

**FACULDADE VALE DO CRICARÉ
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO SOCIAL,
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

ALCIMÁRIA AGUIAR BOROTO

**Recuperação e Reinserção Social de Toxicômanos: um estudo de caso sobre
serviços prestados por uma equipe técnica em uma Comunidade Terapêutica
no Espírito Santo**

**São Mateus – ES
2015**

ALCIMÁRIA AGUIAR BOROTO

Recuperação e Reinserção Social de Toxicômanos: um estudo de caso sobre serviços prestados por uma equipe técnica em uma Comunidade Terapêutica no Espírito Santo

Dissertação apresentada à Faculdade Vale do Cricaré para obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Área de Concentração: Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional I.

Orientadora: Prof^a Dra. Luciana Teles Moura

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional
Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus – ES.

B726r

BOROTO, Alcimária Aguiar

Recuperação e Reinserção Social de Toxicômanos: um estudo de caso sobre serviços prestados por uma equipe técnica em uma Comunidade Terapêutica no Espírito Santo. / Alcimária Aguiar Boroto – São Mateus - ES, 2015.

127f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional) – Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus - ES, 2015.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Luciana Teles Moura

1. Reinserção Social. 2. Comunidades Terapêuticas. 3. Técnicas e Procedimentos. I. Título.

CDD: 371.397

ALCIMÁRIA AGUIAR BOROTO

**RECUPERAÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL DE TOXICÔMANOS:
UM ESTUDO DE CASO SOBRE SERVIÇOS PRESTADOS POR
UMA EQUIPE TÉCNICA EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA
NO ESPIRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré (FVC), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional, na área de concentração Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional.

Aprovada em 23 de Maio de 2015.

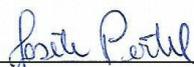
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a. Dr.^a. LUCIANA TELES MOURA
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)
Orientadora



Prof. Dr. EDMAR REIS THIENGO
Faculdade Vale do Cricaré (FVC)



Prof.^a. Dr.^a. JOSETE PERTEL
Faculdade Multivix São Mateus

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Alcides e Maria Olinda que, com muito esforço, dedicaram suas vidas à construção de uma família guiada pelos princípios de Deus. Sempre trabalharam arduamente para me dar a possibilidade de estudar e seguir o caminho que sempre almejaram para si e, mesmo a vida não possibilitando essa oportunidade, valeu o esforço; uma simples mulher do lar e um comerciante, ambos com ensino fundamental incompleto, tiveram que escolher por trabalhar para prover o sustento da família e que hoje têm a felicidade de ver sua filha se tornar Mestre.

Agradeço porque sempre confiaram em mim e apoiaram minhas decisões, nunca poupando esforços para me oportunizar escolhas. Tais escolhas, pelas quais sempre pude optar, caminhando e formando meu próprio caminho.

Às minhas irmãs Marciolinda, Makerly e suas respectivas famílias que sempre me apoiaram na caminhada, assim, fortalecendo nossos laços.

Aos meus irmãos em Cristo Jesus pelas súplicas e orações que fizeram a Deus pela minha vida e que me impulsionaram na construção desta dissertação.

À minha família: o amor inesgotável!

AGRADECIMENTOS

Em especial a Deus por me abençoar, iluminar a cada dia, por me mostrar o caminho como devo conduzir a vida e pela graça de conseguir obter o título de Mestre.

“Instruir-te-ei e te ensinarei o caminho que deves seguir; e sob as minhas vistas, te darei conselho”. Salmo 32.8

Aos amigos do Mestrado, pois cada um ao seu modo me ensinou muitas coisas. Considero-me privilegiada por fazer parte de um grupo repleto de pessoas com ideais, jamais me esquecendo dos momentos de descontração.

Ao corpo docente do Programa de Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional pelo comprometimento com nosso crescimento e aprendizado.

Aos funcionários do Mestrado por me ajudarem nos momentos em que precisei e também pelo tratamento acolhedor e gentil que sempre tiveram comigo.

À banca examinadora pelas contribuições marcantes na construção do trabalho.

À minha orientadora, Professora Luciana Teles de Moura que com gentileza e profissionalismo conseguiu me auxiliar no desenvolvimento deste trabalho, potencializando através de seus conhecimentos técnicos uma pesquisa rica e abrangente.

Aos participantes da pesquisa, à diretoria e aos profissionais da área da saúde e equipe técnica da Comunidade Terapêutica Nova Perspectiva pela prazerosa acolhida e pela disposição em me ajudar a construir conhecimentos através de seus saberes e experiências de vida.

A todos aqueles que estiveram envolvidos na realização deste estudo: obrigada pela contribuição!

“Na vida sempre é possível despertar mais uma vez o censo de um começo para nós. Para isso, são necessárias tão poucas mudanças externas, pois realmente mudamos o mundo a partir do nosso coração. Se ele apenas desejar ser novo e imensurável, o mundo será imediatamente o mesmo do dia de sua criação e infinito.”

Rainer Maria Rilke

Texto extraído de Carta enviada a Anita Forrer em 19/01/1920

RESUMO

BOROTO, Alcimária Aguiar. **Recuperação e Reinserção Social de Toxicômanos: um estudo de caso sobre serviços prestados por uma equipe técnica em uma Comunidade Terapêutica no Espírito Santo**. 2015, 127 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus – Espírito Santo, 2015.

O serviço prestado pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) aos toxicômanos na área da dependência química tem se tornado notável junto àqueles que desejam e/ou necessitam de tratamento terapêutico. A relevância do conhecimento das ações e das concepções é fundamental para a compreensão sobre o assunto, devido às significativas mudanças que vêm ocorrendo na sociedade no que tange ao uso e abuso de substâncias psicoativas. Para tal, é necessário salientar a legislação e as políticas públicas e de assistência social, determinando novas diretrizes e parâmetros de atuação. A presente pesquisa é resultado do questionamento sobre como as CTs prestam serviços de saúde para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos através das técnicas e procedimentos da equipe técnica de profissionais. A CT possui sua premissa na internação e na condução do indivíduo à abstinência total do uso de substâncias psicoativas. O objetivo principal desta pesquisa, analisar se as práticas de serviços adotados nas CTs para recuperação e reinserção social dos toxicômanos através da atuação da equipe técnica de profissionais, foi alcançado na análise das práticas dos serviços implantados. Trata-se de um estudo de caso qualitativo, realizado numa Comunidade Terapêutica, localizada no município de Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo, Brasil. Os dados foram coletados nos meses de Julho a Dezembro de 2014 por meio das técnicas metodológicas de coleta de dados: a observação, a entrevista aberta e análise dos documentos da Instituição. Na análise dos dados emergiram três categorias: Procedimentos administrativos adotados, Concepção do tratamento terapêutico e das técnicas implantadas, e Expectativas para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos. O resultado obtido por meio da análise dos dados demonstrou a viabilidade dos serviços prestados pela Comunidade Terapêutica e sua efetividade. Do ponto de vista da equipe técnica, os serviços devem ser elaborados com critérios de avaliação multidisciplinar para os residentes e para a Instituição, enfatizando a necessidade de mais estudos sobre o assunto, esses devendo ser contínuos. Consideraram os serviços já propostos atuantes, mas preconizam as ações desenvolvidas pelo serviço social e das políticas públicas na dependência química.

Palavras-chave: Reinserção Social. Comunidades Terapêuticas. Técnicas e Procedimentos.

ABSTRACT

BOROTO, Alcimária Aguiar. **Recovering and Social Reinsertion of Drug Addicts: a case study on services offered by a technical staff in a therapeutic community in Espírito Santo.** 2015, 127 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Vale do Cricaré, São Mateus – Espírito Santo, 2015.

The service offered by Therapeutic Communities (TCs) to drug addicts in the field of substance addiction has become remarkable since there are people who are willing and / or have a need for therapeutic treatment. The relevance of the knowing the actions and the conceptions is fundamental towards the comprehension of the matter, due to the significant changes that have been occurring in society regarding the use and abuse of psychoactive substances. Therefore, it is necessary to emphasize the legislation and the public and social assistance policies, determining new guidelines and parameters of acting. The present research is the result of a questioning on how TCs offer health services in order to recovering and social reinsertion of drug addicts, through techniques e procedures applied by the technical professional staff. The TC has its premises lying in the admission and the conduction of the individual towards the total abstinence from the use of psychoactive substances. The main goal of this research – to analyze if the practices of the services implemented in the TCs in order to contributing toward the recovery and social reinsertion of the drug addicts via the performance of the technical professional staff – was met in the analysis of the practices of the services offered. It is a qualitative case study performed in a TC place in the municipality of Venda Nova do Imigrante, Espírito Santo, Brazil. The data were collected in period between the months of July to December of 2014 via means of methodological techniques of data collection: the observation, the open interview and the analysis of Institution documents. In the data analysis, three categories surfaced: Administrative procedures adopted, The conceiving of therapeutic treatment and of the techniques applied, and Expectations on the recovering and social reinsertion of the drug addicts. The result obtained by the analysis of the data demonstrated the feasibility of the services offered by the TC and its effectiveness. On the technical professional staff's point of view, the services must be elaborated with criteria for multidisciplinary evaluation of the interns and of the Institution, emphasizing the need for further studies in the subject – which should be continuous. The staff also considered the services proposed to be effective, but they also advocate the actions performed by the social service and public policies in the substance addiction field.

Key-words: Social Reinsertion. Therapeutic Communities. Techniques and Procedures.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS/ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CEDROGA	Comissão Especial de Políticas Públicas sobre Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
COMAD	Conselhos Municipais Antidrogas
COEAD	Conselhos Estaduais Antidrogas
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONED	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas
CT	Comunidade Terapêutica
CTs	Comunidades Terapêuticas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBRACT	Federações Brasileiras de Comunidades Terapêuticas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
OBID	Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIT	Programa Individualizado de Tratamento
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PROJOVEM	Programa Nacional de Inclusão do Jovem
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao ensino técnico e emprego
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas

SENAD/PR	Secretaria Nacional Antidrogas do Paraná
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAR	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SESCOOP	Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo
SESI	Serviço Social da Indústria
SEST	Serviço Social de Transporte
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
USB	Unidade Básica de Saúde
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1	DEFINIÇÕES E INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	19
2.2	A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO BRASIL.....	24
2.3	COMUNIDADE TERAPÊUTICA: MODELO DE FUNCIONAMENTO....	26
2.4	MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	28
2.5	A LEGISLAÇÃO E SUAS APLICAÇÕES.....	32
2.6	POLÍTICAS PÚBLICAS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	36
2.7	BASES TEÓRICAS DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	41
2.7.1	Definições da dependência química	41
2.7.2	Complicações no sistema fisiológico e doenças associadas à dependência química	42
2.7.3	Terapias usadas no tratamento da dependência química	45
3	METODOLOGIA	58
3.1	ABORDAGEM QUALITATIVA.....	58
3.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	59
4	ESTUDO DE CASO: COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA PERSPECTIVA	63
4.1	A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA PERSPECTIVA.....	63
4.1.1	Fundação/Estruturação/Conceituação	63
4.1.2	Prestação de serviços de saúde	63
4.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	81
4.2.1	Procedimentos administrativos adotados	82
4.2.2	Concepção do tratamento na comunidade terapêutica	85
4.2.3	Expectativas para recuperação e reinserção social dos toxicômanos	87
4.3	DISCUSSÃO DOS DADOS.....	90

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS.....	96
	APÊNDICES.....	102
	ANEXOS.....	112

1 INTRODUÇÃO

O envolvimento diário com as situações inerentes ao nosso trabalho agregado a algumas experiências profissionais no decorrer dos anos propicia e cria um desejo de ampliar conhecimentos sobre a temática. Através dos estudos acadêmicos obtidos no curso de graduação em Farmácia e Bioquímica pela Faculdade de Farmácia e Bioquímica do Estado do Espírito Santo, e profissionalmente atuando em serviços de saúde em atendimento à população no âmbito hospitalar e Unidades Básicas de Atenção à Saúde, contemplo o mérito de aprimorar saberes sobre a temática relacionada aos serviços prestados pelas Comunidades Terapêuticas em atendimento às necessidades terapêuticas dos toxicômanos para a recuperação e reinserção social deste grupo, através da pesquisa proposta.

O interesse por este campo do conhecimento havia sido despertado através da leitura sobre o uso e abuso de drogas psicoativas em indivíduos vulneráveis e quais métodos são utilizados para uma possível prevenção ou recuperação, incluindo a relação de causa-efeito do abuso de drogas, com seus determinantes econômicos, sociais e culturais que acabam por gerar uma doença crônica: a dependência química, com suas fases e complicações. É importante refletir sobre a história de vida dos sujeitos e o desenvolvimento do cuidado clínico através dos teóricos sobre o assunto.

Em nossa sociedade, pautada na incitação ao consumo de algo que produza prazer, alívio ou cura, existe uma diversidade de paradigmas que norteiam ações perante as drogas, inclusive na saúde; o que repercute na maneira de nos relacionarmos com a questão, seja culpando, criminalizando ou dando ênfase ao patógeno causado nos sujeitos que fazem uso abusivo de drogas.

O tema é singular com valor em si mesmo, mostrando o significado que as pessoas possuem das “coisas” e da sua “vida”.

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC ANVISA) Nº 29 de 2011, as Comunidades Terapêuticas (CTs) são

instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA) em regime de residência, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. São unidades com funções de ofertar um ambiente protegido, técnico e ético, orientado por equipe multiprofissional da área da saúde. Dessa forma, oferecem ajuda no processo de recuperação dos indivíduos, resgatando a cidadania, a possibilidade de reabilitação física, psicológica e de reinserção social.

As CTs encontram-se instaladas em vários estados e municípios do território brasileiro, de acordo com levantamento feito pelo Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID) em 2007. Essas instituições, para funcionar, devem seguir as normas técnicas do Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas. Cada estado deverá apresentar o Manual, baseado na RDC Nº 29, de 30 de Junho de 2011 (ANVISA, 2011).

Assim, a proposta desta pesquisa concentra-se em questionar: Como as CTs prestam serviços de saúde para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos através das técnicas e dos procedimentos da equipe técnica de profissionais?

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as práticas de serviços adotados nas CTs para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos, através da atuação da equipe técnica de profissionais. A fim de alcançar esse objetivo geral, os seguintes objetivos específicos são propostos:

- Identificar os serviços prestados pelas CTs aos toxicômanos, com base nas normas técnicas atuais vigentes de funcionamento;
- Descrever as técnicas terapêuticas e os procedimentos internos aplicados pela equipe técnica de profissionais para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos nas CTs;
- Avaliar as técnicas terapêuticas utilizadas para o atendimento às necessidades dos toxicômanos promovendo a recuperação e reinserção social.

O estudo proposto contextualiza a relevância social dos serviços prestados pelas CTs em relação às questões inerentes aos usuários de drogas, caracterizando as

toxicomanias. Abordando o início da dependência química, histórico e evolução, as diretrizes políticas para o enfrentamento do problema e os trabalhos realizados pelas instituições governamentais e não governamentais que prestam serviços a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA.

Em dados coletados pelo V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino, feito em 2004 na região sudeste pela SENAD e CEBRID em 27 (vinte e sete) capitais brasileiras, com 9.631 (nove mil, seiscentos e trinta e um) estudantes, mostraram que o uso inicial das drogas, com o álcool fica em primeiro lugar (68,7%), seguido do tabaco (25,4%), solventes (15,8%), energéticos (14,1%), maconha (6,6%), ansiolíticos (4,3%), anfetamínicos (3%), cocaína (2,3%), anticolinérgicos (1,1%), esteróides anabolizantes (0,9%), crack (0,8%), barbitúricos (0,8%), alucinógenos (0,8%), opiáceos, xaropes e orexígenos (0,4%) respectivamente (CARLINI et al., 2004).

Ainda relatando sobre os fatos, Carlini et al. (2006), os dados do Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil, o crescimento do uso de drogas lícitas e ilícitas tem sido objeto de preocupação e debate em diversas nações, pois constitui uma ameaça à estabilidade das estruturas dos estados, afetando seus valores políticos, econômicos, sociais e culturais. Os dados coletados entre a população brasileira residente nas 108 (cento e oito) cidades com mais de 200 (duzentos) mil habitantes na faixa etária entre 12 e 65 anos, foram divulgados em novembro de 2006 pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo.

O Relatório Mundial Sobre Drogas elaborado em 2008 pela Organização das Nações Unidas (ONU), informa que o Brasil é o segundo maior mercado das Américas com 870 mil usuários de cocaína, ficando o primeiro lugar para o Estados Unidos, com 6 milhões de usuários. Ainda relata um aumento no consumo de 0,4% para 0,7% entre a população de 12 a 65 anos no período de 2001 a 2004, o equivalente a um acréscimo em percentual de 75%. Em relação ao consumo da

maconha, esse subiu de 1% para 2,6%: o maior da América Latina entre o período de 2001 e 2005, correspondendo a um acréscimo em percentual de 160%.

O relatório ainda cita a região sudeste do Brasil como uma das áreas mais afetadas pelo consumo de drogas, atingindo 3,7% da população adulta.

Compendiando sobre os relatos, nota-se que:

Os estudos específicos da região sudeste indicam as drogas lícitas como as mais consumidas. Em primeiro lugar destaca-se o álcool (80,4%), seguido pelo tabaco (47,6%), maconha (10,3%), benzodiazepínicos (6,6%), solventes (5,9%), cocaína (3,7%), estimulantes (3,8%), orexígenos (3,1%), xaropes (codeína – 1,6%); opiáceos (1,3%), crack (0,9%), barbitúricos (0,9%), esteróides anabolizantes (0,7%), anticolinérgicos (0,4%), merla (0,1%), e heroína (0,05%) (SÃO PAULO, 2012, p.9).

De acordo com o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) Laranjeira (2012) envolvendo 149 (cento e quarenta e nove) municípios do território nacional com amostra de indivíduos a partir de 14 anos de idade, identificou-se que 4% dessa população adulta e 3% dos adolescentes já experimentaram cocaína; sendo que a prevalência deste tipo de droga está em torno de 2% para todas as faixas etárias. Outro dado relevante que reforça o acima mencionado, também citado pelo Coordenador do Instituto Nacional de Políticas do Álcool e outras Drogas Laranjeira (2012) é que o Brasil representa 20% do consumo mundial de cocaína é o maior mercado de crack do mundo, enquanto que, em países mais desenvolvidos, os índices têm diminuído.

As consequências sociais são relevantes visto que grupos desfavorecidos tendem a necessitar de apoio e ajuda governamental para restabelecer a saúde, ora atingida pelas drogas, e vão inevitavelmente formar a população de internos de instituições que possam auxiliar nos tratamentos (DAMAS, 2013).

Complementando Mattos (2004), afirma que através de suas experiências docentes é que se traduz o que se entende sobre as questões sociais, a dimensão sociológica e não apenas as situações clínicas dos pacientes. O autor relata ainda que existe uma preocupação em equilibrar a dosagem da terapêutica com as questões existenciais do sujeito social que precisa de ajuda. Afirma, então, que:

[...] se não consideram essas particularidades, corremos o risco de criar um fosso intransponível entre as abordagens terapêuticas por excelência e aquelas que exigem fortes incursões no espaço social, igualmente terapêuticas, embora requeiram uma ação mais difusa. Desse modo, tentamos assinalar uma distinção entre intervenções terapêuticas estritas e uma forma complementar de ampliação dessas ações terapêuticas que inclua uma atuação no espaço social, podendo, em alguns casos, ocupar o lugar central da recuperação (MATTOS, 2004, p. 20).

Uma parte da opinião pública discute o assunto com vários questionamentos em relação à atuação sobre os abusos e as consequências que as drogas trazem à sociedade, além dos castigos infligidos aos usuários, não atentando para as questões sobre outros vícios sociais como compulsão às compras, sexo, jogo, entre outros que culminam também em grandes malefícios. As ações meramente repressivas não propiciam melhoras significativas na vida do sujeito, apesar de visíveis e utilizadas pelos governantes que representam uma resposta de fácil execução. Estas ações não necessitam de treinamento de equipes e atenuam a percepção popular sobre o assunto em relação à violência; são de pouca efetividade, deixando assim mais experiências e reflexões sobre o assunto.

De acordo com Costa (2009), a importância do tema está nas questões atuais e também na sua complexidade, pois existe um momento de vivência com transformação social, econômica, política e cultural, onde paradigmas são quebrados e novos valores são agregados. As propostas e as formas de atendimento terapêutico variam de acordo com este universo. Sustenta como base o perfil e as necessidades de cada usuário de SPA como um direcionamento para o tipo de tratamento e internação que deverá ser aplicada. Isso implica compreender que não existe apenas um modelo eficiente de atenção à dependência química.

Outro ponto relevante que pode ser destacado, como salienta Damas (2013), é que considerando a precariedade de leitos psiquiátricos públicos, a CT desenvolve um importante trabalho na rede de atenção psicossocial. Entretanto, os estudos sobre o assunto são escassos (inclusive os internacionais) ficando assim caracterizada a importância de estimular novos estudos capazes de mensurar a qualidade dos serviços prestados, proposto neste trabalho de pesquisa.

A pesquisa está estruturada em cinco capítulos. No primeiro capítulo, a Introdução faz a apresentação do tema proposto, fornecendo subsídios literários ao leitor para a compreensão do assunto. Inicialmente é descrita a intenção do estudo, a relevância social do uso e abuso de SPA instaurado no país e no mundo, de acordo com os dados estatísticos apresentados. Notam-se as questões de pesquisa e objetivos propostos.

O segundo capítulo apresenta a Fundamentação Teórica que abordam os aspectos históricos sobre as CTs, seu início, trajetória e legalidade como prestadores de serviços à saúde pública. Ainda nesse capítulo, destaca-se a prática dos processos para o tratamento e reinserção social dos toxicômanos.

No terceiro capítulo, a Metodologia, trata da escolha do método adotado para a evolução e validação do processo. Foi realizado para a pesquisa um estudo de caso de cunho qualitativo. Desta forma, no processo de coleta de dados, os instrumentos metodológicos utilizados foram às entrevistas abertas, a análise de documentos e a observação; a unidade de análise foi a CT Nova Perspectiva, prestadora de serviços de saúde à população, situada no município de Venda Nova do Imigrante-ES.

O quarto capítulo traz a Análise dos Dados e a Discussão dos Dados com as três categorias gerais de análise: Procedimentos Administrativos Adotados, Concepção do Tratamento e das Técnicas Implantadas, e Expectativas para a Recuperação e Reinserção Social dos Toxicômanos e suas respectivas subcategorias.

O quinto e último capítulo, trata das Considerações Finais e apresenta o resgate dos objetivos à luz dos resultados encontrados e traz uma sistematização da análise dos resultados, além das contribuições do estudo para a sociedade e comunidade científica sobre os serviços prestados pelas CTs.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEFINIÇÕES E INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

No que concerne ao conceito de comunidade, na percepção de Nisbet (1999, p. 255) define que “o conceito mais fundamental e de mais largo alcance dentre as ideias da Sociologia é o de comunidade”, complementando, a redescoberta na evolução do pensamento do Século XIX foi um momento histórico de grande transformação social, onde seus efeitos ultrapassaram a área da teoria social, Filosofia, História, Teologia e outras disciplinas, tornando-se tema predominante das obras especulativas do Século. A ideia de comunidade nesse Século toma posição dominante e encerra a noção de contratos na Idade da Razão, que precedeu a ideia de comunidade. O contrato proporcionava o modelo de tudo que era bom e defensável no meio da sociedade, ou seja, legitimava as relações sociais.

O autor descreve que a comunidade é a fusão do sentimento e do pensamento, da tradição e da ligação intencional da participação e da volição e pode ser identificada ou encontrada na sua expressão simbólica da religião, nação, raça, profissão e nas cruzadas, sendo a família a predominante entre todas as comunidades. A partir do Século XIX a comunidade forma o elemento denotativo da legitimidade em associações variadas, como o Estado, a Igreja, o Sindicato, o movimento revolucionário, a profissão e a Cooperativa.

Apesar da imagem de comunidade ser incontestável nesse Século, Nisbet (1999) expõe uma reação intelectual contrária pelos conservadores devido ao despreço pelo modernismo. Várias obras literárias desafiavam este contexto histórico, assim como o conservador Burke, que dedicou sua hostilidade aos reformadores, pois dizia que os reformistas procuravam subverter as relações de subordinação da comunidade e transformá-los num problema social, rude e desconexo, de princípios fundamentais.

Na contribuição de Nisbet (1999, p. 259), destaca que,

A formulação mais eloquente do ponto de vista conservador é encontrada em Disraeli em sua obra “Sybil” onde escreve: ‘Na Inglaterra não existem comunidade; existem formas de agregação, mas duma agregação realizada sob circunstâncias que fazem dela antes um elemento de dissociação do que de união [...] a sociedade constitui-se pela comunhão de objetivos [...] sem essa comunhão, os homens podem ser levados à contiguidade, mas permanecerão virtualmente isolados.

Segundo Nisbet (1999), para alguns estudiosos o que era utopia transformou-se em realidade, algumas vezes transitória e decepcionante, mas sempre uma realidade. O modelo de comunidade é sutil e intelectual, assim, a maior parte da reorientação da Filosofia moral e social resultou do impacto que a redescoberta da comunidade produziu sobre o pensamento histórico e sociológico. Este fenômeno levou a uma mudança total de perspectivas.

Para entendimento do significado de “Comunidades Terapêuticas”, alicerçado por Brasil (2007), iniciou-se um conceito sobre uma abordagem histórica dos movimentos destas comunidades. Em 1860 foi fundada a organização Oxford, como crítica à igreja da Inglaterra e tendo como objetivo o renascimento espiritual da humanidade. Originalmente chamada de Associação Cristã do I Século e posteriormente transcrito para Moral Rearmement. O grupo Oxford tinha como estilo de vida os padrões cristãos, baseados na Bíblia Sagrada e princípios de honestidade. Após anos de experiência e observação, constatou-se que 25% dos participantes eram alcoólatras em recuperação.

Ainda sobre as CTs, Osório (2013) trata sobre o início dos trabalhos realizados. Nos Estados Unidos houve as primeiras reuniões destes grupos e o primeiro grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) foi fundado em 1935 em Akron (Ohio), por dois participantes: o cirurgião Bob e o corretor de Nova Iorque, Bill. Esse grupo, ao longo dos anos, tornou-se o maior grupo de autoajuda do mundo.

Na concepção de Teixeira (2012), o conceito de CT surgiu no final dos anos de 1940 e início de 1950, como criação da psiquiatria inglesa. O termo, propriamente dito, valeu-se em 1946 em um artigo escrito por Thomas Main, publicado no *Bulletin of the Menninger Clinic*. A experiência mais significativa de CT inglesa aconteceu em

1947: o psiquiatra sul-africano Maxwell Jones promoveu a criação da *Industrial Neurosis Unit*, no Belmont Hospital (hoje denominado Henderson Hospital). Paralelamente, Thomas Main realizava outra experiência no Northfield Mental Hospital em 1946, mas o modelo proposto por Maxwell Jones obteve maior notoriedade, tornando-se um sinônimo de CT.

O autor continua dizendo que as CTs surgiram com intuito de uma reorganização hospitalar, integrando a equipe de profissionais e obtendo maiores informações sobre os pacientes e os conflitos sociais existentes no ambiente. Na experiência pioneira do Hospital Belmont, Maxwell Jones instalou um Centro de Reabilitação Social com a finalidade de tratar casos de distúrbios de personalidade em adultos e adolescentes. Pensava-se na integração equipe-paciente de forma democrática para destituir a estrutura excessivamente rígida dos hospitais convencionais.

Afirma Teixeira (2012), que o desenvolvimento do espírito comunitário e a responsabilidade coletiva formavam a célula básica da CT, marcada por um sentido coletivista de práticas defendido por Maxwell Jones. Neste período renasceu o interesse de cientistas sociais em avaliar os acontecimentos nos interiores dos hospícios em suas características e as relações entre atores.

Seguindo os trabalhos, Brasil (2007) aponta que, em 1958, Chuck Deberich e outros fundaram em Sandra Mônica na Califórnia a primeira Comunidade Terapêutica que se chamou Synaron. O estilo de vida definido foi a ajuda mútua aos pares, carisma e aplicação de conceitos às pessoas em dificuldades. Assim, inicialmente, o trabalho foi realizado com alcoólicos e seguiu-se com o apoio aos jovens envolvidos com outras drogas. A CT Daytop Village é o exemplo mais significativo desse tipo de abordagem, fundada em 1963 pelo Monsenhor William O'Brien e David Deitch tornando-se um programa mais articulado.

Com a multiplicação da iniciativa deste tipo de abordagem terapêutica, os trabalhos foram expandidos da América do Norte para a Europa, principalmente na Inglaterra, Holanda, Bélgica, Suécia e Alemanha. No início de 1979 a experiência chegou à Itália, onde foi fundada uma Escola de Formação para Educadores de CT; sendo

esses educadores formados os que deram um novo impulso para CTs em outros países e continentes como Espanha, América Latina, Ásia e África.

No campo da psiquiatria, o trabalho das CTs expandia-se para os distúrbios mentais, com o psiquiatra escocês Maxwell Jones, no período da Segunda Guerra Mundial em hospitais de Londres, nos anos compreendidos entre 1945 a 1969. Jones transformou o trabalho tradicional em psicoterapia individual e de grupo, evitando ao máximo o uso de medicamentos e envolvendo os pacientes nas atividades propostas.

Confirmando os relatos, Osório (2013) fala da popularidade que as CTs tiveram através dos trabalhos de Maxwell Jones, que passaram a ser empregado na acepção atual a partir da escrita de sua obra clássica na literatura psiquiátrica, o livro “A Comunidade Terapêutica”. Diante das mudanças propostas, alguns estudiosos como médicos psiquiatras e membros da equipe tiveram resistência quanto ao novo modelo de instituição, pois requeriam posturas e descentralização das ações.

As ações iniciais em relação à organização e condutas a serem implantadas nas CTs eram primitivas e utilizava-se da participação diária e ativa dos pacientes e postulava-se que o ambiente institucional criado era o principal agente da ação terapêutica, sendo a designação do método como ambientoterapia e, a partir desse, inseriram-se os demais métodos, então, criados no âmbito das instituições psiquiátricas. Esse método pioneiro foi considerado como “uma matriz operacional”. Após vieram a influência da psicanálise e das práticas psicoterápicas dela advinda, trazendo novas concepções a estas comunidades e proporcionando técnicas para a abordagem institucional dos pacientes psiquiátricos, as terapias grupais. O avanço também foi notificado com o progresso da psicofarmacologia, com o aparecimento de fármacos eficazes no controle de distúrbios mentais em geral e quadros psicóticos.

Seguindo ainda mais os estudos, é relatado que o ex-psicanalista americano Hobart Mowrer avalia positivamente a capacidade de recuperação dos pacientes em CTs e, estudando os fenômenos que ocorrem e os conteúdos, descobriu em diferentes experiências pontos em comum que confirmam algumas hipóteses (BRASIL, 2007).

Assim, se destacam as hipóteses citadas, tais como o ato de compartilhar, entendido como um valor fundamental dentro dos grupos no tocante ao que cada um possui como ser humano. A honestidade também caracteriza as CTs, pois se refere à necessidade do ser humano de se comunicar com outros com autenticidade. Esta forma de agir diante do grupo apareceu nas primeiras comunidades cristãs e era chamada confissão aberta ou autorrevelação. No que tange à espiritualidade, coloca-se a capacidade que todos os grupos possuem de resgatar e mobilizar os componentes da energia espiritual para que encontrem a coragem necessária para enfrentar e buscar os objetivos propostos, reintegrando a pessoa consigo mesma, com o próximo e com seu Criador.

Em seu estudo Brasil (2007), enfatiza que a estrutura, tais como as regras e os instrumentos, das CTs não é o agente terapêutico em si, mas tudo aquilo que esses instrumentos podem fazer para que cada indivíduo possa viver e experimentar uma relação verdadeira de amor entre pessoas. Na comunidade o indivíduo é o protagonista das ações terapêuticas, porque reconhece as suas necessidades, tornando-se responsável pelo seu crescimento, mas precisando de uma autoajuda. Assim, todos se tornam “terapeutas” para si mesmos e para os demais componentes do grupo da comunidade, ficando a hierarquia para as funções organizacionais e não interferindo nas relações entre pessoas.

Nesse pensamento, considera-se a dualidade entre a equipe e o residente, fator preponderante em relação ao sucesso da terapia dentro das CTs, ou seja, não poderá existir o grupo que “faz” o tratamento e o grupo que “recebe” o tratamento, mas uma união de ações que, somadas, alcançam o resultado final.

Verifica-se que o uso de drogas acontece em um momento de crise em que o indivíduo apresenta uma desestruturação em todas as áreas de sua vida física, mental, espiritual, social, familiar e profissional. Nesse momento, as pessoas diminuem as defesas, resistências e demonstram maior disponibilidade e abertura a mudanças porque não tem nada a perder. O objetivo da CT é o crescimento das pessoas através de um processo individual e social; e o papel da equipe é ajudar o indivíduo a desenvolver seu potencial. (BRASIL, 2007)

2.2 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO BRASIL

Nos relatos de Teixeira (2012), o autor ressalta que as CTs organizaram-se no Brasil após o surgimento delas na Europa e Estados Unidos, com grande influência da forma original de trabalho e seus desdobramentos. Ressalta-se que o modelo de CT de Maxwell Jones permitiu diversas linhas de trabalho em relação a estas experiências com sustentação de um projeto com características comuns para uma renovação da prática psiquiátrica no país.

O autor afirma que o atendimento psiquiátrico no Brasil foi destinado à classe social emergente, cita-se os desempregados, indigentes, migrantes, negros, mestiços, alcoólatras, pessoas sem acesso à educação e à moradia. O modelo assistencial era o asilar com predominância de grandes hospitais psiquiátricos nas capitais, onde se instalava a população de pacientes crônicos e miseráveis. A transformação pública psiquiátrica no país ainda não estava consolidada, e nem o Estado Previdenciário estava estruturado. Assim, no período compreendido entre 1964 e 1985 (regime da ditadura militar) instalou-se um projeto rápido de desenvolvimento de cunho capitalista que requeria maior oferta de profissionais, iniciando um sistema de Previdência Social a partir da unificação de vários Institutos de Assistência. A consolidação desse novo sistema ocorreu no período compreendido entre 1969 e 1973.

Continuando o discurso, Teixeira (2012) descreve que as ideias precursoras advindas dos renomados autores encontraram aqui no Brasil adeptos dos militantes das comunidades, epidemiologistas, sanitarista, simpatizantes da psiquiatria democrática, terapeutas ocupacionais e defensores da psicanálise. A importância dada por estes conflitava com o regime político vigente, havendo uma resistência pela parte governamental do país, traduzindo assim uma força contestável e de questionamentos sobre o assunto.

Dessa forma, as CTs no Brasil adquiriram um aspecto político e contestável, e serviram como matriz para os movimentos das reformas psiquiátricas alternativas dos anos de 1960 e 1970, sendo vistas como corporativas e, outras vezes, como modelos a serem radicalizados.

Associado aos fatos acima citados, em 1967 foi criada a Campanha Nacional de Saúde Mental pelo decreto Nº 60.252, vinculado ao Ministério da Saúde (MS); em 1971 a Associação Brasileira de Psiquiatria defendia a ação global em favor da saúde mental com prestações de serviços na rede hospitalar e extra-hospitalar consolidados à “comunidade”. Seguindo os trabalhos, em 1972, no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, no governo de Médici, o Ministro da saúde Mário Machado de Lemos declarava:

Os hospitais deverão se reestruturar através de seu progressivo desenvolvimento com a comunidade. A diversificação na oferta de serviços e sua estruturação interna em ambientes terapêuticos dinamicamente compreensivos terão por finalidade a mais pronta reintegração social do indivíduo. Recomendam-se serviços especiais para egressos e campanhas para reabilitação de pacientes crônicos. Condena-se o macro-hospital psiquiátrico como solução institucional para pacientes crônicos e sobretudo agudos. (CERQUEIRA, 1984 apud TEIXEIRA, 2012, p. 68).

Complementa Teixeira (2012), que a consagração dos princípios da assistência comunitária deu-se em 1973 com o manual de serviços para assistência psiquiátrica do MS, dando ênfase ao desenvolvimento dos recursos extra-hospitalares, a prevenção primária, secundária e terciária, a execução de projetos específicos e a formação de equipes multidisciplinares.

De acordo com Pereira (2010), passado o longo período da contextualização histórica com suas experiências e diretrizes feitas pelos teóricos da época, o caminho da institucionalização das CTs converge até hoje, tomando novas proporções, com o intuito de dar continuidade aos trabalhos nas abordagens psicossociais do Serviço Social na área de intervenção na família em serviços de saúde mental e disserta sobre o movimento das CTs. Esse movimento pós Segunda Guerra Mundial repercutiu não somente na Europa e Estados Unidos, mas exerceu forte influência sobre algumas experiências nos serviços no Brasil na década de 60, principalmente no Rio de Janeiro. Houve a participação de vários profissionais da área de saúde e isso possibilitou uma nova visão para a instituição familiar no âmbito psiquiátrico, inserindo a família como ator importante do contexto.

Como marco da implantação destas comunidades no Brasil, Osório (2013) descreve que a primeira experiência foi adotada na cidade de Porto Alegre por uma equipe de

médicos psiquiatras para atendimento a crianças e adolescentes em 1965 com o nome institucional de Leo Kanner, considerado o pai da psiquiatria infantil. A inspiração foi dada pelos trabalhos realizados pela Clínica Pinel em Porto Alegre, criada por Marcelo Blaya em 1960.

A adaptação da CT foi feita conforme novos padrões para o atendimento infantil, conforme descrito por Osório (2013) e que, além das funções assistenciais, teve o propósito de desenvolver o ensino e a pesquisa, tornando-se o primeiro centro brasileiro de treinamento e formação de psiquiatras de crianças e adolescentes em regime de residência.

2.3 COMUNIDADE TERAPÊUTICA: MODELO DE FUNCIONAMENTO

Ao abordar sobre as comunidades terapêuticas quanto ao modelo, e o funcionamento, Teixeira (2012) salienta que a base teórica dos trabalhos realizados em CT nos primórdios da década do Século XX consiste nos princípios gerais de funcionamento alicerçados na vivência e práticas de grupo, ressocialização e integração dos pacientes com a equipe terapêutica. O trabalho nos hospitais iniciou-se com as equipes de grupos operacionais, recreativos, artísticos e terapêuticos. A principal modalidade de tratamento era a aprendizagem social. As concepções eram fornecidas mediante a apresentação da problemática emocional que cada indivíduo apresentava aos outros e à equipe de profissionais, dessa forma, o trabalho de enfermarias tomava proporções capazes de reconhecer, corrigir e incorporar novas condutas.

O autor descreve que algumas regras de funcionamento eram consideradas essenciais: ambientes de enfermarias claros e acolhedores; a equipe deveria ter acesso a todas as informações sobre o indivíduo e seus familiares, sendo um corpo unificado; reunião geral com participação de todos, onde a enfermaria constituía o local principal da comunidade; reunião de equipes para análise das reuniões gerais; o quantitativo de pacientes por enfermaria seria em número de 25; formação da equipe multidisciplinar, com a presença de médico psiquiatra, psicanalista, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e auxiliares

terapêuticos; o trabalho do terapeuta era exercido por estudantes das ciências sociais, que se destacou pela organização das enfermarias em relação ao trabalho de artes no cotidiano e alteração da rigidez do modelo convencional; o objetivo final era a mudança da personalidade do indivíduo, inserindo novas condutas no seu comportamento para obtenção da reconstrução social.

Sendo assim, a CT buscava romper com o funcionamento do hospital psiquiátrico que visa obter efeitos de normatização do comportamento. A intenção era uma adaptação mais atualizada com estratégia de moldes mais humanos e modernos, não atuando em rupturas ideológicas ou negação do problema.

De acordo com Damas (2013), a metodologia de trabalho implantado pode variar entre as CTs, dentre eles estão o modelo religioso/espiritual, atividade laboral, médico-assistencial ou de abordagem predominantemente psicológica; podendo haver mistura das abordagens. As CTs podem ser especializadas para atender a grupos específicos como adolescentes, mulheres ou homens.

Em relação às características da organização da CT, o autor diz que elas são mantidas pelos próprios internos e o processo terapêutico dar-se-á de uma forma ativa do “paciente”, onde o rigor das normas e as relações interpessoais fazem parte deste processo.

Nas questões interpessoais, Damas (2013) realça a possibilidade da ocorrência de reações relacionada ao “choque cultural” entre os pares, devido ao costume dos próprios conceitos, crenças e valores de cada indivíduo. Estes fatores associados e o despreparo para a internação podem levar a um tratamento negligenciado ou negado. Desta forma, salienta-se que o indivíduo passe por uma boa avaliação interdisciplinar dos profissionais da área da saúde.

Devido ao panorama atual sobre drogas no plano “Crack – é possível vencer” (BRASIL, 2012), considera as CTs como uma solução importante para o enfrentamento do problema. A estratégia consiste em financiamento de leitos em CTs que possuam uma boa infraestrutura física e de recursos humanos, de acordo com as normas vigentes da Vigilância Sanitária (VISA), apoiadas por uma rede de

saúde pública dentro do SUS, ou seja, uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e hospitais de referência. Devem ter como apoio o CAPS-ad para o acompanhamento do projeto terapêutico individual e gerenciamento de casos (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, as CTs tornam-se relevantes, pois com os subsídios financeiros e os recursos humanos, avançaram para a institucionalização e crescimento no âmbito da saúde pública.

Em contrapartida, Goffman (2001) relaciona sobre as características inerentes das CTs e as instituições totais, formando um paralelo sobre a estruturação, em que demonstra uma interface de imposição quanto às questões de segregação e rotina de atividades. Na análise do autor, as CTs são formas de instituições fechadas, pois segregam um grande número de indivíduos em situação semelhante e por um tempo considerável, promovendo um sistema de separação entre o mundo interno e o mundo externo. Assim como nas demais instituições totais as tarefas da vida diária dos indivíduos como trabalhar, dormir, brincar, e fazer suas refeições, ocorrem dentro da instituição e sob a submissão de uma única autoridade.

O autor supracitado complementa afirmando que as instituições totais servem como “estufas” para mudar culturalmente o indivíduo, devido ao afastamento do meio exterior; bem como a sua estada prolongada poderá impedi-lo de enfrentar alguns aspectos da vida diária. Não é um sistema completo, pois na realidade o interno deseja viver no mundo externo.

2.4 MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

No intuito de realçar e unir em um único instrumento informações essenciais para a formação e o aperfeiçoamento de entidades utilizadas para a reabilitação de dependentes químicos, a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania reconhece as CTs como instituições eficientes no tratamento de usuários de drogas através das pesquisas realizadas em 2006 pela Universidade de Brasília e do Instituto de

Pesquisa Econômica Aplicada, que apontam um percentual de 80% dos tratamentos nesse setor. Desta forma, elabora e institui o Manual de Instalação e Funcionamento da Comunidade Terapêutica nos estados do território nacional, visto que, apesar do uso crescente destas comunidades nos tratamentos, muitas ainda não estão adequadas às normas vigentes. O Manual não tem função normativa e deve ser utilizado como material de apoio à legislação, enriquecendo a RDC ANVISA Nº 29 de 2011 (SÃO PAULO, 2012).

Conforme descrito em São Paulo (2012) o Manual fornece uma viabilidade para melhorar a qualidade destas instituições, dando subsídios com padrões que possam ser estabelecidos e implantados. O manual foi construído através de um projeto entre a sociedade civil, por intermédio das representações existentes no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED). Essa parceria entre a Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania com o Estado, Distrito Federal e Municípios promove ações na prevenção do uso indevido de drogas, na reabilitação física e psicológica, resgate da cidadania e reinserção social de milhares de cidadãos e viabiliza a implantação das CTs. Destaca-se a importância da habilitação destas CTs perante os órgãos da VISA Estadual e Municipal para regular o funcionamento e para o recebimento de financiamento de leitos.

O Manual de Instalação e Funcionamento da CT apresenta as normas a ser implantada para o progresso dos serviços prestados, de acordo com Espírito Santo (2013), esse é composto por um conjunto de itens, sendo: apresentação; objetivo; conceito e legislação, os quais são descritos abaixo, para melhor entendimento quanto a sua importância.

Apresentação: Considera o Estado do Espírito Santo e o Brasil com elevado índice percentuais da população usuária de SPA. Neste sentido, reforça o compromisso do Estado com a sociedade, oferecendo subsídios para o enfrentamento do problema. O intuito é promover qualidade nos serviços prestados pelas CTs a partir da regulamentação desses estabelecimentos.

Objetivo: Prestar orientação e esclarecimentos sobre o funcionamento das CTs, pois estão inseridas na rede de serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de SPA.

Conceito: Segundo a RDC ANVISA Nº 29/2011, as CTs são instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de SPA em regime de residência, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

Legislação: As instituições deverão estar devidamente licenciadas pela autoridade sanitária competente, atendendo os requisitos da RDC ANVISA Nº 29/2011. Salienta-se que a inobservância dessa lei constitui infração de natureza sanitária com penalidades previstas na Lei Estadual Nº 6.066/1999 – Código de Saúde do Estado do Espírito Santo, conjugado com o código de saúde do município onde se localiza. Em relação à RDC ANVISA Nº 29/2011, no contexto da legislação estão inseridos os itens necessários para a organização das CTs, destacados a seguir:

- Aspectos Gerais: As CTs devem ter alojamentos e estrutura adequados para os residentes. Sendo os serviços ali prestados direcionados à saúde, são dispensadas de projeto arquitetônico. A admissão do paciente somente deverá ocorrer se as necessidades dele forem atendidas pela instituição. As CTs que possuem serviços psicológico e social devem adequar o atendimento e as atividades a serem desenvolvida em ambientes específicos;
- Condição Organizacional: Devem possuir a licença sanitária atualizada, de acordo com a legislação sanitária local; possuir documento que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais; possuir profissional técnico habilitado responsável pelas questões operacionais durante o período de funcionamento; o residente deve ter uma ficha individual que registre suas atividades realizadas, as fichas deverão estar acessíveis ao residente e aos seus responsáveis; orientar os residentes quanto aos serviços de saúde pública ou privado prestados no município;
- Gestão de Pessoal: Os recursos humanos devem atender em período integral e compatível com as atividades desenvolvidas. A equipe deverá ser capacitada, com sistemas de registros para comprovação;

- Setor de Hospedagem: O alojamento pode ser coletivo e individual, obedecendo os espaços dimensionados, ter armários e banheiros, de acordo com número compatível de residentes alojados;
- Setor Administrativo: Devem possuir a sala de acolhimento de residente, familiar e visitante; sala de arquivo de documentos; sanitários para funcionário; área para arquivo das fichas dos residentes;
- Processos Operacionais Assistenciais: Na admissão, a instituição deverá manter toda discrição e respeito quanto aos dados pessoais e família; orientar de forma clara o usuário e seu responsável quanto às normas estabelecidas pela instituição e amparadas pela lei; assinar o termo de concordância de admissão, mesmo nos casos de processo judicial; a permanência é voluntária, havendo possibilidade de interromper o tratamento sem que haja prejuízos à própria vida e à de terceiros, sendo avaliado por profissional médico; as informações pessoais são sigilosas e deve ser abertas somente se ocorrer autorização prévia pelo usuário ou responsável;
- Cuidados básicos aos residentes: Oferecer ambiente protegido, de bem estar físico e psíquico; alimentação nutritiva e boa higiene local e pessoal; proibição de agressões físicas e morais; possuir avaliação física e psíquica semanal feita pelos profissionais da equipe de saúde, com registros nas fichas individuais/prontuário; controle interno do uso de medicamentos dos residentes; adotar critérios internos quanto às altas terapêuticas, desistência de tratamento, alta a pedido, desligamento (administrativo ou judicial) e evasão (fuga);
- Aspectos Gerais da Edificação: Os estabelecimentos deverão atender às legislações específicas vigentes - Decreto Federal Nº 5.296/2004, Norma Brasileira 9.050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), Lei Estadual Nº 6.066/1999 e as legislações municipais que garantem o acesso às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida;
- Aspectos Específicos da Edificação: As instituições devem estabelecer em sua estruturação condições básicas tais como: rampas, escadas, piso, paredes, teto, janelas, portas, ralos, esgotamento sanitário, instalações elétricas, iluminação e ventilação e mobiliário;
- Ambientes de Apoio: Destinados ao público, funcionários e residentes. Devem prover instalações sanitárias; refeitórios (para uso dos residentes e funcionários)

com equipamentos adequados para a preservação dos alimentos; setor de estocagem para gêneros alimentícios, armazenagem de utensílios e material de limpeza; almoxarifado; local de saúde ocupacional dos funcionários, higienização com produtos registrados pelo MS e no prazo de validade; gerenciamento de resíduos sólidos; controle de gás; abastecimento de água; controle de pragas e da presença de animais (caso houver).

O Manual de orientação para instalação e funcionamento das CTs possui a orientação necessária para promover a recuperação e reinserção social do indivíduo. O objetivo fundamental da reinserção social é a progressiva ressocialização do dependente químico em um ambiente que reforce a sua capacidade de autonomia, busca de realizações pessoais, relacionar-se com outros, autoafirmação, busca do significado da vida e maturidade. Esse documento destaca ainda que a reinserção social é um processo onde existe um envolvimento entre o indivíduo, família, comunidade e Estado, visando criar novas redes de relacionamento que conduzam o residente a uma vida mais saudável. Isto é concretizado com a conscientização do indivíduo, havendo o resgate de valores morais e éticos (SÃO PAULO, 2012).

2.5 A LEGISLAÇÃO E SUAS APLICAÇÕES

Para instituição de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas torna-se necessário que sejam alicerçadas em legislações que estabelecem requisitos de segurança sanitária para o funcionamento, conforme a RDC ANVISA Nº 101, de 30 de Maio de 2001:

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVS aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 23 de maio de 2001, considerando o Decreto-Lei nº 891/38 em seu Capítulo III - Da Internação e da Interdição Civil e o disposto na Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001, considerando a Lei nº 6.368/76 em seu Capítulo II - Do Tratamento e Recuperação; considerando a Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece as diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais; considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do

uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário

As propostas para a formulação do Regulamento Técnico surgiram das normas de funcionamento dos serviços de atenção a transtornos por uso e abuso de SPA da ANVISA e da Coordenação de Saúde Mental, integrantes do relatório da Comissão Técnica da SENAD/PR em novembro de 1998, sendo posteriormente encaminhada à Consulta Pública em outubro de 2000.

Desta forma, o documento é regulamentado através de um resultado consensual, com padrões mínimos estabelecidos para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de SPA de modelo psicossocial. (ANVISA, 2001).

Compendiando, os artigos da RDC ANVISA nº 101/2001, constata que para todo o serviço prestado para funcionar, precisa estar licenciado pela autoridade sanitária competente das esferas Estadual, Distrito Federal ou Municipal, atendendo aos requisitos desse Regulamento Técnico e legislação pertinente, ficando estabelecido o prazo máximo de 02 (dois) anos para que os serviços já existentes façam a adequação ao disposto nessa Resolução.

A RDC ANVISA Nº 101/2001 resolve que os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA devem ser avaliados e inspecionados anualmente. Para tal, é necessário garantir às autoridades sanitárias o acesso aos estabelecimentos e de todas as suas dependências, documentações pertinentes, respeitando o sigilo e a ética. Assim como toda e qualquer reforma ou adaptação na estrutura física deverá ser precedida de aprovação diante da autoridade local e demais órgãos competentes.

O disposto nesta Resolução aplica-se a pessoas físicas e jurídicas de direito público e privado. Saliencia-se que as secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar os procedimentos para adoção do regulamento técnico, podendo ainda adotar normas de caráter suplementar para adequá-las às especificidades locais.

Com base na Resolução, observa que o não cumprimento dos requisitos solicitados, constitui ato de infração de natureza sanitária, ficando o infrator sujeito a processo e penalidades previstas na lei 6.437 de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que venha substituí-la.

No parágrafo único descreve que os Conselhos de Entorpecentes Estaduais, Municipais e do Distrito Federal ou equivalentes precisam informar às Vigilâncias Sanitárias a respeito do funcionamento e cadastro dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA.

Através dos dados apresentados em seleção pela SENAD e MS no ano de 2010 com a finalidade de financiar leitos em CTs, verificou-se que a maioria das instituições selecionadas não constava no cadastro das vigilâncias sanitárias dos Estados, então, evidenciou-se a necessidade de uma ação para regularizar as instituições perante a VISA local. Conclui-se que, com essas medidas, as entidades de recuperação terão uma forma de trabalho mais qualificado (ANVISA, 2011).

Em relação à Nota Técnica Nº 01/2011 - RDC Nº 29 de 30 de Junho de 2011, publicada pela ANVISA, estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento das instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA e trata de instituições que possuem residência e convivência entre os pares.

Essa regulamentação revoga e substitui a RDC Nº 101/2001, que disciplinava o funcionamento das instituições denominadas CTs. A Resolução Nº 101/2001 foi pioneira para qualificar as instituições prestadoras em serviços por entidades da sociedade civil, diante do fato da ausência de políticas públicas para lidar com o tema proposto.

A revisão da norma unificou propostas feitas pelas Federações Brasileiras de Comunidades Terapêuticas (FEBRAC) e considerações de órgãos do Governo envolvidos no tema: MS, SENAD/Ministério da Justiça, sendo coordenados pela Casa Civil da Presidência da República.

No processo revisional das normas anteriormente descritas, a ANVISA (2001) apontou a necessidade de alteração em alguns itens essenciais como: Licença Sanitária, Responsabilidade Técnica, Plano Terapêutico e Infraestrutura. A intenção era promover maior clareza e objetividade dos dispositivos que são aplicados pelas autoridades locais em todo o país, evitando divergências entre localidades.

As CTs possuem caráter social, não sendo considerados estabelecimentos de saúde tais como são clínicas e hospitais, portanto não devem seguir os rigores da legislação sanitária aplicada a estas, exceto se houver prestação de serviços clínicos ou assistenciais de saúde de acordo com o art. 2º da Norma.

A RDC Nº 29/2011 vem estabelecer a diferença entre as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA com intuito comunitário dos estabelecimentos de saúde tais como: clínicas, hospitais e congêneres.

A intenção é qualificar o trabalho realizado por essas entidades de recuperação. Com isto, também será avaliada a questão do financiamento para leitos em CTs, pois deverão estar enquadrada nos requisitos das Normas da VISA Municipal e Estadual. Neste sentido, prevê-se um alargamento da Norma no contexto da política sobre drogas (ANVISA, 2011).

Os itens descritos e exigidos nas normas técnicas salientam aspectos como: Denominações das Instituições; Licença Sanitária; Responsável Técnico; Recursos Humanos; Capacitação; Organização do Serviço; Programa terapêutico; Procedimentos/Processos Assistenciais; Prestação de Serviços de Saúde e Relação com a Rede de Serviços de Saúde; Infraestrutura; Sigilo e Anonimato; Critérios de Elegibilidade; Garantias para os Residentes; Administração de Medicamentos; Prazo de Adequação.

Para melhor compreensão e entendimento entre a RDC ANVISA Nº 101, de 30 de Maio de 2001 e a NOTA TÉCNICA Nº 01/2011, o Anexo IV, apresenta uma forma explicativa das mudanças ocorridas, entre as legislações explicitadas.

2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Numa retrospectiva histórica sobre a construção da legislação e da política social brasileira no que se refere à dependência química, Costa (2009) faz uma observação da diferença do conceito entre o passado e o presente, onde o uso indevido de drogas nas políticas públicas brasileiras era tratado como “caso de polícia” e que, atualmente, tornou-se caso de saúde pública. A distinção de conceitos entre usuários de drogas e traficantes de drogas contribuiu para a modificação das ações: passou-se a oferecer prevenção, atenção e reinserção social para os primeiros e repressão para os últimos, devido à produção não autorizada e do tráfico ilícito.

De acordo com Costa (2009), um marco desse processo foi à criação, em 1998, da SENAD, que agrega o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e esses se relacionam com os Conselhos Estaduais Antidrogas (COEAD) e Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD); é subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Através da Lei Federal Nº 10.409, de 11 de Janeiro de 2002, a SENAD é o órgão executivo das atividades de prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes e drogas que causam dependência, bem como daquelas atividades relacionadas com o tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social de dependentes.

O relato de Souza (2006) diz que a Lei Federal Nº 10.409 de 11 de Janeiro de 2002, foi revogada pela Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, sendo instituído o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD), que tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido de SPA, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão ao tráfico. O SISNAD possui competências similares às da SENAD, que se somam na adoção de medidas preventivas e curativas ao combate às drogas para o enfrentamento do problema que se expande em todo o território nacional.

A Comissão Especial para Estudos e Proposições de Políticas Públicas e de Projetos Destinados a Combater e Prevenir os efeitos de Drogas Ilícitas (CEDROGA) elaborou um plano de trabalho para nortear e facilitar os debates sobre o tema. As atividades foram realizadas com base nos cinco eixos que orientam o trabalho da comissão. São eles: prevenção, acolhimento e tratamento, reinserção social, repressão ao tráfico e legislação (POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, 2011).

Na descrição das Políticas Públicas sobre Drogas (2011), no eixo da prevenção ao uso de drogas, o compromisso é facultado ao governo e sociedade. As ações devem ser direcionadas de forma a incentivar a educação para a vida saudável capacitando jovens e adultos para o trabalho através do Sistema S (composto por Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (SESI), Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio (SENAC), Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR); Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOOP), Serviço Social de Transporte (SEST), entre outros), PROJOVEM e PRONATEC, garantindo o acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer e promovendo a divulgação dos programas em prol da prevenção ao uso de drogas. Os programas educacionais e as campanhas devem ser avaliados quanto às especificidades do público-alvo e respeitar as diversas culturas e diferenças de gênero, raça e etnia.

Em relação ao acolhimento e tratamento, o debate ao longo dos anos é a melhoria da estrutura do atendimento aos usuários ou dependentes de drogas e suas famílias. Essa atenção deve ultrapassar o assistencialismo e direcionar para o bem estar social do indivíduo, ora consumido pelos danos causados pelas drogas. As articulações são realizadas entre o atendimento governamental e os serviços oferecidos pelas CTs e essas ações são levadas pelo Estado às comunidades e às residências. A comissão pode, através de diretrizes legais, fornecer ao Sistema Único de Saúde (SUS) valorização das parcerias com instituições religiosas, associações e organizações não governamentais (POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, 2011).

Paralelo a isso, o eixo reinserção social considera o perfil socioeconômico do usuário de drogas para tomar medidas de articulação entre trabalho e educação. No que tange a educação, o Estado deve assegurar educação de qualidade de acordo com as necessidades do educando, preparando-o para o trabalho. Essas atividades já estão previstas na legislação específica do tema. O desemprego também é alvo de muitas discussões, pois atinge níveis percentuais altos (21,1%) na faixa etária entre 16 e 24 anos, se comparado à taxa de desemprego total (9%), apurado no ano de 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, 2011).

Os eixos relacionados à repressão ao tráfico e a legislação são fundamentais para o êxito das políticas sobre drogas, ou seja, a articulação de diversas instituições com competência legal fornecem diretrizes de atuação para a União, Estados e Municípios sobre o problema em questão. O aprimoramento do SISNAD favorece medidas que fortalecem os conselhos de políticas sobre drogas e o estabelecimento de sistemas nacionais de avaliação das políticas e informações mais concisas sobre o assunto (POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, 2011).

A proposta no eixo da legislação é a descentralização de cada ente federado (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), mas com diretrizes gerais que devem ser cumpridas por todos, não se esquecendo da corresponsabilidade da assistência técnica e financeira considerando ser uma estrutura formal com o objetivo de prover as condições para o desenvolvimento das políticas públicas (POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, 2011).

As políticas sociais setoriais descritos por Costa (2009), que atuam no problema são a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), representada pela implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), desde 2004, e a política Nacional de Saúde representada pelo SUS, e mais especificamente pela Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

De acordo com Brasil (2005), o público usuário da assistência social são cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade,

pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, cultural e sexual; desvantagens resultantes de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de SPA; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos. Desta forma a proteção social é a modalidade de atendimento assistencial, então, os serviços, programas, projetos de atenção às famílias e indivíduos poderão ser executados em parceria com as entidades não governamentais de assistência social integrado à rede sócio-assistencial.

Consoante as instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas da União, referidas no art.16 da Lei 11.343/2006 (SOUZA, 2006).

Em relação à coleta de informações, o mesmo autor diz que o SISNAD dispõe do trabalho desenvolvido pelo OBID, que é gerido pela secretaria executiva do seu órgão superior. O OBID reúne informações centralizadas dos conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisa e levantamentos nacionais.

Segundo Costa (2009) a responsabilidade da formulação das políticas sociais é do Estado, uma vez que possui organizações ditas do terceiro setor: associações ou fundações organizadas juridicamente e fora do aparato estatal que prestam serviços de utilidade pública sem fins econômicos e com atuação de voluntários.

Referente ao tratamento do dependente químico Costa (2009), descreve que o atendimento é organizado através de uma estrutura piramidal com as seguintes modalidades: aberto, semiaberto e fechado, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental estabelecida pela Portaria GM Nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002 e a Portaria Nº 224/1992 do MS.

De acordo com as Portarias citadas, o atendimento aos usuários de drogas no sistema aberto pode ser realizado em instituições públicas como as Unidades Básicas de Saúde (USB), ambulatórios de saúde mental e instituições privadas. O serviço é prestado para pessoas com pouco comprometimento pelo uso de SPA e com motivação para deixá-la. Esse tipo de sistema envolve a família e previne a comunidade. O atendimento é diário, com acompanhamento da equipe de saúde multidisciplinar.

Para o sistema semiaberto o tratamento é realizado nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS/AD) e Hospital-Dia, sendo um serviço de maior complexidade, já que atende os usuários com nível maior de dependência química, mas que também estejam motivados para o tratamento. O Hospital-Dia foi articulado para desenvolver ações de cuidados intensivos no período diário de 08 (oito) horas, evitando, desta forma, a internação integral do usuário de drogas. O trabalho prestado pelo CAPS/AD é direcionado ao tratamento, desintoxicação, reabilitação e ressocialização junto à família e à comunidade, com trabalhos em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimento domiciliar sendo também provido de uma equipe de saúde multidisciplinar.

Ao regime fechado é atribuído o nível de maior complexidade, ou seja, usuários de drogas com comprometimento pelo uso e abuso de SPA e pouco motivados ao tratamento. Nessa modalidade incluem-se as clínicas, hospitais psiquiátricos e hospitais gerais. Geralmente esses tipos de internações decorrem de situações onde o dependente químico oferece risco à sua própria integridade ou à de outros. Essas internações ocorrem de acordo com a Portaria Nº 224 de 29 de Janeiro de 1992 da Secretaria de Assistência à Saúde e define uma permanência de 30 (trinta) a 45 (quarenta e cinco) dias de internação com o objetivo de desintoxicação e encaminhamento para ambulatório de referência.

Assim, as políticas públicas seguem com novas diretrizes e perspectivas para o enfrentamento das questões pertinentes ao tema.

2.7 BASES TEÓRICAS DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

2.7.1 Definições da dependência química

De acordo com Laranjeira (2010), a dependência química é uma doença crônica e recorrente do cérebro, ou seja, com o uso contínuo de SPA, podem ocorrer mudanças na estrutura e no funcionamento desse órgão. Tais alterações originam ou exacerbam comportamentos de natureza impulsiva, não observados anteriormente nestes pacientes.

Em estudos posteriores o conceito de dependência química também foi descrito por Kreische, Sordi e Diemen (2012), com base em sinais e sintomas, o que conferiu maior objetividade. Esse novo conceito trouxe diagnósticos claros, apontou existência de diferentes graus de dependência, rejeitando a ideia dicotômica anterior: dependente e não dependente. Existem atualmente padrões individuais de consumo que variam de intensidade, sendo que quaisquer destes padrões podem trazer problemas para o indivíduo. Quanto ao consumo de baixo risco, esse ocorre em baixas doses; no consumo nocivo, os indivíduos fazem uso eventual de drogas que apresentam descontrole, podendo levar a problemas sociais (brigas, falta no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (agressividade); na dependência, o consumo é compulsivo e destinado a suprir a abstinência do dependente, podem ocorrer também problemas sociais, físicos e psicológicos.

Segundo Costa (2009), em relação à dependência química, alguns estudiosos concordam que é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma importância na vida do indivíduo muito maior que os outros comportamentos anteriormente vividos. De acordo com a classificação de transtornos mentais e de comportamento apontada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo forte e irresistível de consumir drogas psicoativas, podendo ser medicamentos prescritos ou não, entre outras, tais como álcool ou tabaco.

Ainda segundo Costa (2009, p. 3), ao abordar sobre diagnóstico de dependência química, destaca que:

É confirmado quando, pelo menos, três dos comportamentos abaixo estão presentes:

- Forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- Possuir síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- Necessidade de doses crescentes para alcançar o efeito original (tolerância);
- Substituição de prazeres do cotidiano pelo uso de SPA;
- Persistência no uso da SPA, mesmo com evidência da sua nocividade à saúde.

Nos relatos de Costa (2009) a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a dependência química como uma doença, pois entende que existem alterações da estrutura e no funcionamento fisiológico normal da pessoa. A causa não é única, mas produto de fatores físicos, emocionais, psíquicos e sociais. Os âmbitos biológico e psicossocial confundem familiares e profissionais da saúde que abordam o assunto de maneira demasiadamente focada, levando-os a adotar condutas parciais, por vezes equivocadas, que comprometem a boa evolução dos casos.

2.7.2 Complicações no sistema fisiológico e doenças associadas à dependência química

O autor Laranjeira (2010) enfatiza sobre a ação das drogas no sistema de recompensa do cérebro ou sistema mesolímbico-mesocortical, que é o núcleo do prazer no cérebro. O sistema é composto pela área tegmental-ventral, pelo núcleo accumbens, amígdala e córtex pré-frontal e tem a função de estimular comportamentos que favoreçam a manutenção da vida e da espécie. Laranjeira (2010, p. 15) complementa afirmando que “a esses comportamentos estão o da alimentação, acolhimento, proteção e sexo entre outros que ativam o sistema de recompensa, que responde com sensação de prazer e satisfação”.

Entende-se que a sensação de prazer propiciada pelo uso de drogas atua diretamente nessa região do cérebro, pois as drogas promovem um efeito artificial de forma intensa e imediata. Ainda segundo Laranjeira (2010, p. 17), “as drogas corrompem os mecanismos fisiológicos do cérebro visando à produção de um prazer químico em detrimento de aprendizados emocionais fundamentais para o amadurecimento pessoal dentro do contexto social”.

Nessa abordagem, Tiba (2007) salienta sobre a relação do cérebro humano no sistema de recompensa: com a ação das drogas no organismo. Os neurotransmissores, ou mensageiros químicos são afetados e, conseqüentemente, o comportamento ético pessoal e as relações interpessoais são alterados.

O autor também define as drogas como substâncias químicas usadas sem indicação médica que alteram o sistema de recompensa e sensações de prazer. Ele ainda complementa, mostrando a constituição do Sistema Nervoso Central (SNC) pelos neurônios, que são células especiais que veiculam as informações entre o cérebro e outras partes do corpo. As funções corporais são coordenadas por este sistema: os neurônios se comunicam através das conexões denominadas sinapses, mas estes não se tocam, havendo a necessidade das informações serem conduzidas pelos neurotransmissores. As drogas, em geral, possuem estruturas semelhantes aos neurotransmissores e suas relações no SNC, podendo imitar ou impedir a ação deles. Os neurotransmissores e suas relações no organismo são: a norepinefrina (concentração, emoção, dor); a dopamina (prazer); serotonina (humor e compulsão); acetilcolina (memória, humor e sono); GABA (inibidor).

Resumindo, a competição entre as drogas e os neurotransmissores desequilibram os sistemas funcionais interferindo na atividade orgânica. As drogas atuam impedindo o esforço do organismo tanto para o prazer quanto para defesas de autopreservação e preservação da espécie.

As considerações de Laranjeira (2010) afirma que as alterações decorrentes do consumo de SPA são, em grande, parte reversíveis, mas com processo de reparação lento e prolongado. O processo de restauração também é acompanhado de possíveis recaídas e retornos a comportamentos antes estabelecidos. A alteração

do funcionamento cerebral pelas SPA causa danos psicológicos e sociais. Desta forma, os modelos de tratamento devem observar tais alterações auxiliando os usuários a gerenciar e superar os déficits cognitivos, emocionais e sociais, auxiliando-os de duas formas: oferecendo acolhimento e responsabilidade nas decisões das etapas da recuperação.

É consensual que as abordagens biológicas são capazes de melhorar o funcionamento psicológico e o desempenho social do paciente, assim como as abordagens psicossociais (psicoterapias, terapia ocupacional e vocacional) possuem impacto significativo sobre a arquitetura e a fisiologia do cérebro (LARANJEIRA, 2010, p. 18).

Na concepção de Laranjeira (2010) é necessário buscar alternativas paralelamente com a família, avaliando e identificando quanto a droga causou danos e sofrimento e transformou a família em grupo ausente, negligente ou punitivo. É importante verificar se a família ainda é capaz de apoiar e sustentar o processo de tratamento do paciente e, por fim, auxiliar aos amigos, vizinhos e colegas de trabalho a entender a complexidade do problema e ter maneiras para lidar com o paciente durante o processo de tratamento e manutenção.

Em relação à associação de doenças na dependência química, Ratto e Cordeiro (2010) conceituam que a ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença potencializa reciprocamente a ação de ambas; isso é o que se denomina de comorbidades. O surgimento de um transtorno adicional é capaz de alterar os sintomas, o diagnóstico e o tratamento da primeira doença.

Nos casos referentes a transtornos mentais, é comum o consumo de SPA coexistindo com outras doenças. De forma geral, mesmo em pequenas doses ou em tempo ocasional, o uso de SPA nesta população pode gerar consequências mais sérias do que aquelas sem comorbidade.

Os autores ainda ressaltam que pacientes com transtornos psiquiátricos graves apresentam maiores taxas de agressividade; de detenção por atos ilegais; de suicídios; de recaídas; de mais gastos com tratamento, conseqüentemente utilizando mais os serviços médicos e ocasionando também reinternações e hospitalizações além do problema social da moradia, o que dificulta o retorno rápido do paciente ao

lar. Outro ponto notificado é a dificuldade na abordagem terapêutica desses pacientes, que geralmente não encontram locais adequados para o tratamento e pouca ou nenhuma experiência no tratamento de dependência química, feita pelos profissionais de centros de psiquiatria geral, gerando insegurança diante de pacientes psicóticos. Por essas razões, tem-se proposto para esses pacientes programas específicos que permitam às equipes de saúde mental desenvolver formas eficientes de trabalho, visando à conscientização de se tornarem abstinente, aderirem ao tratamento e se reorganizarem nas redes sociais.

Os mesmos autores declaram que há limitação em relação aos estudos dos casos de pacientes com transtornos mentais graves e transtornos por uso e abuso de SPA no que tange ao diagnóstico, às características da amostra investigada e à informação sobre o padrão de consumo de SPA, particularmente de drogas ilícitas. Enfatizam que os casos de dependência química são inadequadamente diagnosticados na prática clínica, sendo muito mais prevalente do que se acredita. O fato é observado, geralmente, em pacientes com transtornos mentais graves e são despercebidos pelos profissionais responsáveis pelos cuidados desses pacientes em razão da ausência de relato de uso, de forma intencional ou não intencional ou ainda pela pouca importância dada à questão pelos serviços de saúde.

Continuando, os estudos de Ratto e Cordeiro (2010) mostram a diferença do público usuário de SPA: em torno de 13% da população geral e na população de pacientes com algum transtorno psiquiátrico, ficaria em torno de 0,5 a 75%. Nota-se, então, que em algum período da vida, cerca de 50% dos pacientes com transtornos mentais graves desenvolvem problemas relativos ao consumo de álcool/drogas.

2.7.3 Terapias usadas no tratamento da dependência química

Para o tratamento da dependência química é necessário que se alicerce em bases teóricas o desenvolvimento do processo. Para tanto, são usadas terapias adequadas para cada parte do tratamento, que reunidas atingem um resultado final.

O Programa Doze Passos de Alcoólicos Anônimos - de acordo com Sant'Anna (2010), as CTs ou Centros de Tratamento Especializados em Dependência Química, possuem bases técnicas influenciadas pelo AA. A popularidade desse método de tratamento estendeu-se às clínicas e a versão institucional do AA ficou conhecida como Modelo de Minnesota. É o modelo precursor de todos os modelos de tratamento de dependência química e tem a sua base estruturada no Programa Doze Passos de AA, com ênfase especial nos cinco primeiros Passos. A abordagem é multidisciplinar, ou seja, a equipe técnica é formada por profissionais de saúde: médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e um conselheiro em alcoolismo e/ou dependência química, indivíduo alcoólico e/ou dependente químico eventualmente leigo oriundo de tratamento completado com sucesso e depois profissionalizado através de formação técnica para atuar junto aos residentes na CT.

Ao longo do desenvolvimento do AA Sant'Anna (2010), diz que vários membros cooperaram ativamente com centros que utilizava o método Doze Passos, orientado pelo princípio de "cooperação e não afiliação". A partir do surgimento da primeira CT, em 1958, na Califórnia, de nome Synanon, percebeu-se a articulação do programa Doze Passos com outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas a fim de criar um programa terapêutico que fomentasse a mudança no estilo de vida. Portanto, tornou-se fundamental conhecer o quê preconiza este programa por parte dos profissionais da equipe de saúde envolvida nesta estrutura de tratamento.

Atualmente, a maioria das CTs no mundo e, especialmente no Brasil, possui o programa Doze Passos dentro da sua metodologia, articulado com outras formas de terapia e atividades ocupacionais.

Quanto às avaliações relacionadas à evolução do tratamento do residente, elas estão ligadas aos cinco primeiros Passos de AA. Algumas CTs adotam um sistema periódico dividido em: Primeiro Passo: 30 (trinta) dias de tratamento; Segundo Passo: 60 (sessenta) dias de tratamento; Terceiro Passo: 90 (noventa) dias de tratamento; Quarto e Quinto Passo: entre 90 (noventa) e 120 (cento e vinte) dias de tratamento.

Conforme Sant'Anna (2010), é sugerido que após o tratamento, os toxicômanos busquem a manutenção do tratamento através dos grupos de autoajuda, embora não haja dados comprobatórios de sua eficácia definitiva; o que, segundo a literatura, deve-se a problemas metodológicos próprios do estudo de programas voluntários, onde o paciente pode ligar-se ou desligar-se livremente. O autor também enfatiza que esse movimento existe há 70 (setenta) anos e, desde então, vem atraindo pessoas com dependência, o que comprova sua importante contribuição para o sucesso da desintoxicação e abstinência.

Baseado nesses estudos, o Quadro 1 abaixo uniformiza e demonstra o Programa Doze Passos de AA..

1º - Admitimos que éramos impotentes perante o álcool, que nossas vidas tinham fugido de nosso controle.
2º - Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia nos devolver à sanidade.
3º - Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4º - Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5º - Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante um outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6º - Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7º - Humildemente pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8º - Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9º - Fizemos reparações diretas a essas pessoas sempre que possível, exceto quando isso significava prejudicá-las ou a outros.
10º - Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, prontamente o admitíamos.
11º - Procuramos através da prece e da meditação melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.
12º - Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as atividades.

Quadro 1 - Os Doze Passos de Alcoólicos Anônimos

Fonte: Alcoholics Anonymous World Services - Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil (JUNAAB), adaptado por Sant'Anna (2010, p. 457).

Uma das considerações a respeito do Programa, feitas por Sant'Anna (2010), menciona que os princípios básicos foram tomados principalmente das áreas da

medicina, da religião e de muitas ideias surgidas da observação do comportamento e das necessidades da própria irmandade. A essência do programa está na aceitação do Primeiro Passo, ou seja, sem ele nada acontece; é uma rendição. O dependente assume sua impotência em relação ao álcool, drogas, pessoas, emoções, sentimentos, situações. A prática dos demais Passos pode ser fora de ordem, apesar de isso não ser sugerido no Programa. Nesse Primeiro Passo, o dependente assume o seu estado, momento em que se tem consciência da crise. Em seguida, o dependente irá buscar o crescimento interior e exterior através da orientação dos demais Passos, trazendo para si e para outrem as reparações necessárias para um novo projeto de vida.

Terapia Cognitiva - de acordo com Bordin et al. (2010), os transtornos associados ao abuso ou à dependência de substâncias psicoativas são problemas graves e crônicos, portanto, são fonte de preocupações dos profissionais da área de saúde, devido a alguns fatores, tais como a alta incidência de casos, a não adesão ao tratamento e os altos índices de recaída. Somado aos fatos já citados, inclui-se a dificuldade de validação dos modelos teóricos tradicionais e a eficácia limitada dos modelos aplicados.

Nesse contexto, a terapia cognitiva representa um recurso valioso e inovador, propiciando ampliar a eficácia dos programas de tratamento já existentes. Nas abordagens literárias, a cognição funciona como um construto mediador entre o real e as respostas emocionais e comportamentais dos indivíduos, de acordo com o conceito, técnicas e estratégias de intervenção propostos pelo psicanalista Aaron Beck e colaboradores. Baseado nas observações científicas e clínicas do psicanalista com medicamentos antidepressivos verificou-se a questão do comportamento depressivo e propôs o modelo cognitivo da depressão. Com a sistematização dos estudos escritos numa obra literária, Terapia Cognitiva da Depressão, sua aplicabilidade foi expandida para o tratamento dos transtornos da ansiedade, problemas psiquiátricos e dependência química.

Conforme Bordin et al. (2010), a terapia cognitiva é um modelo estruturado, com tempo determinado e aplicável individualmente e em grupo. As sessões são em número de 12 (doze) a 20 (vinte) sessões, podendo se prolongar de acordo com a

cronicidade e gravidade do quadro clínico do paciente, algumas vezes com reforço para evitar recaída. O tratamento enfatiza um relacionamento terapêutico mútuo entre o terapeuta e paciente, trabalhando juntos para identificar os processos cognitivos e comportamentais relacionados ao problema. A terapia envolve inicialmente uma atualização do paciente em termos emocionais, medicação e uso de drogas, bem como, revisa as sessões já realizadas e as tarefas propostas, fazendo novos agendamentos.

Na concepção de Beck citado pelos autores Bordin et al. (2010), os princípios que norteiam o trabalho com os pacientes, estão concentrados em: bases do acompanhamento contínuo do paciente e de seus problemas em termos cognitivos como as dificuldades em nível de pensamento, emoção e comportamento, identificando os fatores relevantes do desenvolvimento e dos padrões duradouros de interpretação de cada um dos termos; enfatiza a colaboração mútua entre terapeuta e paciente, com participação ativa das atividades propostas, numa aliança terapêutica sólida de cordialidade, empatia, respeito e competência; orientação pessoal e focada inicialmente nos problemas, estabelecendo, assim, as metas; enfoca o presente, relevando o passado em algumas circunstâncias, quando o paciente mostra forte predileção e quando o trabalho voltado para os problemas atuais possuem poucos resultados ou nenhuma mudança cognitiva; ensina o paciente a ser seu próprio terapeuta, ou seja, ajuda a registrar ideias importantes, estabelecer metas, identificar e avaliar pensamentos, crenças e mudanças comportamentais; possui duração breve, objetivando a independência do paciente, para que ele possa, em curto prazo de tempo, aplicar suas habilidades adquiridas no novo aprendizado; as sessões de terapia são estruturadas, independente do diagnóstico do paciente, de forma generalizada e compreensível, tornando-o capaz de adequar-se para o futuro. E por fim são utilizadas variadas técnicas para ensinar os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais, sendo que o Questionamento Socrático ou Descoberta Orientada a técnica central do tratamento.

Ainda nesse contexto, os autores enfatizam que existem várias técnicas que podem ser consideradas cognitiva e comportamental sendo que, na terapia cognitiva de abuso de substâncias, a principal meta é utilizar técnicas que desafiem as crenças

disfuncionais relacionadas ao sujeito e às drogas, fazendo uma substituição por crenças funcionais. Exemplo disso é debilitar as crenças que evoluem para o uso das drogas e fortalecer as de não uso das drogas, ou de controle.

A técnica do Questionamento Socrático ou Descoberta Orientada é fundamental na terapia cognitiva, onde o terapeuta faz as perguntas de final aberto ao paciente, formuladas para avaliar e examinar objetivamente a relação entre crenças, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos (BORDIN et al., 2010, p.236).

A importância não é dada pelo acerto das respostas dadas às perguntas feitas, mas em obter ao máximo a realidade dos fatos vivida pelo paciente e, desta forma, desenvolver o autoconhecimento e o pensamento independente.

Psicoterapia de Grupo - segundo Melo e Figlie (2010), a Psicoterapia de Grupo tem alcançado entre os especialistas em tratamento da dependência química uma notoriedade e uma confiabilidade, visto que pode ser considerada uma intervenção valiosa e aplicável no tratamento de pacientes com uso em diferentes SPA. Apesar de ser comum a sua utilização, estudos que comprovem a eficácia da Psicoterapia de Grupo ainda são escassos: um estudo de revisão constatou que adicionar uma terapia grupal especializada aos tratamentos usuais individuais melhora o desfecho do tratamento.

Os autores notam que, devido à complexidade da dependência química, existem formas diversificadas quanto ao tratamento. O grupo multidisciplinar possui forte contribuição, visto que, à somatória dos cuidados psicológico, físico e medicamentoso, aumenta a probabilidade de recuperação do dependente. Também é reconhecido que a utilização da psicoterapia de grupo requer conhecimento de técnicas e aprimoramento constante e permite ao especialista ser atuante no processo de mudanças, dirigindo o grupo de forma que os pacientes possam emergir na direção construtiva de suas vidas.

Conforme Melo e Figlie (2010), o grupo criado tem uma identidade que servirá, posteriormente, como apoio para a construção de uma identidade própria mais fortalecida e autêntica. A psicoterapia de grupo tendo objetivos focados, definidos e coerentes com a realidade, contribui para que o indivíduo atualize seus conflitos e

sofrimentos num ambiente protegido e reformule sua forma de agir e reagir frente aos eventos de sua vida. Uma vez que não existe uma padronização quanto à personalidade do dependente ou plano de recuperação específica para cada droga, entre outros, não existe um único modelo de grupo. Dessa forma, o grupo pode possuir pessoas em diferentes estágios de mudança.

Em seus relatos, o autor diz que na fase de estabilidade psíquica do paciente e com sua capacidade cognitiva normalizada, devem ser enfatizados fatores terapêuticos de autoconhecimento, promovendo a motivação para a sua mudança, auxiliando-o a entender as perdas como possibilidades de novas conquistas. Nesse estágio, os sentimentos como dor, raiva, terror e frustração são liberados de forma mais expressiva, devendo o terapeuta estar atento para não perder o diagnóstico associado à abstinência da dependência química e, assim, confundi-los.

Na fase da manutenção o paciente precisará de ajuda, para sustentar as mudanças alcançadas e perceber os riscos de recaída, evitando-os ou enfrentando-os positivamente.

Em relação à atenção dada ao grupo pelo terapeuta, Melo e Figlie (2010) dizem que não está apenas relacionada ao diagnóstico diferencial, mas nos aspectos psicológicos presentes no grupo como acontecimentos pertinentes aos relacionamentos interpessoais, sentimentos e atitudes pessoais ainda não tratados que podem gerar no grupo desconforto e intolerância ao tratamento. Dessa forma, o terapeuta deve trabalhar as questões de forma grupal evitando as individuais; a visão relativa que o indivíduo tem do grupo é de importância para a sua permanência.

Em relação às questões administrativas dos grupos terapêuticos, Melo e Figlie (2010) citam sobre Grupos Abertos ou Fechados e Grupos Homogêneos e Heterogêneos:

Os grupos abertos são, na prática do tratamento em dependência química, os mais frequentes, pois possuem a possibilidade de receber um novo integrante a qualquer momento, bem como a saída de outro por motivo de alta ou desistência. O grupo é

heterogêneo, considerando o tempo de entrada, consciência da problemática, motivação dos integrantes e suas características de defesas. Isso interfere e enriquece a interação e a ajuda mútua entre os participantes. Os grupos abertos são frequentes em serviços ambulatoriais e consultórios particulares assim, o terapeuta deve implantar datas estabelecidas para a entrada de novos integrantes.

Em relação aos grupos fechados, eles têm o propósito de caminhar juntos durante o tratamento: não é permitida a entrada de novos integrantes. Esse grupo trabalha com tempo específico para o tratamento ficando a critério da instituição, considerar o tempo necessário para as mudanças de cada paciente, ponto importante para avaliação. Nesses grupos a probabilidade de desistência são maiores, devido a vulnerabilidade dos pacientes. Desta forma, o terapeuta deve trabalhar as questões relacionadas à ansiedade gerada no grupo pelas desistências.

Estudos quanto aos grupos Homogêneos ou Heterogêneos propõem discussões no tocante ao grupo de drogas utilizadas. Em relação ao usuário de álcool e drogas, ficou evidente a necessidade de separação, formando um grupo homogêneo para alcóolicos (embora o sintoma seja o mesmo para ambos: a dependência). Relacionam questões pertinentes aos usuários de drogas lícitas e ilícitas com seu comportamento peculiar e sentimentos. Em relação às diferenças sexuais, foi considerado o nível de funcionamento mental e emocional entre homens e mulheres e como cada grupo vivencia suas perdas, ansiedades, prioridades e níveis de dificuldades. No que tange ao fator idade as considerações estão relacionadas ao tempo que o paciente leva para confirmar o seu vício, ou seja, na fase adulta da vida.

Na escolha do referencial teórico para a psicoterapia de grupo da dependência química, “é importante considerar a amplitude da problemática e as consequências negativas nela inserida, principalmente quanto ao potencial destrutivo (físico, mental e social)” (MELO e FIGLIE, 2010, p. 430).

Resumidamente, é importante a constante reflexão sobre a prática dos grupos terapêuticos e seus resultados, avaliando sempre a eficácia e a produtividade.

Terapia Motivacional - de acordo com os relatos de Figlie e Bordin (2010), a motivação é uma tentativa de compreender o que nos movimenta ou por que fazemos o que fazemos e ela provém de processos que fazem a pessoa direcionar-se para um objetivo específico. O pensamento anterior da motivação na área da dependência era vista como um traço na personalidade do indivíduo dependente, que negava os problemas que enfrentava em sua vida. Esse traço seria o resultado de falhas no seu desenvolvimento emocional, e a terapêutica abordada seria a quebra das resistências.

A motivação seria o ponto de partida para o tratamento; se o paciente estivesse motivado, o tratamento aconteceria. Caso contrário, não. Estudos posteriores como o feito pelos psicólogos americanos James Prochaska e Carlo DiClemente no ano de 1980 mostraram como as pessoas mudavam comportamentos dependentes e chegaram ao modelo “transteórico”, que não possuía especificidades, mas um conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar.

Figlie e Bordin (2010) descrevem ainda os cinco estágios a serem aplicados no comportamento e no tratamento: a pré-contemplação, a contemplação, a preparação, a ação e a manutenção. Esse modelo também contempla a possibilidade da recaída e é útil no aconselhamento em geral, ou seja, independente do grau dos problemas vividos pelos pacientes. Os estágios são considerados de acordo com a fase do paciente:

Pré-contemplação: o paciente ainda não considera o problema e a necessidade de mudança. A motivação é dada pelos serviços de tratamento, familiares e ou empresas. O profissional deverá fornecer conhecimento ao paciente dos riscos pertinentes à dependência;

Contemplação: nessa fase o paciente já está ciente da conexão entre seu comportamento e os problemas a eles associados. Existe a possibilidade de mudanças no indivíduo. É uma fase que pode perdurar por longo período. O desenvolvimento do processo depende exclusivamente da postura do paciente;

Preparação: com a ambivalência trabalhada, nessa fase a pessoa está pronta para mudar e está compromissada com essa mudança. Pode ser incluída nessa fase e

ajuda especializada e ou desintoxicação. A prescrição do que deve ser feito deverá ser acompanhada do que o paciente quer fazer, não havendo imposições;

Ação: o paciente mantém uma aliança terapêutica, assume o seu papel no processo, interpreta seus comportamentos, reconhece suas dificuldades, identifica os riscos. São feitos reforços para as mudanças positivas e avaliam a consistência das famílias e o suporte social;

Manutenção: é a fase de verificação do compromisso sustentado, ou seja, se a nova proposta de comportamento para a construção da vida do indivíduo se estabeleceu.

Entrevista Motivacional - segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2010), a entrevista é uma técnica aplicada para que a motivação seja contemplada pelo paciente. Seu surgimento, em 1990, representa uma contribuição efetiva no tratamento da dependência química. A intenção é a modificação do comportamento de risco por meio da exploração e resolução da ambivalência dos pacientes.

Evoluem os estudos anteriores, constando que somente os pacientes que querem o tratamento poderão realiza-lo. Mostra que a hesitação faz parte da natureza humana e nem todos estão preparados, desejosos e habilitados para mudar hábitos em sua vida. A entrevista motivacional propõe ao paciente uma decisão que almeje sua reabilitação como pessoa e não apenas a abstinência das drogas.

A entrevista motivacional é realizada pelo profissional da área e deve possuir como premissas básicas a empatia, o espírito colaborativo, a adoção de um estilo calmo e eliciador, e a atuação na ambivalência do paciente. O progresso depende do paciente; o profissional é apenas um facilitador e condutor do processo, estimulando e apoiando a autoeficácia do paciente.

Prevenção de Recaída - de acordo com Bordin et al. (2010), refere-se a uma variedade de técnicas de cunho cognitivo ou comportamental. Vários autores estudaram essa técnica, sendo o pioneiro o psiquiatra americano Alan G. Marlatt, em 1985. Marlatt avançou em observar que os tratamentos propostos enfatizavam alcançar a abstinência e pouca atenção era dada à manutenção da mudança de vida. Assim, a prevenção de recaída busca mudar um hábito autodestrutivo para um

novo estilo de vida, e que este seja permanente. Entretanto, para alcançar esses objetivos, o modelo proposto por Marlatt teve como premissa a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura que diz que o comportamento de uso ou abuso de substâncias é aprendido e sua frequência aumenta de acordo com os benefícios alcançados.

A Teoria de Aprendizagem Social mencionada por Bordin et al. (2010) reconhece a importância e a interação de fatores biológicos, genéticos e psicossociais. Essa teoria afirma que o uso de substâncias é um mecanismo aprendido por meio de reforço e de modelagem, com a intenção de diminuir o estresse. Mas, na tentativa de evitar os sintomas da abstinência, é utilizada de forma contínua e com doses gradualmente elevadas gerando, desta forma, a dependência da substância. A teoria embasou-se nas pesquisas clínicas do álcool e seu abuso formulando princípios para a compreensão dessa dependência.

Na Teoria de Aprendizagem Social, esses princípios norteiam a viabilidade da técnica empregada. São eles: modelagem, reforçadores, estímulo ambiental e autoeficácia, os quais promovem o modelo em que o indivíduo aprende a lidar com a substância, ou seja, sua forma cultural, familiar, crenças e expectativas, incluindo a mídia como fonte do processo. Os reforçadores estão associados ao prazer, sensação de euforia, sociabilidade, chamar a atenção de outros, inibição, alívio de dores e sofrimentos. Os estímulos ambientais incitam e estimulam o indivíduo no sentido da visão, devido ao reflexo Pavloviano, influenciando-o ao uso das SPA ou do álcool. Pacientes em recuperação ou em alto risco devem evitar situações vulneráveis. No princípio de autoeficácia, o paciente possui o sentimento de resolução de situações fornecendo uma relação positiva ou negativa quanto à abstinência ou recaída. Isto depende da forma como desenvolveu a capacidade do paciente em lidar com as demandas da vida sem o uso de substâncias no processo de recuperação.

Desta forma Bordin et al. (2010), afirmam que os estudos realizados com algumas substâncias como cigarro, álcool, maconha e cocaína em ensaios clínicos randomizados, concluiu-se que a prevenção de recaída é mais efetiva que o não tratamento, e tão efetiva quanto as outras intervenções já estudadas e aplicadas. Os

efeitos são considerados duradouros em relação às demais técnicas, pois as mudanças na capacidade de enfrentamento dos problemas levam a maiores chances de não recair.

Atividades Físicas e Laborais - nos estudos de Ferreira, Tufik e Mello (2001), descrevem sobre a busca constante de alternativas para a intervenção breve na iniciação, manutenção e recuperação de usuários de drogas pelos profissionais de saúde que lidam no cotidiano com o enfrentamento do problema. É fundamental e notório, sob o ponto de vista técnico, ético, econômico, político e social conquistar métodos de trabalhos que proponham melhorar cada vez mais os procedimentos e técnicas aplicadas à recuperação dos toxicômanos.

A prática regular de atividade física promove diversas adaptações orgânicas, que melhoram a capacidade metabólica do usuário de drogas, ora alterada pelo consumo abusivo de SPA. Nesses estudos, foi observado o incentivo à prática de atividade física nos Centros de Reabilitação de Dependentes Químicos, mas que ainda não são personalizados, ou seja, não são elaborado e executados de acordo com as necessidades metabólicas de cada paciente internado. Porém beneficiam pela descontração e socialização que as atividades proporcionam.

Em virtude dos fatos, houve a necessidade de organizar as atividades físicas de acordo com o perfil psicofisiológico do paciente, buscando alternativas que superem as dificuldades como recaídas, sintomas de abstinência e diminuição da capacidade física.

Os autores também relatam que, em relação aos usuários de drogas, esses sofrem um envelhecimento precoce como consequência. Ressalta-se que as alterações são dadas pelas características bioquímica e farmacológica da substância utilizada.

De acordo com o seguimento dos estudos de Ferreira, Tufik e Mello (2001), a prescrição das atividades físicas devem observar os grupos específicos de SPA, que para cada um dos quais fica orientado um tipo de exercício específico. A prescrição é baseada na atuação da substância em partes específicas do SNC, anteriormente citadas na pesquisa. A intensidade é dada em busca da homeostase, que é o

equilíbrio fisiológico corporal, mantendo as taxas metabólicas em padrões normais. O volume e a intensidade dos exercícios devem ser regulados de acordo com as vias nervosas influenciadas e pela capacidade física individual; a escolha da atividade deve ser mediada pelo paciente, visto que a recuperação se baseia no prazer da exercitação física.

Os autores ressaltam que as alterações comuns com o uso de drogas são pertinentes, e devem ser consideradas questões como idade, sexo, vida pregressa, tipo e tempo de utilização da substância e associações. Declaram ainda que os pacientes devem passar por exames clínicos antes de realizarem as atividades físicas. Entretanto, para a socialização recomenda-se a prática de atividades coletivas, tais como futebol, vôlei, basquete, polo aquático, ginástica, entre outros.

Na concepção de Lima (2007), a ginástica laboral pode ser entendida como um conjunto de práticas físicas elaboradas com o acompanhamento do profissional habilitado, pois ele estimula a adoção de uma postura compatível com as necessidades do indivíduo. A ginástica laboral permite que haja uma relação ideal entre o corpo, mente e o profissionalismo. Acredita-se que o corpo é templo da alma, meio pelo qual expressamos a vida e, portanto, deve ser cuidado.

Os objetivos da ginástica laboral englobam benefícios como aumento da produtividade de trabalho, prevenção da fadiga muscular, diminuição do número de acidentes de trabalho, correção de vícios posturais, prevenção de doenças por traumas, promoção de sociabilidade, aumento do condicionamento físico em geral, conhecimento corporal, diminuição do absenteísmo, aumento do ânimo e disposição, melhora da concentração através da oxigenação do cérebro, e melhora da qualidade de vida, considerando a sequência de atividades fornecida ao paciente levando a recuperação almejada.

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

A presente pesquisa utiliza como opção metodológica a abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2002), almeja a compreensão ou explicação dos fenômenos como princípio do conhecimento. A abordagem qualitativa também busca um entendimento dos valores, práticas, hábitos, atitudes, relações e percepções, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus conhecimentos e a si mesmos, sentem e pensam.

Caracteriza-se pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna de um grupo ou do processo em estudo. Utilizando para o andamento do processo a técnica metodológica do estudo de caso, em que a investigação estuda um fenômeno dentro do contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos. É um estudo dos acontecimentos, dos fatos ocorridos, dos contextos, das hipóteses e das circunstâncias (YIN, 2005).

O estudo de caso possui duplo objetivo, qual seja o primeiro: tentar compreender o grupo ou a organização; e o segundo: buscar alcançar o desenvolvimento de conceitos gerais sobre regularidades de processos e de estruturas sociais. A pesquisa com método em estudo de caso trata com questões que surgem num campo empírico e com aquelas que se situam numa discussão teórica (YIN, 2005).

Neste trabalho e segundo orientações de Gil (2009), direciona-se a análise dos dados na identificação de alguns tópicos-chave e na consequente elaboração de um texto discursivo. No desenvolvimento do estudo de caso é possível utilizar instrumentos analíticos para organizar, sumarizar e relacionar os dados.

A construção de forma discursiva iniciou-se pela definição de categorias gerais de natureza temática, que refletiram os objetivos do presente estudo, cujas ideias foram

construídas através da análise interativa dos critérios e procedimentos adotados na CT descritos em documentos apresentados, avaliação feita através da observação de campo e a confirmação dos trabalhos através das falas dos entrevistados. Em seguida, foi realizada a aproximação das convergências e divergências presentes. Nesse momento, as evidências entre as unidades de significado possibilitou a construção de categorias que configuram a estrutura do fenômeno estudado.

Complementando, Bardin (2011, p.147) “diz que a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”.

Desta forma as categorias e subcategorias de análise encontradas nesta pesquisa são contextualizadas na análise dos dados, conforme o agrupamento das características comuns dos elementos de acordo com o assunto abordado, sendo essas: procedimentos administrativos adotados (documentos e serviços prestados, organização dos serviços); concepção do tratamento na Comunidade Terapêutica (o profissional de saúde: sua concepção no tratamento terapêutico em CT, para construção de um novo estilo de vida; efetividade das técnicas e dos procedimentos implantados) e expectativas para recuperação e reinserção social dos toxicômanos (contribuições das práticas terapêuticas implantadas, e os avanços no tratamento terapêuticos da CT).

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi embasada nos estudos de Gil (2009), que ressaltam sobre a organização dos dados na pesquisa. A metodologia iniciou-se com a construção do arcabouço teórico de autores sobre o tema escolhido, o que proporcionou enfatizar, argumentar e caracterizar a pesquisa, compreendendo todo o processo desde o início do trabalho até a sua análise final.

Após a fundamentação, foi escolhida a unidade de análise para o estudo proposto, ou seja, um local de estudo que atendesse aos objetivos propostos e que atendesse

à questão de pesquisa, utilizado para a coleta dos dados. A busca da instituição foi feita através dos sites de CTs habilitadas como prestadoras de serviço à saúde de acordo com a legislação vigente. A confirmação dessa escolha foi dada pela aceitação da proposta de pesquisa pela administração da instituição contatada.

De acordo com Turato (2005), na pesquisa qualitativa o pesquisador é o próprio instrumento de trabalho, uma vez que a utilização de seus sentidos é essencial para a coleta de dados. Entretanto, é importante a utilização de métodos que tenham como propósito a captação desses fenômenos. Assim sendo, para a realização dessa pesquisa houve preparação da pesquisadora, ou seja, a proponente deste trabalho se preocupou em apropriar-se do tema em estudo antes da realização da investigação.

Como método de investigação, Gil (2009) considera para o estudo de caso a formalização de pelo menos três técnicas de coleta de dados: observação, entrevista e documentação. Dessa forma, é importante, para garantir a profundidade do estudo, a preservação do caráter unitário e a inserção do caso em seu contexto, conferindo maior credibilidade aos resultados.

Para atender aos critérios de estudo de caso na pesquisa, foi identificado, descrito e analisado o local em que ocorre o fenômeno, os atores, os eventos e os processos. Primeiramente, a pesquisadora realizou um contato telefônico com a administração da instituição e posteriormente, com agendamento, um encontro pessoal. Nesse encontro foram feitas as determinações e os limites estabelecidos para a realização da pesquisa, bem como a autorização da instituição (ANEXO I).

Foram feitas a observação de campo e a entrevista buscando aproximação do trabalho desenvolvido na CT de forma a conhecer as características e as necessidades que direcionam a equipe técnica para a recuperação dos toxicômanos no momento atual. O período para a coleta dos dados deu-se entre o mês de Julho a Dezembro de 2014 e de acordo com horários disponibilizados dos profissionais da equipe técnica e da pesquisadora.

A observação em campo ocorreu de forma sistemática já que, segundo Gil (2009, p.73), “para os estudos de casos descritivos e no plano de pesquisa pode-se estabelecer o que deve ser observado, em que momento, bem como a forma de registro e organização das informações”.

Foi elaborado um roteiro de observação/diário de campo (APÊNDICE A) e categorizado por atos, ou seja, de acordo com as ações desenvolvidas. No roteiro constam abordagens para verificar a estrutura física e organizacional da instituição, atentando para as normas técnicas atuais vigentes da lei. A aplicabilidade dessa técnica almejou acrescentar dados para atender aos objetivos específicos da pesquisa.

O instrumento metodológico da entrevista foi o de modalidade aberta que, de acordo com Gil (2009), permite fornecer aos profissionais oportunidades de pronunciarem-se sobre a temática em questão com o objetivo de explorar mais a fundo sobre o assunto em questão. A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro (APÊNDICES B, C, D, E, F e G). Na primeira parte constam os dados de identificação e a experiência profissional em dependência química dos profissionais que integram a equipe da CT e na segunda parte apresentaram-se os aspectos que contemplam o tema abordado, tais como: visão da equipe técnica quanto ao tratamento terapêutico para toxicômano na CT, sua prática, vantagens/desvantagens, confiabilidade e eficácia, e questões administrativas.

As entrevistas ocorreram no período concomitante à observação, tendo sido gravadas e transcritas na íntegra e de forma literal, uma vez que, segundo Gil (2009), a transcrição, não podendo sintetizar as falas, deve ser realizada de forma literal, preservando todas as características possíveis. Antes do início das entrevistas, os participantes foram informados sobre a utilização de um gravador no intuito de tornar mais rico o material coletado. O tempo de duração da entrevista individual variou de 20 (vinte) a 30 (trinta) minutos. Foram entrevistados 01 (um) Administrador/Pedagogo da instituição, 01 (um) Assistente Social, 01 (um) Conselheiro, 01 (um) Educador Físico, 01 (um) Médico Psiquiatra, e 01 (um) Psicólogo.

Considerando Minayo (2002), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de dados devido a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e possuir a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. Posteriormente, o material foi conferido pela pesquisadora, que realizou várias leituras; foram retirados os vícios de linguagem e foi feita a correção ortográfica para a proteção dos participantes da pesquisa.

Aos participantes foram apresentados os objetivos da pesquisa e foi solicitada sua participação, garantindo o caráter sigiloso de suas informações. Todos os profissionais concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE H).

Os documentos utilizados foram provindos da administração da CT Nova Perspectiva e dos sites da instituição e do IBGE, que contemplam informações dos procedimentos técnicos adotados na CT, aspectos físicos e estruturais, respectivamente. Foi fornecido à pesquisadora o Manual de Procedimentos Técnicos interno da CT, elaborado pela equipe técnica e com autoria de Del Pupo (2011).

No Manual de Procedimentos Técnicos interno da CT consta o modelo de serviço prestado pela instituição bem como as técnicas de tratamento terapêutico utilizadas, baseadas, segundo Del Pupo (2011), em teóricos que discorrem sobre o assunto. Esse manual foi elaborado para fins da inauguração da CT Nova Perspectiva, apresentado como projeto à SESA do Estado do Espírito Santo. Unidos das orientações (decretos e normas pertinentes), houve a contratação da equipe de projetos arquitetônicos para a sua elaboração e apoio técnico, sob a fiscalização prévia da engenharia da VISA. O projeto implantado baseia-se nas diretrizes normativas da RDC 101/2001.

Ressalta-se que os documentos apresentados foram reconstruídos pela pesquisadora para a obtenção de dados e considerou a fonte como um importante meio de coleta, pois atendem aos objetivos propostos e agregam dados com a observação e a entrevista.

4 ESTUDO DE CASO: COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA PERSPECTIVA

4.1 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA PERSPECTIVA

Instalada no bairro Tapera, no Condomínio Lorenção, localizado no município de Venda Nova do Imigrante, está o local de estudo que serviu como fonte para a realização desta pesquisa. Num breve histórico, a colonização do município foi dada em 1892 e, basicamente, por imigrantes italianos, cuja cultura permanece viva em seus descendentes e na vida da comunidade vendanovense (IBGE, 2013).

Administrativamente, o Distrito foi criado com a denominação de Venda Nova pela Lei Estadual Nº 1.909, de 06 de Dezembro de 1963, subordinado ao Município de Conceição do Castelo, e sendo elevado à categoria de Município pela Lei Estadual 4.069, de 06 de Maio de 1988, com instalação da sede no Município no ano de 1989.

O município está localizado no Estado do Espírito Santo, na Mesorregião Central Espírito-Santense, com distância entre municípios limítrofes e distância de 103 (cento e três) Km da capital, Vitória. Possui uma área de 187,894 Km², com população de 20.468 habitantes e IDH-M de 0,728. O clima é o tropical de altitude, com vegetação predominante da Mata Atlântica, o que favorece o desenvolvimento do agroturismo na região, mantendo as atividades culturais e turísticas como fator predominante de fonte renda da população (IBGE, 2013).

4.1.1 Fundação/Estruturação/Conceituação

Com base no site da Instituição, a Comunidade Terapêutica Nova Perspectiva, inaugurada em 18 de Março de 2011, é uma entidade destinada à reabilitação de pessoas com transtornos decorrentes do abuso e da dependência do álcool e outras drogas. Possui vínculo jurídico com o Instituto Perspectiva de Pesquisa e Recuperação da Dependência Química, uma Organização da Sociedade Civil de

Interesse Público (OSCIP) existente desde agosto de 2003 que atendia pessoas em ambiente ambulatorial em Vitória, Espírito Santo.

No início do ano de 2010 teve a iniciativa pioneira de construir uma CT em um terreno de cerca de 5.000 m² (cinco mil metros quadrados) na localidade rural de Tapera, em Venda Nova do Imigrante. Os subsídios técnicos foram solicitados na VISA e na Gerência de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas da SESA.

Quanto à estruturação da CT, a edificação principal possui 02 (dois) pavimentos com área total de 460 m² (quatrocentos e sessenta metros quadrados). As áreas são divididas em: Sala de terapia, palestras e lazer; Sala de atendimento individual e grupos; Administração, Recepção; Banheiros para visitante e equipe técnica, vestiários; Ambulatório e sala para a guarda de medicamentos dos residentes; Almoxarifado, Despensa e Cozinha; Área de serviço e Lavanderia; Refeitório para 16 (dezesesseis) pessoas; Depósito para material de limpeza; Dormitório geral e para pessoas com necessidades especiais; Salão equipado para atividades físicas.

Na edificação secundária, há 01 (um) pavimento construído próximo à edificação principal, que é utilizado para o lazer e outras atividades a critério da equipe técnica. Nesse edifício há: Área livre com mesas e cadeiras para 50 (cinquenta) pessoas; Fogão à lenha, Churrasqueira, Freezer; Depósito.

O sistema de abastecimento de água potável é composto por poço artesiano, caixa d'água e sistema de aquecimento solar.

Em relação à capacidade de atendimento: Ambulatorial: 20 (vinte) vagas para ambos os sexos; Internação: 28 (vinte e oito) vagas para o sexo masculino com faixa etária entre 16 (dezesesseis) e 65 (sessenta e cinco) anos; Clínica-Dia: 10 (dez) vagas para o sexo masculino.

De acordo com Del Pupo (2011), após a elaboração do projeto técnico e arquitetônico, esse foi apresentado à SESA do Espírito Santo para avaliação final. Na análise do órgão, foi aprovada a construção da CT. O apoio à instituição envolveu a comunidade, empresários e autoridades locais. Os subsídios necessários

para a aquisição de mobiliários e equipamentos em geral foram fornecidos pela SESA e adquiridos, preferencialmente, na região de Venda Nova do Imigrante.

O funcionamento da instituição é de tempo integral: 24 (vinte e quatro) horas diárias, por possuir sistema de serviço como residência. O atendimento administrativo funciona 8 (oito) horas por dia (das 07h00 às 11h00 e das 13h00 às 17h00).

A CT Nova Perspectiva, conforme conceituação, presta serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos. De acordo com o modelo psicossocial, são unidades que oferecem um ambiente protegido, técnico e eticamente orientado. Fornece suporte e tratamento aos usuários de drogas de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. O processo de tratamento é vinculado ao instrumento terapêutico: convivência entre os pares, com uma rede de ajuda para a recuperação e reinserção social.

Na CT Nova Perspectiva, a equipe técnica é formada por profissionais da área da saúde, composta por: 01 (um) Administrador/Pedagogo da instituição, 01 (um) Assistente Social, 01 (um) Conselheiro, 01 (um) Educador Físico, 01 (um) Médico Psiquiatra, e 01 (um) Psicólogo. Todos são graduados e pós-graduados em dependência química, com exceção do conselheiro que não é graduado, mas possui certificado de conclusão de curso preparatório e de atuação voluntária. Os demais são funcionários da instituição com contratos de prestação de serviços e horários estabelecidos conforme o cronograma de atividades.

O tempo de formação na área de saúde dos profissionais varia entre 04 (quatro) a 16 (dezesseis) anos e o tempo de atuação em dependência química em CTs varia em torno de 01 (um) a 17 (dezessete) anos. Os profissionais apresentaram experiência anterior de trabalho na área, exceto o conselheiro.

Os profissionais pontuaram desenvolver atividades educativas frequentemente, além de experiência em docência, no caso do Educador Físico. Os demais atuam em setores como consultórios particulares, clínicas e hospitais.

4.1.2 Prestação de serviços de saúde

Os serviços prestados são de reabilitação, com atendimento nas seguintes modalidades: Ambulatório, Clínica-Dia, Internação psicossocial de pessoas com problemas de abuso do álcool e outras drogas e Acompanhamento das famílias dos toxicômanos.

- Quanto aos procedimentos administrativos para atendimento tem-se:

Encaminhamento - As prefeituras municipais incluídas no programa encaminham as pessoas com possíveis transtornos decorrentes do abuso e dependência de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas para avaliação na CT. Nas avaliações são observados os níveis de comprometimento do usuário com a droga, utilizando-se, para isso, questionários e escalas pré-estabelecidas pela literatura e aplicadas na instituição.

Os recuperandos com maior potencial devem comparecer ao local de atendimento com o encaminhamento formalizado e anamnese social. Os encaminhamentos de pessoas com origem de problemas psiquiátricos devem apresentar exames clínicos recentes e o acompanhamento de pelo menos de 01 (um) familiar.

Avaliações - Seguido do encaminhamento, os usuários são entrevistados pela equipe técnica para a percepção do nível de prontidão e motivação para a mudança de vida. O método utilizado é o Modelo Transteórico de Di Clemente e Prochaska, em que as estratégias de sensibilização serão previstas para a recuperação de cada usuário. Neste modelo as variáveis a serem analisadas são: A Pré-Contemplação; Contemplação, utilizando a entrevista motivacional; Determinação, com estabelecimento das metas; Ação, implementação das metas e os objetivos traçados; Manutenção, com a prevenção de recaídas.

Os resultados das avaliações serão entregues ao encaminhante e/ou à família através do Relatório de Avaliação Inicial feito, onde deverão constar: o nível inicial de motivação e prontidão para a mudança de comportamento e hábitos; nível ou grau de severidade do transtorno de abuso ou dependência; outras recomendações

necessárias como: pedidos de exames médicos, psíquicos ou sociais; assinatura do relatório pelo técnico responsável, pelo recuperando ou seu representante legal.

Acompanhamento Psicossocial - Realizado na CT está embasado na intervenção diretiva da equipe de saúde composta pelos seguintes profissionais: médico psiquiatra, pedagogo, psicoterapeuta, educador físico e assistente social, todos com especialização em dependência química. A figura do conselheiro ou consultor é importante para a equipe devido às experiências pessoais vividas pelo uso de drogas e o seu processo de recuperação; embora não sendo regulamentado pelos órgãos competentes como a ANVISA e SENAD, os técnicos citam em seus relatórios o trabalho realizado pelos conselheiros.

As estratégias de abordagem, motivação e sensibilização citadas no processo de avaliação formam um conjunto de técnicas implantadas e consideradas pela equipe de saúde da CT eficiente e eficaz ao tratamento terapêutico e manutenção dos toxicômanos.

Atendimento - Aos usuários acontece em três níveis básicos:

- a) Individual: possui a presença do recuperando e do terapeuta. A sessão terá a duração de até 45 (quarenta e cinco) minutos, onde serão trabalhadas as metas individuais, os progressos e as dificuldades da semana anterior;
- b) Grupos: os recuperandos de todos os níveis de programação, prontidão e motivação estarão juntos em palestras, temáticas do programa, dinâmicas motivacionais e experienciais pessoais com outros dependentes em recuperação visando à convivência com pares engajados nos mesmos objetivos;
- c) Núcleos Familiares: sempre que necessário e possível, deve-se reunir a família em sessões destinadas à checagem de informações sobre o progresso do tratamento, bem como as dificuldades encontradas para, dessa forma, estabelecer as possíveis correções.

Tempo do Acompanhamento/Protocolo - O Programa Individualizado de Tratamento (PIT) e o tempo investido em sua realização também serão adequados à evolução do processo de recuperação, aprendizagem e prontidão para as

mudanças. Na *internação* os prazos são estabelecidos entre mínimo e máximo, tratando caso a caso conforme a demanda individual.

- a) Mínimo: prazo de 30 (trinta) dias, após avaliação e admissão no programa para pessoas com baixo comprometimento cognitivo e de nível de abuso ou dependência baixa, boa motivação inicial e continuada;
- b) Médio: prazo de 60 (sessenta) dias, após avaliação e admissão no programa para pessoas com baixo comprometimento cognitivo e de nível de abuso ou dependência baixa, média motivação inicial e continuada;
- c) Máximo: prazo de 90 (noventa) dias, após avaliação e admissão no programa para pessoas com médio comprometimento cognitivo e de nível de abuso ou dependência média, média ou baixa motivação inicial e continuada.

Na *Clínica-Dia* o modelo de tratamento terapêutico não há protocolo de tempo determinado, sendo que o tempo não será superior a 01 (um) ano após a abstinência completa e contínua, assim como os demais tratamentos oferecidos nessa CT. Deverá ter como ponto de partida a anuência do usuário, um prazo mínimo para estudo do caso e a consequente proposição do PIT, onde constarão as percepções da equipe com suas propostas de intervenção e o tempo para realizá-las. As possíveis correções e adequações podem ocorrer no transcurso do programa.

As condições estabelecidas nessa modalidade de tratamento envolvem questões relacionadas à distância entre a moradia do usuário a ser atendido em relação à CT, pois não deverá ultrapassar a 20 km (vinte quilômetros), evitando o risco de descontinuidade do tratamento. Também se faz necessária a existência de um núcleo familiar funcional engajado no programa.

No *Ambulatório* o modelo de tratamento ambulatorial deve ser o de primeira escolha sempre que as condições do recuperando permitir. A distância entre a moradia do usuário e a CT devem ser estabelecidas no mesmo critério da Clínica-Dia e o prazo final do tratamento é de 01 (um) ano. O ambulatório possui um processo de reabilitação próprio: serve como fase evolutiva para a Clínica-Dia ou para a internação do recuperando.

Término do Tratamento - O término do PIT se dará nas seguintes condições:

- a) Alta terapêutica: condição ideal desejada a ser concretizada quando se atingiu as metas iniciais propostas com o recuperando e sua família;
- b) Alta a pedido: desistência do tratamento pelo recuperando e comunicado pessoalmente, formalizado em documento padrão da instituição assinado pelo recuperando e pelo técnico responsável;
- c) Abandono: o recuperando deixa a unidade de tratamento sem comunicação prévia e autorização da instituição;
- d) Alta administrativa: ocorrerá quando o recuperando estiver portando ou usando SPA no interior da instituição ou mesmo fora do ambiente de atendimento, apresentando comportamento agressivo recorrente com gestos e palavras e portar armas de qualquer natureza.

O PIT poderá sofrer alterações a qualquer momento, se necessário, após avaliação técnica quanto à evolução do recuperando. A avaliação será apresentada ao recuperando, ao encaminhante e aos familiares para a prévia aprovação dos motivos.

Participação Familiar - Considerando o tratamento terapêutico para toxicômanos multifatorial e com dimensões sociais e afetivas, faz-se necessária a presença do núcleo familiar no transcurso do programa de recuperação nos seguintes momentos:

- a) Na avaliação inicial: importante e fundamental para a percepção e enfrentamento dos problemas inerentes ao tratamento do recuperando;
- b) Nos grupos familiares: realizado com a presença do terapeuta ou profissional convidado da área afim, com apresentação de palestras, dinâmicas ou outras atividades facilitadoras e mediadoras para a recuperação do familiar;
- c) Em núcleos familiares: convocados a pedido do terapeuta, da família ou do recuperando com motivos específicos;
- d) Individualmente: o familiar é convidado a comparecer em sessões destinadas a esclarecimentos e apoio. A atenção individualizada ao familiar fornece diretrizes para a construção de limites e motivação dos mesmos.

Serviços Inclusos no PIT - Estão inclusos no programa os seguintes serviços: fornecimento das acomodações com roupas de cama; alimentação balanceada com

cardápio elaborado por nutricionista; acompanhamento da equipe multiprofissional; palestras informativas voltadas para a psicoeducação, objetivando fornecer o conhecimento dos problemas psíquicos, físicos e sociais causados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas; palestras religiosas realizadas semanalmente com os membros de diversas denominações religiosas da localidade para promover o despertar para esta dimensão considerada importante para a condição humana.

O atendimento feito pela equipe de profissionais está dividido entre:

- a) Psicólogo, assistente social e especialista em dependência química com sessões individuais (01 vez por semana) e sessões em grupos (até 03 vezes por semana);
- b) Educador físico: avaliação e orientação para a melhoria das condições fisiológicas do recuperando (02 vezes por semana);
- c) Médico: avaliação clínica quinzenal ou quando se fizer necessário.

A proposta de trabalho da instituição ainda estabelece o tratamento humano baseado no respeito às peculiaridades individuais, tendo o indivíduo o direito de ser aceito, acolhido e tratado sem preconceitos em suas diferenças.

- Quanto a descrição do fluxograma do processo de recuperação dos dependentes químicos tem-se:

Encaminhamento - Poderá ocorrer de forma espontânea, por indicação de familiares, serviços médicos, empresas, convênio com esferas do Poder Público e Judicial. Ressaltando que as internações deverão ser de livre vontade do futuro recuperando residente, não sendo possível internação compulsória.

Recepção - O futuro recuperando é recebido pela administração da instituição e pela equipe técnica, apresentados entre si de forma cortês. Após a admissão o residente é informado sobre o tratamento previsto na instituição, os métodos utilizados, bem como os objetivos e metas a serem alcançados. Os pertences pessoais são vistoriados e guardados em locais apropriados.

Avaliação Inicial - A avaliação deverá ocorrer no dia da admissão ou no dia subsequente. Caso o paciente esteja acompanhado, será aproveitado o momento para a coleta de dados sobre a vida do ingressante e o uso nocivo de SPA. Os dados coletados são lançados no prontuário de avaliação inicial padrão da CT e, em anexo, uma Folha de Evolução tem seu preenchimento iniciado, onde são registrados os eventos diários de relevância no tratamento do recuperando, desde o primeiro dia de internação até o último dia.

Inserção no Grupo - É feita por um técnico da CT e subsequentemente pelo próprio grupo de residentes. Os residentes se encontram e interagem mutuamente entre si, buscando para si e para outrem novos conhecimentos para sua recuperação e reinserção social, através de discussões de casos e experiências vividas. Assim, através do conhecimento de cada um, a escolha do dormitório em que o novo residente irá permanecer será feito pelo técnico da equipe.

Estudo de Caso do Residente - É feito por um técnico escolhido pela equipe por designação que posteriormente explanará o caso e o construirá junto com a equipe. A construção do estudo de caso deve levar em consideração a anamnese anterior, a evolução do tratamento, a severidade do caso e o quadro geral do residente.

Individualização do Caso - Após a realização do estudo de caso, a equipe propõe um trabalho mais específico para cada residente, considerando o nível motivacional e o compromisso de cada um. Nesse momento, a equipe técnica define o tempo de internação do residente e o protocolo de internação.

Direcionamento ao Modelo de Abordagem Adequado - Apresentação do estudo de caso à equipe e ao residente, sendo definido, a seguir, o encaminhamento adequado para início do tratamento.

Avaliação da Evolução Individual - É feita em vários momentos do tratamento. Caso feito de forma pontual, a avaliação permite o próximo passo do tratamento, como exemplo: previsão de alta.

Proposta de Programa Pós-tratamento - É feita pela equipe técnica e apresentada ao residente por um membro da equipe. A proposta contém a percepção de toda a equipe quanto às necessidades do residente.

Alta da Internação do Residente - É realizada preferencialmente em dias úteis exceto em casos pré-determinados ou se julgado necessário pela equipe. A alta indica o fim do período de residência na clínica e início do processo de pós-tratamento.

Pós-tratamento - Processo que ocorre a nível ambulatorial como seguimento e evolução do processo anterior. Nessa fase o recuperando tem convívio diário com demais pessoas, adquirindo experiências e novas descobertas, o que servirá como instrumento para a sua recuperação fora da internação. O pós-tratamento tem uma duração entre 09 (nove) e 12 (doze) meses, visando o estabelecimento da fase de manutenção do tratamento.

Alta do tratamento - Deverá ocorrer em comum acordo entre a equipe técnica e o recuperando. O recuperando deverá ter alcançado as metas propostas desde o início do tratamento até o fim do pós-tratamento, tornando sua alta cabível.

Acompanhamento Pós-Alta - Definido também como Segmento Pós-Alta, que compreende a parte do processo de tratamento num período de 24 (vinte e quatro) meses com a família e/ou encaminhante. O objetivo nessa etapa é promover o vínculo do recuperando com o seu processo de recuperação.

Esse segmento pode ser usado para coleta e manutenção de dados concernentes ao caso e que servirá como base para novos estudos e melhorias da instituição. É fornecido pela CT um encaminhamento para unidades de saúde específicas para dependentes químicos, mantendo o acompanhamento terapêutico do recuperando pós-período de internação, conforme modelo (ANEXO II).

- Plano de Contingência para Urgência e Emergência aos Residentes da Instituição

O plano de contingência para urgência e emergência é de ordem legal e com base na legislação vigente normatizada pela ANVISA conforme as RDCs 101/2001 e 029/2011.

Ressalta-se que por ser a CT uma instituição psicossocial para atendimento em ambiente de internação, não há obrigatoriedade em haver um médico no local, mas, em atendimento à solicitação da SESA do Espírito Santo, foi elaborado o documento para promover maior segurança da instituição e dos residentes. No documento consta uma lista de procedimentos a seguir, bem como uma lista telefônica de contatos.

São considerados casos de emergências os casos com aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto de forma grave e aguda da doença sendo necessário atendimento rápido para evitar um mal irreversível ou morte. Os casos de urgência apresentam também um quadro grave, mas não necessariamente súbito e imprevisto. Ambos os casos são considerados graves e precisam ser tratados a nível hospitalar.

São considerados como exemplos de urgência e emergência casos como parada cardiorrespiratória, hemorragias, fraturas, entorses e luxações. A importância dada às diferenciações dos casos é para dispor a equipe técnica ao sistema de atendimento, de sobreaviso ou plantão das unidades de saúde locais.

Na lista de procedimentos constam as seguintes orientações: preparar a equipe técnica para os primeiros socorros, definição prévia dos casos acima citados, comunicar os casos ao médico da CT, acionar o atendimento local através da lista telefônica para remoção do residente para as unidades credenciadas no município (pronto socorro municipal, SAMU 192, Hospital Padre Máximo), e nos casos psiquiátricos serão encaminhados ao Centro de Atendimento Psiquiátrico Doutor Aristides, Clínica Santa Isabel ou locais conveniados do residente. Após o atendimento, comunicar aos familiares e/ou encaminhantes.

- Código de Conduta da Comunidade Terapêutica Nova Perspectiva

O Código de Conduta da CT Nova Perspectiva consta de 21 (vinte e uma) cláusulas (ANEXO III), que dispõem sobre as condutas a serem seguidas por todos os servidores da instituição e residentes, mantendo a ordem e o equilíbrio para um trabalho promissor.

Nas cláusulas encontra-se o modelo de tratamento pessoal adequado para a convivência na instituição, não permitindo qualquer tipo de preconceito, uso de palavra ofensiva ou de baixo calão, ameaças físicas ou morais, uso de SPA dentro ou fora da CT, contato com pessoas não integrantes da comunidade, utilizar qualquer tipo de aparelho eletrônico, ter relações sexuais dentro da CT, negar-se a participar das atividades previstas (com exceção das atividades alternativas), além da descrição de medidas punitivas para os atos acima citados.

Ainda ressalta sobre as questões de agressividade, utilização adequada de dormitórios, relacionamento entre os companheiros, uso indevido de literaturas, exames clínicos periódicos, procedimentos referentes às visitas e vistoria prévia, utilização de telefones, correspondência e cozinha seguem os critérios internos. Finalizando, devem ser observados os horários pertinentes ao mapa de atividades e controle interno de bens de consumo do residente e da instituição.

- Bases Metodológicas Aplicadas para Recuperação e Reinserção Social dos Toxicômanos na Comunidade Terapêutica Nova Perspectiva

De acordo com Del Pupo (2011), a instituição estabelece em seus critérios técnicos e administrativos uma base metodológica de tratamento seguindo um modelo eclético, cuja concepção é pautada na literatura, por meio da qual pode-se alcançar um método capaz de atender às diversas necessidades humanas. Essas bases metodológicas deverão ser construídas também com diversas fontes de conhecimento. Dessa forma, descrevem-se os métodos aplicados, sendo esses: A Terapia Cognitiva Comportamental; Modelo Transteórico dos Níveis de Prontidão para Mudança; Entrevista Motivacional; Facilitação do programa Doze Passos; Prevenção da Recaída.

- Descrição das funções desempenhadas pela equipe técnica de profissionais

Para a realização do tratamento terapêutico na comunidade, faz-se necessária a atuação da equipe técnica de forma especializada e ética, construindo saberes e desempenhando as funções competentes às áreas de capacitação de cada um.

Especialista em Dependência Química - Esse profissional possui graduação no curso de pedagogia e especialização em dependência química. Desempenha suas funções na comunidade apoiando a equipe na confecção dos trabalhos, pois, através de seus conhecimentos técnicos adquiridos, pode contribuir diagnosticando e promovendo tratamento na dependência química, identificar os aspectos teóricos das drogas que causam a dependência, enumerar os aspectos biológicos e psicológicos da dependência, descrever as diferentes linhas de tratamento, promover atualização das informações sobre a dependência química, divulgar o conhecimento, planejar e desenvolver programas de prevenção, organizar os serviços de atendimento ao dependente químico.

Psicoterapeuta - O serviço prestado pelo psicólogo objetiva trabalhar o resgate da autonomia do sujeito, redirecionando-o para um estilo de vida diferente e contribuindo para a aquisição de uma visão ampla que permita a construção de uma nova perspectiva a respeito da dependência e de si mesmo como sujeito afetado e o que o afeta. O tratamento psicológico tem como objetivos articular junto à equipe técnica uma rede de cuidados que promova uma qualidade de vida para os pacientes; realizar atividades em grupo com intuito de trabalhar temas diversos, como ética, sexualidade, perdão e outros que possam emergir do grupo; atendimento psicoterapêutico individual, buscando resolver conflitos internos como sentimentos e desejos; incentivar atividades que estimulem o exercício mental para obter um raciocínio lógico e abstrato com melhora diária; estimular a participação nas atividades da CT mostrando sua importância no tratamento, como a laborterapia, programa religioso e programa espiritual.

A metodologia de trabalho desenvolvido pelo psicólogo na CT é justificada por acreditar ser possível uma vida mais digna àqueles que foram excluídos da sociedade ou do seio familiar, auxiliando o indivíduo a recuperar sua capacidade

mesmo quando aparentemente e comportamentalmente mostra-se contrário à recuperação. A condução do tratamento objetiva o retorno do sujeito à sociedade de forma a viver em seu lar e em outros ambientes de convívio.

Assistente Social - É uma profissão de caráter sócio-político, crítico e interventivo que utiliza os instrumentos das Ciências Humanas e Sociais para análise e intervenção das questões sociais na área da saúde, educação, habitação, lazer, assistência, justiça e previdência. Portanto, o assistente social administra, gerencia, executa e assessora nas políticas, bem como em programas e serviços sociais. O profissional efetiva sua intervenção na relação entre os homens no cotidiano da vida social por meio de uma ação global socioeducativa ou de prestação de serviços.

Nesse aspecto, o assistente social atua prestando serviço à CT devido à vulnerabilidade social do dependente químico. O residente na comunidade é o sujeito do processo de tratamento e não o objeto de intervenção e, sob essa perspectiva, a família deve ser participante ativa.

Assim, o objetivo do serviço é proporcionar a investigação social da vida pregressa do residente, identificando a origem dos problemas vividos; acolher os residentes no ato da admissão; acompanhamento familiar; colaborar administrativamente com a CT nos ofícios, declarações e requerimentos; realizar atendimento individual e em grupo; construir uma rede de apoio.

Educador Físico - O trabalho do educador físico tem como resultado diversas adaptações orgânicas frente ao metabolismo corporal alterado pelo uso de SPAs. Desta forma, a atividade realizada melhora a saúde física e mental dos pacientes e especificamente dos toxicômanos residentes na CT. Na comunidade as atividades físicas são supervisionadas pelo educador físico.

O educador físico realiza um trabalho conjunto com a equipe técnica promovendo, além de uma descontração e socialização, o bem-estar geral do paciente no que se refere ao controle metabólico que atividade física proporciona.

As atividades são prescritas conforme a capacidade física e individual dos residentes de acordo com suas diferenças e necessidades metabólicas, observando questões quanto ao sexo, idade, história de vida pregressa e tipo de substância consumida. A tabela de exercícios e atividades propostas pelo educador é feita com o auxílio prévio dos exames clínicos. A intenção é minimizar as alterações decorrentes do consumo e da abstinência de drogas, ajudando na recuperação.

Profissional Médico - O médico psiquiatra com especialidade em dependência química atua juntamente com a equipe técnica na elaboração dos procedimentos a serem aplicados nos residentes da CT. A atuação médica é inerente à profissão, e supervisiona através dos exames clínicos os trabalhos que são desenvolvidos na terapia, o andamento e os resultados dos mesmos avaliando o progresso do tratamento terapêutico implantado. Vale ressaltando que os serviços médicos foram inseridos após solicitação da elaboração do projeto inicial da CT Nova Perspectiva pela SESA do Espírito Santo.

- Descrição do programa de atividades diárias para os residentes da comunidade terapêutica

A descrição do programa de atividades diárias dos residentes na CT visa informar, de modo claro e objetivo para os clientes, autoridades competentes e interessados o detalhamento dos serviços prestados que promovem ações para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos, conforme descritos no mapa de atividades, parte integrante do Manual da CT (DEL PUPO, 2011).

Reflexão Matinal - É feita logo após o despertar e dos cuidados de higiene pessoal. O residente responsável pela coordenação semanal das atividades em grupo fará ou pedirá a outro residente que faça a leitura da reflexão diária. O livro utilizado pela instituição é a “Reflexão Diária de AA” ou “Só Por Hoje” de Narcóticos Anônimos (NA). No início e no final da breve reunião dos internos é realizada a Prece da Serenidade, oração de cunho ecumênico cuja finalidade é oferecer aos residentes um clima e um ambiente de reflexão e serenidade.

Caminhada Supervisionada - As caminhadas são diárias e supervisionadas pelo conselheiro ou paciente voluntário, que obteve alta do tratamento, orientado pela equipe técnica. O educador físico acompanha, através das avaliações individuais, as condições físicas de cada um liberando-os para tal atividade. O percurso das caminhadas é estabelecido em torno de uma hora por dia, sendo que, no domingo, o tempo poderá ser maior. Outra situação considerada é a previsão do tempo, devendo ser favorável ao intento.

Leitura Diária das Folhas de Sentimentos - Este evento promove a socialização entre os residentes. São relatadas ao grupo as atividades escritas diariamente pelos próprios residentes, compartilhando uns com os outros as experiências vividas. Essa atividade possui base na Terapia Cognitiva Comportamental, que valoriza a identificação pelo recuperando dos vários sentimentos e emoções que tem durante o transcorrer do dia, visando ter consciência de cada um deles e agir de modo proativo e criativo evitando estresses propiciatórios de processos como fissura e possíveis recaídas.

Com base na literatura escolhida pela CT, o Décimo Passo do Programa de AA fornece a filosofia para esta atividade terapêutica quando nos diz; “Continuamos fazendo o inventário e quando estávamos errados nós o admitimos prontamente”.

Atividades Físicas Supervisionadas - São atividades físicas que se intercalam em dias semanais com a caminhada. São realizadas na academia instalada na CT Nova Perspectiva com o intuito de proporcionar qualidade no tratamento terapêutico. Os critérios técnicos estabelecidos pelo educador físico através de orientações, testes e anamneses fornecem um diagnóstico para elaborar os exercícios apropriados de acordo com as necessidades físicas e fisiológicas de cada um. A metodologia segue o projeto técnico do profissional feito para a instituição na recuperação do residente recuperando.

Laborterapia - As atividades laborais estão voltadas para a conscientização do residente para a manutenção dos ambientes da CT, bem como sensibiliza-lo da realização de tarefas optativas como:

- ✓ Cuidados com o pomar e hortas: adubação, capinagem, podas e colheitas dos frutos para o consumo coletivo;
- ✓ Organização do galinheiro: alimentar, observar e coletar os ovos das galinhas para o consumo ou guardá-los em chocadeira que também é uma atividade correlata para a recomposição do plantel com novas aves;
- ✓ Arrumação e limpeza dos dormitórios coletivos: limpeza geral e organização dos dormitórios e lavagem de banheiros. Os serviços serão estabelecidos entre os residentes;
- ✓ Limpeza de áreas comuns utilizadas pelos residentes: feita diariamente, sendo os serviços distribuídos entre os residentes;
- ✓ Cuidados com o jardim: área extensa que necessita de cuidados diários e manutenção constante como podas, replantio, irrigação e remoção de galhos.

As atividades realizadas na laborterapia possuem como objetivos terapêuticos devolver ao recuperando sua autoestima, construir estímulos para ressignificação do trabalho como meio de realização pessoal e coletiva, a melhoria de si mesmo, da comunidade e do meio ambiente. Também estimula a valorização do trabalho do outro, reconhecendo o valor do outro e sua importância em sua vida.

Aconselhamento Individual e Grupos Doze Passos - É tarefa conduzida na CT pelo conselheiro, profissional representado por um recuperando que esteja por, no mínimo, 05 (cinco) anos em abstinência de SPA, que possua experiências pessoais com a atividade proposta e que tenha feito cursos de aconselhamento em instituições reconhecidas.

O processo de tratamento é feito através da leitura dos Passos, reflexões pessoais contrapondo com a escrita do recuperando em relação às experiências vividas por cada um, produção de textos com a visão acerca de suas descobertas e dúvidas sobre cada passo.

O procedimento é conduzido de acordo com a capacidade cognitiva do recuperando, que, por ora, pode estar afetada pelo consumo e dependência de álcool e outras drogas. Dessa forma, a individualidade e o tempo de absorção de aprendizados de cada um são considerados pela equipe técnica. Sendo o tempo variável devido aos

casos clínicos, é possível que alguns residentes trabalhem apenas o Primeiro Passo e outros trabalhem até o Terceiro Passo; os próximos Passos são trabalhados no programa de pós-tratamento, findado o período de internação.

Atendimento Psicológico Individualizado - O psicólogo é o componente da equipe técnica na CT que participa dos eventos com avaliação inicial do residente para a construção coletiva do caso clínico e de sua posterior aplicação na PIT. Nessa proposta deve constar a percepção do profissional e como fará a intervenção necessária para o tratamento, ajudando o residente a alcançar as metas estipuladas nesse projeto.

O atendimento é feito conforme rotina estabelecida pela instituição, com exceção de situações adicionais percebidas pela equipe, com duração variável por caso e momento do paciente.

Grupo Institucional ou de Mútua Ajuda - Os grupos de mútua ajuda são encontros em que os AA e os NA são convidados a entrarem nas dependências da CT para beneficiarem os residentes com trocas de experiências e, posteriormente, integrarem-nos à sua rede social de apoio.

O grupo institucional denominado “Nova Vida” presta o atendimento semanal, conforme o mapa de atividades da CT. O encontro é realizado no espaço físico da comunidade e tem a participação dos residentes, recuperandos pós-tratamento ou em sistema de ambulatório previamente autorizados pela equipe técnica. Não há participação dos profissionais da CT Nova Perspectiva, devendo ser feita uma ata para cada reunião, relatando o tema da leitura, os participantes presentes, os oradores e algum evento significativo com preservação do conteúdo das falas.

Grupo de Habilidades de Prevenção de Recaída - O tratamento terapêutico nessa modalidade na CT tem como base teórica um conjunto de técnicas e procedimentos descritos por Marllat, a técnica visa habilitar o recuperando em diminuir os riscos como lapsos e recaídas, sendo possível revertê-los, caso ocorram.

Nesta técnica também é oportunizado um fortalecimento das suas características psicossociais, onde o toxicômano aprende a identificar situações de risco, aprende a reconhecer, perceber e lidar com níveis de estresse, aceitar auxílio, tomar decisões, exercitar a assertividade e pró-atividade, e a superação. As bases para o enfrentamento de situações de risco é dada para fazer a prevenção da recaída do recuperando.

Na CT, a teoria é aplicada pelos componentes da equipe técnica (pedagogo especialista em educação e dependência química ou psicoterapeuta).

Grupo de Reflexão sobre Sexualidade e Afetividade - O grupo é formado pelos residentes da CT e as sessões são coordenadas pelo psicoterapeuta. São realizadas palestras, dinâmicas e psicoeducação voltada para o tema.

A importância desse grupo dá-se devido ao fato de uma parte significativa dos dependentes químicos iniciar ou ter suas práticas sexuais sob efeitos de SPA, assim, podendo ter dificuldades em manter esta prática quando já não estiverem sob o efeito de drogas. Portanto, faz-se necessário o trabalho de orientação em grupo e individual.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

O resultado na pesquisa foi o agrupamento das características comuns dos elementos, sob um título genérico e o critério de categorização semântico, ou seja, categorias temáticas agrupadas conforme o assunto abordado.

Os participantes foram identificados por códigos, a fim de assegurar o sigilo de sua identidade. Para fins de identificação, segue a sequência conforme os apêndices: Administrador/Pedagogo (PB), Assistente Social (PC), Conselheiro (PD), Educador Físico (PE), Médico (PF), Psicólogo (PG). As entrevistas foram assim codificadas e as falas foram apresentadas em texto em itálico, seguida da indicação do profissional que a pontuou.

Da coleta dos dados obtidos, surgiram as seguintes categorias gerais: Procedimentos administrativos adotados; Concepção do tratamento e das técnicas implantadas; Expectativas para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos.

A seguir, é apresentada a sistematização das categorias de análise. Ressalta-se que esta construção foi determinada pela compreensão da pesquisadora sobre o fenômeno estudado.

4.2.1 Procedimentos administrativos adotados

A primeira categoria trata dos procedimentos administrativos adotados na CT Nova Perspectiva pelos profissionais técnicos. A análise dessa categoria resultou em outras subcategorias: Documentos e Serviços prestados; Organização dos Serviços.

Documentos e Serviços Prestados - Para análise dessa subcategoria, a administração da instituição enfatizou pontos como procedimentos/processos assistenciais, confirmando que atualmente a CT possui um fluxograma onde consta o encaminhamento do paciente, sua entrada e alta pós-tratamento, *esse é um material que fornece condições para trabalhar dentro do que é previsível (PB)*. O encaminhamento é feito geralmente por órgãos públicos, justiça, empresas particulares e famílias. A apresentação da instituição nos sites e programas de saúde promove o acesso dos encaminhadores à CT, facilitando o contato com a administração e a possível avaliação inicial do paciente.

No que se refere à elegibilidade, diz que ela deve ser positiva em relação ao paciente com a estrutura terapêutica e funcional da instituição. O grau de motivação do paciente deve ser entre médio e alto do tratamento, *pois o local é aberto e a internação, voluntária (PB)*. Acrescenta que as condições do estado fisiológico e psicológico do paciente devem estar estáveis. *Se o histórico dele for grave ou tiver comorbidades, ou seja, outros adoecimentos mentais, ele precisa passar por uma clínica psiquiátrica para estabilizar o quadro (PB)*. Cita-se que pacientes com quadros clínicos de surtos não devem ser internados em CTs, pois elas não

possuem estrutura médico-hospitalar. *Na CT Nova Perspectiva o tratamento é fundamentalmente psicoterapêutico (PB).*

Para realizar a internação, a equipe técnica avalia se o paciente possui demanda, ou seja, se ele deve ser considerado dependente químico com critério estabelecido pelo CID-10 da OMS, utilizado pelo SUS. Nos casos de baixo e médio risco, os pacientes devem ser atendidos e encaminhados para tratamento em Clínica-Dia, nos CAPS ou ambulatórios, estabelecimentos de saúde mantidos pelas prefeituras e governo federal, embora a CT Nova Perspectiva possua os dois ambientes, *a casa foi principalmente construída para fazer internação (PB).*

Quanto à responsabilidade técnica, recursos humanos e capacitação do profissional, o administrador enfatizou que somente os profissionais graduados das áreas da saúde, social e educação (psicólogos, médicos, assistente social e outros com especialidade em dependência química) são capazes de avaliar as condições físicas e psíquicas do paciente para uma possível internação. Segue para este trabalho a observação do algoritmo do processo de recuperação dos dependentes químicos da CT Nova Perspectiva.

Organização dos Serviços - Para a organização dos serviços prestados na CT, foi elaborado um código de conduta, denominado pela administração como *regras da casa (PB)*, que é aplicável aos residentes e a toda a equipe de trabalho da CT. No código de conduta está descrita a forma de comportamento adequado que deve haver dentro da CT no que se refere ao tratamento com o outro (não estigmatizar, discriminar, ter fraternidade e submeter-se à autoridade da instituição). As normas são apresentadas ao paciente e à família desde o primeiro momento: eles ficam cientes das regras e decisões do colegiado quanto ao tratamento e à alta.

Em conformidade com os documentos apresentados, existe na CT um mapa de atividades diárias para os residentes e profissionais técnicos, estabelecendo os dias e horários para a realização das tarefas. *As atividades são feitas e adequadas para cada um (PB).*

São consideradas condições de garantias para os residentes o contato destes com a equipe técnica de profissionais, evitando, desta forma, possível envolvimento com os demais funcionários em situações de risco. Quanto ao trato, *os desafios são grandes para as pessoas que estão chegando, pois estigmatizam sendo consideradas, maltrapilhas, loucas e perigosas* (PB).

Quanto ao licenciamento, a CT pode atender até 28 (vinte e oito) leitos, sendo que a intenção da administração é oferecer atendimento a 24 (vinte e quatro) leitos, no máximo, devido ao espaço físico da instituição. Mas, conforme o projeto arquitetônico apresenta os espaços necessários para a realização das atividades propostas, a CT *possui a parte administrativa, cozinha, escritório, área de lazer e academia, jardim e dormitórios* (PB). As vagas são condicionadas ao número de leitos oferecidos. A CT possui convênios com empresas e com a central de vagas da subsecretaria de regulação de urgência da SESA do Espírito Santo; elas recebem demandas de pacientes provindos dos CAPS que não atendem terapeuticamente aos programas locais. Uma observação feita pela administração foi a não consolidação de contrato com os planos de saúde, devido a CT não ser considerada entidade de médicos.

Para adesão ao tratamento, a instituição utiliza o processo da motivação através da *empatia, escuta reflexiva, não confronto, evitando criar resistência ao tratamento e a nós* (PB). Relatou que o residente participa de várias etapas motivacionais para que haja êxito no tratamento proposto. As dificuldades encontradas são estudadas e trabalhadas pela equipe, pois não é um processo estático, visto que, o paciente ora está motivado ao tratamento e depois declina. Isto ocorre principalmente na fase inicial da internação.

Quanto ao desligamento por parte do residente da CT antes da alta terapêutica, pode ocorrer por motivos tais como relação sexual dentro da CT, utilização de drogas ou posse das mesmas, agressão ou ameaça de agressão a funcionários e animais domésticos, etc. Nos casos de evasão do residente é feito um relatório e enviado ao encaminhante.

Os serviços prestados com a rede de serviços de saúde são feitos através de encaminhamentos pós-tratamento. Os documentos são enviados aos CAPS ou empresas conveniadas informando as condições físicas e psíquicas do paciente: *sabemos como o residente está e o que ele pretende fazer daqui a um ano (PB)*. O intuito é estabelecer condições adequadas para que o paciente continue o acompanhamento terapêutico e mantenha-se abstinente.

Na organização dos serviços, a administração considera, de forma geral, o trabalho intenso e embasado em resultados clínicos. Declaram ter uma visão terapêutica, humana, espiritual e financeira. Os serviços são programados e embasados teoricamente, não feito aleatoriamente. *Estamos mostrando o que fazemos e temos conseguido convencer muita gente, embasando o que falamos e o que fazemos (PB)*.

4.2.2 Concepção do tratamento na comunidade terapêutica

A segunda categoria trata da concepção dos profissionais técnicos que atuam na CT em relação ao tratamento terapêutico para os toxicômanos no sentido de recuperação e reinserção social. A análise dessa categoria resultou em subcategorias que realçaram o assunto. São elas: O profissional de saúde: sua concepção do tratamento terapêutico em CT, para construção de um novo estilo de vida; Efetividade das técnicas e dos procedimentos implantados.

O profissional de saúde: sua concepção do tratamento terapêutico em CT, para construção de um novo estilo de vida - Através dos relatos da equipe técnica de profissionais da CT, eles demonstraram ter uma concepção de CTs como lugar de referência para tratamento aos pacientes que possuem demanda para a internação.

Consideram a organização dos serviços da comunidade como um suporte, um local que fornece subsídios administrativos e financeiros para que os procedimentos técnicos aconteçam dentro do previsto e mantenham as rotinas estabelecidas, conforme apresentado nos documentos da instituição.

A interdisciplinaridade é conferida, visto que o tratamento terapêutico do paciente é elaborado mediante a aprovação técnica de toda a equipe. É feita uma avaliação prévia do paciente quanto ao seu estado físico, emocional e psíquico.

Destacam que, por ser um local onde somente acontecem internações voluntárias, os procedimentos técnicos e administrativos implantados permitem ao residente uma liberdade de expressão dentro dos grupos de terapia e também individualmente, cada indivíduo podendo-se mostrar enquanto seres humanos em sua fragilidade e incapacidade diante dos problemas a serem enfrentados permitindo que o tratamento aconteça e tenha o resultado estimado; *a ideia é desconstruir uma forma de pensamento que é voltada para a adicção e construir um novo homem (PF).*

Concernente às relações entre profissionais e residentes, são feitas com ética, profissionalismo e respeito, considerando a individualidade de cada indivíduo, suas diferenças, crenças e valores. Nota-se que os pacientes possuem dificuldades em adequar-se às regras e submeter-se a autoridades devido a sua forma de vida anterior, e que isso é trabalhado e focado pela equipe: *as regras são para uma boa convivência (PC).*

As condições motivacionais para adesão ao tratamento também são construídas dentro da CT através das atividades diárias oferecidas para os residentes e acompanhadas pelo profissional graduado da área. Isto promove uma segurança para todos, permitindo alcançar os objetivos propostos que são a recuperação e a reinserção social do paciente na sociedade.

Efetividade das Técnicas e dos Procedimentos Implantados - de acordo com os procedimentos administrativos e a descrição das técnicas terapêuticas apresentados em documentos, essa subcategoria pôde ser realçada para uma avaliação mais profundada. As colocações fornecidas através da fala dos profissionais em relação à realidade dos trabalhos de internação em CT mostrou também aspectos quanto à participação do paciente em seu tratamento, pois o tratamento é feito de acordo com a capacidade funcional do paciente, não havendo imposições.

Os profissionais afirmam que, na fase aguda da doença, os pacientes precisam ser internados, saindo do seu convívio social para restabelecer suas funções orgânicas, emocionais e psíquicas, ora perdidas pela ação das drogas. Em contrapartida, por um tempo, os pacientes perdem seus contatos sociais, mas acreditam, mesmo assim, que esta ação é importante para sua recuperação.

Acreditam que as técnicas e os procedimentos adotados atualmente na CT convergem para um prognóstico positivo, mesmo diante dos limites e dificuldades encontradas nos estudos para embasamento teórico e pelas políticas públicas: *a ciência tem muito a caminhar, se o paciente ficar por 05 anos sem uso de drogas já é positivo (PF).*

Os profissionais afirmam que na CT onde prestam serviços promovem, além do tratamento terapêutico, a reinserção social do paciente. A família é um vínculo usado para que tudo aconteça. As questões são tratadas em conjunto para que as informações transmitidas sejam claras e objetivas.

A visão geral da equipe é de consolidação do tratamento, mesmo havendo declives e algumas vezes desistência por parte do paciente, que sempre é incentivado ao retorno. O processo terapêutico é voltado para a construção de um novo projeto de vida, por meio do qual o paciente terá uma percepção de quem ele era e qual será o seu novo caminho.

A equipe segue em conformidade com as normas e os procedimentos técnicos implantados, buscando atingir eficácia e eficiência que comprovem os trabalhos oferecidos. Demonstram possuir confiança no que fazem, por serem especialistas na área e, de fato, acreditam nos conceitos da instituição.

4.2.3 Expectativas para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos

A terceira e última categoria retrata os conceitos e os anseios da equipe técnica quanto à recuperação e a reinserção social dos pacientes, de acordo com os

trabalhos realizados na CT; os enfrentamentos encontrados; e os resultados que devem ser alcançados. Para tal seguem as subcategorias:

Contribuições das práticas terapêuticas implantadas - As contribuições relatadas pelos profissionais estão relacionadas a um novo projeto de vida, sendo possível quando o paciente e a família absorvem o tratamento e suas metas conforme as designações estruturadas pela instituição.

Concordam em dizer que a relevância do tratamento está associada ao interesse do paciente em desejar o tratamento e à postura da equipe na CT em oferecer uma proposta de trabalho, mostrando que existem outros caminhos e estratégias. As relações com os familiares devem ser monitoradas, visto que, algumas vezes, interferem de forma não condizente ao que está sendo estabelecido pela instituição como plano de trabalho a ser desenvolvido no tratamento.

O intuito é modificar a concepção dos valores e conceitos dos envolvidos em relação ao que se vivia anteriormente; *essa é uma percepção da equipe e um diferencial dentro da CT (PC).*

A interação interpessoal é considerada, dentro da CT, um instrumento para agregação de novos valores, pois os residentes, através de reuniões, palestras, grupos terapêuticos e no cotidiano podem compartilhar uns com outros sobre experiências vividas e notar que os problemas enfrentados são inerentes e comuns a cada um dos indivíduos do grupo. Dessa forma, a motivação é acrescentada e os limites são entendidos, tornando a convivência entre os pares mais flexíveis e possível. *A convivência é boa, mas difícil, porém possível (PD).*

A repercussão é dada posteriormente em relação ao retorno do residente para o convívio social.

Os avanços no tratamento terapêutico da CT - O conceito de dependência química dado pela equipe é que a doença possui características de adoecer também a família, por isto, é considerada de cunho social e com relevância na saúde pública.

A equipe salienta sobre a cronicidade da doença, a baixa adesão ao tratamento por ser uma doença recorrente e com recaídas constantes. A família é preparada para entender esses fatos de forma positiva. Casos sem recaídas são raros, segundo as informações e experiências da equipe.

Foram citadas as divergências teóricas encontradas na área da psicologia e psiquiatria, relatando que, historicamente, o estudo é novo e as necessidades atuais são grandes e de caráter emergencial. Incentivam novos estudos e incrementam a necessidade de pesquisa, pois quanto ao fator “cura” da doença não se pode estabelecer modo, tempo e estratégias.

O que existe atualmente é uma reestruturação no amplo sentido da vida do paciente, fornecendo condições para que ele se mantenha sem a droga. Conseqüentemente, com as ferramentas terapêuticas recebidas, o paciente retorna ao social permitindo-se viver adequadamente. O processo de recuperação e reinserção social é considerado constante e desafiador.

Os profissionais da CT consideram o avanço do tratamento da dependência química a partir da aceitação do paciente ao tratamento (com exceção dos casos judiciais, em que a internação é compulsória, mas que podem ser conduzidos e apresentar os resultados almejados).

O avanço na área social na CT é dado pelo acolhimento ao residente pelo serviço social e apoio à família em relação às questões sociais-trabalhistas, previdenciárias, capacitação e conflitos familiares. Buscam resgatar os valores da cidadania através de reuniões quinzenais e palestras com temas familiares e de apoio assistencial.

Citam as políticas públicas como fonte de integração do paciente à sociedade. É realizado um encaminhamento multidisciplinar pela equipe após a alta do residente para os serviços de saúde: as redes sociais. O objetivo é estabelecer o vínculo do paciente com as estruturas de saúde do seu território para a manutenção do tratamento. Ressaltam a importância deste vínculo em todas as áreas das políticas públicas como a educação, a cultura e o emprego, fornecendo condições básicas de vida e incentivos à abstinência das drogas.

4.3 DISCUSSÃO DOS DADOS

Nessa etapa, a análise interpretativa do estudo fez inferência com o referencial teórico abordado, utilizando as categorias gerais e as subcategorias como elementos comparativos.

De acordo com as orientações do Manual de Orientação para Instalação de Comunidades Terapêuticas do Espírito Santo (2013), onde estão descritas a necessidade de obtenção da licença sanitária local e de promover ações e serviços para o tratamento dos toxicômanos. Foi avaliada, através das observações e documentos apresentados, a organização da instituição (preconizada pelas normas) no que se refere à estrutura física, edificação, condições organizacionais, recursos humanos, operacionais assistenciais, cuidados básicos aos residentes e ambientes de apoio que esta possui, e condições técnicas para a prestação dos serviços propostos.

Com base nas técnicas de coleta dos dados, verificou-se que a CT Nova Perspectiva obtém sua intitulação como atividade por constituir critérios baseados nas normativas da Nota Técnica Nº 01/2011 da legislação vigente, conforme descrito no roteiro de observação. Referente à denominação das instituições, a CT apresenta-se em adequação do prazo estipulado de doze meses.

Quanto à organização dos serviços ANVISA (2011), estabelece condições organizacionais de forma sistemática, ou seja, todos os processos internos e externos realizados pela instituição devem ter protocolos devidamente descritos. Esta avaliação é dada conforme os protocolos apresentados na pesquisa pela instituição estudada. Com essas medidas, terão uma forma de trabalho mais qualificado.

A CT Nova Perspectiva, constituindo-se como CT de acordo com as normas atuais, possui condições técnicas para atender as pessoas com alto comprometimento pelo uso das SPAs e baixa motivação para deixá-las, ou seja, permitido o ato da internação pela instituição conforme a Portaria GM Nº 336/2002 e a Portaria Nº 224/1992 do MS.

Conforme descreve Brasil (2012), que considera as CTs uma solução importante para o problema, tendo como estratégia o financiamento de leitos e com boa infraestrutura física e de recursos humanos, de acordo com as normas vigentes, a CT Nova Perspectiva recebe recursos provindos de convênios com empresas privadas e da SESA do Espírito Santo, participando em parceria com os trabalhos feitos pelos programas de referência em álcool/drogas do estado e dos municípios.

Na concepção da equipe técnica sobre o tratamento terapêutico utilizado na CT, houve convergência em relação aos conceitos fundamentais de CT na citação de autores como Nisbet (1999), que dimensiona a reorientação filosófica, social e psiquiátrica. De acordo com o teórico revolucionou através dos novos moldes de comunidade, levando a uma mudança de perspectivas. Atualmente a CT atende inserida nesse contexto e almejando alcançar novos propósitos.

A metodologia de trabalho da CT está nos moldes psicoterapêuticos. Segundo Damas (2013), existem modelos diferenciados de tratamento. O mesmo autor cita sobre as questões interpessoais, e que no caso da CT ocorrem naturalmente os choques culturais entre os pares, visto que os conceitos, crenças e valores são diferentes e devem ser respeitados, e de acordo com a equipe técnica são pontos trabalhados com os residentes.

As avaliações interdisciplinares segundo a equipe técnica, são criteriosas, que para Damas (2013), são importantes para não haver negligência ou negação do tratamento.

As considerações de Teixeira (2012) e Osório (2013) quanto à consolidação de um novo projeto com características comuns para uma renovação da prática psiquiátrica que surgiu através dos trabalhos pioneiros de Maxwell Jones na Europa, de Marllat nos Estados Unidos e, posteriormente, implantados no Brasil, mostra os caminhos percorridos para a inserção das práticas terapêuticas implantadas.

Neste contexto, o tratamento terapêutico previsto para os residentes da CT são realizados segundo um modelo eclético, de acordo com Del Puppo (2011). As terapias descritas nos documentos apresentados refletem a teoria abordada.

As citações dada pelo autor Laranjeira (2010) sobre a atuação das drogas no SNC vem corroborar quanto à prescrição da terapia individual, pois avalia o tipo de droga usada e o que o uso dela eventualmente causou de danos ao paciente, especificamente. Portanto, com a avaliação multidisciplinar o perfil é traçado e o tratamento elaborado, sendo posto em prática.

As terapias apresentadas no mapa de atividades da instituição estão intimamente relacionadas ao que descrevem sobre o assunto os autores Bordin et al. (2010), Sant'Anna (2010), Melo e Figlie (2010), Figlie e Bordin (2010), Ferreira; Tufik e Melo (2001) e Lima (2007). Esse embasamento teórico da instituição demonstrou o comprometimento da equipe com os estudos e as práticas inovadoras na CT, bem como seu comprometimento com a sociedade.

A motivação e a reinserção social são fatores preponderantemente analisados, pois o tratamento não é possível ou pouco provável que aconteça sem que o paciente tenha aceitação. Segundo Figlie e Bordin (2010), os estágios devem ser considerados e monitorados para que haja êxito. A partir da motivação, todo o processo de tratamento terapêutico acontece e as interações residentes e profissionais se atenuam. A consolidação do tratamento da CT envolve fatores como técnicos e administrativos, mas que são estruturados no sentido de alcançar as metas propostas para cada indivíduo que reside e busca seu novo projeto de vida.

Assim, a efetividade do tratamento na CT não é demonstrada de forma quantitativa na pesquisa, mas comparada ao relato dos dados apresentados e confrontados com a teoria proposta para o estudo, evidenciou uma convergência de ideias, atitudes e ações.

Na expectativa dos profissionais, existem fatores explicitados em relação às melhorias de trabalho nas CTs e avanços nos estudos sobre o tema em questão. Os profissionais reconhecem que isto dependerá dos serviços prestados, do tratamento terapêutico utilizado, do monitoramento dos processos e das atividades sociais exercidas. A denotação das expectativas é reforçada no que diz Nisbet (1999) quanto à fusão dos sentidos humanos e ressaltada por Teixeira (2012), que

descreve sobre o desenvolvimento do espírito comunitário e da responsabilidade coletiva.

Paralelo a isso, o novo estilo de vida definido com a ajuda mútua entre os pares e aplicação de conceitos, segundo Brasil (2007), demonstram contribuições relevantes e embasadas para o tratamento na CT.

Os avanços no tratamento são contínuos, pois, após a alta da internação o indivíduo habilitado, de posse das ferramentas terapêuticas recebidas no tratamento na CT, é encaminhado para uma rede social, preferencialmente no seu território de origem, onde deve ser atendido pelos programas de saúde especializados, acompanhado pelo trabalho realizado pelo serviço social local e com apoio das políticas públicas (POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS, 2011).

Assim, os dados advindos da pesquisa foram caracterizados pela fundamentação teórica, evidenciando uma coerência entre o empirismo e os dados científicos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade dos serviços prestados pelas CT através da atuação da equipe técnica de profissionais para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos apresentada na pesquisa constituiu o questionamento como as comunidades terapêuticas prestam serviços de saúde para estas ações, envolvendo as técnicas e os procedimentos usados pela equipe técnica de profissionais. O estudo também problematizou questões que envolvem o usuário de drogas, às suas necessidades iminentes, os fatores de risco e o tratamento terapêutico na CT.

A relevância do estudo foi mostrada através de dados estatísticos comprovados pelos teóricos quanto ao uso e abuso de substâncias psicoativas no Brasil e no mundo, centralizando o assunto da pesquisa para a análise do objetivo geral e consequentemente refinar com os objetivos específicos.

Para alcançar o objetivo geral e específicos foram analisados os serviços prestados, as práticas e os procedimentos técnicos usados na CT. A análise foi feita através da técnica metodológica do estudo de caso. A técnica propiciou coletar os dados necessários para a elaboração e validação dos processos com o uso dos instrumentos; a observação, os documentos e as entrevistas.

Complementando, a fundamentação teórica da pesquisa apresentou um arcabouço que envolveu temas relacionados aos conceitos de comunidades terapêuticas, sua expansão e institucionalização, conferindo uma base de teorias que confirmam sua existência, participação na área da saúde e importância social. Enfatizando que os primeiros trabalhos em comunidade surgiram no século XIX, através dos novos pensamentos de autores adeptos a inovações e conquistas.

Ressalta-se sobre os trabalhos feitos para a renovação da psiquiatria, a busca pelas reformas institucionais que atendiam os indivíduos com transtornos mentais e usuários de álcool/drogas.

Em consequência dos fatos, surgiram também as bases teóricas para o tratamento terapêutico na área da medicina, do psicossocial e do social, criando estruturas e moldes diferenciados de CT. Com os avanços dos trabalhos, devido às necessidades observadas no contexto social, surgiram as políticas públicas e as normas baseadas nas leis governamentais que regem o país para qualificar as instituições que prestam serviços para o tratamento de indivíduos com uso e abuso de substâncias psicoativas.

Na análise dos dados encontrados através dos instrumentos foram constituídas as categorias de análise que ampliaram o conhecimento acerca do assunto e propiciou desenvolver proposições pelos profissionais da equipe, sendo possível alcançar os objetivos específicos. Destas categorias foram verificados os serviços prestados pela CT com base nas normas técnicas atuais vigentes de funcionamento e descrito as técnicas terapêuticas e os procedimentos internos aplicados.

A avaliação das técnicas terapêuticas implantadas na CT foi possível através do confronto dos dados coletados junto a equipe técnica com a teoria proposta. Desta forma o resultado da pesquisa conferiu a viabilidade e a efetividade dos serviços na instituição.

São consideradas algumas limitações na pesquisa, como a não observação dos serviços prestados no cotidiano da instituição, ou seja, o trabalho pessoal feito pelos profissionais técnicos com os residentes. Este fator foi determinado pelo fato da pesquisadora não possuir especialidade na área da dependência química.

A pesquisa é vasta em seus contornos sobre o assunto, visto que, as abordagens teóricas e as considerações feitas pelos profissionais da CT incitam cada vez mais novos estudos, propiciando técnicas e procedimentos que melhorem e acompanhem o panorama das necessidades atuais decorrentes pelo uso e abuso de substâncias psicoativas no país e no mundo.

Entretanto, estudos relacionados como relações interpessoais entre residentes e profissionais de CT, comunidades terapêuticas com outros moldes de tratamento e condutas de tratamentos podem acrescentar ao arsenal para a sociedade científica.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica Nº 01/2011:** esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/750f6180486d43639983992bd5b3ccf0/Nota+T%C3%A9cnica+n%C2%BA+1_2011_+GGTES+Final_formatada_PDF.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC ANVISA Nº 101, de 30 de Maio de 2011.** Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms___anvisa.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** (Trad.) Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 2. Reimpressão da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORDIN, Selma, et al. **Terapia cognitiva.** In: FIGLIE, Neliana Buzi; _____; LARANJEIRA, Ronaldo. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

_____. **Prevenção de recaída.** In: _____; _____; _____. Aconselhamento em Dependência Química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004:** norma operacional básica NOB/SUAS, 2005. Brasília, 2005. Disponível em:

<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/arquivo/Politica%20Nacional%20de%20Assistencia%20Social%202013%20PNAS%202004%20e%202013%20NOBSUAS-sem%20marca.pdf>>. Acesso em: 22 Abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de Agosto de 2011.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas:** aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: SENAD, 2012.

_____. Governo Federal. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas contra Drogas. **Crack, é possível vencer: compromisso de todos**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 336/GM em 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

_____. _____. **Portaria SAS/MS Nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para a atendimento ambulatorial e hospitalar na assistência à saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1992. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislação-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf>. Acesso em: 10 Abr. 2014.

_____. **Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. Ministério da Justiça. **Tratamento modelo/comunidade terapêutica**. 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastro=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAutica>. Acesso em: 05 Maio 2014.

_____. Ministério de Políticas sobre Drogas. **SENAD divulga a quarta lista das comunidades terapêuticas habilitadas**. 2013. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/.../ler_noticiaphp?...>. Acesso em: 12 Fev. 2014.](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/.../ler_noticiaphp?...)

_____. **Lei Nº 6.437, de 20 de agosto de 1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm>. Acesso em: 12 Fev. 2014.

_____. **Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002**. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/11074912/lei-n-10409-de-11-de-janeiro-de-2002>>. Acesso em: 12 Fev. 2014.

CARLINI, E. A. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. 2004. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11461&rastr=PUBLICA%C3%87%C3%95ES%2FRelat%C3%B3rios+de+pesquisa/Nacionais>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

_____. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id...>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

COSTA, Selma Frossard. **As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química**. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20ABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20O%20DO%20AUTOR.pdf>>. Acesso em: 15 Fev. 2014.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública**. Santa Catarina-Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

DEL PUPO, Laelio Loureiro. **Projeto novas perspectivas de reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes do abuso e da dependência do álcool e outras drogas**. Diretor da Instituição. Venda Nova do Imigrante, 2011.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Manual de orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado do Espírito Santo**. 2013. Disponível em: <www.saude.es.gov.br/download/MANUAL_REVISADO_FINAL.pdf>. Acesso em: 12 Fev. 2014.

FERREIRA, Eduardo Sionaldo; TUFIK, Sérgio; MELLO, Marco Túlio de. Neuroadaptação: uma proposta alternativa de atividade física para usuários de drogas em recuperação. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v. 9, n. 1, p. 31-39, Jan. 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=284113&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma. **Motivação**. In: _____; _____. LARANJEIRA, Ronaldo. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Entrevista motivacional**. In: _____; _____. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

http://www.novaperspectiva.org.br/a_comunidade.html. Comunidade Terapêutica Nova Perspectiva: pesquisa e recuperação da dependência química. Acesso em: 15 ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Histórico**. 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=320506&search=espírito-santo|venda-nova-do-imigrante|infograficos:-historico>>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

_____. **Índice de desenvolvimento humano municipal - IDHM**. 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=320506&idtema=118&search=espírito-santo%7Cvenda-nova-do-imigrante%7C%C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->>>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

KREISCHE, Fernanda; SORDI, Anne Orgler; DIEMEN, Lisia von. **Conceitos básicos no transtorno de uso de crack, álcool e outras drogas**. In: BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: SENAD, 2012. p. 21-22.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Tratamento da dependência do crack:** as bases e os mitos. In: RIBEIRO, Marcelo; _____. O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

_____. **O uso de cocaína e crack no Brasil.** In: Levantamento nacional de álcool e drogas. 2012, São Paulo. Anais... São Paulo: INPAD, 2012.

LIMA, Valquiria de. **Ginastica laboral:** atividade física no ambiente de trabalho. 3. ed. São Paulo: Phort., 2007.

MATTOS, Hércio Fernandes (org). **Dependência química na adolescência:** tratar a dependência de substâncias no Brasil. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MELO, Denise Getúlio de; FIGLIE, Neliana Buzi. **Psicoterapia de grupo no tratamento da dependência química.** In: _____. BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. Entrevista Motivacional. In: _____. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

NISBET, Robert A. **Comunidade.** In: FORACCHI, Marialice Mencarini; MARTINS, José de Souza. Sociologia e Sociedade. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Escritório contra drogas e crime. **Relatório mundial sobre drogas 2008 do UNODC.** Disponível em <http://www.antidrogas.com.br/conteudo_unodc/PrincipaisPontosRelatorio2008.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10:** Referência Rápida. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhar com sistemas humanos:** Grupos, Casais e Famílias, Empresas. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. **Do ajustamento à inversão da cidadania:** serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS,

Eduardo Mourão (org.). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

POLITICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: Documentos para Debate. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2011.

RATTO, Lilian Ribeiro Caldas; CORDEIRO, Daniel Cruz. **Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química.** In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

SÃO PAULO (Estado). **Manual de orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no estado de São Paulo.** 2012. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/sccivil/comad/manual_instalacao.pdf>. Acesso em: 12 Jun. 2014.

SANT'ANNA, Walmir Teodoro. **Alcoólicos anônimos.** In: FIGLIE, Nuliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. (orgs.). Aconselhamento em Dependência Química. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

SOUZA, Sérgio Ricardo de. **A nova lei antidrogas:** Lei Nº 11.343/2006: comentários e jurisprudência. Niterói: Impetus, 2006.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. De belmont ao Odilon galotti: As comunidades terapêuticas no Brasil e a resistência à ditadura militar. **Cultura Psi**, v. 0, 2012. Disponível em: <www.culturapsi.org/Revistas/volumen_0/8.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2014.

TIBA, Içami. **Juventude e drogas:** anjos caídos. São Paulo: Integrare, 2007, p. 103-111.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, Santa Catarina – Florianópolis, v. 39, n. 3, p. 507-514, Junho de 2005.

YIN, Robert K.. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO/DIÁRIO DE CAMPO

CT: _____ Período: _____

1. Procedimentos em saúde realizados pelos profissionais da equipe de saúde da Comunidade Terapêutica.

Práticas desenvolvidas:

- ✓ Aos residentes: consulta médica; consulta psicológica; atividade física; aconselhamento.
- ✓ Aos residentes e familiares: palestras, atividades em grupo, mobilizações, etc.
- Profissionais que realizam;
- Como são realizadas;
- Procedimentos e técnicas implantados pela CT;
- Com quem são realizados;
- Condições existentes para realizar ações educativas: infraestrutura e recursos materiais.

2. Procedimentos administrativos adotados, segundo as normas técnicas: RDC 101/2001 e RDC 29/2011.

- Denominação da instituição – capacitação para o serviço prestado;
- Licença Sanitária;
- Responsabilidade técnica;
- Recursos humanos;
- Capacitação da equipe;
- Organização do serviço;
- Programa terapêutico;
- Procedimentos/Processos Assistenciais;
- Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde;
- Infraestrutura;
- Sigilo e Anonimato;
- Critérios de elegibilidade;
- Garantias para os residentes;
- Administração de medicamentos.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA (ADMINISTRADOR/PEDAGOGO) (PB)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: _____ / _____ / 2014

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na CT: _____

Experiência anterior com o campo da área em Saúde (dependência química):

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Quais os procedimentos administrativos para as internações em uma CT?
2. Quais são os motivos necessários para uma internação de um dependente químico em CT?
3. Como são elaborados os trabalhos diários para os residentes na CT?
4. Quais são os desafios enfrentados pela administração para que o funcionamento da CT aconteça?
5. Qual a sua percepção administrativa quanto à integração da equipe de profissionais e residentes da CT?
6. Em relação aos financiamentos de leitos, como isso ocorre? Como é feito o controle das vagas?
7. Quais são as perspectivas declaradas pelos familiares para o êxito do tratamento do dependente no momento da internação na CT?
8. Qual o procedimento da Instituição nos casos de não adesão ao tratamento terapêutico, reincidência de casos e evasão (fuga)?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (ASSISTENTE SOCIAL) (PC)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: _____ / _____ / 2014

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na CT: _____

Experiência anterior com o campo da área em Saúde (dependência química):

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Quais são as vantagens e desvantagens na internação do dependente químico em uma CT?
2. Os critérios técnicos e administrativos adotados pela CT atendem as necessidades dos toxicômanos?
3. Qual é a sua percepção como profissional da equipe de saúde no tratamento ao toxicômano em uma CT?
4. Em relação ao grau de confiabilidade e eficácia do serviço prestado por uma CT, qual seria a sua afirmação?
5. Como o serviço social desempenha o seu papel dentro de uma CT?
6. Qual o trabalho realizado pelo serviço social com as famílias dos dependentes químicos na CT?
7. Em relação à reinserção social, qual o acompanhamento fornecido pelo serviço social após a alta do residente da CT?
8. Como o serviço social considera as políticas públicas de saúde em relação ao dependente químico?

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA (CONSELHEIRO) (PD)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: _____ / _____ / 2014

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na CT: _____

Experiência anterior com o campo da área em Saúde (dependência química):

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Quais são as vantagens e desvantagens na internação do dependente químico em uma CT?
2. Os critérios técnicos e administrativos adotados pela CT atendem as necessidades dos toxicômanos?
3. Qual é a sua percepção como profissional da equipe de saúde no tratamento ao toxicômano em uma CT?
4. Em relação ao grau de confiabilidade e eficácia do serviço prestado por uma CT, qual seria a sua afirmação?
5. Em relação à terapia cognitiva comportamental, qual a sua concepção para a recuperação dos toxicômanos? Fale sobre a função do conselheiro.
6. Quais são as dificuldades que o conselheiro enfrenta para fornecer a assistência técnica ao dependente químico na CT?
7. Como é dada a interação entre o conselheiro e os residentes da CT no cotidiano?
8. Através da experiência de vida do conselheiro, qual a sua concepção em relação à psicoterapia de grupo e individual?

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA (EDUCADOR FÍSICO) (PE)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ____ / ____ / 2014

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na CT: _____

Experiência anterior com o campo da área em Saúde (dependência química):

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Quais são as vantagens e desvantagens na internação do dependente químico em uma CT?
2. Os critérios técnicos e administrativos adotados pela CT atendem as necessidades dos toxicômanos?
3. Qual é a sua percepção como profissional da equipe de saúde um tratamento ao toxicômano em uma CT?
4. Em relação ao grau de confiabilidade e eficácia do serviço prestado por uma CT, qual seria a sua afirmação?
5. Como o educador físico desempenha o seu papel dentro de uma CT?
6. Quais os procedimentos realizados pelo educador físico com os dependentes químicos na CT?
7. Em relação às atividades físicas, qual o resultado alcançado na vida dos residentes, em que isto tem auxiliado na recuperação e na reinserção social?
8. Quais são as dificuldades enfrentadas pelo educador físico no acompanhamento e realização dos trabalhos aos residentes?

APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA (MÉDICO) (PF)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ____ / ____ / 2014

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na CT: _____

Experiência anterior com o campo da área em Saúde (dependência química):

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Quais são as vantagens e desvantagens na internação do dependente químico em uma CT?
2. Os critérios técnicos e administrativos adotados pela CT atendem as necessidades dos toxicômanos?
3. Qual é a sua percepção como profissional da equipe de saúde no tratamento ao toxicômano em uma CT?
4. Em relação ao grau de confiabilidade e eficácia do serviço prestado por uma CT, qual seria a sua afirmação?
5. Quais são os medicamentos específicos para as toxicomanias? E os medicamentos de intervenção?
6. Existe relação entre a alteração de personalidade do indivíduo e a dependência química?
7. Quais são os fatores que levam o paciente a não aderir o tratamento terapêutico numa CT?
8. Qual é o perfil do dependente químico?

APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA (PSICÓLOGO) (PG)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: _____ / _____ / 2014

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Graduação: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de atuação na CT: _____

Experiência anterior com o campo da área em Saúde (dependência química):

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Quais são as vantagens e desvantagens na internação do dependente químico em uma CT?
2. Os critérios técnicos e administrativos adotados pela CT atendem as necessidades dos toxicômanos?
3. Qual é a sua percepção como profissional da equipe de saúde no tratamento ao toxicômano em uma CT? Existe cura para o dependente químico?
4. Em relação ao grau de confiabilidade e eficácia do serviço prestado por uma CT, qual seria a sua afirmação?
5. Na sua percepção e com base em dados da CT, qual o índice de pacientes residentes que passam pelo tratamento de internação e tornam-se abstinentes?
6. Quais são os motivos descritos pelo usuário de substância psicoativa que o levou a ser um dependente químico?
7. Como é realizada pelo psicólogo a psicoterapia individual e de grupo? Como é a interação entre psicólogo e residente?
8. Na pós-alta terapêutica, o residente precisa enfrentar as mudanças conquistadas para viver no meio externo. Como isto ocorre?

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Alcimária Aguiar Boroto, Farmacêutica-Bioquímica, aluna do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional da Faculdade Vale do Cricaré - São Mateus E.S.

Venho, por meio desta, convida-lo (a) a participar de uma pesquisa científica que será realizada para a dissertação do meu trabalho de conclusão de curso, com o título: “Pesquisar a qualidade dos serviços prestados pelas Comunidades Terapêuticas através da atuação da equipe de profissionais para recuperação e reinserção social dos toxicômanos”. Nesta pesquisa tenho como objetivo analisar sobre a atuação dos serviços prestados pelas Comunidades Terapêuticas para toxicômanos e como as suas necessidades terapêuticas são atendidas.

Gostaria de contar com sua participação, mas como esta participação é voluntária, caso não queira participar isso não implicará em prejuízos financeiros ou assistenciais para você, nem para sua família. Para participar desta pesquisa não haverá nenhum custo para você ou para a Instituição escolhida. Uma vez participante do presente estudo você tem o direito de desistir em qualquer momento.

É importante estar ciente de que a pesquisa será feita por meio de entrevistas gravadas, mas todos os dados que forem prestados por você serão anônimos e confidenciais, ninguém saberá que as informações foram fornecidas por você, em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho. Os dados serão gravados e transcritos e após sua utilização serão destruídos.

Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com o pesquisador abaixo identificado ou com a Faculdade Vale do Cricaré, pelo telefone 27 3312-0005, diariamente de segunda a sexta-feira durante o horário das 14:00 às 22:00 horas.

PESQUISADORA: Alcimária Aguiar Boroto
e-mail: alciboroto@bol.com.br
Telefone: (27) 3763-2300 ou (27) 99854-5633.

ORIENTADORA: Luciana Teles Moura
e-mail: lucianatmoura@gmail.com
Telefone: (27) 99972-5488

ACEITE:

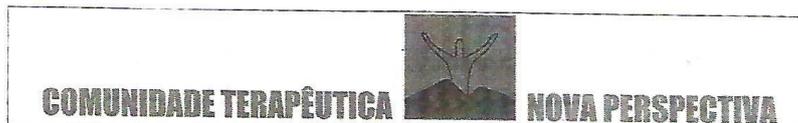
Eu, _____, RG _____,
aceito participar da presente pesquisa e afirmo que fui esclarecido sobre os motivos
da realização deste trabalho, os riscos aos quais estou submetido e tenho ciência de
que minha participação é voluntária.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura do participante

ANEXO

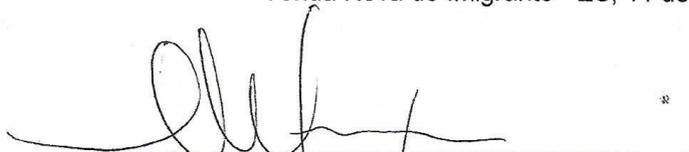
ANEXO I

AUTORIZAÇÃO DO INSTITUTO PERSPECTIVA DE PESQUISA E
RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA – COMUNIDADE TERAPÊUTICA
NOVA PERSPECTIVA

Autorização

O Instituto Perspectiva de Pesquisa e Recuperação da Dependência Química – Comunidade Terapêutica Nova Perspectiva, CNPJ 05.866.446/0001-17, tem a informar que, fica autorizada a realização da pesquisa “Pesquisar a qualidade dos serviços prestados pelas Comunidades Terapêuticas através da atuação da equipe de profissionais para a recuperação e reinserção social dos toxicômanos” pela farmacêutica-bioquímica Alcimária Aguiar Boroto, mestranda em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Regional pela Faculdade Vale do Cricaré – São Mateus ES.

Venda Nova do Imigrante - ES, 11 de fevereiro de 2015.



Laelio Loureiro Del Pupo - Pedagogo
Especialista em Dependência Química
28-9981-1208

05.866.446/0001-17

**INSTITUTO PERSPECTIVA DE PESQUISA E
RECUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Rua Projetada, s/n - Tapera
Venda Nova do Imigrante - ES
CEP: 29375-000

ANEXO II

COMUNIDADE TERAPÊUTICA  NOVA PERSPECTIVA

Venda Nova do Imigrante – ES, ___ de _____ de _____.

CTNP/EM/Nº ___/_____

DA: Equipe Multidisciplinar

AO:

ENCAMINHAMENTO

Estamos encaminhando o recuperando _____ (Processo n.º _____). Informamos que trata-se da sua 1.ª internação nesta instituição e quarta em outra, sendo está no período de ___/___/_____ à ___/___/_____.

QUADRO INICIAL APRESENTADO: Estado confusional, debilidade física, baixa motivação para o tratamento, pouca dificuldade de interação com o grupo dos pacientes, sem dificuldade no cumprimento dos horários e regras básicas das rotinas da CT, baixo risco de abandono.

QUADRO APRESENTADO NA ALTA CLÍNICA: melhorias das condições físicas, participativo e bem adequado ao ambiente de internação, boa interação com os outros companheiros, condições psíquicas com melhorias significativas, comportamento adequado, motivado, disciplinado, mais comunicativo, um pouco ansioso.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA CTNP

Sugere:

- (X) Acompanhamento periódico com médico psiquiatra, devendo inicialmente ser reavaliado 15 (quinze) dias após alta clínica
- (X) Envolvimento da família em todo processo de tratamento
- (X) Acompanhamento Supervisionado pelo Programa de Saúde da Família (PSF)

(X) Tratamento Psicológico

(X) Acompanhamento do Serviço Social, com visitas domiciliares periódicas.

() Acompanhamento Nutricional

Outros: Continuar frequência aos grupos de mútua ajuda (AA).

Obs.: O paciente alcançou as metas e objetivos propostos no seu Programa de Reabilitação Psicossocial e completou o tempo previsto inicialmente. Sendo orientado a buscar a continuação de processo de recuperação no seu Encaminhante para esta instituição, também orientamos a continuação da frequência aos Grupos de Mútua Ajuda (AA & N/A) semanalmente como iniciado durante sua residência terapêutica em nossa CT.

Atenciosamente

Equipe Multidisciplinar da CTNP

ANEXO III

COMUNIDADE TERAPÊUTICA  NOVA PERSPECTIVA

CÓDIGO DE CONDUTA DO CTNP**CLÁUSULA N.º 01**

É vedado comportamento, atos, atitudes verbais ou físicas, que constituam em discriminação e/ou tratamento preconceituoso a pessoas com base na homofobia, discriminação por crença religiosa ou ausência desta, tipo de substância que usava, obesidade, cor de pele, etnia ou quaisquer diferenças, constituindo seu ato em infração com aplicação de medida punitiva.

A reincidência poderá acarretar desligamento do programa com conseqüente rescisão contratual.

CLÁUSULA N.º 02

É vedado o uso de palavras ou gestos ofensivos ou de baixo calão, ameaças físicas ou morais por parte de quaisquer das pessoas ora integrantes desta Comunidade Terapêutica, seja recuperando ou integrante da equipe técnica.

Em caso de infração a esta norma, será aplicada medida disciplinar.

CLÁUSULA N.º 03

Os atos de agressões físicas ocorridos por parte do recuperando contra quaisquer das pessoas ora integrantes desta Comunidade Terapêutica, seja recuperando ou integrante da equipe técnica, serão penalizados com aplicação das MEDIDAS PUNITIVAS ASSIM ELENCADAS na Clausula 21 alínea a.

OS Atos de agressões físicas a qualquer pessoa, animal ou planta por parte dos RECUPERANDO SERÃO APLICADAS MEDIDAS PUNITIVAS.

Deverão ser entendidos como processos comportamentais inadequados a serem objeto de tratamento na CT e seus responsáveis poderão, após avaliação minuciosa e profunda, optar por desligamento do agressor, orientando-o a buscar local mais adequado com serviços diferenciados.

Casos com lesões corporais poderão, a critério da vítima, ser encaminhado às autoridades constituídas para as medidas legais cabíveis, sem prejuízo de seu registro no livro de Intercorrências.

Caso a agressão seja de grau menor a Equipe Técnica poderá aplicar medidas punitivas e educativas previstas na Cláusula 21 alínea a como, direito à visita, perda do direito de sair para assistir reuniões dos Grupos de AA/NA, Na ou outros eventos que os técnicos considerarem para a comunidade e o recuperando. Poderá ser sugerido o aumento do tempo de residência do recuperando na CT.

CLÁUSULA N.º 04 - Uso de Substâncias Psicoativas (SPAs)

É totalmente necessária a abstinência de bebidas alcoólicas, drogas e outras substâncias estimulantes e medicamentos, exceto se houver prescrição médica com laudo e prescrição anexados ao prontuário do Recuperando Residente.

Portar, introduzir, pedir que outros o façam, qualquer tipo de SPA (álcool, medicações controladas, drogas ilícitas) na CT será considerado falta grave, e tratada e punida com as medidas mais severas e disciplinadoras que vão desde a ampliação do prazo de permanência na residência, perda de privilégios, visita familiar ou até mesmo o desligamento do programa. Aqueles de fora da CT que participarem destes eventos poderão ser denunciados às autoridades competentes por tráfico de entorpecentes.

O uso resultará no afastamento do interno, sendo que na hipótese de serem trazidas bebidas alcoólicas e/ou outras drogas para dentro do **CTPN**, poderá resultar em desligamento definitivo do interno.

CLÁUSULA N.º 05

É vetada aos Recuperando Residente o contato com pessoas alheias à ET, ESA e Gestores sem o prévio consentimento de algum técnico da equipe, pessoas que

estejam circulando nos limites fora da área da CT, prestando algum tipo de serviço temporário nas dependências da instituição deveram ser aconselhadas a procurar pela administração/recepção da CT. Caso exista contato físico ou troca de objetos a falta passará de leve para grave, podendo Recuperando Residente o ser advertido e ou perder privilégios.

CLÁUSULA N.º 06

O uso de objetos eletroeletrônicos, de comunicação, de armazenagem de dados, celulares ou similares estão vetados aos RR, e aos RV quando estiverem nas dependências da CT.

Aqueles que, por ventura, forem encontrados de posse de tais aparelhos deverão colocá-lo sob a guarda da ET ou Gestores para apanhá-los na hora de sua saída da CT. Se a posse de tal aparelho tiver com intenção fazer contato com pessoas alheias ao processo de recuperação será entendido como falta grave à disciplina cabendo a ET determinar medida educativa e terapêutica necessária.

CLÁUSULA N.º 07

Os atos sexuais de qualquer natureza entre os RR, RV, ET, Visitantes, ESA estão vetados, pois estes são considerados atos de indisciplinas gravíssimos podendo, dependendo da avaliação da ET, decorrer em desligamento por alta administrativa. Durante as visitas dos familiares e amigos do RR os contatos mais íntimos deverão ser evitados, estando sujeitos ao acompanhamento por membro da ET. Os processos íntimos de cada um dos RR deverão ser circunscritos aos banheiros de seu dormitório de modo discreto.

CLÁUSULA N.º 08

As atividades na CT fazem parte de um Programa Terapêutico elaborado seguindo modelos cujas bases científicas tornam importante a participação de todos os Residentes Residente, exceto quando se tratarem de atividades alternativas, como por exemplo, as Palestras Religiosas conforme previsto no Mapa de Atividades Diárias do Recuperandos Residentes, atividades lúdicas e recreativas que não estiverem previstas neste documento assim também serão. A negativa em participar de atividades poderá ser entendida pela ET como um processo resistência velada ao

tratamento, cabendo medidas educativas e terapêuticas, bem como perda de privilégio a critério da Equipe Técnica.

CLÁUSULA N.º 09

As atividades laborativas previstas no Programa de Atividades podem ser escolhidas pelos Recuperandos Residentes conforme suas aptidões, gostos e preferências, porem alguma atividade deverá ser produzidas como parte do processo de integração social, da construção da valorização do trabalho próprio e/ou alheio. A ET poderá direcionar terapeuticamente o RR para atividades que possam ajudá-lo a desenvolver potenciais pessoais. As recusas em participar das atividades laborais podem ter como consequência medidas educativas e terapêuticas, bem como perda de privilégios.

CLAÚSULA N.º 10

A permanência nos dormitórios só será permitida nos horários de descanso, após os banhos para troca de roupa previstos nos Mapa de Atividades Diárias ou em casos excepcionais quando autorizados pelo técnico de plantão. O isolamento deve ser evitado, pois constitui condição dificultadora da ressocialização e da convivência entre os pares.

CLÁUSULA N.º 11 - Horários

O interno tem um período de laborterapia de 2 (duas) horas diárias de segunda a sexta-feira, exceto sábado (quando houver visita), domingo e feriados, que foi assim determinado para que tenha tempo para desenvolver outras atividades de seu interesse, como artesanato, música, estudos. Estas atividades, assim como a laborterapia, FAZEM PARTE do processo terapêutico, portanto devem ser efetuadas.

Conforme a Mapa de Atividades diárias dos Recuperandos Residentes disponível para consulta no corredor próximo ao auditório da CTNP.

CLÁUSULA N.º 12 – Direito de Defesa

Será concedido o direito de ARGUMENTAÇÃO EM SEDE DE defesa. Devendo as partes envolvidas nos conflitos com este conjunto de Normas BUSCAREM

ALCANÇAR UMA SOLUÇÃO DENTRO DAS PREVISTA NO PROJETO TECNICO, NO ESTATUTO, ANTERIORMENTE tomadas quaisquer medidas, educativas, disciplinares ou punitivas, Será indicado a ser trabalhada a agressividade em processo Psicoterapêutico adequado seja individualmente ou em grupo conforme determinar a ET.

CLÁUSULA N.º 13 - Relacionamento com os companheiros

Deve ser evitado entrar em um quarto que não seja o seu.

Deverão ser obedecidas as normas de limpeza, higiene e ordem do quarto, conforme estabelecido pela direção.

Mudança de quarto só poderá ocorrer com a autorização ou a pedido da direção.

Não é permitido andar de toalha, traje íntimo ou atentatório ao pudor na área do **CTPN**, e mesmo nos corredores.

No **CTPN** todos devem ser chamados pelos seus respectivos nomes, ficando assim proibido o uso de apelidos.

Do ambiente social de onde veio, pode ter sido muito comum o uso de palavrões, piadas e linguagem suja, chula. Para criar a possibilidade de novos relacionamentos após o tratamento, é muito importante desintoxicar a mente de tal linguagem. Por isso é necessário todo esforço para evitar tal linguagem.

Empréstimos e transações entre internos, a casa não se responsabiliza por estes atos e não concorda com os mesmos. A direção da casa poderá tomar atitudes disciplinadoras para uma ou mais partes envolvidas.

Dinheiro de uso pessoal deverá ser depositado na secretaria, para ser retirado de acordo com as necessidades, obedecidas as normas da casa e as instruções do depositante. O depósito na secretaria objetiva evita problemas entre internos e a tentação de fazer uso do dinheiro para alimentação da dependência.

Compras para os internos serão regulados pela casa.

CLÁUSULA N.º 14 - TV , Som e Revistas/Livros/Literatura em geral

Visando um ambiente tranquilo e salutar, não é permitido usar ou trazer qualquer tipo de aparelho sonoro, televisivo e/ou de comunicação para esta casa.

Os aparelhos de som, TV, vídeos e/ou outros, tem normas de uso específicas, sempre de acordo com o espírito e objetivos desta casa. Revistas e literatura serão verificadas antes de entrarem na casa. É rigorosamente proibida a entrada de literatura e revistas de conteúdo pornográfico. TV, som só coletivamente em horários e programação estabelecidos pela equipe técnica; as literaturas só também as que estão disponíveis na instituição selecionadas pela equipe técnica; aparelhos ou outros bens do recuperando serão guardados pela gestão da CT e devolvidos após a alta, ver lista de o que trazer o que não trazer para a ct.

CLÁUSULA N.º 15 - Consultas médicas, exames, tratamentos, etc.

Efetuar tratamentos médicos antes da internação. Só serão permitidos tratamento dentário e exames que forem de urgência.

Quando receitado um medicamento o interno tem o dever de adquirir esse remédio. O **CTPN** não se responsabiliza pelo pagamento dos mesmos.

Quando houver um caso de urgência o interno será encaminhado a um hospital conveniado do SUS e repassada à situação a família ou responsável. O **CTPN** não arca com as eventuais despesas médico-hospitalares.

CLÁUSULA N.º 16 - Vistorias e Visitas

As visitas precisam ser previamente comunicadas, inclusive para fins de preparo de refeições, se for o caso, cujo valor da refeição deverá ser custeado pelos mesmos.

As visitas devem obedecer aos horários e as normas da casa.

Entradas e saídas de internos e visitantes estarão sujeitos a revista por parte da direção.

As visitas serão aos sábados a tarde, as pessoas serão selecionadas para segurança e aproveitamento do recuperando, pela manhã do mesmo dia serão os grupos de família dos recuperandos residentes.

CLÁUSULA N.º 17 – Telefonemas

É reconhecido e assegurado o direito ao contato via telefone para pessoas previamente autorizadas pela equipe técnica, as suas expensas, após 7 (sete) dias da internação, em horário e dia estipulado, monitorados pela equipe técnica.

Cabe à direção do **CTPN** receber chamadas telefônicas e transmiti-las aos internos.

CLÁUSULA N.º 18 - Correspondência

As correspondências e/ou encomendas recebidas deverão ser abertas na presença de pessoa credenciada pela casa para isso, respeitado o sigilo do conteúdo, somente das cartas.

CLÁUSULA N.º 19 - Cozinha

A higiene é critério de ação na cozinha, por isso só poderão circular nela aqueles que estão escalados para auxiliar nesta atividade.

Pedimos que haja responsabilidade para evitar desperdícios.

Alimentação no **CTPN** fora dos horários estipulados para o grupo é rigorosamente proibido.

Alimentos e bebidas deverão obedecer às normas estabelecidas pela casa, conforme Anexo.

CLÁUSULA N.º 20 - Bens e pertences do recuperando

Se cada um agir como bem entender, em pouco tempo haverá muitas coisas danificadas.

Os bens do **CTPN** e/ou nele existentes são adquiridos com dificuldade. Por isso, todo o cuidado é necessário.

Não é permitido trocar de lugar os móveis do quarto, ou colocar pregos e taxinhas nas paredes e/ou móveis para eventuais quadros ou fotos.

As ferramentas, equipamentos e/ou objetos deverão voltar ao lugar após o uso.

Se algo for danificado, constatando-se que foi dano proposital, deverá o dano ser restituído pelo danificador.

CLÁUSULA N.º 21

Medidas disciplinares ou punitivas como desligamento do tratamento não deverão ser tomadas por apenas um membro da ET ou Gestores isoladamente, sendo necessária, portanto a participação de pelo menos dois destes técnicos na tomada de decisão, caso haja discordância entre estes deverá haver voto de desempate pelo Diretor Técnico ou aquele a quem este determinar.

a) ROL DE MEDIDAS PUNITIVAS:

- I – suspensão do direito de uso do telefone por até uma semana inicialmente e por duas semanas quando reincidente;
 - suspensão da participação nos programas de lazer, sendo estes: Assistir TV, passeios e excursões;
- i – desligamento da Comunidade Terapêutica (alta administrativa).

b) ROL DE MEDIDAS DISCIPLINARES:

- I – advertência verbal;
 - advertência por escrito;
- i – Aumento do tempo de residência por critério técnico especificado pela Equipe Técnica.

Parágrafo único: todas as advertências serão relatadas no livro de intercorrências.

c) ROL DE MEDIDAS EDUCATIVAS:

- i – participação em palestra referente ao fato da medida aplicada;
- leitura de material didático concernente à medida.

Laelio Loureiro Del Pupo - Diretor

ANEXO IV

NOTA TÉCNICA Nº 1/2011, fornecendo uma forma explicativa das mudanças ocorridas.

Item	RDC 101/2001	RDC 29/2011 (continua)
Denominação das instituições	Denomina como “comunidades terapêuticas”	Não utiliza denominação específica, abrangendo todas as instituições, independente de nomenclatura
Licença sanitária	Há exigência	Mantida a exigência
Responsável técnico	Profissional de nível superior na área da saúde e serviço social	Profissional e um substituto, sendo ambos de nível superior de qualquer área de formação
Recursos humanos	Denomina tipos de profissionais e estabelece sua proporção em relação ao número de residentes	Recursos humanos em número compatível com as atividades desenvolvidas.
Capacitação	Exige o reconhecimento de cursos de capacitação pelos antigos “conselhos de entorpecentes”	Determina ações de capacitação para a equipe, mantendo o registro da execução
Organização do Serviço	Estabelece poucos requisitos de forma dispersa	Estabelece condições organizacionais de forma sistemática.
Programa terapêutico	Estabelece a obrigação de “programa terapêutico” especificando atividades fixas com respectiva frequência de realização	Abandona o termo “programa terapêutico” e institui o registro de atividades em ficha do residente, sem definir rol fixo
Procedimento/Processos Assistenciais	Extensa lista de aspectos a serem contemplados na admissão e durante o tratamento, com repetição de critérios	Itens específicos para os processos de admissão, tratamento e desligamento do residente.
Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Rotina de atendimento de saúde • Atendimento psiquiátrico periódico • Encaminhamento à rede de saúde em caso de intercorrências clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação de serviços de atenção à saúde da rede pública ou privada para os residentes • Mantido encaminhamento à rede

Item	RDC 101/2001	RDC 29/2011 (conclusão)
Infraestrutura	Necessidade de aprovação de projeto físico na vigilância sanitária e várias exigências para os ambientes, como metragem, proporções e limite para o número de residentes	Dispensa aprovação de projeto e exige infraestrutura compatível com número de residentes da instituição. Não estabelece proporção entre os ambientes e o número de residentes
	Estabelece proposta de listagem de ambientes	Determina os ambientes que a instituição deve possuir
Sigilo e Anonimato	Compromisso com o sigilo segundo normas éticas e legais e garantia do anonimato	Mantida a garantia do sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato
Crítérios de elegibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Veda a admissão de grau grave de comprometimento orgânico e/ou psicológico • Determina encaminhamento a outras modalidades de atenção 	Veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição
Garantias para os residentes	Previstas nos critérios de admissão e tratamento	Mantidas com redação sistematizada e sintética
Administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimentos de saúde com procedimentos de desintoxicação com medicamentos sob controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS nº 344/98. • Quando não há prescrição, somente guarda, fica dispensada da Portaria SVS/MS nº 344/98. 	Designa ao RT a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes e veda o estoque de medicamentos sem prescrição médica
Prazo de adequação	2 anos	12 meses

Quadro 2 – Comparativo entre a nova RDC 29/2011 e antiga RDC 1001/2001

Fonte: ANVISA (2011)