

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JAKELINE APARECIDA DIAS GUEDES

**CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
DO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JAKELINE APARECIDA DIAS GUEDES

**CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
DO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial -, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Prof.^a Orientadora: Joughanna do Carmo Menegaz.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU**, de autoria da aluna **Jakelline Aparecida Dias Guedes**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Prof.^a Msc. Jouhanna do Carmo Menegaz
Orientadora da Monografia

Prof.^a Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Prof.^a Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Ao Primeiro Grande Autor que me guia e acompanha em cada passo; aos autores e professores que me indicaram a trilha; e, principalmente, a todos os pacientes por quem percorro o caminho da busca.

AGRADECIMENTOS

A meus pais e irmãos que precederam meus passos e me orientaram no prazer da busca pelo conhecimento;
A meu marido Sergio, eterno namorado e amigo, coautor do livro da minha vida há tanto tempo;
A Thabata e Sersan, pela compreensão e carinho por sua mãe-estudante.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	4
3 MÉTODO.....	7
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	9
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
APÊNDICES	19

RESUMO

Descobrir, dentro do círculo familiar, um membro com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas desestrutura em muito uma família. Nessa hora, procura-se a solução mais imediata para o caso. Nesta pesquisa, percebeu-se que a tradição recomenda a internação do usuário, e o tipo mais comum e acessível é o das Comunidades Terapêuticas (CT). Trabalhando num CAPSad, cuja política de tratamento é a Redução de Danos, constatou-se que este nem sempre é o melhor caminho, mas se respeita a escolha de cada um e se procura dar a melhor assistência possível a todos que o procuram. Para otimizar esse tratamento é que houve o interesse em caracterizar as CT do município de Nova Iguaçu, RJ, uma das regiões de trabalho. Assim se pôde conhecê-las melhor, buscando sua parceria, e procurando falar em uma linguagem aproximada, fornecendo ao usuário a possibilidade de ter o melhor tratamento de ambas as partes, conhecendo seus direitos legais. Para tanto, fez-se uma pesquisa bibliográfica em artigos e leis sobre o tema para subsidiar a criação de um instrumento de caracterização que deverá ser utilizado nas futuras visitas às CT. As pesquisas mostraram como se criou a cultura de internação e como sua utilidade foi revista com a Reforma Psiquiátrica, assim como a evolução das leis de proteção aos usuários, restituindo-lhes o status de cidadãos.

Palavras-chave: Saúde Mental; Comunidades Terapêuticas; CAPSad.

1 INTRODUÇÃO

O CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas), desde sua criação em 2002, trabalha com a política de Redução de Danos, isso é:

“Com uma ampla perspectiva de práticas voltadas para minimizar as consequências globais de uso de álcool e drogas. (...) com propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad” (MS, 2004).

Partimos do princípio que o maior problema do usuário nem sempre é necessariamente a droga, e, na maioria das vezes, sua vida não se resolve apenas com a retirada da(s) substância(s). A partir desse ponto, fornecemos a ele possibilidades de repensar sua vida, através das várias formas de terapia disponíveis (oficinas, grupos, atendimentos individuais com terapeutas, atendimentos médicos, uso de medicamentos etc.), para que possa descobrir novas alternativas para seus problemas. Orientamos os familiares a que procurem entender as dificuldades do usuário, olhando por outro ângulo, conhecendo outras pessoas com problemas semelhantes. Também orientamos o usuário a buscar atividades em sua própria comunidade, interessar-se por cursos, procurar empregos, buscar contato com atividades físicas, religiosas, artísticas etc., de acordo com suas possibilidades, visando a torná-lo novamente “autor de sua própria vida”, resgatando sua cidadania.

Quando recebemos usuários provenientes de Comunidades Terapêuticas (CT), percebemos algumas características comuns: uso da religião como principal tratamento, a abstinência como foco principal (muitas vezes não permitindo nem o uso do tabaco), a disciplina rígida, sem permitir questionamentos, e o uso de internos como cuidadores. Algumas comunidades também se recusam a permitir a entrada e o uso de medicamentos, mesmo com indicação médica.

Atualmente, em Nova Iguaçu, todas as CT do município estão procurando pelo CAPSad por uma determinação do Ministério Público, que deseja averiguar se há irregularidades nesses locais. Além do interesse das mesmas em conseguir alguns benefícios financeiros para seus

internos, que às vezes não podem contribuir por não terem nenhuma forma de sustento. Com isso, estamos descobrindo comunidades que nem sabíamos existir.

Percebemos então a necessidade e a oportunidade de conhecer melhor essas comunidades. Saber como cada uma direciona o tratamento, quais são suas possibilidades, de que profissionais dispõem, qual é sua infraestrutura, qual sua capacidade, qual sua clientela (idade, gênero, escolha de substância), se professa alguma religião (se sim, qual?), tempo de internação médio etc.

Para isso, primeiro foi importante conhecer a origem das comunidades terapêuticas no mundo, observando as bases de sua criação. Precisava perceber como elas cresceram e se multiplicaram dentro do território brasileiro, com necessidades e características distintas, até a criação de leis que legitimavam essa forma de tratamento. Pudemos assim culminar com a construção de um instrumento de pesquisa que pudesse ser usado nas visitas que forem feitas às CT ou em atendimentos a seus responsáveis.

Trabalhando como enfermeira em um CAPSad há quatro anos e meio, observo que sempre recebemos internos de comunidades terapêuticas da região; alguns solicitando a ajuda de vários profissionais, principalmente psiquiatra. Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS, 1990), todos têm direito à “integralidade das ações, onde o indivíduo é cuidado como um todo e não como um amontoado de partes” e é o que procuramos fornecer através de uma equipe multi e interdisciplinar. Mas adesão ao tratamento fica muito comprometida, devido à dificuldade desses internos em chegar ao tratamento regularmente, muitas vezes por questões financeiras.

Em conversas com os internos, ouvimos várias motivações para que procurem o CAPSad, mas a maioria se refere à tentativa de obter benefícios ou medicamentos. Boa parte abandona o tratamento tão logo consiga seu objetivo. Também, através desses internos, ficamos sabendo um pouco sobre a estrutura e funcionamento desses locais; alguns pacientes dizendo ser ótimo, com boas chances de os ajudarem a se recuperar; mas, algumas vezes, falam-nos de maus tratos e exploração. Também comentam sobre a ausência de profissionais especializados, utilizando internos e/ou ex-internos em boa parte dos cuidados.

Percebi, então, a necessidade de traçar o perfil dessas comunidades e torná-las nossas parceiras, de forma que os usuários possam ter um tratamento de qualidade, com uma linguagem aproximada entre as instituições que os tratam. Afinal, em determinados momentos de grande angústia pessoal e familiar, essas CT servem de alívio a muitas pessoas. Neste sentido, o objetivo

deste trabalho é propor um instrumento para que profissionais do CAPSad possam caracterizar as comunidades terapêuticas da cidade de Nova Iguaçu, estado do Rio de Janeiro, Brasil.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Costa (2006), o termo Comunidade Terapêutica tornou-se nomenclatura oficial a partir da Resolução nº 101, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA -, de 30 de maio de 2001, que estabelece regras para as mesmas. Esta Resolução diz que Comunidades Terapêuticas são:

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

A partir dessa resolução, e nas seguintes, podemos perceber alguns pontos minimamente necessários para que se dê dignidade ao tratamento de usuários de álcool e de outras drogas:

- LEI nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 (BRASIL, 2004), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Essa lei vem igualar o portador de transtornos mentais a todos os cidadãos brasileiros, tendo assegurado sua proteção e direitos, sem qualquer forma de discriminação. Também reafirma a necessidade do mesmo em se manter o contato com seu meio social e familiar. Portanto, o usuário de álcool e outras drogas, como qualquer outro portador de transtorno mental, quando recluso em uma instituição de tratamento, tem o direito de manter contato com seus familiares, ser protegido de abuso e exploração, além de receber serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

- RESOLUÇÃO nº 448, DE 6 DE OUTUBRO DE 2011, na qual é dito: “que as parcerias sejam estabelecidas com entidades da sociedade civil e filantrópicas para a promoção, prevenção

e apoio ao tratamento, respeitando as diretrizes e os marcos institucionais e legais do SUS” (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 10.216/11).

No item 3 desta resolução, encontramos que “a inserção de qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial, no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupos populacionais”, ou seja, se uma comunidade terapêutica faz parte da rede de atendimento ao usuário de drogas, também está sujeita a esses princípios.

Quanto ao item 7, a resolução garante que a Rede de Atenção Psicossocial deve ser capaz de prestar atenção em saúde mental “de forma resolutiva, equânime e multiprofissional, com condições de garantir o cuidado do usuário no território a partir da construção de um projeto terapêutico individual, com vistas à redução de danos à reinserção social, mesmo quando necessite de serviços de outras redes”; o que demonstra a necessidade do CAPSad, como orientador da rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, estar atento à qualidade dos serviços oferecidos a esses usuários.

- PORTARIA nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012 (BRASIL, 2012), que institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal, para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas.

Essa portaria informa sobre a instituição de recursos financeiros destinados a comunidades terapêuticas em municípios que possuam CAPS, nas seguintes proporções: até 2 módulos de 15 vagas, para municípios com CAPS III, para cada CAPSad existente; ou 1 módulo de 15 vagas por CAPS, para municípios que só disponham de CAPS I ou II. Especifica como deve ser a equipe de atendimento e a forma de cuidados com o usuário, frisando a manutenção do vínculo familiar, a construção da autonomia, a reinserção social e o respeito à crença do indivíduo. Também institui que o CAPS de referência deverá indicar o ingresso do usuário na instituição, bem como acompanhar a sua estadia.

Em Nova Iguaçu já contamos com uma comunidade terapêutica que se enquadra nessas condições. Porém, temos muitas outras que, apesar de não receberem qualquer ajuda financeira de órgãos públicos, acolhem usuários do município. Mas, segundo a lei 8080/90, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; por isso, achamos justo para com os usuários, que todas as comunidades tenham a mesma qualidade e respeito a eles, independente de quem seja seu mantenedor.

Vimos então como um dever do CAPSad, não a função de fiscalizar, mas de conhecer, orientar e proporcionar apoio a instituições que proporcionem cuidados ao usuário de álcool e outras drogas. Para isso precisamos ter a garantia de que o fazem com respeito e segurança para quem utiliza seus serviços.

3 MÉTODO

O presente estudo consistiu em “uma tecnologia de concepção, ou seja, o produto é o próprio projeto e o plano de ação desenvolvido” e se trata do trabalho de conclusão de curso (TCC) da especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista. (UFSC, 2013)

Para desenvolvimento do trabalho, considerou-se a realidade local, a relevância para o trabalho e realizou-se uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos publicados a partir de 2001, por conta da LEI n° 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Apesar deste marco, deu-se preferência para textos publicados nos últimos cinco anos, particularmente textos brasileiros buscados a partir dos termos *drogas* e *comunidades terapêuticas* acessados entre os meses de fevereiro e março de 2014, nos sites da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), buscando artigos a partir de 2007, que falassem sobre CT. A intenção no contato com os artigos não foi a de relatar o estado das publicações sobre o tema, mas a de buscar elementos que subsidiassem um instrumento de caracterização.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa em leis, resoluções e portarias do Ministério da Saúde para se perceber os aspectos essenciais numa CT. De modo geral, estas leis foram o subsídio central de elaboração do instrumento, constituindo-se de fundamentação teórica para a construção do mesmo. Foram utilizadas as seguintes diretrizes: lei n° 10.216, resolução n° 448, portaria n° 131, resolução n° 101, lei n°8080/90.

Considerando que as comunidades estão inseridas num cenário político de uma política mais ampla, para além destas fontes, uma busca na literatura sobre a reforma psiquiátrica e sobre a origem das comunidades terapêuticas, além do material didático do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem, também subsidiou a construção do qual faz parte este artigo como trabalho de conclusão.

Como produto desta busca, propõe-se um questionário composto de questões abertas construído para futura caracterização das comunidades terapêuticas da cidade de Nova Iguaçu, no

estado do Rio de Janeiro. Essa etapa não compõe o presente trabalho, devido à falta de tempo hábil para se obter autorização do comitê de ética em pesquisa e para coleta e análise dos dados.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Pela busca nos periódicos científicos, percebe-se que há pouca informação sobre as CT brasileiras. Na América Latina há certa expressão de produções. Todavia, para além do debate das CT, em específico, não é possível falar de cuidados com o usuário de álcool e de outras drogas na atualidade sem buscar seus fundamentos na história da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com Paulo Amarante (2007), as duas grandes Guerras Mundiais fizeram a sociedade refletir sobre a crueldade e solidariedade humanas e foram criando condições de possibilidades históricas para outro período de transformações na atenção psiquiátrica. Após a Segunda Grande Guerra, viu-se que os campos de concentração não diferenciavam em nada dos hospícios. Assim, vários países começam a ter experiências de reforma:

- No período pós-guerra, muitos jovens soldados ingleses eram internados em hospitais para tratamento de problemas emocionais. Havia grande quantidade de pessoas a ser cuidadas e poucos profissionais para atendê-las, em um momento de grande necessidade de mão de obra para a reorganização e a reconstrução do país. A saída foi utilizar o potencial dos próprios pacientes em tratamento. Organizavam reuniões em que se discutiam projetos, realizavam assembleias e criavam propostas de trabalho em que todos pudessem estar envolvidos (funcionários e pacientes).
- Na França, onde os hospitais foram profundamente danificados pela ocupação nazista, criaram-se comunidades terapêuticas nas quais se fazia escuta, trabalho terapêutico, clube terapêutico (com festas, passeios, feiras de produtos dos internos etc.), ateliês (AMARANTE, 2007).

Em 1953, o psiquiatra escocês Maxwell Jones propôs o que foi denominada de 3ª Revolução na Psiquiatria. O modelo da Comunidade Terapêutica proposto diferia claramente em tudo dos hospitais psiquiátricos então existentes. Estes apresentavam uma estrutura rigidamente hierarquizada e que atuava de modo autocrático. Havia até então muito pouca comunicação entre as pessoas dos diferentes níveis e uma passividade dos internos, mantidos na ignorância sobre o que se passava ao seu redor, e, principalmente, em relação ao seu tratamento. A proposta de Maxwell Jones, realmente revolucionária, era a de democratizar essa estrutura, diminuindo

drasticamente toda a separação entre os diferentes níveis, estimulando a comunicação entre todos os membros, incluindo todos (inclusive o ambiente) no processo terapêutico. Maxwell havia ressaltado a participação ativa dos internados na própria terapia, exercitando a comunicação social democrática e igualitária, com o envolvimento de sentimentos, permitindo a redução natural de tensões sociais. (CHAVES, 2005).

Essa forma de tratamento, usada para pessoas com a saúde mental abalada, pode ter servido de modelo para as primeiras comunidades terapêuticas da atualidade.

Uma matéria do jornal Primeira Hora (2010) diz que o pesquisador Frederick B. Glaser cita a existência de comunidades terapêuticas datadas de mais de dois mil anos. Como exemplo, tem-se uma corrente do judaísmo denominada Comunidade Essênia ou ainda o povo Essênio, em Qumran, na ruína da mancha cinzenta, um sítio arqueológico localizado a uma milha da margem noroeste do Mar Morto, a 12 km de Jericó, onde se reuniam pessoas com problemas da alma, com temores, e angústias, descontroles emocionais e também paixões desvairadas. Tais CT tinham regras apropriadas, ou seja, um manual de disciplina, muito parecido com as normas existentes nas atuais.

Também há pesquisas de que movimentos registrados na Inglaterra e nos E.E.U.U. (Grupos Oxford, A.A., Sijnanon, Day Top e muitos outros), apresentavam todos, sem exceção, uma clara motivação ética e espiritual, e, até hoje, influenciam também uma parcela considerável das Comunidades Terapêuticas em todo o mundo, principalmente as de orientação católica ou evangélica. (CHAVES, 2005).

Elena Goti, outra pesquisadora, diz que a CT não se destina a todo tipo de dependente, pois a internação deve ser aceita voluntariamente. O dependente é o principal ator de sua cura, ficando a equipe com o papel de proporcionar apenas apoio e ajuda (DE LEON, 2003).

George De Leon, em 2000, enfatiza que a CT é uma abordagem de autoajuda, fora das correntes psiquiátricas, psicológicas e médica. Fala sobre a natureza terapêutica de todo o ambiente, sobre sua grande flexibilidade, no enfoque da pessoa como um todo e diz que é um processo a longo prazo; deve resultar em mudança pessoal e no estilo de vida. Finalmente, adverte sobre o perigo de serem introduzidas práticas que contrariem a essência da proposta da CT. Diz que a CT, graças à sua grande flexibilidade, tem sido adotada em países com diferentes

formas de governo, de culturas diversas, de vários graus de desenvolvimento e de religiões diferentes (JORNAL PRIMEIRA HORA, 2010).

A situação no Brasil

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumpre um papel relevante e aponta a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema (AMARANTE, 2007).

A Resolução nº 448, de 6 de outubro de 2011, faz referência a entidades não estatutárias para o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas em seu artigo 6º: “(...) que as parcerias sejam estabelecidas com entidades da sociedade civil e filantrópicas para a promoção, prevenção e apoio ao tratamento, respeitando as diretrizes e os marcos institucionais e legais do SUS” (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 10.216/11)”.

As instituições sem fins lucrativos: as pioneiras no atendimento ao dependente de substâncias psicoativas.

A primeira comunidade terapêutica no Brasil exclusivamente para o tratamento de dependentes foi o *Movimento Jovens Livres*, fundada pela Missionária Presbiteriana Ana Maria Brasil, em 1968, em Goiânia (GO). O *Movimento Evangélico de Assistência ao Dependente de Substâncias Psicoativas*, no Brasil, teve grande influência do Reverendo David Wilkerson, que,

no início da década de 50, fundou, nos Estados Unidos, a Comunidade Teen Challenge (Desafio Jovem). Essa experiência bem-sucedida foi conhecida através do livro “A cruz e o Punhal”, e, posteriormente, a vinda de David Wilson ao Brasil, em outubro de 1972, influenciou sobremaneira na abertura de centenas de Comunidades Terapêuticas em todo o território nacional. (CHAVES, 2005).

Da mesma forma, o movimento católico de assistência ao dependente de substâncias psicoativas, no Brasil, teve seu início com os trabalhos desenvolvidos pelo Padre Aroldo J. Rham, a partir de 1978, quando fundou a Fazenda Senhor Jesus, e também influenciou a abertura de centenas de Comunidades Terapêuticas em todo o território nacional (CHAVES, 2005).

Lei básica para todos os seres humanos

Da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, separamos alguns artigos que exigem a atenção, compreensão e respeito, pois em muito cabem aos casos de acolhimento de usuários de álcool e outras drogas em Comunidades Terapêuticas:

“Artigo I: Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.”

“Artigo II: Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.”

“Artigo III: Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”

“Artigo IV: Ninguém será mantido em escravidão ou servidão, a escravidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas.”

“Artigo V: Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.”

“Artigo VII: Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.”

...

“Artigo XVIII: Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular.”

Leis referentes aos usuários portadores de transtornos em saúde mental

O usuário de álcool e outras drogas está descrito na Classificação Internacional de Doenças, CID X (OMS, 1993), como portador de Transtorno Mental, portanto incluído na seguinte lei:

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

“Art. 2º: Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.”

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- *I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;*
- *II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;*
- *III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;*
- *IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;*

- *V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;*
 - *VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;*
 - *VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;*
 - *VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;*
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.”*

O que percebemos é que, até pouco mais de meados do século XX, os serviços públicos de saúde no Brasil não se ocuparam com cuidados ao usuário de álcool e outras drogas, espaço que foi preenchido por instituições filantrópicas/particulares, religiosas ou não. Entre elas, encontramos as CT, que se proliferaram, segundo seus modelos de origem.

A partir da década de 80, com a implantação do SUS e da Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde foram atentando para a necessidade de voltar os olhos para essa parcela da comunidade. Desde então, novas políticas de saúde foram se somando para proporcionar maior qualidade de vida. Também se percebeu a urgência em se criar normas de forma a unificar o atendimento das CT.

O instrumento criado se constitui em um questionário que contempla três partes distintas: a primeira é a identificação da comunidade com seu nome e/ou sigla, sua data de inauguração, endereço, telefone(s), outros endereços e telefones e seu principal responsável. A segunda parte é composta de seis perguntas abertas para que possamos conhecer como acontece o andamento do tratamento. Na primeira questão perguntamos como o nome do principal responsável.

Questionamos sobre a presença, o número e formação de profissionais capacitados, assim como o uso de ajuda mútua, no atendimento aos internos. Apesar de saber que, por sua origem, as comunidades utilizam o trabalho dos indivíduos que se encontram abrigados em suas dependências, é importante perceber se isto é feito com critério, sem abuso de sua força de trabalho ou de sua capacidade. Além disso, para o bom andamento do tratamento, ele deve contar com um mínimo de profissionais atuantes.

Perguntamos se há uma doutrina religiosa, se sim, e qual. Sabemos, pelas pesquisas feitas, que a religião está na base da criação das CT, e que ela tem grande peso nessa forma de

tratamento. Por isso, a importância de identificá-la nos locais, assim como de ver se os internos são livres ou, uma vez dentro da instituição, se se veem coagidos a seguir todos os dogmas professados ali. Também percebemos que, de acordo com a doutrina, alguns tipos de tratamentos são facilitados ou dificultados, como por exemplo, o uso de medicamentos prescritos.

A questão 4 serve para caracterizar a clientela quanto ao número, gênero e faixa etária. Permite-nos saber se a estrutura física está adequada, se há uma atenção quanto à separação por gênero e idade e se há a presença de menores ou idosos (indivíduos mais vulneráveis e que necessitam maior atenção).

Como sabemos, há importância da família e dos amigos na recuperação dos usuários de álcool e outras drogas. Na questão 5, procuramos desvendar como a instituição gerencia esses contatos. A intenção é saber se o interno sofre grande afastamento de seu ambiente de origem, o que pode acabar causando uma situação de institucionalização do mesmo.

A questão 6 trata da existência ou não de um projeto terapêutico, visando a perceber se o interno fica muito tempo ocioso, se há abuso de seu trabalho ou se existem excessos de obrigações religiosas. Também busca observar se há incentivo à recuperação de sua autonomia e sua reinserção na sociedade.

Na terceira e última parte, deixamos espaço para as observações extras feitas pelo representante da comunidade, e para que o técnico (pesquisador) possa incluir seu parecer.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pudemos perceber, por essa pesquisa, que as Comunidades Terapêuticas ainda têm um lugar muito importante no tratamento a usuários de álcool e outras drogas, enquanto alternativa aos serviços criados pelo Estado. Estão autorizadas oficialmente pela legislação vigente e pela cultura e necessidade dos usuários e familiares. Atendem à urgência dessas famílias que descobrem o perigo a que estão sujeitos seus entes queridos e só conseguem ver a internação para solucionar seus problemas.

O CAPSad ainda é uma instituição muito nova, com apenas 12 anos de existência, e ainda está se consolidando perante a população. Os hospitais psiquiátricos (que se mostraram inadequados para esse tipo de tratamento) estão saindo de cena. Portanto, para muitos, a melhor opção é confiar nas CT, onde os internos ficam “guardados”, para não usarem as substâncias de costume e/ou não causarem problemas, além de ficarem protegidos pela religião.

Nossa pesquisa visa a perceber se nas CT de Nova Iguaçu as leis são respeitadas, garantindo que sejam cuidados em ambiente adequado com condições básicas de vida, recebendo tratamento de saúde adequado a seus internos, se estes se encontram protegidos de abuso e exploração, se têm direito à presença de profissionais de saúde quando necessária e se têm acesso a meios de comunicação.

Para isso, criamos um instrumento de pesquisa em forma de um questionário semiestruturado para ser utilizado em visitas às Comunidades Terapêuticas ou em entrevistas a seus responsáveis ou internos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. P. 71 a 76.

ANVISA. Resolução nº 101, de 30 de maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.080, de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 9 mar. 2014.

BRASIL. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 9 mar. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. Palestra proferida no I Fórum sobre Dependência Química de Maringá, em 28 de junho de 2006.

CHAVES, Edmundo Muniz e CHAVES, Eugênia Maria **O papel da comunidade terapêutica na atual conjuntura**. In: Revista Comunidade Terapêutica & Dependência Química em Pauta. Ano I, nº. 02. Cruz Azul do Brasil. Blumenau, 2005.

DE LEON, George **Comunidade terapêutica** São Paulo; Editora Edições Loyola, 2003.

GOTI, Elena. **La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga**.1990 – Editorial Nueva Visión. Disponível em: <<http://www.lasdrogas.info/opiniones/121>> acesso em: 17 fev. 2014.

Declaração Universal dos Direitos humanos. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 1 mar. 2014.

JORNAL PRIMEIRA HORA. **O que é uma comunidade terapêutica?** Disponível em: <<http://www.jornalprimeirahora.com.br/noticia/49309/O-que-e-uma-comunidade-terapeutica>> 27/04/2010. Acesso em: 1 mar. 2014.

OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10** - Descrições Clínicas. Editora: Artmed, 1993.

RAMOS, Flávia Regina Souza. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem: metodologia do trabalho científico.** Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Nome/sigla:

Data de inauguração:

Endereço:

Telefone(s):

Outros endereços /telefones:

Responsável:

- 1) Quantos e quais são os profissionais atuantes nesta comunidade?
 - 2) Conta-se com a ajuda de internos ou ex-internos no trabalho de manutenção da comunidade? De que forma?
 - 3) Tem uma doutrina religiosa? ()sim ()não Qual?_____
 - 4) Clientela: _____ Limite de
internos:_____ Faixa etária:_____ Gênero: () masculino ()
feminino () ambos
- Aceitam pessoas com limitações de deambulação?
- 5) Como é a rotina de visitas e contatos telefônicos com a família/amigos?
 - 6) Quais são as atividades oferecidas?

Obs.:

Parecer técnico:

Pesquisador:

Data