papel da religião na recuperação e na reabilitação do uso e abuso de drogas, onde tem destaque a atuação das comunidades de fé na busca ativa por indivíduos em crise (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Os achados expostos nessa primeira categoria permitem inferir que das CT pesquisadas algumas tinham estrutura física adaptada à realidade, com área externa ampla que possibilitava o desenvolvimento de atividades diversas, de um modo geral com aspecto acolhedor. Em geral, essas características as diferencia do que se encontra em serviços de saúde tradicionais. Porém, ressalta-se que irregularidades e lacunas observadas podem comprometer o desenvolvimento de práticas que estejam de acordo com a Reforma Psiquiátrica e as disposições legais específicas para Comunidades Terapêuticas, fato que torna questionável o modo de funcionamento de algumas destas instituições.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com residentes e profissionais, cujas características encontram-se dispostas, respectivamente, nas Tabelas 4, 5 e 6 e serão discutidas nesta segunda categoria.

Tabela 4- Caracterização dos usuários das comunidades terapêuticas segundo idade (em anos), estado civil, escolaridade e profissão/ocupação. Fortaleza, CE. 2016.

Variáveis	F	%
Idade (em anos)		
18 – 24	03	15,7
25 – 29	01	5,2
30 – 34	03	15,7
35 – 39	05	26,3
40 – 44	02	10,5
45 – 49	03	15,7
50 – 54	02	10,5
Estado civil		
Casado ou em união estável	03	15,7
Solteiro	12	63,1
Separado ou divorciado	04	21,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	07	36,8
Ensino fundamental completo	02	10,5
Ensino médio incompleto	03	15,7
Ensino médio completo	04	21,0
Ensino Superior incompleto	01	5,2
Ensino Superior completo	02	10,5
Profissão/ocupação		
Nenhuma	03	15,7
Autônomo	02	10,5
Eletricista	02	10,5
Vigilante	02	10,5
Serviços Gerais	01	5,2
Auxiliar de Garçom	01	5,2
Artesão	01	5,2
Telemarketing	01	5,2
Técnico de Informática	01	5,2
Professor Universitário	01	5,2
Agente de Endemias	01	5,2
Cozinheiro	01	5,2
Aux. De pedreiro	01	5,2
Zelador	01	5,2

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com a Tabela 4, os residentes tinham faixa etária entre 18 e 54 anos, podendo ser considerados produtivos na lógica de mercado de trabalho. Houve um predomínio de pessoas com idade entre 35 e 39 anos.

Em relação ao estado civil 84% eram solteiros ou separados. A maioria dos residentes (62%) não tinha cursado ou concluído o ensino médio, fato que repercutia nas profissões/ocupações e, possivelmente, na renda dos mesmos antes da internação na Comunidade Terapêutica. Algumas profissões foram mais comuns, como o trabalhador autônomo, eletricista e vigilante.

Tabela 5- Caracterização dos usuários das comunidades terapêuticas segundo tempo de tratamento, início do uso de drogas, drogas utilizadas, realização de tratamento anterior. Fortaleza, CE. 2016.

Variáveis	F	%
Tempo de tratamento		
3 – 6 meses	13	68,4
6 – 12 meses	04	21,0
1 ano ou mais	02	10,5
Início do uso de drogas		
Infância	04	21,0
Adolescência	09	47,3
Adulto	06	31,5
Drogas utilizadas		
Cigarro	03	15,7
Bebida Alcoólica	12	63,1
Maconha	10	52,6
Cocaína	08	42,1
Crack	11	57,8
Drogas sintéticas diversas	04	21,0
Realização de tratamento anterior		
Sim	15	78,9
Não	04	21,0

Fonte: Elaborado pela autora

No tocante ao tempo de tratamento, 13 pessoas tinham entre 3 e 6 meses. Somados àqueles que tinham até 1 ano de tratamento, pode afirmar que a ampla maioria encontra-se dentro das recomendações da Resolução 01/2015 do CONAD que estabelece 12 meses como tempo máximo de tratamento, desde que haja a devida justificativa aos órgãos competentes.

Em conformidade com as estatísticas nacionais, 68% dos residentes iniciaram o uso de drogas entre a infância e adolescência, todavia o início do uso de drogas entre adultos demonstra a necessidade de garantir estratégias preventivas específicas também para esta faixa etária.

Tavares, Béria e Lima (2001) apontam em seu estudo sobre a prevalência do uso de drogas entre adolescentes uma associação entre o baixo rendimento escolar e o uso de drogas, nos fazendo deduzir que o baixo nível de escolaridade entre os residentes pesquisados possa estar vinculado ao uso precoce de múltiplas drogas.

Entre os fatores que desencadeiam o uso de drogas pelos adolescentes, os mais importantes são as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade exagerada e baixa autoestima. Os prejuízos decorrente do uso agudo ou crônico, podem produzir alterações duradouras e até irreversíveis. Entre os adolescentes, esse risco é

potencializado em função de sua vulnerabilidade, principalmente com o uso do álcool, droga mais utilizada nessa faixa etária e com maior índice de uso entre os residentes (MARQUES; CRUZ, 2000).

Quanto aos tipos de drogas consumidas foi comum a utilização de múltiplas substâncias psicoativas, o que reforça as publicações nacionais e internacionais. Dentre as drogas lícitas o uso de bebidas alcoólicas se sobressaiu, já em relação as drogas ilícitas destacaram-se a maconha, a cocaína e o crack. Na utilização de drogas sintéticas, mencionadas por quatro residentes, cabe destacar o uso indevido de medicamentos sem e com prescrição médica.

O uso irracional de medicamentos no Brasil são alarmantes. Aproximadamente um terço das internações ocorridas no país tem como origem o uso incorreto de medicamentos. Estatísticas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) revelam que os medicamentos respondem por 27% das intoxicações no Brasil, e 16% dos casos de morte por intoxicações são causados por medicamentos. Esse cenário reflete uma questão forte cultural de automedicação e medicalização social, assim como aponta uma realidade cruel de dificuldade de acessibilidade de significativa parcela da população a serviços médicos (AQUINO, 2008).

Do total de residentes, 78% já haviam realizado tratamento ambulatorial ou em regime de internação anteriormente.

Em virtude de ser um problema bastante complexo, no qual estão envolvidas várias dimensões, deve-se entender a dependência química como sendo uma doença biopsicossocial, que demanda e possibilita diferentes formas de intervenções. As estratégias de tratamento devem considerar dados já consagrados na literatura sobre drogas que partem do pressuposto da baixa adesão e motivação da maioria daqueles que necessitam desse cuidado. É consenso na literatura mundial o alto índice de recaídas dos indivíduos dependentes, independentemente da modalidade e do número de tratamentos a que eles se submetem ao longo de suas vidas. Nesse sentido, a motivação mostra-se um fator de relevância em relação à adesão ao tratamento (SOUSA et al, 2013)

Tabela 6- Caracterização dos profissionais atuantes nas Comunidades Terapêuticas. Fortaleza – CE, 2016.

Variáveis	F	%
Idade (em anos)		
25 – 29	01	11,1
30 – 34	05	55,5
35 – 39	01	11,1
40 – 44	01	11,1
50 – 54	01	11,1
Vínculo empregatício		
Sim	07	77,7
Não	02	22,2
Função		
Gestor	02	22,2
Técnico de Enfermagem	01	11,1
Conselheiro	03	33,3
Educador Físico	02	22,2
Psicólogo	01	11,1
Possui alguma formação em dependência química		
Sim	07	77,7
Não	02	22,2
Tempo de trabalho com dependentes químicos		
< 1 ano	01	11,1
1 ano	01	11,1
2 anos	01	11,1
3 anos	01	11,1
5 anos	01	11,1
6 anos	02	22,2
12 anos	01	11,1
15 anos	01	11,1
Tempo de trabalho em Comunidade Terapêutica		
< 1 ano	01	11,2
1 - 3 anos	03	33,2
4 - 6 anos	03	33,2
15 anos	02	22,2

Fonte: Elaborado pela autora

Primeiramente é importante esclarecer que existe uma carência ou mesmo ausência de profissionais capacitados executando o trabalho assistencial em CT. As informações apresentadas na Tabela 6 diz respeito ao que foi encontrado em apenas duas instituições (legalizadas) pois as demais não dispunham de profissionais em seu quadro. Foi considerado profissional da instituição aqueles que não estavam em tratamento no local, que relataram vínculo empregatício ou contrato de voluntário, que atuasse diretamente na assistência dos residentes ou seus familiares e que tivessem no mínimo 3 meses de experiência na instituição.

A exceção de um profissional de 54 anos, a faixa etária dos profissionais foi delimitada entre 25 e 44 anos. Mais da metade deles tinha entre 30 e 34 anos.

Diferente dos principais achados na literatura que versa sobre o tema, a maioria dos profissionais possuíam vínculo empregatício estabelecido regularmente.

Apenas dois profissionais, um diretor da instituição e um conselheiro não possuíam vínculo empregatício todavia alegaram ter sido uma opção.

Para De Leon (2003), na Comunidade Terapêutica a relação entre o residente e seus companheiros é um elemento essencial. O profissional que media e aperfeiçoa essa relação neste local é chamado de conselheiro ou Terapeuta. Esse termo não tem regulamentação ou reconhecimento formal e legal pelos órgãos competentes, entretanto pôde ser visualizada na maioria das comunidades terapêuticas pesquisadas. O termo conselheiro é recente em CT e indica o exercício comunitário do aconselhamento, o qual pode ser realizado por meio de diversas técnicas ou métodos, inclusive informalmente.

Apesar da jovialidade predominante entre os profissionais, o tempo de experiência com dependência química entre a maioria dos mesmos ultrapassa os 5 anos. Apenas um profissional iniciou suas experiências quando iniciou seu trabalho na Comunidade Terapêutica.

Alguns relatos de profissionais também evidenciam o perfil do trabalhador de Comunidade Terapêutica:

“Eu sou também um dependente químico, eu sou um adicto. Então eu entrei aqui através de internação... passei meu tempo que tratamento que foi de seis meses, concluí e fui convidado a trabalhar na monitoria. Logo as coisas foram acontecendo, eu sou técnico em enfermagem e me chamaram para trabalhar na parte da medicação, para administrar a medicação nos pacientes. Após um ano eu fui trabalhando, aí fui convidado a ser Terapeuta e acabei ficando aqui que foi uma benção para minha vida (Entrevistado 1)

“A comunidade terapêutica não só aqui, mas a maioria tem um critério bem peculiar de admissão profissional... ele tem que ser dependente químico, então eu já comecei a minha formação bem antes de saber que ia entrar aqui, no período de internação. Como profissional, independente dessa parte da dependência química, sou esportista de formação, estudei social pedagogia na Alemanha, em Hanôver. Eu trabalho também com assessorias, tradução de línguas, Assessoria Jurídica internacional e imobiliária, essas coisas, eu entendo um pouquinho de alguma coisa. Então, fui internado aqui e depois admitido profissionalmente. Já faço tratamento de dependência química há 20 anos, graças a Deus a maioria desse tempo eu passei limpo” (Entrevistado 5)

Sou técnico de enfermagem... as atividades que eu realizo aqui é administração de medicação, às vezes quando tem aquele interno um pouco problemático eu converso tento amenizar, tento apaziguar, às vezes organizo alguma coisa do serviço dos monitores (Entrevistado 27)

“Bom eu passei a trabalhar aqui depois que eu me desliguei desse meu último trabalho (em CT), e tive uma recaída e aí eu vim aqui, fiz um tratamento de reciclagem e no término desse tratamento eu fui convidado pra trabalhar na instituição” (Entrevistado 29)

A fala do entrevistado 1, ao relatar sobre sua atuação enquanto Técnico de Enfermagem coincide com a mesma perspectiva de atuação do profissional entrevistado 27, todavia é vedado práticas de enfermagem desempenhadas pelo Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem sem orientação e supervisão do Enfermeiro, isso porque, tal prerrogativa é exclusiva deste profissional. Uma vez que a instituição tenha como pressuposto a prestação de serviço de enfermagem, sempre haverá a necessidade do profissional Enfermeiro coordenando, orientando e supervisionando os profissionais desta área, e ainda, durante todo o período em que se fizer necessária a prestação deste serviço (BRASIL, 1986).

Assim como não houve registro algum do profissional Enfermeiro e sim Técnico de Enfermagem, outros equívocos ou incoerências foram identificados em relação a constituição das equipes, conforme descrição abaixo:

“Nossa equipe tem dois conselheiros, psicóloga, um psiquiatra, o enfermeiro, um conselheiro que faz a parte administrativa e temos também quatro monitores que são os meninos que fazem tratamento conosco, e acabam se tornando colaboradores no projeto para dar continuidade no tratamento de uma forma mais segura, que é essa forma da reintegração social” (Entrevistado 2)

“Nós temos uma equipe terapêutica, que é formada pelo serviço social, pela psicóloga, pelos terapeutas, monitores e coordenador terapêutico, essa equipe, é uma equipe que fica mais em campo, lidando diretamente com o aluno, com o paciente” (Entrevistado 3)

“... eu aqui não ganho dinheiro, não sou ressarcido pelo meu trabalho, faço por amor e me sinto totalmente bem, me sinto à vontade, me sinto em casa. Os profissionais são os próprios residentes, aqui, essa instituição ela é uma casa de formação, eu, por exemplo, estou há 11 meses aqui... eu já passei a auxiliar de monitor, e depois recebi a patente de monitor ... daí pra cá eu venho ajudando e trabalhando de acordo, ou seja, todos os profissionais daqui são feitos aqui dentro, exceto quando vem, por exemplo um pedreiro para cá, então ele trabalha mas é mantido por nós mesmos... não vem nenhum profissional de fora pra cá não” (Entrevistado 4)

“Nós temos 4 monitores, e a dificuldade é grande... bom seria contratar uma pessoa de fora, mas eles não tenha paciência... tem um pastor amigo meu, que trouxe uma pessoa para trabalhar aqui, ele fez um trabalho muito ótimo, mas quando foi um dia ele viu uma discussão de dois, baixou a pressão e ele disse que não dava mais... aqui você tem que saber tratar, então uma pessoa que nunca usou droga, ele não vai saber quando a pessoa está na abstinência, e aqui a gente sabe... essa experiência que Deus me deu, quando eu olho para uma pessoa eu sei quando ele está bem quando ele está mal” (Entrevistado 7)

“Sou auxiliar de monitor... tenho que botar as pessoas para trabalhar na hora certa, não deixar ficar conversando, sem fazer nada” (Entrevistado 10)

“As meninas ficam dizendo assim: Assistente Social, assistente social, eu até brigo com elas eu digo assim: eu só vou mesmo virar Assistente Social em janeiro quando eu receber o meu CRESS... Trabalho no terapêutico da Comunidade” (Entrevistado 28)

A partir dos relatos apresentados anteriormente pôde ser verificado que o Psiquiatra mencionado efetivamente não possuía nenhum vínculo institucional e seus trabalhos eram pontuais, na medida em que consultas particulares eram necessárias na instituição. Não foi constatada nenhuma sistematização do cuidado desse profissional, motivo pelo qual foi desconsiderado.

Na mesma instituição, o entrevistado 28 contestou a fala do entrevistado 2 quando explanou que suas atividades não poderiam condizer com o trabalho do Assistente Social, uma vez que o exercício da função, sem a devida autorização se configura um crime (BRASIL, 1993).

O cargo de monitor mencionado várias vezes, está relacionado a execução de trabalhos diversos na instituição pelos residentes. De um modo geral, o trabalhos servem de auxílio em atividades rotineiras da instituição. A escolha dos monitores leva em consideração o tempo de tratamento e aspectos relacionados ao comportamento e personalidade do residente. Esta função não tem remuneração pois é entendida como parte possível do processo de recuperação, para aqueles que eleitos pelo coordenador Terapêutico o consentirem e aceitarem. Portanto, os monitores foram considerados na caracterização dos residentes e não dos profissionais.

Na fala do residente 10 fica evidente como a execução de algumas atividades desenvolvidas por monitores carece de senso crítico e são (im)postas sem reflexões.

De Leon (2003) afirma que desde a criação das primeiras CT, os residentes assumiram completa responsabilidade pela administração da vida diária e operação das instalações que ocupavam, nesse sentido surgiram as divisões do trabalho para realizar todas as atividades. Atualmente, mesmo com a possibilidade de incentivo financeiro do governo, o trabalho nas instalações da CT em termos físicos, sociais e psicológicos ainda continuam sob a responsabilidade dos residentes. Logo, o trabalho em vez de ser distinto do tratamento, é essencial dele, pois na percepção do autor revela quem verdadeiramente é o residente.

Opostamente, Kinker (2014) faz uma crítica a práticas laborterápicas utilizadas em muitos espaços de cuidado alegando a utilização desta como uma tecnologia disciplinar de controle dos desvios, operando em sintonia com o paradigma psiquiátrico. Para o autor, a relação da proposta laborterápica com os outros atores sociais sempre reforçou e legitimou a incapacidade e a invalidez daqueles que eram treinados, fortalecendo a ideia de que os espaços possíveis de vida e de troca seriam apenas as instituições de reabilitação.

Pode-se rematar que as principais características comuns aos residentes apontam sua solteirice, jovialidade, baixo nível escolar, início do uso de drogas na adolescência e tentativas de tratamento anterior que incute a importância de um acompanhamento. Da mesma maneira, as características dos profissionais indicam que trata-se, em sua maioria, de pessoas jovens, com experiência na área de atuação, que se identificam e gostam do trabalho desenvolvidos.

5.3 SEMELHANÇAS METODOLÓGICAS NO TRATAMENTO OFERTADO PELAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A presente categoria foi elaborada de modo a apresentar e discutir as semelhanças metodológicas encontradas no modelo de tratamento ofertado pelas Comunidades Terapêuticas, a saber: a abstinência como objetivo, a abordagem de cunho espiritual e religiosa, a participação familiar e a pouca articulação com a RAPS.

De acordo com os participantes, o tratamento em Comunidade Terapêutica proporcionava um período de internação de longa duração, em regime residencial, que favorecia o alcance da abstinência. Nos relatos a seguir fica nítida a necessidade desse tipo de tratamento referido por alguns entrevistados para conseguirem permanecer sem usar drogas psicoativas:

“Só de estar aqui me tratando e não estar usando droga, nem bebendo nada... Eu me sinto bem só em estar aqui e não estar lá fora usando essas coisas que não prestam” (Entrevistado 23)

“O que me faz hoje permanecer na comunidade terapêutica é o meu tratamento, eu preciso estar aqui em abstinência” (Entrevistado 25)

“Eu preciso estar aqui para que eu me mantenha limpo” (Entrevistado 29)

Diferente desta proposta de tratamento de longo período, o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro seguindo os preceitos dos demais movimentos internacionais sugere que o recurso do tratamento em regime integral, lê-se internação, deve ser uma alternativa apontada apenas quando os recursos extra hospitalares mostrarem-se insuficiente. À luz da legislação, interpreta-se uma clara intenção de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, com o intuito de evitar a institucionalização, marcadamente presente na história de tratamento em saúde mental no Brasil. Todavia, a lei 10.216, no enunciado 4º, que trata deste assunto, deixa ficar subentendido que admite as falhas do Estado brasileiro, e a possibilidade pragmática da não distribuição dos recursos de modo que garantam as condições básicas do ser-humano acometido de transtornos diversos, inclusive aqueles decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2001b).

A lei 10.216 também expõe explicitamente no art. 2º que é direito da pessoa com transtorno mental ser tratada preferencialmente em serviços de base comunitária. Para aqueles que se caracterize situação e grave dependência institucional decorrente de quadro clínico ou de ausência de suporte social, caberá política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário. Isso implica que o usuário internado por muito tempo deve ter prioridade no processo assistencial com vistas a não torná-lo institucionalizado (BRASIL, 2001b).

A Resolução 01/2015 do CONAD estabelece período máximo de 1 ano para tratamento em Comunidade Terapêutica, entretanto o Conselho Federal de Psicologia- CRF, órgão que tem dedicado particular atenção a temática, apresentou suas considerações baseadas em argumentos científicos e nas visitas técnicas realizadas no Brasil sugerindo que o tempo de internação não excedesse 90 dias, os quais não foram consideradas (BRASIL, 2015)

Sobre o modelo de abstinência enfatizado por unanimidade nas CT, Pozas (1996), diz que elas foram criadas com o intuito de dar respostas aos problemas provenientes da dependência de drogas, possuindo assim um ambiente que necessariamente é livre das mesmas. A Resolução 29 da ANVISA de 2011 institui que durante o período de permanência na CT deve ser assegurado ao

residente cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional sobre Drogas adota o método da Redução de Danos em suas abordagens, a qual não exclui a abstinência, tampouco o incentiva. A redução de danos não se opõe ao uso de estratégias clínicas que pressupõem a abstinência, pois reconhece sua relevância e necessidade para muitos, porém não concorda com o posicionamento de alguns dispositivos de atenção em saúde que defendem a abstinência como único objetivo do tratamento, pois compreende esse recurso como apenas uma possibilidade entre as várias existentes (CRUZ, 2006).

Outro ponto em comum nos relatos dos participantes foi a abordagem espiritual como foco do tratamento ofertado nas comunidades terapêuticas. Os trechos a seguir ilustram os achados:

“A espiritualidade é trabalhada através de informações da própria Bíblia, a gente acredita que Deus pode também nos ajudar, então existe o estudo bíblico. O aluno muitas vezes chega aqui e não sabe nada da Bíblia, nunca nem abriu... A espiritualidade já começa a se construir aí, e aí. Existem os momentos de louvores, onde eu oro e o aluno sabendo isso, tendo essa compreensão melhor, clareando melhor a mente dele. Existe uma forma melhor para ele se concentrar, para ir atrás dessa espiritualidade que eles acreditam, que nós acreditamos, no momento de canções, de louvor, num momento na palavra bíblica, no momento no próprio culto mesmo” (Entrevistado 1)

“Nós trabalhamos aqui com espiritualidade, em nenhum momento é citado religião, porque é justamente esse embasamento que nós temos dos doze Passos, que ela é uma terapia bem eclética, que pessoas que chegam a nós eles vêm de várias, direcionamentos religiosos então nós somos muito cuidadosos nós trabalhamos uma coisa que se chama espiritualidade. Independente de qual religião ele vai, ele mesmo fazer o seu trabalho religioso, mas nós trabalhamos essa parte da espiritualidade, faça o bem, empregue o bem, não faça com o outro aquilo que não gostaria que seja feito consigo, e se tens um Deus te entenda com ele” (Entrevistado 2)

“A espiritualidade deles é muito bem trabalhada, aqui a gente não rege religiões, cada um tem a sua aqui não tem nada a ver com crente, católico, a religião aqui a gente aceita todas as religiões, mas no caso da espiritualidade que tem até uma reunião para isso eles mesmos fazem a rodinha de conversas, debate diz como é que tá o que é que espera no poder superior, falam muito de Deus, a maioria deles falam de Deus, então eles entram em si no diálogo agradável, assim tirando as suas próprias dúvidas espirituais.” (Entrevistado 27)

“A parte espiritual ela não é uma coisa que a gente possa dizer assim forçada. A casa é religiosa, de fundo religioso, a gente tem ajuda de pastores da igreja que vem fazer orações, palestras. É o pessoal da igreja de Deus no Brasil” (Entrevistado 28)

Os relatos acima demonstram que espiritualidade e religiosidade, de um modo geral são terminologias que costumam ser empregadas no mesmo sentido.

Alguns estudos demonstram que essa associação também é comum em outros espaços de cuidado onde esta prática ocorre, entretanto é importante definir a diferença entre esses conceitos.

Sanchez e Nappo (2007) fala que a espiritualidade é uma característica única e individual que pode ou não incluir a crença em um “Deus”, sendo aquela responsável pela ligação do “eu” com o Universo e com os outros, a qual também está além da religiosidade e da religião. Já a religiosidade é definida como a crença e a prática dos fundamentos propostos por uma religião.

Sanchez e Nappo (2007) fizeram uma revisão de literatura sobre a questão do consumo de drogas, espiritualidade e religiosidade, no qual cabe destacar alguns achados, dentre eles a religião aparece como um fator de proteção ao uso de drogas, tanto no Brasil como no exterior. Além disso, a prática da religião mostrou-se capaz de retardar o primeiro uso do álcool, também influenciando a menor frequência posterior do seu consumo. Ir as igrejas e sinagogas mostrou-se ser algo inversamente relacionado com o uso de álcool e de outras drogas.

Corroborando com o estudo de Sanchez e Miller (2007), em alguns relatos, ficou evidente que o referido trabalho com a dimensão espiritual era tendencioso para a religião à qual os responsáveis pela comunidade terapêutica compartilhavam:

“Eu como dependente químico para eu parar, para eu ter uma nova maneira de viver, precisa também saber que existe um poder maior do que eu, que existe Deus, que existe uma forma de viver pro lado da espiritualidade... a gente tem parceria com a igreja evangélica onde pastores vem trazendo a mensagem da Bíblia, mensagem de fé, força e esperança” (Entrevistado 3)

“Quem vem pra cá sempre foi católico, ou então é ex-macumbeiro, ou essas coisas, mas quando o cara sai da religião dele, que entra nesse mundo das drogas, ele perde tudo, ele não sabe mais o que é religião, não quer mais saber de nada, então ele chega aqui sem nenhuma no momento. Tem umas pessoas aqui que ainda hoje tem o símbolo de cinco pontos do satanismo na mão, candomblecista mesmo, hoje é liberto por Deus, mas quando ele chega aqui, a gente, nos nossos cultos nós perguntamos: “Você quer aceitar Jesus novamente? Você quer ser crente, você quer servir a Deus?” se ele disser que não quer a gente também não vai botar ele pra fora não, ele fica lá... É, mas se ele for um candomblecista, um macumbeiro, essas coisas, a casa não aceita, porque a intenção, o nosso foco é um, a clínica de recuperação aqui ela não é só uma clínica de recuperação, ela é uma casa de Deus... aqui dentro, são induzidos da ser cristão, se ele não quer também não tem problema, ele não vai seguir eu não boto ele pra fora, só que as outras atividades dele como macumba, como candomblé, como espírita, até porque sozinho eles não fazem nada, eles não tem força nem pra ficar em pé, quanto mais pra fazer as coisas sozinho, aí tem que ser o

que os outros estão fazendo mesmo que ele faz, ai ele vai ter que fazer o que os outros fazem.’ (Entrevistado 4)

“Aqui a gente usa no tratamento a palavra de Deus... uma droga não liberta outra... não existe remédio para deixar de usar droga... é a palavra de Deus que liberta” (Entrevistado 7)

Apesar da retaguarda científica que assegura a relevância da espiritualidade e religiosidade no tratamento para dependência química, acredita-se que a metodologia empregada nessa dimensão da vida pode variar e contraditoriamente repercutir de maneira negativa, desrespeitosa ou mesmo criminosa para alguns. As falas supracitadas, a exemplo demonstram preconceito em relação a outras religiões, negação de algumas práticas religiosas no tratamento e o acolhimento ou a exclusão de acordo com a opção religiosa dos sujeitos.

Dentro da linha qualitativa, um recente estudo brasileiro tentou esclarecer os mecanismos da intervenção religiosa proposto pelas três maiores religiões brasileiras: o catolicismo, o protestantismo e o espiritismo. Foram entrevistados em profundidade 90 indivíduos que haviam se submetido a intervenções religiosas (não-médicas). As conclusões apontaram diferenças no suporte ao dependente de drogas oferecido por cada grupo. Os evangélicos foram os que mais utilizaram o recurso religioso como forma exclusiva de tratamento, apresentando forte repulsa ao papel do médico e a qualquer tipo de tratamento farmacológico. Também foram eles os que descreveram a maior intensidade na crise vivida, relacionada especialmente às drogas ilícitas (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Tanto a Declaração Universal dos Direitos Humanos, como a Constituição Federal de 1988 definem a liberdade de religião, prescrevendo que o Brasil é um país laico, portanto deve prevalecer a separação entre Estado e Igreja, o que não se observa absolutamente, a exemplo dos feriados nacionais religiosos. Nesse sentido, inconstitucionalidades como o convênio do estado com comunidades terapêuticas religiosas ainda ocorrem (BRASIL, 2000).

Todos os participantes ressaltaram a importância da participação da família no tratamento, de modo a reforçar o apoio ao dependente químico mas, também, de modo a tentar lidar com o sofrimento e adoecimento que a dependência química traz aos familiares. Em alguns relatos ficou evidente que a comunidade terapêutica apenas permite a visita familiar, em outros ficou explícito que existe acompanhamento profissional para os familiares dos residentes:

“Em relação ao contato familiar é estabelecido a partir de 30 dias a primeira visita, dependendo da relação entre o residente e o familiar. O que acontece na dependência química é uma relação de co-dependência em que, muitas vezes, o próprio familiar atrapalha o tratamento desse indivíduo, que já vem dessa carência da relação junto de casa. Então, nós estudamos como vai ser o primeiro contato saudável, nós instruímos tanto familiar, como preparamos o residente, que para eles se encontrarem de uma forma em que o residente não vá usar mais uma vez a situação do coitadinho, de ‘me tira daqui, eu prometo que vai funcionar agora’.” (Entrevistado 2)

“As visitas, primeiramente, a gente tem a visita assistida, que é uma visita individual, que é a primeira visita após trinta dias do ingresso do aluno, e aí ele recebe essa visita. Primeiro vem a família, a família é comunicada, e aí essa visita realizada pelo profissional da instituição, psicólogo e o terapeuta que acompanha esse aluno diariamente, o terapeuta do aluno, e eles vão falar para a família como que está o desenvolvimento do aluno, o que é que está acontecendo com o aluno, vai atender também a família, ou seja, um atendimento com a família, saber como que a família está, o que é que está acontecendo com a família.” (Entrevistado 3)

“Não a questão familiar aqui, nós temos três visitas no mês a gente tem um atendimento que é só da família. Nesse atendimento a gente vai mostrar os pontos, muitos deles são co-dependentes da doença. Tem a visita também que é assistida com uma psicóloga e tem a última visita do mês também que é a última visita do mês que é com a família, essa última visita do mês ela é uma visita como é que eu posso dizer menos, ela é informal, é uma visita onde você vem mais para você visitar conversar, desopilar mais a cabeça, as outras duas como a visita agendada que é com a família, ela tem meia hora de atendimento antes de chamar o paciente. É onde a psicóloga de fato vai conversar, vai fazer todo aquele estudo de casa, daí que a gente faz até na Igreja de Deus do Brasil aqui só que com todos os familiares, que é justamente para mostrar os pontos da doença, como eles devem agir, não se deixar manipular.” (Entrevistada 28)

“A co-dependência é uma realidade nos lares que tem um dependente químico. A família depende daquele adicto para se sentir bem e por conta disso acaba oprimindo e conduzindo a situação de forma errada, então nós valorizamos muito o atendimento com as famílias, valorizamos muito a presença da família nas reuniões porque é imprescindível para o crescimento do adicto.” (Entrevistado 29)

Sobre a importância da família no tratamento para dependência química, foram encontrados vários estudos empíricos cujos resultados atestam a efetividade dos tratamentos nos quais a família em si é o objeto de intervenção. Estas apresentam resultados melhores se comparados àqueles centrados apenas no paciente. De acordo com Seadi e Oliveira (2009) entre os profissionais da saúde não é comum a abordagem direta aos familiares, compreendendo-os como sujeitos que também precisam de cuidado e atenção.

Alvarez et al (2012) reforça a importância do papel da família como principal fonte de apoio e sustentação no tratamento, essencial para manter o vínculo social do usuário de drogas. Para os autores, a família tem o papel central, portanto deve ser considerada como um apoio ainda que a reconheça como co-

dependente, ou seja, com sinais de adoecimento decorrente de suas experiências traumáticas e vivências cotidianas impostas pelo usuário de drogas. Enquanto co-dependente, é necessário que a família tenha um acompanhamento terapêutico para aprender a lidar com estas situações e poder atuar junto a seu familiar usuário de drogas, de forma mais instrumentalizada, não permitindo que ele interfira em suas expectativas e projetos de vida.

O pensamento ecológico defende que as pessoas estão interligadas e interconectados, por conseguinte, a mudança em um indivíduo provoca reverberação em todo o sistema. Logo, a necessidade de submersão na rede de relações do indivíduo, onde a família de um modo geral surge a priori, apontam fatores de risco e proteção que servem para subsidiar ações efetivas de caráter preventivo ou de intervenção (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Também foi notória a pouca articulação das comunidades terapêuticas com os demais serviços de atenção e apoio que compõem a RAPS. Em geral, a busca maior ocorria por atendimento clínico e ou psiquiátrico para prescrição de medicação ou internação em ambiente hospitalar, reforçando a cultura de medicalização da dependência química e segregação do usuário de drogas:

“Sim, quando é necessário, o aluno precisa ter um atendimento psiquiátrico, algo do tipo, então assim, a família marca a consulta, e no dia a família vem buscar, levar o paciente para o CAPS, terminou a consulta, a família traz de volta.” (Entrevistado 1)

“Bom esses outros serviços eles de fato só estão no papel. Quando a gente vai por tudo isso em prática existe sempre uma burocracia, quando a gente precisa de um atendimento dentro de uma UPB, dentro de um CAPS a gente nunca é atendido. Outro desafio: a questão da ida em Hospitais. Era para ter uma rede que atendesse bem com flexibilidade... Se for no caso de surto por conta da droga, a gente tenta com a família e o Hospital Mental uma vaga.” (Entrevistado 28)

“Costumamos utilizar sim, essa parceria é uma parceria necessária. O CAPS é o nosso apoio psiquiátrico e também é de onde nós recebemos orientações acerca de alguns assuntos relacionados à psicologia, horários de medicamentos, o efeito de alguns medicamentos... Nesse ponto aí é que eu vejo a importância do atendimento no CAPS, eles vão proporcionar ao residente através da farmacologia a medicação ali correta, para que ele possa controlar os seus impulsos relacionados à abstinência.” (Entrevistado 29)

A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde e busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. São tidos como componentes da

RAPS: atenção básica, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011b).

Através da Portaria 3.088, as Comunidades Terapêuticas que estão incluídas na Atenção Residencial de Caráter Transitório são reconhecidas como serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Logo, a CT enquanto ponto de atenção da RAPS deveria estar em articulação e integrada aos demais equipamentos, haja vista a complexidade que envolve o fenômeno do uso de drogas, o que não se evidencia na fala dos participantes. Em contrapartida, o que fica notório é uma tímida aproximação das CT com o CAPS, tomando de maneira simplista o objetivo deste último como um mero dispensador de receituário e medicamentos, reforçando a perspectiva histórica de serviços de saúde centrados no modelo biomédico e na cultura de medicalização da loucura.

Em suma, as semelhanças entre as Comunidades Terapêuticas estudadas parecem seguir um padrão onde características como a internação de longa duração, o acesso familiar, a abstinência como foco, as práticas religiosas e a pouca articulação com a RAPS parecem encontrar espaço propício para expansão. Ainda que algumas dessas características tenham sido apontadas como assertivas, no confronto com os marcos legais que versam sobre o tema são interpretadas como práticas limitadas, incoerente e ilegais, por vezes.

5.4 VIVÊNCIA DOS RESIDENTES EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA E REPERCUSSÕES NO MODO DE VIDA

Os participantes do estudo, residentes das Comunidades Terapêuticas, tinham diferentes características quanto aos aspectos relacionados ao uso de múltiplas drogas psicoativas e à vivência de consequências em vários aspectos da vida: pessoal, familiar, social e econômica. O uso de drogas iniciou-se, geralmente, na adolescência, tendo sido presente, em alguns casos, ainda na infância. De modo

geral, a primeira droga experimentada foi o álcool. Os relatos a seguir ilustram os achados:

“Eu consumi droga desde muito jovem, passando por todos os tipos menos injetáveis. Comecei com 15 anos de idade com o álcool e depois veio o comprimido. Junto com o comprimido apareceu a cannabis. Enquanto estive nessas drogas ainda conseguia trabalhar mas, posteriormente, quando conheci o crack há 17 anos veio a destruição total.” (Entrevistado 22)

“Eu comecei com 10 (anos). Aos 12, 14 anos eu experimentei crack, e até os 18 eu consegui manter. Quando eu me casei aos 18 anos eu passei dois anos limpo e quando meu filho nasceu eu voltei ao uso do crack. Em dois anos eu destruí tudo o que eu tinha, uma renda financeira em torno de cem mil reais que eu tinha entre mercantil, padaria, maquinário, carro. Tudo isso eu acabei.” (Entrevistado 24)

“Desde moleque por brincadeira eu tomava (álcool) mas o vício e o descontrole total foi quando eu me separei da minha esposa e aí eu comecei a usar droga como uma maneira de aliviar o meu sofrimento. Acabei entrando de cabeça mesmo, foi quando eu comecei a me afundar. Aconteceu situação de rua, não conseguia parar em emprego, não conseguia fazer nada.” (Entrevistado 25)

Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de álcool e outras drogas entre os jovens no mundo e no Brasil mostram que é na passagem da infância para a adolescência que se inicia esse uso.

A adolescência constitui um período crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo, pois representa um processo de mudanças importantes, de cunho biológico e psicossocial, que acabam por colocar os adolescentes em um grupo vulnerável às diversas influências, que tanto podem contribuir de forma positiva quanto negativa no curso de suas vidas (ALMEIDA FILHO, 2007).

No tocante ao uso de drogas entre adolescentes, Schenker e Minayo (2008) apontam aspectos relativos a fatores de risco e proteção, dentre eles, a família aparece pelo seu papel de inserir seus membros na cultura e ser instituidora das relações primárias, por isso, pode influenciar muito a forma como o adolescente reage à ampla oferta de droga na sociedade atual. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma muito particular, para o adolescente.

As autoras ainda explanam sobre a necessidade de contextualização de fatores de risco e proteção em relação ao uso de drogas nessa faixa etária. Determinado fator de risco raramente é específico de um distúrbio único, porque seus contextos formadores tendem a espalhar os efeitos dele derivados sobre uma

série de funções adaptadoras ao longo do desenvolvimento. E a exposição ao perigo que potencializa os riscos ocorre de diversas formas e em vários contextos (SCHENKER; MINAYO, 2008)

Somente tendo experienciado significativas repercussões na vida em decorrência do uso de drogas psicoativas, os sujeitos começaram a reconhecer a necessidade de buscar tratamento e realizar mudanças no modo de vida. Em geral, a busca por apoio se deu em CAPS, igrejas e comunidades terapêuticas, conforme evidenciam os relatos a seguir:

“Dei entrada em 2009 no CAPS mas nunca foi um tratamento para mim. Nunca eu seguia reto. Eu sempre pegava a medicação e não tomava. Então optei por uma internação, mesmo sem a minha família querer. Estive no CAPS algumas vezes pedindo internação, e quando eu chegava nunca tinha vaga. No dia seguinte eu usava droga, não ia mais atrás.” (Entrevistado 24)

“Sim eu tentei no CAPS mas como o meu uso de droga estava muito forte eu não conseguia retornar às reuniões do CAPS, passar por psicólogo, não cheguei a ir em nenhuma reunião do programa que eles tem. Estava sendo pior, pois quando eu estava muito drogado eu pegava Amytril e enchia a cara para tirar o efeito da droga, e me acordava totalmente bêbado, sem conseguir me levantar.” (Entrevistado 25)

Percebe-se na fala dos entrevistados que ainda que o acesso ao CAPS tenha sido garantido, o serviço de saúde não foi capaz de garantir a assistência demandada pelos usuários, os quais buscaram na Comunidade Terapêutica. Delgado (2011) diz que quando a sociedade não dispõe de forma eficaz de serviços de atenção psicossocial distribuídos nos territórios, ou se essa rede ainda é insuficiente para a demanda levantada pelas consequências do uso/abuso das drogas lícitas e ilícitas, a internação e o isolamento acabam encontrando aceitação social junto com as instituições que os promovem, como as comunidades terapêuticas, que o autor sinaliza como local de ações higienistas.

Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) fizeram um estudo analisando aproximações entre o legado higienista e as Comunidades Terapêuticas aferindo que os problemas que envolviam a vida dos dependentes de álcool e outras drogas eram tidos como decorrentes do seu vício e na atualidade a vulnerabilidade social em que estes vivem, sobretudo os usuários de crack e outras drogas normalmente é vista sob a mesma ótica, enquanto que, por uma perspectiva sócio-histórica, esse consumo deveria ser entendido como sintoma dos problemas sociais. Nesse sentido, ainda rege na sociedade a idéia da internação como alternativa melhor e

mais fácil para esta problemática imersa a um clima de pânico gerado pelo consumo de drogas que encontra na internação fácil aceitação. No Ceará, com a redução dos leitos dada pelo processo descompassado de Reforma Psiquiátrica, as internações em hospitais psiquiátricos estão cada vez mais limitadas impactando na força social e política das Comunidades Terapêuticas diante deste panorama assistencial.

É fato que o vácuo deixado pelas políticas públicas nessa área foi sendo ocupado por diferentes confissões religiosas, motivadas pela perspectiva de “evangelização”, mas também pela necessidade de fornecerem resposta aos pedidos de ajuda por tratamento que chegavam às suas portas na mesma proporção em que a dependência química alcançava números alarmantes de usuários (COSTA, 2009).

De acordo com os relatos da maioria dos residentes, a vivência em CT contribuía para o fortalecimento da espiritualidade, a manutenção de vínculos com familiares e amigos, a reinserção social, o resgate de valores, a sensação de pertencimento a um grupo e o exercício da abstinência das drogas psicoativas:

“Conheci aqui uns amigos, gostei do ambiente... tem as oraçõzinhas, procurando a Deus, procurando melhora para a gente... lá fora tem a oportunidade de um capeta pegar e se apossar da gente e voltar a mesma coisa.” (Entrevistado 6)

“Eu me sinto muito satisfeito, muito contente, muito feliz, eu nunca pude ver esse outro lado da vida, isso me deixa bastante satisfeito, alegre, feliz também.” (Entrevistado 8)

“Me sinto ótimo!. O tratamento é adequado para o adicto que precisa de ajuda.” (Entrevistado 9)

“Eu estou feliz porque estou resgatando os meus valores, tenho voltado a ler, buscado a Deus, tentando transformar minha vida novamente, feliz na presença de Deus.” (Entrevistado 11)

Frente os vários apontamentos teóricos que dispõem sobre as altas taxas de abandono do tratamento em dependência química, identificar elementos como facilitadores para a adesão mostra-se ímpar nesse processo de mudança, o qual apresenta muitos desafios. Segundo Scaduto e Barbieri (2009) existe uma correlação entre tempo de tratamento e resultados obtidos. A questão da adesão se legitima ao se considerar a possibilidade de melhora desde que o tratamento seja seguido, o que não exclui a necessidade de considerar que tipo de tratamento é oferecido, e a quem.

Forman et al (2001) apud Scaduto e Barbieri (2009) avaliaram pressupostos sobre o tratamento de dependência química em equipes de instituições de saúde e comunidades terapêuticas. Este estudo mostrou que os profissionais de formação acadêmica apoiaram abordagens médicas e baseadas na pesquisa científica. Já a equipe das CT apoiaram abordagens mais diretas como o uso da confrontação, doze passos, espiritualidade e usado em grupos de auto-ajuda corroborando com os discursos acima descritos.

Dentre as repercussões da vivência em CT no modo de vida, os residentes destacaram a espiritualidade, o retorno à família, a reinserção social, o resgate de valores pessoais e a oportunidade de fazer escolhas conscientes conforme ilustram alguns trechos a seguir:

“Hoje eu posso dizer que estou limpo, que tem um Cristo em mim, que Ele pode me transformar cada vez mais. Eu sei que vai chegar um dia de poder estar com uma família de volta, poder fazer o que nunca fiz antes, poder fazer minha família feliz.” (Entrevistado 8)

“Sinto que estou me reintegrando à sociedade. Não estou curado mas estou em um processo de libertação. A droga se torna uma doença, a cada dia você tem que vencer, é uma luta diária.” (Entrevistado 9)

“Está melhor do que antes, saí do ciclo de compulsão graças a Deus, estou voltando a viver e não estou mais naquela escravidão de vida.” (Entrevistado 14)

“Fiz uma reflexão... a internação resolveu minha situação, refleti que é bom para mim, para minha família, para minha vida em todos os aspectos. Não tem nada a ver eu levar uma vida imunda como eu levava de vagabundo, nas calçadas com gentezinha... Aqui dentro saiu uma coisa de dentro de mim, do meu coração, lendo as mensagens bíblicas.” (Entrevistado 15)

“Hoje, eu avalio minha vida como uma vida boa. Eu não tinha vida, eu era escravo da droga. Hoje eu tenho vida, hoje eu sei o que eu estou fazendo. Não é eu não tinha domínio sobre a minha vida, a minha vida era dominada pela droga. Hoje eu tenho domínio sobre a minha vida. Sou viciado no cigarro desde os nove anos, eu estou há três meses sem fumar, e a gente tem cigarro aqui, os meninos fumam direto. Mas eu optei e digo não. Isso é muito gratificante, isso é muito bom.” (Entrevistado 24)

Ribeiro e Minayo (2015) analisaram o papel das CT religiosas no Rio de Janeiro e constataram que estas instituições autonomamente estabelecem seu projeto terapêutico baseado em um modelo moral que toma o uso de drogas como um distanciamento de Deus. Fica claro que o maior instrumento que media a relação de tratamento era a fé.

As CT de cunho religioso são legitimadas e incentivadas pela população, muitas vezes como melhor opção de tratamento, especialmente de usuários de

crack. Elas, de certa forma, respondem às angústias imediatas de usuários e familiares que não encontram respostas nos equipamentos públicos (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

A adesão aos princípios da CT processo de mudança ao longo do tratamento foi pesquisado Scaduro, Barbieri e Santos (2015) cujos resultados, em consonância com as falas dos residentes, revelam que o tratamento promove melhoras no funcionamento psicológico, ainda que em diferentes graus. Além disso, após o encerramento do tratamento, foi observado sentimentos de gratidão à CT e maior confiança nos relacionamentos interpessoais. A espiritualidade, tendência marcante em outros estudos, também apareceu como uma ferramenta importante no alcance destes resultados (SCADURO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Embora tenha prevalecido um discurso positivo em relação as repercussões do tratamento em CT na vida dos sujeitos, a fala de um dos participantes que segue a lógica dos discursos anteriores, posteriormente instiga uma nova reflexão relacionada a capacidade crítica ou mesmo de discernimento dos residentes em relação aos seus direitos e do direcionamento legal destes equipamentos.

“Apenas fiquei chateado na primeira noite que estive aqui porque eu havia tido boas informações da minha família, mas quando cheguei me jogaram na cara outro tipo de comportamento... fui tratado como um cachorro ou pior... tudo bem que eu vim forçado, eles queriam me jogar dentro de um isolamento, eles disseram que não só eu mas todos passam por este isolamento... eles disseram que se eu não fosse, iria amarrado, que estava no comando da casa e não mais da família... não vou esquecer esse trauma... pior se fosse numa cadeia, lá é ainda pior” (Entrevistado 14)

O teor da denúncia acima autentica o Dossiê produzido pelo Conselho Federal de Psicologia após fiscalização em CT de São Paulo, que entre outras informações, focou principalmente nas violações de direitos humanos encontradas, tais como: confinamento, violações de correspondências, monitoramento de visitas, trabalho forçado, maus tratos e supermedicalização (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2016).

Como se pode ultimar, as Comunidades Terapêuticas despontam como um equipamento com disposições legais recentes frente a questão do uso de substâncias psicoativas. As diversas possibilidades de olhares sob esse fenômeno complexo evidenciam que não há um consentimento sobre seu funcionamento e efetividade. Por sua vez, as recentes disposições legais ainda mostram-se

insuficientes e com elementos incoerentes, que alicerçados na pouca fiscalização e estudos específicos tornam ainda mais penoso um posicionamento.

Partindo dos pressupostos de De Leon (2003) acerca das características essenciais de CT, conclui-se que em diversos aspectos evidenciam-se semelhanças e convergências. Dentre as convergências pode ser citado a rigidez das estruturas hierárquicas e assistenciais; ausência de um trabalho centrado no rápido retorno do residente à sociedade e a pouca difusão de autoridade entre os residentes. Dentre as semelhanças com os apontamentos de De Leon (2003) identificou-se a organização é tida como um todo responsável pelo resultado terapêutico; os relacionamentos são entendidos como potencialmente terapêuticos; atribui-se a comunicação um papel estratégico e de alta relevância nos relacionamentos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos estabelecidos para o presente estudo considera-se que os resultados foram alcançados e a hipótese foi confirmada, pois as observações e entrevistas mostraram que as comunidades terapêuticas funcionam parcialmente de acordo com as políticas públicas vigentes.

É importante ressaltar que os caminhos percorridos na condução desta pesquisa demandaram um grande esforço haja vista as várias ramificações que o tema impõe aprofundamento. Ademais, a diversidade e os posicionamentos múltiplos acerca do mesmo assunto tornaram por vezes, mais árduo o desafio de analisar o funcionamento das comunidades terapêuticas.

De um modo geral o acesso as Comunidades Terapêuticas de Caucaia não é simples, pois a maioria está localizada em áreas distantes do centro urbano e das principais vias, em grandes terrenos ou sítios alugados. Essa estratégia institucional, agravada pela mudança habitual de endereço inviabiliza o mapeamento e monitoramento das mesmas pelos órgão competentes, haja vista que seguindo uma tendência nacional, a maior parte destes equipamentos funcionam ilegalmente, tanto do ponto de vista burocrático, estrutural quanto assistencial.

A definição de Comunidade Terapêutica não tem sido apreendida por muitos responsáveis nestes locais pesquisados, bem como pelos órgãos competentes locais, que chegam a expedir alvará sanitário por falta de conhecimento específico e clareza daquilo que difere uma Comunidade Terapêutica de uma Clínica de Reabilitação. A escassez de literatura específica sobre o tema também contribui para uma série de equívocos e contradições que perpassam por esta área.

Os resultados encontrados em relação a caracterização das Comunidades Terapêuticas apontam que as ações voltadas para o trabalho espiritual dispensa uma parte importante de suas ações para a religiosidade através de práticas protestantes, sem a garantia de outras opções religiosas. Ficou marcada a influência de líderes religiosos dentro desses espaços e fora, por meio do seu poder de articulação entre os setores da política sobre drogas, local, regional e nacional.

Diversas irregularidades foram observadas, algumas comuns a todas, outras não, em níveis de gravidade diferentes, a exemplo, aquilo que é denominada

laborterapia é imposto como obrigação e não um processo terapêutico; a participação da família é restrita e mediada pela instituição, os residentes não tem acesso livre e direto aos familiares; o tempo de internação não é determinado ou estabelecido previamente, muitos chegam a ultrapassar a recomendação máxima de 12 anos; há relatos de internações involuntárias e compulsórias sem acompanhamento médico sistemático; existem vários residentes admitidos sem avaliação médica prévia e apresentando comorbidades clínicas e psiquiátricas; adolescentes e adultos são mantidos no mesmo espaço realizando as mesmas atividades e sem acesso à escola; pessoas mantidas em “tratamento” sem apresentar problemas relacionados ao uso de drogas; restrição aos meios de comunicação disponíveis impedindo o acesso ao mundo externo; utilização de residentes como mão de obra escrava, uma vez que é imposto o trabalho sem garantia nenhuma de direitos previdenciários e sem descanso; predominância de “trabalhadores” voluntários; estrutura física precária; ausência de plano terapêutico singular e ficha de acompanhamento; uso indevido de medicação; pouca articulação e reducionismo do conceito de RAPS; despreparo no desenvolvimento do processo assistencial e cárcere privado.

Apesar das constatações supracitadas no que diz respeito ao processo assistencial, a influência deste na vida dos residentes, segundo eles, tem sido capaz de repercutir positivamente na realidade dos mesmos.

Diante do exposto, é prudente afirmar que não obstante as irregularidades observadas nas Comunidades Terapêuticas, estas atendem as expectativas de muitas pessoas que dela usufruem. Logo, imagina-se que se houvesse um maior rigor na fiscalização, um monitoramento sistemático, uma supervisão com o intuito de ajustar as irregularidades e o incentivo do governo para a construção de CT públicas, estas teriam grande potencial para efetivamente representar um modelo de tratamento substitutivo àquelas ainda necessárias internações em hospitais psiquiátricos. Enquanto isso não se concretiza, fortes semelhanças podem ser sinalizadas entre o modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica e o manicomial progresso.

Os resultados deverão ser socializados entre os participantes e instituições interessadas, principalmente aquelas que lidam diretamente com a questão no município de Caucaia, para que possam fundamentar e auxiliar ações de enfrentamento em relação ao uso de drogas local, quiçá em outros níveis territoriais.

Este estudo não encerra aqui as possibilidades de debate sobre o tema na busca de superação das pseudocroncreticidades advindas de visões reducionistas ou meramente empíricas.

Quanto às limitações do estudo, deve-se considerar a transposição dos resultados apresentados para outros contextos com cautela, considerando o caráter exploratório do presente estudo, uso de uma amostra reduzida e análise qualitativa dos dados.

Os desafios para a evolução da CT no país parecem residir na busca de seu constante aprimoramento e profissionalização, além de maior aproximação com a pesquisa científica, visando ao enriquecimento tanto das intervenções nessas instituições como da compreensão e aperfeiçoamento dos fatores associados a resultados positivos.

As CT aparecem como instituições que oferecem uma importante contribuição para a compreensão e tratamento de uma parcela de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Para tanto, tais instituições dependem de instalações adequadas às necessidades dos indivíduos atendidos e equipes multidisciplinares integradas, que possam oferecer atenção em diferentes níveis, visando ao tratamento de pessoas e não de problemas, a partir de um modelo teórico coeso e com implicações práticas claramente definidas. Tais desafios não são apenas da CT, mas de todo o sistema de atenção à saúde mental no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRASME. **Carta manifesto acerca do processo de financiamento público das Comunidades Terapêuticas e outras entidades**. Brasília: [s.n],2015. Disponível em: <<http://antimanicomialsp.wordpress.com/tag/associacao-brasileira-de-saude-mental-abrasme/htm>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ALARCON, Sergio; JORGE, Marco (org). **Alcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2012.

ALMEIDA FILHO, Antonio José de et al. O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. **Esc Anna Nery**. São Paulo. v. 11, n. 4, p. 605-10,out. 2007.

ALVAREZ, SQ. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm**.Porto Alegre. v.33, n.2, p.102-108, jun. 2012.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.16, n.12, p. 4665-4674, out.2011.

AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 13,n.4, p. 733-736, out.2008.

ARAÚJO, M.; MOREIRA, F. **Histórias das drogas**: panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (Orgs.). **Drogas e pós-modernidade**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdVERJ, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 2009.

BARROSO, Maria de Fátima Vale. **Segurança e drogadição**. Fortaleza: UCRJ, 2006.

BOFF, LEONARDO. **A crise brasileira e a geopolítica mundial**. Rio de Janeiro: [s.n],2016.Disponível em:< leonardoboff.wordpress.com>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília. **Diário Oficial da União**.07. abr.2001. Seção 1. p.2.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução nº. 29, de 30 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**: poder executivo. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília. **Diário Oficial da União**. 26 dez.2011. Seção 1. p.1.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil** - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília:[s.n], 2005.

_____. Ministério da Justiça. **Prevenção ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5 ed. Brasília: SENAD, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 8**. Brasília: [s.n], 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília:[s.n], 1999.

_____. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União**. 9. jun.1987. Seção 1. p.1. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 07 dez. 2012.

_____. Lei 8662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão do Assistente Social e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União**. 7.jun.1993. Seção 1. p.5. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm>. Acesso em: 07 dez.2012.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro. v.22, n.4, p.1231-1248. out.-dez, 2015.

BRITO, Rafaella Medeiros de Mattos e SOUSA, Tiago Monteiro. Dependência química e abordagem centrada na pessoa: contribuições e desafios em uma comunidade terapêutica. **Rev. abordagem gestalt.** São Paulo. v.20, n.1, p. 77-85, out. 2014.

BUCHER, R. **Drogas e drogadicção no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARLINI, E.A.; LAUDRÓZ, J.C.; NOTO, A.R. **I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: CEBRID , 2002.

CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID, 2006.

CAVALCANTE, Regina Claudia Barroso. **Políticas públicas sobre drogas**: labirinto entre a marginalidade e cidadania. 2008. 110f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Inspeção de Comunidades Terapêuticas para usuárias(os) de drogas de São Paulo**: mapeamento das violações de direitos humanos. Brasília: [s.n],2016. Disponível em:<http://edelei.org/_img/_banco_imagens/dossie_relatorio_crpsp.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016,

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO-CREMESP/Associação Médica Brasileira. **Usuários de substâncias psicoativas, abordagens, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: CREMESP/AMB, 2003.

COSTA, Selma Frossard. As Políticas Públicas e as comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. **Serviço Social em Revista**. São Paulo. v.12, n.3,p.4, jun. 2009.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Orgs.). **Álcool e outras drogas**: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola,2003.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.16, n.12, p.4701-4706, dez. 2011.

DIEHL, A.; LARANJEIRA, R.; CORDEIRO, D.C. **Dependência Química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ESCOHOTADO, A. **Las Drogas**: de los Orígenes a La prohibición. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FONSECA, Elize Massard; BASTOS, Francisco Inácio. Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectiva. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marcos Aurélio S (Orgs.). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 24, n. 1, p.12, jan. 2008.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Psicologia Clínica e Psicanálise**. Rio de Janeiro. v.15, n.1, p.14. fev.2015.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

FRACASSO, Laura. **Comunidade Terapêutica**: uma abordagem psicossocial. São Paulo:[s.n],2008. Disponível em: <<http://fefnet172.fef.unicamp.br/bibli/Encontrointerdisciplinar/Texto%20%20Laura.pdf>>. Acesso em:16 jan. 2016.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiani Caminote. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**. Vitória. v. 20, n. 2, p.267-276,out. 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas, 1993.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas. **Relatório de Atividades**. Fortaleza:[s.n.], 2016.

JONAS, D.; JONAS, A.D. A bioanthropological overview of addiction. In: NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Research Monograph**. Madri. v.30, n.4, p.269-277, out. 1980.

JORGE; CARVALHO; SILVA (Org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. 22 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

KALINA, Eduardo. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: MédicaSul, 1999.

KINKER, Fernando Sfair. Enfrentamentos e construção de projetos de trabalho para a superação da laborterapia. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Paulo. v.22. n. 1, p. 49- 61, jun.2014.

LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de drogas e a saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 3, p. 621-631, maio 2010.

MACRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. São Paulo:[s.n.], 2007. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MALVASI, Paulo Artur; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Uma contribuição das ciências sociais e humanas no campo da saúde pública: o tema das drogas (i)lícitas. In: SOARES, Marcos Hirata; BUENO, Sônia Maria Villela (Orgs). **Saúde Mental: novas perspectivas**. São Paulo: Yendis, 2011.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo. v. 22, n. 2, p. 32-36, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em : 03 jan. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova Concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001.

PASSOS, E. H., & SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**. Florianópolis. v.23,n.2, p.154- 162,set. 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010>. Acesso em: 17 fev.2016.

POZAS, J.E.M. **Comunidades terapêuticas en España: evolución histórica, situación actual y perspectivas**. Madri:[s.n],1996. Disponível em: <<http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html> >. Acesso em: 17 fev.2016.

PRESIDENCIA DA REPUBLICA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília:[s.n.], 2010.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface (Botucatu)**. Botucatu. v.19, n.54, p. 515-526, set. 2015 .

SANCHEZ, Zila Van Der Meer; NAPPO, Solgande Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes químicos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo.v.42, n. 2, p.265-272,out. 2008.

SCADUTO, Alessandro Antonio; BARBIERI, Valéria. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v. 14, n. 2, p. 605-614, abr. 2009.

SCADUTO, Alessandro Antonio; BARBIERI, Valéria; SANTOS, Manoel Antônio dos. Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília. v. 35, n. 3, p. 781-796, set. 2015.

SCHENKER M, MINAYO MCS. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo. v.20, n.3, p.649-659, jun.2004.

_____. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc Saúde Coletiva**. São Paulo. v. 10, n. 3, p. 707-717, jun.2005.

SEIBEL, S.D; TOSCANO, **A Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SEADI, Susana M. Sastre e OLIVEIRA, Margareth da Silva. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicol. clin.**Rio de Janeiro. v.21, n.2, p.363-378, jun. 2009.

SERRAT, Saulo Monte. Aspectos sociais da dependência química. In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS (Orgs.), **Drogas e Álcool: prevenção e tratamento**. São Paulo: Komedí, 2011.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Ribeirão Preto. v. 2, n.1, p.23,fev. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 dez. 2016.

SOUSA, Patrícia Fonseca et al . Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas psicol.** Ribeirão Preto. v. 21, n.1, p.259-268, jun. 2013 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jan. 2017.

TAVARES; BÉRIA; LIMA. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.35,n.2, p.150-158, jul. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v35n2/4399.pdf>>. Acesso em:04 jan.2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.

VELHO, G. "Drogas e Construção Social da Realidade". In: **Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - *Check List* para observação

1. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	Sim	Não	Em parte	Breve descrição
A instituição possui licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.				
A instituição possui documento atualizado que descreve suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.				
A instituição mantém responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.				
A instituição possui profissional que responde pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.				
A instituição possui mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentam intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de substâncias psicoativas, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.				
As informações constantes nas fichas individuais permanecem acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.				
As fichas individuais contemplam itens como: horário do despertar; atividade física e desportiva; atividade lúdico-terapêutica variada; atendimento em grupo e individual; atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; atividade que promova o desenvolvimento interior; registro de atendimento médico, quando houver; atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; atendimento à família durante o período de tratamento; tempo previsto de permanência do residente na instituição e atividades visando à reinserção social do residente.				

A instituição mantém recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.				
A instituição proporciona ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.				
As instalações prediais estão regularizadas perante o Poder Público local.				
As instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.				
A instituição garante a qualidade da água para o seu funcionamento.				
A instituição possui: 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 para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes; Sala de atendimento individual; Sala de atendimento coletivo; Área para realização de oficinas de trabalho; Área para realização de atividades laborais; Área para prática de atividades desportivas; Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes; Sala administrativa; Área para arquivo das fichas dos residentes; Sanitários para funcionários (ambos os sexos); Cozinha coletiva; Refeitório; Lavanderia coletiva; Almojarifado; Área para depósito de material de limpeza; Área para abrigo de resíduos sólidos.				
A instituição adota medidas que promovem a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.				
Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.				
2. PROCESSO ASSISTENCIAL	Sim	Não	Em parte	Breve descrição

A admissão é feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados constam na ficha do residente.				
O responsável técnico responsabiliza-se pelos medicamentos em uso pelos residentes e não há estoque de medicamentos sem prescrição médica.				
A instituição explicita em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.				
<p>No processo de admissão do residente, a instituição garante:</p> <p>I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;</p> <p>II - 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;</p> <p>III - a permanência voluntária;</p> <p>IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;</p> <p>V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e</p> <p>VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.</p>				
<p>Durante a permanência do residente, a instituição garante:</p> <p>I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de substância psicoativa e violência;</p> <p>II - a observância do direito à cidadania do residente;</p> <p>III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;</p>				

IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;				
A instituição define e adota critérios quanto a: alta terapêutica; alta a pedido; alta administrativa; desligamento em caso de mandado judicial; evasão.				
A instituição registra na ficha individual do residente e comunica a família ou responsável qualquer umas das ocorrências seguintes: alta terapêutica; alta a pedido; alta administrativa; desligamento em caso de mandado judicial; evasão.				
A instituição indica os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados.				

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista para Residentes

Dados sociodemográficos

Idade (em anos)_____ Sexo_____ Estado civil_____

Escolaridade_____ Profissão/ocupação_____ Número de filhos_____

Questões norteadoras:

- 1- Faz quanto tempo vocês está internado?
- 2- Como você chegou aqui?
- 3- Quais as atividades que você realiza? Como é sua rotina na casa?
- 4- Quais as drogas que você usava?
- 5- Começou com qual idade?
- 6- Já fez algum tratamento anterior para dependência química? Qual?
- 7- Como está sua relação atualmente com sua família?
- 8- Tem recebido visitas?
- 9- Como você se sente fazendo tratamento neste local?
- 10-O que lhe faz permanecer internado?
- 11-Como você avalia sua vida agora?
- 12-Você tem uma previsão de alta?
- 13-Deseja falar algo mais?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista para Profissionais

Dados sociodemográficos

Idade (em anos)_____ Sexo_____ Estado civil_____

Escolaridade_____ Profissão/ocupação_____ Número de filhos_____

Questões norteadoras:

- 1- Faz quanto tempo você trabalha nesta CT?
- 2- Qual sua função? Quais as atividades que você desenvolve?
- 3- De que maneira é trabalhada a espiritualidade dos residentes?
- 4- Como foi sua admissão neste local?
- 5- Você possui vínculo empregatício? Carteira assinada? Contrato?
- 6- Recebe remuneração?
- 7- Carga horária de trabalho?
- 8- Você tem outras experiências com trabalho em dependência química? E em CT?
- 9- O que você acha do modelo de tratamento oferecido em Comunidade Terapêutica?
- 10-Como é a relação de vocês com a RAPS?
- 11-Quais são os maiores avanços e desafios do trabalho neste local?
- 12-Como você se sente trabalhando neste local?
- 13-Como você vê o papel do estado em relação as Comunidades Terapêuticas?
- 14-Deseja falar algo mais?

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para o responsável pela instituição

Dados sociodemográficos

Idade (em anos)_____ Sexo_____ Estado civil_____

Escolaridade_____ Profissão/ocupação_____ Número de filhos__

Questões norteadoras:

- 1- Tempo de existência desta Comunidade Terapêutica?
- 2- Possui Alvará de Funcionamento e Alvará Sanitário?
- 3- Quanto custa o tratamento nesta Comunidade Terapêutica?
- 4- Como esta instituição foi criada?
- 5- Vocês possuem algum convênio com governo do estado ou parceria com outra instituição?
- 6- Quantas vagas existem?
- 7- Qual o público alvo?
- 8- Qual é o perfil dos residentes?
- 9- Como é o acesso do residente até a internação? Como acontece?
- 10-Quais são as pessoas que trabalham aqui?
- 11-Vocês trabalham com internação involuntária e compulsória?
- 12-Existe algum trabalho desenvolvido com as famílias? Como e quando ocorre as visitas domiciliares?
- 13-Os residentes tem autorização em algum momento para visitar os familiares?
- 14-Os residentes tem acesso a telefone, televisão, rádio ou outros meios de comunicação disponíveis?
- 15-Quais as atividades desenvolvidas? Existe algum cronograma?

16-Quais são as regras da instituição? E como vocês costumam proceder quando o residente é resistente ou se nega a cumprir?

17-Em caso de intercorrência, como vocês costumam proceder?

18-Quais os maiores avanços e desafios do trabalho em CT?

19-Como você percebe o papel do estado diante das CT?

APÊNDICE E - Caracterização das comunidades terapêuticas. Fortaleza, CE. 2016.

	CT1	CT2	CT3	CT4
Localização	Rural	Urbana	Urbana	Urbana
Tempo de fundação	5 anos	5 anos	6 anos	8 anos
Mudança de endereço	4 vezes	2 vezes	5 vezes	Nenhuma
Natureza administrativa	Sem fins lucrativos	Sem fins lucrativos	Privada	Privada
Público Alvo	Homens dependentes químicos	Homens dependentes químicos	Homens dependentes químicos	Homens dependentes químicos
Valor médio da mensalidade	Avaliado individualmente	Avaliado individualmente	Avaliado individualmente	Avaliado individualmente
Formação do responsável	Nenhuma	Nenhuma	Direito	Nenhuma
Regularidade em relação as normas sanitárias	Irregular	Irregular	Regular	Regular
Capacidade de acomodação	Ilimitado	Ilimitado	20 Vagas	40 vagas
Possui convênio público	Não	Não	Não	Sim
Acesso aos serviços da comunidade terapêutica	Através do serviço de abordagem de rua e da igreja	Através do serviço de abordagem de rua e da igreja	Através do escritório da instituição	Através do Secretaria Especial de Políticas sobre Drogas ou triagem na instituição
Tipos de admissão	Voluntário	Voluntário	Voluntário, involuntário ou compulsório	Voluntário, involuntário ou Compulsório
Equipe de trabalho	Monitores	Monitores	Psicólogo, Educador Físico, Técnico de Enfermagem, Conselheiros e Monitores	Psicólogo, Educador Físico, Técnico de Enfermagem, Conselheiros e Monitores
Visita familiar na instituição	Após 15 dias da admissão	A qualquer momento	Após 30 dias da admissão	Visita assistida após 30 dias da admissão
Tempo estimado de internação	Indeterminado	Indeterminado	6 Meses	De 6 meses a 1 ano
Atividades desenvolvidas rotineiramente	Laborterapia e atividades de cunho religioso	Laborterapia, atividades de cunho religioso, atividades de	Laborterapia, 'sonoterapia', atividade grupal baseada nos 12	Laborterapia, "sonoterapia", atividades de cunho religioso,

		'marketing' e atividades esportivas	passos de grupos de autoajuda e atividades esportivas	atividade grupal baseada nos 12 passos de grupos de autoajuda, atividades esportivas, curso profissionalizante, atendimento familiar
--	--	-------------------------------------	---	--

FONTE: SILVA, Sarah Lima Verde (2016)