



ATIVIDADES OFERECIDAS POR COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ESTABELECIDAS NA CIDADE GOIÂNIA E CARACTERIZAÇÃO DE SUAS EQUIPES

ACTIVITIES OFFERED FOR THE THERAPEUTIC COMMUNITIES SITUATED IN THE CITY OF GOIÂNIA AND CHARACTERIZATION OF YOUR TEAMS

Iel Marciano de Moraes Filho¹

Rogério José de Almeida²

Resumo

Este artigo tem por objetivo investigar o funcionamento das Comunidades Terapêuticas na cidade de Goiânia. Observou-se que os atendimentos oferecidos pelas CTs são: Triagem, atividades desportivas, encaminhamento ao mercado de trabalho, atividades grupais com os residentes, trabalhos artesanais, apoio educacional, horários de espiritualidade, atendimento psicológico individual e em grupo e atendimento familiar. A composição das equipes das CTs é um dos pontos mais complexos, já que elas são dependentes diretamente de trabalho voluntário.

Palavras-Chave: Dependência. Drogas. Tratamento.

Abstract

This article aims to investigate the functioning of Therapeutic Communities in Goiânia. It was observed that the care offered by the CTs are: Screening, sports activities, referral to the labor market, group activities with residents, crafts, educational support, spirituality schedules, individual and group psychological care and family care. The composition of the teams from CTs is one of the most complex ones, since they are directly dependent on voluntary work.

Keywords: Addiction. Drugs. Treatment.

¹ Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás. E-mail: ielfilho@ibest.com.br

² Doutor em Sociologia. Professor do Departamento de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde – MCAS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás. Área de atuação em Saúde Coletiva. E-mail: rogeriopucgo@gmail.com



INTRODUÇÃO

A dependência química pode ser definida como uma relação disfuncional entre a pessoa e a forma como ela consome determinada substância psicoativa (SABINO & CAZENAVE, 2005). Segundo Seibel e Toscano Jr. (2001), a dependência se associa a um uso abusivo de determinada substância e pode provocar alterações psiquiátricas e neurológicas. A dependência sobre as drogas psicoativas pode ter seu tratamento realizado de diversas maneiras. O tratamento com pares em Comunidades Terapêuticas – CTs está tendo um grande crescimento nos últimos anos (SABINO & CAZENAVE, 2005).

No ano de 2011 com a sanção da Portaria 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011), na qual as Comunidades Terapêuticas foram inseridas na Rede, sendo atualmente enquadradas com Entidades de Interesse à Saúde.

As Comunidades Terapêuticas têm por objetivo sanar os problemas oriundos do uso de drogas, oportunizando o paciente, a se distanciar das mesmas e o colocando como o grande protagonista de seu tratamento e de sua cura. Trata-se de um sistema de caráter de regime fechado estruturado, com normas, rotinas, funções, obrigações bem delimitadas, regras claras e afetos controladores. A estrutura provê ao paciente que ele se sinta inserido em um tratamento de caráter intensivo e integralista, sendo assim, o trabalho é realizado tanto pela equipe multiprofissional quanto pelos próprios pacientes (POZAS, 1996 apud SABINO & CAZENAVE, 2005).

As comunidades terapêuticas são estabelecimentos que facultam aos dependentes químicos um recinto de convívio livre das substâncias psicoativas e oportuniza aos mesmos o desenvolvimento de novos hábitos de vida (BRASIL, 2011). As comunidades terapêuticas objetivam não só os resultados do tratamento contra a dependência de álcool e outras drogas, mas também as consequências de uma reabilitação e de uma reinserção social, envolvendo assim também em outros lugares fora do recinto das Comunidades (POZAS, 1996 apud SABINO & CAZENAVE, 2005).



Em 30 de julho de 2011 foi criada e estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária a Resolução – RDC n.º 29, que “dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011, p.1)”. Ficando estabelecido em seu 1º capítulo seção 1, parágrafo único que “O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução” (BRASIL, 2011, p.1).

Diante de todos os fatos e da grande ocorrência do aumento exorbitante das comunidades terapêuticas no Brasil nos últimos anos, e o reconhecimento da mesma como modelo de prática assistencial no tratamento de dependência de álcool e outras drogas pelo Brasil (BORNHAUSEN, 2010), justifica-se e evidencia-se a grande importância desta investigação realizada de caracterização das Comunidades Terapêuticas para obtenção de resultados verídicos, sobre a forma de funcionamento e efetividade dos serviços, pois poderia complementar a rede de atenção psicossocial que ainda está em desenvolvimento com o modelo assistencial proposto que incluem os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo Investigar o funcionamento das Comunidades Terapêuticas e a efetividade das mesmas no município de cidade de Goiânia – GO. Foram pesquisadas um total de 10 (dez) Comunidades Terapêuticas, sendo os entrevistados responsáveis pelas Comunidades, maiores de 18 anos. Utilizou-se de um questionário semiestruturado adaptado de Morselli, Resende e Rocha (2012). Após a realização das entrevistas foi construído um banco de dados no software de estatística SPSS 18, com posterior tratamento por meio de estatística descritiva.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás. Os participantes receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o sigilo quanto a sua identificação.



INSERÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

As CTs surgiram após as observações clínicas do psiquiatra inglês Maxwell Jones, no ano de 1953 (ARAUJO, 2003). Jones começou a desenvolver este modelo assistencial objetivando o tratamento de soldados com trauma da Segunda Guerra Mundial. O serviço era embasado em um sistema de internação com abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões, dentro de um recinto pautado por normas de convivência. Ele considerava que seus pacientes representavam o fracasso na sociedade, pois eram advindos de famílias desestruturadas e eram desempregados. Por suas condições precárias teriam desenvolvido atitudes antissociais na tentativa de se defenderem contra preconceitos e taxativas impostas pela sociedade (JONES, 1953 apud ARAUJO, 2003). A reabilitação dos pacientes psiquiátricos só viria se estivessem em modo de tratamento estimulado, em ambiente recluso e terapêutico (ARAUJO, 2003).

No decorrer dos anos 50, as CTs ganharam grande fama como uma alternativa de tratamento para as psicopatologias. As CTs exclusivamente desenhadas para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas começaram a surgir durante a década de 60, pautadas em dois modelos distintos: 1) Synanon criado em 1958, pelo americano Charles E. Chuck Dederich; 2) Minnesota que foi difundido por Bill Wilson em 1938, que também é denominado modelo dos doze passos (MILLER; ROLLNICK, 1991 apud ARAUJO, 2003).

O modelo Synanon não propunha apenas um modelo comunitário, mas sim um novo lar, uma nova e definitiva sociedade para todos os dependentes de substâncias psicoativas e para seus familiares, que decidirem-se acompanhá-los de forma voluntária (ARAUJO, 2003).

Já o modelo Minnesota propôs um tratamento geralmente com o ingresso do usuário em regime fechado e isolado podendo durar vários meses. Nessa fase haverá um programa intensivo de terapia em grupo, palestras, leituras e reuniões de AA (Alcoólicos Anônimos) ou de NA (Narcóticos Anônimos), o sucesso foi imediato e passou a colaborar com a recuperação de outros (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999 apud ARAUJO, 2003). Este modelo influenciou e ainda influencia boa parte das CTs em todo o mundo e principalmente nos EUA e no Brasil (ARAUJO, 2003).

As CTs surgiram no Brasil na década de 60 por dois grandes motivos: 1) Foram impulsionados pela falta de opções assistenciais do poder público para esses agravos, associados ao tratamento pautado no modelo hospitalocêntrico/manicomial onde era realizada só a desintoxicação do paciente, conjugada também em alguns casos a dependência como comorbidades e; 2) pelas aclamações de ajuda por parte dos dependentes e de seus familiares juntamente a instituição de cunho religioso, tendo em vista destes segmento com os problemas de ordem social e comunitário (BORNHAUSEN, 2010).

Em 1968 em Goiânia foi fundada a primeira comunidade terapêutica, pela Missionaria Presbiteriana Ana Maria Brasil, que voltava seu tratamento exclusivamente para dependentes de substâncias psicoativas (CHAVES, 2007 apud BORNHAUSEN, 2010). No Brasil o movimento evangélico na atenção ao paciente teve uma grande influência do Reverendo David Wilkerson, que na década de 50 fundou a comunidade Teen Challenge nos EUA. Essa experiência foi conhecida no livro “A Cruz e o Punhal”. Em 1972 ao visitar o Brasil teve grande influência na abertura de centenas de comunidades terapêuticas (CHAVES, 2007 apud BORNHAUSEN, 2010). Já o movimento católico de atenção aos dependentes de substâncias psicoativas no Brasil teve início em 1978 com o padre Haroldo J. Rham que fundou a fazenda do Senhor Jesus o que influenciou na abertura de comunidades no território nacional (CHAVES, 2007 apud BORNHAUSEN, 2010).

Desde as entidades pioneiras na década de setenta até os dias atuais, houve um crescimento de um dimensionamento exponencial de CT no Brasil. (BRASIL, 2010). Atualmente no Brasil as CTs são entidades sem fins lucrativos que podem ser ou não financiadas pelo poder público. Oferecem acolhimento para pessoas com desarranjos decorrentes da dependência de álcool e outras drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária voltada para usuários que desejam e que necessitam de um ambiente protegido de caráter residencial para auxiliar na reocupação da dependência do abuso de álcool e outras drogas.

FORMAS DE ATENDIMENTO OFERECIDAS AO DEPENDENTE E SUA FAMÍLIA

As formas de atendimento oferecidas nas CTs desveladas durante a pesquisa foram por meio do acolhimento inicial que é chamado de Triagem.



Tabela 1 – Há serviço de triagem?

	Frequência	Percentual	Percentual válido
SIM	10	100,0	100,0

Observa-se na tabela 1 uma importante demonstração de que há um encontro inicial para ver a viabilidade de se entrar residentes novos nas CTs, já que 100% das comunidades investigadas contam com o serviço de acolhimento e dispõem em seus estatutos critérios claros de inclusão e exclusão de residentes.

Podemos identificar também que 70% das CTs investigadas, a triagem ocorre na própria comunidade, os outros 30% são em locais ligados a alguma entidade religiosa. Nesse encontro inicial, identificou-se que em 50% das CTs entrevistadas quem faz o acolhimento na triagem é o coordenador da CT, em 20% é feita por agente comunitária ligada a CT. Para conhecimento do estado de saúde do dependente, 60% das CTs solicitam exames pré-admissionais, mas somente 20% delas possuem algum convênio com clínicas para facilitar a realização destes exames. Outro ponto a se considerar é que 60% das CTs realizam investigação de antecedentes criminais durante a triagem. É de extrema relevância ressaltar que foram identificados que mesmo com pré-requisitos como exames antes da internação, 100% das CTs realizam internação de moradores de rua.

Com relação ao que as comunidades pesquisas oferecem a seus residentes, foram investigadas algumas atividades necessárias a uma boa reocupação e vivência dos residentes dentro da comunidade terapêutica, são elas:

- a) Atividades desportivas:** 100% das CTs disponibilizavam práticas de esportes no interior da CT (40% delas como atividade diária e 60% como atividade semanal);
- b) Encaminhamento ao mercado de trabalho:** Um dado importante é que 90% das CTs faziam algum esforço para tentar encaminhar seus residentes ao mercado de trabalho;
- c) Atividades grupais com os residentes (ex: 12 passos, prevenção de recaídas):** 80% das CTs realizavam diária ou semanalmente atividades grupais entre os residentes e também com outros profissionais;



d) Trabalhos artesanais: 50% das CTs realizavam trabalhos artesanais com seus residentes no interior da CT, seja diária, semanal ou mensalmente;

e) Apoio educacional: Infelizmente somente 30% das CTs disponibilizavam um apoio educacional para os residentes que queriam seguir com os estudos formais no interior da CT;

f) Curso de informática: 70% das CTs não disponibilizavam cursos de informática aos residentes no interior da CT. O que se relaciona a falta de importância dada a educação continuada dentro das comunidades;

g) Horários de espiritualidade: Interessante observar que 100% das CTs tem diariamente horário fixos para realização de orações, cultos, leitura de textos bíblicos, etc. no interior da CT, o que se relaciona diretamente com o perfil religioso dessas instituições;

h) Atendimento psicológico individual: 60% das CTs disponibilizavam atendimento psicológico individual no interior da CT. Faz-se muito importante os relatórios feitos pelas psicólogas que prestam serviço as CTs, ajudando no entendimento de cada um e seu progresso no tratamento.

i) Atendimento psicológico coletivo: Também 60% das CTs disponibilizavam atendimento psicológico em grupo aos residentes no interior da CT;

j) Orientação e apoio terapêutico: 50% das CTs realizavam orientação e apoio terapêutico aos residentes no interior da CT, algumas diariamente outras semanalmente;

l) Atividades de lazer: 100% das CTs, diariamente, semanalmente ou mensalmente disponibilizavam atividades que privilegiam o lazer dos residentes no interior da CT;



m) Atividades aos familiares dos residentes: 50% das CTs oferecem atividades aos familiares dos residentes no interior da CT. Um dado preocupante, já que a família e residente precisam enfrentar juntos a dependência;

n) Atendimento às famílias: Apenas 40% fazem algum atendimento às famílias dos residentes no interior da CT, também preocupante, pois a família também precisa de cuidados;

o) Atividades conjuntas família-residente: Interessante notar que 70% das CTs realizam atividades conjuntas, pelo menos mensalmente no interior das mesmas. Ocorrem geralmente nos momentos de visitas dos familiares com seus residentes.

p) Atendimento médico (clínico): 90% das CTs não disponibilizavam visitas de médico no interior da CT. Quando há necessidade, o residente é encaminhado ao Sistema único de Saúde.

q) Atendimento médico (psiquiatra): 80% das CTs não disponibilizavam visitas de médico psiquiatra no interior da CT. Como o perfil de uma CT é diferenciado de uma clínica, elas não integram um médico psiquiatra, mas seria importante essa aproximação, que é feita geralmente e muito pouco articulada com os CAPS.

Com relação a importante aproximação do residente com sua família, observou-se um gradual movimento de entendimento desse estreitamento. Há sempre espaço para se empreender esse relacionamento, como se observa-se na tabela 2.

Tabela 2: As famílias realizam visitas aos residentes?

	Frequência	Percentual	Percentual válido
SIM	10	100,0	100,0

Essas visitas acontecem Semanalmente em 30% das CTs, Quinzenalmente em 50% e Mensalmente em 30%. No entanto, vale registrar que essas visitas não

ocorrem sem uma estruturação de prerrogativas, há na grande maioria dos casos pré-requisitos para essas visitas acontecerem, como mostra a tabela 3.

Tabela 3: Há critérios para as visitas familiares?

	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual cumulativo
SIM	9	90,0	90,0	90,0
NÃO	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

A questão das famílias e a relação com os residentes nas CTs é algo ainda complexo, delicado de se trabalhar e muito ainda para se fazer. Embora as famílias façam visitas a seus residentes, as CTs ainda não conseguem disponibilizar equipes para fazer visitas diretamente às famílias dos seus residentes. Apenas 30% faziam essas visitas.

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES ATUANDO NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A composição das equipes das CTs é um dos pontos mais complexos, já que elas são dependentes diretamente de trabalho voluntário. A tabela 2 abaixo mostra quantitativos desse pessoal, seja contratado ou voluntário. Na sua maioria os servidores são voluntários que fazem alguma atividade dentro da CT, como por exemplo, atendimento psicológico. Isso leva a trabalhadores de todos os níveis de escolaridade. O voluntariado se explica pelo fato de que poucos, uma média de 1,2 funcionários de todas as CTs possui carteira de trabalho.

Tabela 4 – Quantidade de pessoas que trabalham nas CTs

	N	Mínimo	Máximo	Média
Qual o número total de pessoas que trabalham na Comunidade hoje?	10	2	22	8,20

Dentre esses profissionais estão psicólogos, médicos psiquiátricos, agente comunitário, na parte burocrática o coordenador da unidade e agente comunitário ligada a mesma para a realização do serviço de triagem.

Um exemplo claro é o baixo atendimento médico clínico e o atendimento psiquiátrico já citados. Isto nos remete a necessidade de maiores recursos humanos e investimento público, privado, filantrópico, etc. nas mesmas como está explicitado na tabela 3 abaixo em que 100% das comunidades terapêuticas afirmaram que precisam de mais investimento em recurso humano para desenvolverem as atividades inerentes a uma CT.

Tabela 5: Há necessidade de mais recursos humanos de acordo com o número atual de residentes?

	Frequência	Percentual	Percentual válido
SIM	10	100,0	100,0

Este estudo demonstra que o enfrentamento à dependência química ainda carece de muito investimento financeiro e de recursos humanos. Nas CTs entrevistadas, 30% possuíam lista de espera para novas internações.

DISCUSSÃO

O acolhimento/triagem é realizado em 100% das CTs que integram este estudo, na maioria das instituições essas práticas são realizadas em consonância. No processo de admissão segundo BRASIL (2014) essas instituições devem garantir: o respeito à pessoa, a família, independente da raça, ideologias, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais e classe social; os usuários devem ser orientados sobre normas e rotinas das CTs, expondo os critérios acerca de visitas e comunicação para com os familiares e amigos.

O estudo aponta que 90% das CTs possuem critérios para alta terapêutica de seus residentes e 100% das CTs tem critérios para admissão dos residentes, bem como a utilização do termo de consentimento para realizar a internação também em 100% das mesmas. Importante salientar que as CTs também possuem critérios para o desligamento administrativo dos residentes, bem como o registro das ocorrências.



A permeância dos usuários é voluntária e atos inerentes a qualquer forma de contenções físicas, isolamento ou restrições à liberdade não poderão ser aplicadas. A descontinuidade do tratamento deverá ser respeitada. Os usuários estão pautados do direito de utilizarem seus vestuários próprios e podem portar seus objetos de uso pessoais (BRASIL, 2014).

As atividades que praticamente 100% das CTs realizam tais como: atividades desportivas; trabalhos artesanais; atividades de lazer; horários de espiritualidade são momentos extremamente oportunos que corroboram para o tratamento e ocupação dos internos.

As atividades de caráter físico fazem com que os organismos se reformulem adaptando- se a um padrão de exigência e logo criando uma capacidade de resposta. A prática, no tratamento para dependência de álcool e outras drogas corrobora na construção de um processo contínuo que trará a ruptura da perda da capacidade física e mental, que as substancias psicoativas causam, nos organismos dos dependentes (MIALICK; FRACASSO; SAHD, 2007).

As atividades de caráter lúdico como os trabalhos artesanais e as atividades de lazer remetem aos usuários das CTs, um estado de saber, que progressivamente vai se instalando na conduta do ser, devido ao seu modo de vida (NEGRINE, 2000), logo os jogos, as brincadeiras e os momentos de lazer enquanto atividades livres que são exemplos de atividades lúdicas estão longe de serem apenas atividades de caráter infantil (SÁ, 2014). A dimensão lúdica pode ser compreendida como um estado de bem estar que e a exacerbação de nossas necessidades de viver, de subir e de perdurar ao longo do tempo (FREINET, 1998 apud SÁ, 2014, p.304).

A espiritualidade pode ser compreendida como um estado psíquico e propósito à vida das pessoas em face de um bem maior (COMAD, 2014, p.42). É difundida como um fator que contribui diretamente na melhora da qualidade de vida e da saúde de qualquer individuo. Os mesmos conceitos citados acima são encontrados em todas as sociedades e grupos étnicos (COMAD, 2014).

Dentre as CTs que integram o estudo 100% das mesmas disponibilizam diariamente horários fixos para realização de orações, cultos, leitura de textos bíblicos, etc. Vale salientar que as CTs devem utilizar deste momento oportuno para com os usuários apenas para despertar nas pessoas o sentimento de vitória e de



força, sem prejudicar a sua integridade étnica, correndo riscos de acarretar novos prejuízos em sua integralidade (COMAD, 2014).

O atendimento psicológico individual, coletivo, orientações e apoio terapêutico oferecido nas CTs pesquisadas. Pensando em uma reocupação química e psicológico do indivíduo, é de extrema importância esses momentos direcionados por profissionais capacitados. Esses momentos ajudam o indivíduo em recuperação e também a coordenação da CT que tem nos relatórios feitos pelas psicólogas que prestam serviço as CTs, um entendimento mais completo de cada um e seu progresso no tratamento.

Logo, o atendimento a familiares e atividades conjuntas família-residente, é de extrema importância, pois a dependência química compreende as famílias: o adoecimento grave, constante e parcialmente resolutivo, evidencia diversas respostas nos integrantes pertencentes ao grupo de convivência do paciente, principalmente aqueles do convívio familiar (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). O estudo demonstra que apenas 40% das CTs fazem um trabalho família-residente e 70% das mesmas fazem o trabalho apenas com as famílias. Vale destacar que enquanto maior for esta prática, mais abrangente o tratamento será e a resolutividade do mesmo compreenderá em menor tempo perante as CTs.

O esforço da reinserção social e o encaminhamento ao mercado de trabalho são realidades em 90% das comunidades que fazem parte da amostra do estudo. Esta fase é compreendida como de maior complexidade, pois, é o primeiro contato externo do dependente de álcool e outras drogas com a vida sem as mesmas regras e rotinas de quando estava interno, por isso o indivíduo deverá estar preparado buscando sanar as dificuldades para as possíveis situações de contato com estas substâncias, (PEREIRA, 2012). Este trabalho é de extrema valia para a reabilitação holística do usuário de álcool e outras drogas.

O estudo demonstrou que a composição de trabalhadores nas CTs na sua grande maioria é feita por voluntários, para atendimento dos usuários em média ocorrem por alguns profissionais tais como: psicólogos, médicos psiquiátricos, agente comunitário, na parte burocrática o coordenador da unidade e agente comunitário ligada a mesma para a realização do serviço de triagem.

A RDC 29/11, preconizada pela ANVISA, afirma que o quadro de profissionais atuantes nas CTs terá que ser composto por médicos, psicólogos, assistentes



sociais e enfermeiros (BARBANO, 2013). A inserção destes profissionais nestes serviços e o envolvimento dos mesmos no programa de assistência ativa e efetiva ao usuário só têm a contribuir na assistência de qualidade e resolutive ao usuário (SILVA & PINTO, 2012).

Interposto o estudo demonstra que as comunidades não contam com: Atendimento médico clínico em 90% das CTs e 80% das CTs não disponibilizavam visitas de médico psiquiatra. É muito preocupante estes números, pois não sabemos como esses usuários estão sendo cuidados e orientados clinicamente, pois as mesmas não contam com mão de obra efetiva e qualificada para o desenvolvimento do tratamento.

CONCLUSÃO

Após análise dos dados e o confronto dos mesmos, percebeu-se que as CTs instaladas e investigadas na amostra contam com uma estrutura de atendimento muito deficitária e ainda distante das estâncias governamentais.

Desde o processo de institucionalização das mesmas até os dias atuais estas instituições vêm trabalhando de maneira desgarrada onde não se tem um padrão de atendimento e efetividade comprovada do modo assistencial, que É único e desenvolvido dentro de cada CT.

O estudo demonstra que muitas delas levam o tratamento para o lado religioso não respeitando a subjetividade de cada paciente. A falta de profissionais capacitados para atuarem nestes estabelecimentos, mesmo que seja em caráter voluntário também fora bem evidenciados.

Para a melhoria dos mesmos estas CTs deveriam passar por um processo de reestruturação onde poderão se adequar a RDC 29, melhorando em sua totalidade para dar uma assistência de qualidade e efetiva aos usuários.

Sem dúvida o trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas é de extrema relevância política e social, pois estão ajudando muitas famílias e moradores de rua a sair de seu duro modo existencial em que vivem e da dependência química. Este processo será fundamental, pois essas comunidades no futuro poderão fazer parte da RAPS dando continuidade a assistência aos usuários de álcool e outras drogas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.S.C. Comunidades terapêuticas: **Um ambiente tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm>. Acesso em: 01 nov. 2013.

BORNHAUSEN, P. **Projeto de Lei n.º 7.704, de 2010**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/793927.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

BRASIL. **RDC ANVISA nº29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/navisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 09 mar. 2014.

_____. **Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1112763088.html>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

_____. **Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil – SENAD**. Ministério da Justiça. Disponível em: <<http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

_____. **Comunidades Terapêuticas**. Disponível em <www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em: 03 nov. 2013.

_____. **O que é Comunidade Terapêutica?** Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12875>. Acesso em: 02 Abr. 2013.

_____. **Sistema Único de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/leis/1-8080.html>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

COLVERO, L.A; IDE, C.A.C; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 38, n.2, p.197-205, 2004.

COMAD. **Manual de instalação público alvo**: Comunidades terapêuticas, vistas como equipamento social de interesse à saúde na rede de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas. Ribeirão Preto-SP. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/sccivil/comad/manual_instalacao.pdf>. Acesso em: 03 de abr. 2014.



FEBRACT. **Comunidades terapêuticas filiadas a FEBRACT em todo o território brasileiro.** Disponível em: < <http://www.febract.org.br/?navega=filiadas>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

MIALICK, E.S; FRACASSO, L; SAHD, S.M.P.V. **A importância da prática de atividade física como auxílio no processo de tratamento para a dependência química em pessoas de 18 a 35 anos.** Disponível em: <<http://www.cdof.com.br/A%20import%20ancia%20da%20pr%20tica%20de%20ativade%20f%20sica%20c%20mo%20aux%20lio%20no%20processo%20de%20tratamento%20para%20a%20de%20pend%20ancia%20qu%20mica%20em%20pessoas%20de%2018%20a%2035%20anos.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

NEGRINE, A. O lúdico no contexto da vida humana: da primeira infância à terceira idade. In: SANTOS, S.M.P. **Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico.** 1ª ed. Petrópolis-RS: Vozes, 2000.

PEREIRA, E. L. Processo de reinserção social dos ex-usuários de substâncias ilícitas. **Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Ceará.** Fortaleza, ano 4. n.1 jan./jul. 2012

SÁ, N. M. C. **Conceito de Lúdico.** Disponível em:< <http://www.pead.faced.ufrgs.br/sites/publico/eixo3/ludicidade/neusa/bibliografia1.html> >. Acesso em: 10 ago. 2014.

SABINO, N.M; CAZENAVE, S.O.S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Revista Estudos de Psicologia de Campinas.** v. 22(2), I, p. 167-174, abril-Jun., 2005.

SEIBE, S.D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

SILVA, G.G; PINTO, M.R. **A percepção dos familiares de usuários de substâncias psicoativas em relação ao tratamento na comunidade terapêutica.** 31 f. Monografia (Curso de Enfermagem) – Faculdade Assis Gurgacz – FAG. Cascavel-PR, 2012.