

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – SETOR LITORAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ABELARDO ALVES GARCIA NETO**

**COMUNIDADES TERAPEUTICAS NO LITORAL DO PARANÁ DIANTE  
DA INFORMALIDADE**

**MATINHOS**

**2015**

ABELARDO ALVES GARCIA NETO

COMUNIDADES TERAPEUTICAS NO LITORAL DO PARANÁ DIANTE  
DA INFORMALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de serviço social da UFPR setor litoral, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Profº Me. Neilor Vanderlei Kleinübing.

MATINHOS

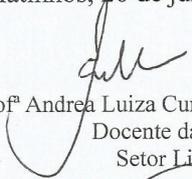
**2015**

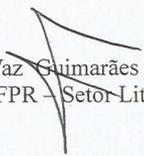
## PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

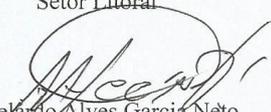
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Orientador Prof. **Neilor Vanderlei Kleinübing**, realizaram em 26/06/2015 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do estudante **Abelardo Alves Garcia Neto**, sob o título **COMUNIDADES TERAPEUTICAS DIANTE DA INFORMALIDADE**, para obtenção do Título de **Bacharel em Serviço Social** pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo o estudante recebido conceito “**APL**”.

Matinhos, 26 de junho de 2015.

Prof. Neilor Vanderlei Kleinübing  
Orientador

  
Profª Andrea Luiza Currelino Braga  
Docente da UFPR-  
Setor Litoral

  
Prof. Jayson Vaz Guimarães  
Docente da UFPR – Setor Litoral

  
Abelardo Alves Garcia Neto  
Acadêmico de Serviço  
Social

**Conceitos de aprovação**  
APL = Aprendizagem Plena  
AS = Aprendizagem Suficiente

**Conceitos de reprovação**  
APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente  
AI = Aprendizagem Insuficiente

### OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Daniel.

As pessoas engajadas na luta contra a dependência química e seus efeitos.

E a todo aquele que é incondicionalmente a favor da vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, e a todas as pessoas com as quais eu interagi durante essa caminhada acadêmica, e que contribuíram de forma significativa a minha formação, através do choque de idéias, da tolerância e da generosidade em compartilhar conhecimentos e saberes.

Agradeço aos professores com os quais tive o privilegio de estudar, e que proporcionaram uma profunda transformação na minha forma de ver e pensar as relações humanas. Um agradecimento especial as professoras Dra. Édina Mayer Vergara e Dra. Graciela Inés Presas Areu, e ao Meu orientador professor Me. Neilor Vanderlei Kleinübing.

E agradeço também a minha família, sem a qual não seria possível ter feito esse curso, que não sonegou nenhuma porção de apoio, esteve ao meu lado em toda a jornada, incentivando e criticando quando necessário. E por ultimo ao meu filho Daniel, que enche o meu coração de amor, alegria e esperança.

Sobre tudo o que se deve guardar,

Guarda o coração,

Porque dele procedem

As fontes da vida.

(Provérbios 4.23)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	11
<b>3 DOS CONCEITOS.....</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>5 CAPÍTULO 1 CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS.....</b>	<b>15</b>
5.1 HISTÓRIA E OS CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS DO USO DE DROGAS....	15
5.2 PADRÕES DE USO DE DROGAS.....	16
5.3 DIREITOS HUMANOS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA DE SPA.....	17
5.4 REDES DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE DE SPA.....	18
5.4.1 Os componentes da PAPS no território.....	19
5.5 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS.....	20
<b>6 CAPÍTULO 2 DA FORMAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS.....</b>	<b>21</b>
6.1 HISTÓRIA SOBRE A FORMAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS....	21
6.2 PROCESSO DE CRIAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	23
6.2.1 Da organização do serviço.....	26
6.2.2 Do processo assistencial.....	26
6.3 A IMPORTÂNCIA DA ADEQUAÇÃO NORMATIVA.....	27
<b>7 DO MAPEAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....</b>	<b>30</b>
7.1 NO BRASIL.....	30
7.2 NO PARANÁ.....	30
7.3 NO LITORAL DO PARANÁ.....	31
7.3.1 Do mapeamento das comunidades terapêuticas no litoral do Paraná.....	31

7.3.2 Das CT's e instituições mantenedoras com registro no SENAD.....	32
7.3.3 Das CT's e instituições mantenedoras sem registro no SENAD.....	32
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO I . REALIDADE DAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS VISITADAS.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO II. IMAGEM DE 2014 - CRACOLANDIA NO CENTRO DE SÃO PAULO... </b>	<b>40</b>
<b>ANEXO III. RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO IV OS DOZE PASSOS PARA O DEPENDENTE.....</b>	<b>47</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**A.A. – Alcoólicos Anônimos**

**ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária**

**CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**

**CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas**

**CONAD – Conselho Nacional Sobre Drogas**

**CRAS – Centro de Referência da Assistência Social**

**CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social**

**CT – Comunidade Terapêutica**

**ESF – Estratégia de Saúde da Família**

**FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**

**FETEB – Federação Evangélica do Brasil**

**HR – Hospital Regional**

**NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

**PNDA – Política Nacional Sobre Drogas**

**RAPS – Rede de Atenção Psicossocial**

**RD – Redução de Danos**

**RDC – Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA**

**SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

**SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**

**SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas.**

**SPA – Substância psicoativa**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**UBS – Unidade Básica de Saúde**

**UPA – Unidade de Pronto Atendimento**

## **RESUMO**

Com o surgimento de drogas mais agressivas no que tange ao seu poder de estabelecer dependência, houve um grande impacto na rede de atenção disponível, provocando com isso o surgimento de muitas casas de recuperação para dependentes químicos. Em razão disso, o presente trabalho contextualiza aspectos sobre as drogas, sobre as comunidades terapêuticas e adentra nas políticas públicas e legislação sobre drogas. Nesse sentido, são desenvolvidos os aspectos fundamentais do presente estudo no intuito de estabelecer o link sobre a importância das comunidades terapêuticas estarem regulamentadas. Este trabalho fundamenta-se em uma pesquisa quali-quantitativa, fundamentada em pesquisa bibliográfica e documental além de coleta de informações através de experiência vivenciada do autor em comunidades terapêuticas do litoral do Paraná.

**Palavras-chave:** drogas, comunidades terapêuticas, dependência química.

## **ABSTRACT**

With the development of more aggressive drugs in terms of their power to establish dependence, there was a great impact on the available care network, thereby causing the emergence of many recovery houses for addicts. As a result, this study contextualizes aspects about drugs on therapeutic communities and also discusses public policy and legislation on drugs. In this sense, the fundamental aspects of this study are developed in order to establish the link about the importance of therapeutic communities are regulated. This work is based on a qualitative and quantitative research , based on bibliographical and documentary research as well as gathering information through lived experience of the author in therapeutic communities of the coast of Paraná .

**Keywords** : drugs, therapeutic communities , addiction

## 1 INTRODUÇÃO

O crescente consumo de substâncias psicoativas, principalmente do crack, o que torna sua dependência quase uma epidemia em algumas regiões do Brasil, demonstra a importância das comunidades terapêuticas (CT) na rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas, que correspondem a 75% das internações realizadas (SENAD, 2013). A Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) fez o primeiro mapeamento das CTs em 2006/2007, o que provocou um olhar mais crítico ao modelo posto. Em razão disso, o presente trabalho contextualiza a importância do cuidado com a concepção e manutenção de uma CT.

Quando escolhi esse tema tive dificuldade em fazer o recorte, em razão da importância de estudar todos os aspectos envolvidos, e também em razão dos seis anos que venho militando nessa área, o que me fez concluir que hoje as CTs são umas das principais formas de acolhimento ao dependente químico, e podem figurar como eixo numa proposta de ancoragem de rede para a manutenção do estado de abstinência, em razão disso a proposta do presente trabalho é a necessidade e a importância da adequação as normas das comunidades terapêuticas do litoral do Paraná. Como podemos observar na citação abaixo.

Todo movimento para reconhecimento das CTs como estratégia de cuidado e o esforço das federações em incentivar para que as comunidades ofereçam atendimento de qualidade, tem resultado em novas ações governamentais, em destaque a substituição da RDC 101/01 pela atual resolução RDC 29/11 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, ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência. (SENAD, 2013, p.44)

É importante salientar a necessidade de eliminar preconceitos em relação a dependência química, não a mais espaço para olhar para a questão como sendo um problema de caráter ou só de comportamento, quando de fato é um problema de saúde, onde qualquer pessoa está sujeita, considerando também os aspectos sociais da vida moderna, onde a classe trabalhadora é massacrada por um sistema econômico neo liberal, que restringi o acesso da grande maioria da população a educação de qualidade e ao lazer, e que permite livremente o acesso as drogas lícitas e facilmente as ilícitas, o que traz a necessidade da sociedade ter um olhar

mais crítico sobre o tema. Como podemos observar na Política Nacional sobre Drogas.

Entre as várias questões do dia-a-dia que exigem atenção especial, temos o tema “drogas”. É um assunto que, direta ou indiretamente, diz respeito a todos nós - governo e sociedade. Esse tema permite olhares sob várias perspectivas. Podemos apreciá-lo enquanto cidadãos de uma nação, membros de uma família, participantes de uma comunidade ou como indivíduos. E para cada uma delas, justifica-se um engajamento pleno e indispensável. (SENAD, 2011, P. 11).

Em um tempo de tanta violência, sofrimento e corrupção, a proposta desse projeto de pesquisa e salientar a importância de oferecer serviços de atenção ao dependente químico de qualidade, com uma proposta terapêutica adequada e em consonância com as normas postas, com o objetivo claro de diminuir o sofrimento, para isso a análise aqui apresentada baseia-se em um processo de pesquisa exploratório, qualitativo e quantitativo, escolhas teórico-metodológicas, utilizadas no intuito de ampliar as possibilidades, uma vez que o objeto de pesquisa é amplo e complexo. Frente ao exposto, colocamos a seguinte questão de pesquisa:

**Qual a realidade das comunidades terapêuticas do litoral do Paraná em relação a adequação as normas, ate que ponto ela estão e desejam regularizar-se ?**

## **2 OBJETIVO**

Estabelecida a questão norteadora da investigação, traçamos os seguintes objetivos:

2.1 GERAL: Identificar a existência ou não da documentação necessária ao funcionamento de uma CT, nas comunidades identificadas no litoral do Paraná.

2.2 ESPECÍFICOS:

- ✓ Realizar resgate histórico e conceitual sobre o consumo de drogas, políticas sobre drogas, epidemiologia do uso de drogas no Brasil.
- ✓ Realizar resgate histórico e conceitual sobre as comunidades terapêuticas.
- ✓ Sistematizar as informações levantadas para dar visibilidade e oferecer uma pesquisa para servir de apoio as CTs interessadas em adequar-se.

### 3 DOS CONCEITOS

**Um serviço de base territorial:** é um serviço de portas abertas (qualquer um pode acessar, entrar e sair) que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está a sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato, (igreja, escola, polícia), os lugares que frequenta (unidade de saúde, lojas), onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais.

**Estratégias de Redução de Danos:** trabalha na perspectiva de como é o relacionamento que o indivíduo tem com a droga, e as relações que envolvem esse consumo. O objetivo de um tratamento para dependência química é sempre alcançar e manter um estado de abstinência, contudo em alguns casos isso não é possível, o indivíduo não consegue ficar sem o uso, e nessa perspectiva a RD que o faça com o menor risco possível.

**Comorbidade:** duplo diagnóstico. Corresponde a associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente. O uso abusivo de substâncias que modificam o funcionamento mental aumenta o risco de surgimento ou agravamento de transtornos mentais. Também nesse caso pode ser difícil identificar o que é causa e o que é consequência, pois pessoas que sofrem de problemas psíquicos tendem a usar mais álcool ou drogas, que por sua vez agravam os problemas mentais.

**Estigmatização:** O termo Estigma ou Estigma Público pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. Muitas condições de saúde, dentre elas a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população, inclusive pelos profissionais de saúde.

**Prevalência:** É a proporção de casos de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado.

**Comunidade Terapêutica:** As Comunidades Terapêuticas são ambientes de internação especializados, presentes em mais de sessenta países, que oferecem programas de tratamento estruturados e intensivos, visando o alcance e manutenção da abstinência, inicialmente em ambiente protegido, com encaminhamento posterior para internação parcial e/ou para o ambulatório, conforme as necessidades do paciente.

**Dependência:** é uma doença cerebral crônica e recidivante (recorrente ou repetitiva), as drogas mudam o cérebro, mudam a estrutura de como funciona.

**Psicoterapia** é um tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. O clima de apoio e respeito pelo paciente permitem ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um reequilíbrio de sua vida sem a necessidade de utilizar drogas. (SENAD, 2014, p. 83).

## 4 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa quali-quantitativa, que parte de revisão bibliográfica sobre as comunidades terapêuticas e em especial as comunidades do litoral do Paraná.

Para o desenvolvimento deste estudo, realizamos pesquisa bibliográfica, por meio da leitura de livros, artigos e trabalhos acadêmicos pertinentes ao tema. Ainda norteou a pesquisa, a vivências ao longo de toda trajetória do curso de Serviço Social, através dos estágios; projetos de aprendizagem; projeto de extensão com o tema saúde mental; e os cursos de formação de redes relacionada às drogas, capacitações promovidas pela SENAD, visando a prevenção ao uso de drogas, direcionado as CTs.

No processo de estudo, realizamos também, uma pesquisa documental sobre as comunidades terapêuticas do litoral do Paraná, iniciando pelo seu georreferenciamento, instituições responsáveis e a sua legalização junto aos órgãos competentes, bem como as leis gerais e específicas que normatizam esta atividade.

Ainda fundamentaram a pesquisa as experiências vivenciadas durante o levantamento das CT's do litoral do Paraná e as atividades que desenvolvemos em uma Comunidade Terapêutica instalada no município de Matinhos.

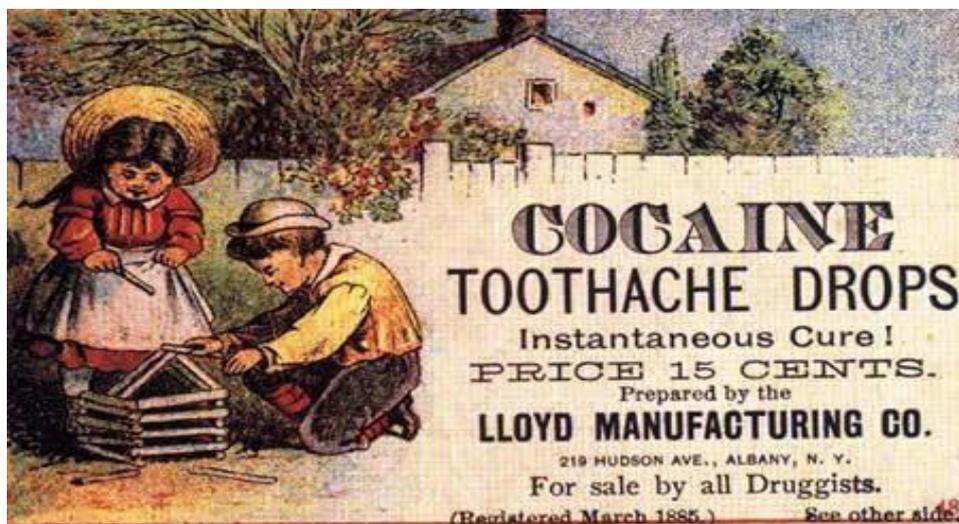
## 5 CONTEXTO SOCIOCULTURAL

### 5.1 HISTÓRIA E OS CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS DO USO DE DROGAS

O uso de drogas não é algo novo, a sinais arqueológicos de consumo desde a pré-história, há cerca de 6.000 (a.C.), a sinais do seu uso em todo mundo antigo. E também não é possível analisar as drogas sem considerar o contexto, seus aspectos sócio-culturais e econômicos da sociedade estudada, uma vez que a milênios elas são consumidas com diversos propósitos, com fins medicinais, em cultos religiosos, com fins recreativos, em épocas extremas como guerras, revoluções, depressões, elas serviram para aliviar dores, serviam como apoio para suportar a realidade. Como relata o texto abaixo.

Desde a Pré-História, por exemplo, diferentes povos utilizavam plantas e substâncias específicas para provocar alterações de consciência por vários motivos e, com o passar do tempo, esse uso se manteve conforme as necessidades culturais e do contexto. (SENAD, 2013, p.61)

Foi a partir de algumas drogas que alguns medicamentos foram desenvolvidos como a morfina em (1806) e a cocaína (1860) e a heroína (1883), esses dois últimos a principio eram medicamentos, só depois foram classificadas como drogas, o que diferencia é o fator de segurança, entre a dose que é remédio e a dose tóxica, em razão disso, muitos remédios foram proibidos, uma vez que a margem de segurança entre os dois é mínima, essa mesma lógica é aplicada ao consumo concomitante de dois remédios, ou com álcool, essa associação pode formar algo tóxico. Um exemplo de droga que era usada legalmente.



Foi só no final do século XIX início do século XX que o uso de drogas passou a ser considerado um problema social, visto de forma moral, como sendo um problema das classes mais pobres, dos negros, onde a preocupação era em razão da interferência na produção, o que gerou esse modo de ver estigmatizado do censo comum com relação aos dependentes de (SPA), hoje apesar de sobrar fragmentos desse pensamento, não tem como analisar a questão das drogas sem considerar o momento sócio-histórico em que vivemos e como chegamos nesse modelo de sociedade atual. Como expressa o texto abaixo.

Neste contexto contemporâneo, a ênfase está nos valores da instantaneidade – alimentos que já vêm pronto, refeições fast-food, prazeres imediatos – e da descartabilidade de itens, tais como copos, pratos, guardanapos, celulares, computadores, etc. Isso cria uma cultura do aqui e agora e do descartável, em que todas as experiências da vida são percebidas sob essa ótica. Significa mais do que viver intensamente o instante para, em seguida, jogar fora não só os bens consumidos, mas também descartar valores, estilos de vida, relacionamentos, apego a lugares, pessoas e modos adquiridos de agir e de ser. (SENAD, 2014, p.15)

Hoje é imprescindível a compreensão dos aspectos relacionados ao consumo de drogas, ela tem um papel fundamental na vida da sociedade atual, ou ela é diretamente responsável ou tem influencia direta em varias expressões da questão social, ela está relacionada com o numero um em causas de mortes evitáveis no mundo, ela está relacionada com a crescente violência urbana, que não atinge mais só os grandes centros, mas a todos os municípios do país, e já atinge praticamente o mundo inteiro. Para compreender esse fenômeno e seus efeitos e necessário entender a construção sócio-histórica que levou as drogas a esse patamar.

## 5.2 PADRÕES DE USO DE DROGAS

Para entender a dependência de drogas é necessário ter um olhar abrangente, uma vez que para definir se existe ou não uma dependência estabelecida é preciso considerar três fatores: o meio ambiente, onde o sujeito consome essa droga e as relações que a cercam, a substância de acordo com suas características e riscos e o modo que ela é usada e o mais complexo que é o sujeito que de acordo com a relação que ele tem com a droga e a forma que o seu organismo reage a ela, pode desenvolver ou não uma dependência. Como descrito no trecho a seguir.

Torna-se importante lembrarmos que a dependência de drogas (ou fármaco-dependência) é a organização processual de um sintoma cuja gênese é tridimensional: a substância psicoativa com suas propriedades farmacológicas específicas; o sujeito, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica; e, finalmente, o contexto sociocultural no qual se realiza esse encontro entre sujeito e droga. (SENAD, 2014, p. 90)

Dependência é o uso impulsivo e repetitivo de uma droga, no qual a pessoa não tem controle, são variadas as justificativas, medo, dor, ansiedade. Não é toda pessoa que consome drogas lícitas ou ilícitas que vai desenvolver dependência, contudo não há consumo sem risco, qualquer uso pode trazer uma prejuízo a saúde ou a segurança, no caso dos acidentes de trânsito causados por ingestão de álcool segundo (SENAD, 2014, p. 93) “ A proporção de usuários de drogas que desenvolvem dependência após um período de dez anos de uso é: 12 a 13% para álcool, 15 a 16% para cocaína e 8% para maconha.

### 5.3 DIREITOS HUMANOS NO CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA DE SPA

Quando o assunto é “uso de drogas” o diálogo é complexo e diversificado, não há consenso, é uma temática polêmica, depende do contexto e de quem esta debatendo, permeada por questões culturais e ideológicas, até mesmo o conceito do que é droga lícita, droga ilícita pode variar, de acordo com o tempo e a sociedade que esta definindo. No Brasil como historicamente acontece estamos guiando pelo padrão norte-americano de crescente criminalização dos segmentos envolvidos com a produção, comercialização e consumo abusivo de drogas definidas como ilícita.

Esse movimento tem sido ampla e espetacularmente veiculado pela mídia, com a desculpa de “guerra as drogas”, na verdade promove a criminalização da já vulnerável porção da população sem acesso ao conjunto de direitos básicos, por possuírem um comportamento “desviado”, fora dos “padrões hegemônicos”, “socialmente definidos como adequados”. Abordagem que fere aos direitos arduamente conquistados no decorrer da história. Adotando uma postura repressora violenta, estigmatizadora e desumana, em detrimento dos processos educativos, de respeito à diversidade e de valorização da vida.

No sentido oposto os Direitos Humanos é incondicionalmente a favor da vida, da dignidade da vida humana, em oposição ao preconceito, aos desmandos da influencia do capital sobre a sociedade, dos fundamentalismos, dos modismos, é preventivo em relação ao senso comum, que apóia alienadamente o espetáculo que a mídia deseja promover. Como podemos observar no texto abaixo:

A defesa dos direitos humanos, nessa perspectiva, demanda a consolidação de uma cultura que conhece, reconhece, valoriza e vivencia princípios como: a solidariedade, o repúdio a qualquer tipo de violência e de preconceito, a diversidade, entre outros. Essa cultura deve orientar, fundamentar as relações e nortear as políticas de modo a consolidar novas compreensões e formas de convivência. (SENAD, 2014, p. 60)

#### 5.4 REDES DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE DE SPA

A saúde mental no Brasil sofreu profundas transformações a partir dos anos 80, com a mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, com o objetivo de rever o modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços não hospitalares com foco na reinserção social e familiar, época em que mais de cem mil pessoas com transtornos mentais viviam em manicômios, o movimento foi impulsionados pela crescente importância adquirida pelo tema direitos humanos, no combate a ditadura militar, gerou um processo de desinstitucionalização de moradores de manicômios.

Essa nova perspectiva em saúde mental, motivou a criação de serviços de atenção psicossocial para realizar o acolhimento dos usuários, com o objetivo de reinseri-los em seus territórios de origem. A nova proposta e a atenção aos portadores de transtornos mentais com objetivo de pleno exercício de sua cidadania, e por conseqüência na promoção de serviços abertos, com participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura), trazendo necessidade de ampliar a discussão sobre saúde mental, não só no âmbito do SUS, mas, dividindo a responsabilidade com outros setores da sociedade.

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os

princípios do movimento iniciado na década de oitenta tornam-se uma política de Estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite (União, Estados e Municípios), ampliam-se os serviços que viriam a constituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir do Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011 a RAPS passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. (SENAD, 2014, p. 123)

Em 23 de dezembro de 2011 a Portaria 3088 do Ministério da Saúde, *“Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Com o objetivo de regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial nº 7508/2011. Tendo no território a base para orientação de seu plano de ação, território na perspectiva integral, não só do espaço geográfico, mas, todas as relações e mediações que o perpassam.

#### 5.4.1 Os componentes da RAPS no território:

- ✓ **Atenção Básica em Saúde**
  - I. Estratégia Saúde da Família – ESF
  - II. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF
  - III. Equipe de Consultório na Rua
  - IV. Centro de Convivência e Cultura
- ✓ **Atenção Psicossocial Estratégica**
  - I. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS
- ✓ **Atenção Residencial de Caráter Transitório**
  - I. Unidades de Acolhimento
  - II. Serviços de atenção em regime residencial (comunidades terapêuticas)
- ✓ **Atenção Hospitalar**
  - I. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
  - II. Unidade de Pronto Atendimento – UPA
  - III. Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- ✓ **Estratégia de Desinstitucionalização**
  - I. Serviço Residencial Terapêutico
  - II. Programa De Volta Para a Casa
- ✓ **Estratégia de Reabilitação Psicossocial**
  - I. Estratégias de Reabilitação Psicossocial

No que tange a atenção aos transtornos decorrentes de (SPA), é fundamental o efetivo funcionamento da RAPS, no caso do litoral do Paraná que não conta com todos os equipamentos previstos na política, não existe a rede na perspectiva de integração de ações, na pratica cada equipamento atende de acordo com sua especificidade: Hospitais tem capacidade apenas para atendimento ambulatorial e para conter uma eventual crise, não contamos com nenhum CAPS AD, e nas outras modalidades, trabalham na perspectiva de redução de danos, o que não demonstra bons resultados nessa perspectiva. Não existe uma pesquisa que quantifique a demanda reprimida, contudo ela existe, os CAPS do litoral, os hospitais, os CRAS e os CREAS ou tentam encaminhar para alguma CT do litoral ou para Curitiba.

## 5.5 POLÍTICAS PUBLICAS E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS.

As questões que envolvem as drogas são tema no mundo inteiro, são objeto de tratados e acordos, com influencia nas normas brasileiras, que PR essa razão ficam obrigadas a atender algumas demandas acordadas como: redução de oferta de drogas, redução da demanda, o que contribuiu com o estabelecimento de uma política nacional sobre drogas (PNAD) aprovada em 2005, como e possível visualizar no site: <http://pt.scribd.com/doc/231270386/Politica-Nacional-Sobre-Drogas> Consolidando sua implementação com a aprovação da na lei nº 11.343/2006 a regulamentação do tema no Brasil.

A lei nº11.343/2006 – endereço [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm), conhecida como a lei de Drogas, ela revogou as leis anteriores sobre o assunto, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), ela modificou a forma jurídica com relação ao comercio e consumo de drogas. O SISNAD orientou as praticas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), com o objetivo de efetivar a PNAD, outra aspecto importante foi a descentralização das ações, ficando sua responsabilidade compartilhada entre o governo federal, estados e municípios. Uma importante inovação como mostra o texto abaixo.

A principal delas foi a despenalização do porte para uso de drogas, que significa , em outras palavras, que a conduta permaneceu criminalizada, mas

sem previsão de pena de prisão. Tal inovação seguiu a tendência internacional de reconhecer a diferença entre usuário/dependente e aqueles envolvidos no tráfico de drogas, e oferecer sanções jurídicas que levem em conta tal diferença. (SENAD, 2014, p. 218)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é o órgão responsável em controlar, a relação de substâncias permitidas a comercialização no Brasil, e como será o regulamento técnico e sanitário necessários a permissão de funcionamento das comunidades terapêuticas, em conjunto com outras regulamentações, que podem variar de acordo com a região em que a CT esta situada, considerando o caráter descentralizado das políticas, e as especificidades regionais que podem ou não ser contempladas nas leis estaduais e municipais, considerando que a matéria não é obrigatória, estados e municípios tem a prerrogativa de aderir ou não a algumas políticas e programas.

## **6 DA FORMAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS**

### **6.1 HISTÓRIA SOBRE A FORMAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.**

O auxílio a pessoas com distúrbios decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas nasceu na perspectiva Cristã de caridade e evangelização no Movimento Oxford na segunda década do século XX, através do ministro evangélico luterano Frank Buchman, o objetivo do movimento era o renascimento espiritual, com foco nas pessoas em estado de sofrimento psíquico, como: transtornos mentais e alcoolismo, que segundo a doutrina ocorriam em razão da destruição espiritual. A missão de Oxford tinha como base os preceitos cristãos de amor, honestidade e altruísmo, e trouxeram através de suas idéias e praticas conceitos como ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada, o auto-exame, a reparação e o trabalho conjunto.

O Corretor Bill Wilson um dependente de álcool em recuperação, passou por um momento de forte desejo de beber, quando estava em uma viagem, em razão disso consultou Henrietta Sieberling, associada ao grupo Oxford, que o encaminhou ao médico Bob Smith, também um alcoólico em recuperação, esse encontro resultou

na fundação da irmandade Alcoólicos Anônimos (AA), em Akron, Ohio no ano de 1935. Entre os princípios de AA, diretamente provenientes do grupo Oxford, estão: a noção de confessar-se aos outros, de reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença do grupo. Contudo no AA a opção religiosa e privada.

Em 1959 Charles Dederich, um dependente de álcool, com experiência no AA, fundou em Santa Monica, na Califórnia, a Synanon (primeira Comunidade Terapêutica), com forte influencia do AA em seu projeto terapêutico, sendo o cerne da recuperação a auto ajuda, a troca entre indivíduos na mesma situação e que a capacidade de recuperação está no indivíduo, o AA funciona com encontros e conversas em grupo, no método Synanon o programa é residencial, durante o tratamento a pessoa mora na comunidade, outro aspecto relevante é sua estrutura organizacional hierarquicamente estruturada, e o atendimento aos dependentes de outras substâncias psicoativas, não só o álcool como no AA.

O modelo Synanon foi o precursor desse método alternativo ao tratamento da dependência química, e por consequência influenciou e multiplicou, as novas gerações de comunidades terapêuticas, nos EUA e no mundo. Exemplo disso, foi a fundação de uma Escola de Formação para Educadores de CTs, na Itália no início de 1979. Importante ressaltar que e a maioria dos programas que surgiram com base no modelo Synanon, foi desenvolvido com a ajuda e participação de líderes cívicos, de membros do clero, de políticos e profissionais de saúde e assistência social. Esse modelo criado a principio pelos dependentes de álcool e outras drogas, tem em sua evolução uma significativa influencia da educação, medicina, direito, religião e ciências sociais.

No Brasil a fundação da Fazenda do Senhor Jesus, pelo Pe. Haroldo J. Rahm, em 1978, na cidade de Campinas (SP), incentivou a expansão das comunidades terapêuticas nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Rio Grande do Sul, entre outros. Porém essa expansão não ocorreu de modo organizado e estruturado, em razão do pouco conhecimento técnico metodológico, dando a origem a diversas metodologias regionais tanto para a utilização das técnicas quanto para o desenvolvimento dos programas, e por consequência um baixo índice de recuperação, deixando as CTs desacreditadas o que dificultava o

reconhecimento de sua importância, o que foi solucionado com a RDC 101/01 da ANVISA.

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 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, adotou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC no 101/01 – que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas (SPA), conforme modelo psicossocial. (SENAD, 2014, p 122)

A partir de 2004 se intensificaram as reuniões técnicas para concretização da Política Nacional sobre Drogas, foram realizados fóruns em seis regiões do Brasil, resultando na atual Política Nacional sobre Drogas – PNAD, em 2006 / 2007 foi feito o primeiro mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, e concluiu que 75% das internações realizadas no período do estudo foram realizadas pelas comunidades terapêuticas.

## 6.2. PROCESSO DE CRIAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.

Paralelo a regulamentação das comunidades terapêuticas, através da resolução 101 de 2001 a Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), o órgão do governo federal responsável por coordenar e integrar as ações do governo relativas a demanda e oferta de drogas, promoveu um amplo processo, que culminou com a adequação da Política Nacional sobre drogas, que formalizou as comunidades terapêuticas como parte das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, contudo com sua relevância ainda contestada.

No ano de 2011, através de diversas reuniões entre governo e entidades representativas das comunidades terapêuticas. Onde participaram a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Federação Evangélica do Brasil (FETEB), a Cruz Azul do Brasil e a Federação Norte e Nordeste e diversos setores do governo, inclusive a participação da presidenta Dilma Rousseff. Esse movimento trouxe o reconhecimento da importância das CTs como estratégia de

cuidado, e evidenciou a importância das CTs em oferecer atendimentos de qualidade.

Em resposta a essas demandas novas ações surgiram, em destaque a substituição da RDC 101/01 pela atual resolução RDC 29/11 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 (SPA), em regime de residência, de acordo com anexo I. Dentre os requisitos dispostos nessa resolução tem-se:

Objetivo, Abrangência, Condição Organizacional, Gestão de Pessoal, Gestão de infraestrutura, Processos Assistenciais. E o principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre pares. (SENAD, 2014, p. 44)

As comunidades terapêuticas criadas nos últimos quinze anos são segundo levantamento do observatório Brasileiro de Informações sobre drogas (OBID) 95 % de caráter religioso, onde a motivação de sua criação é de um pastor, um padre ou uma comunidade religiosa, com o objetivo de resgatar vidas, tendo na prática religiosa, segundo sua doutrina a base para a orientação das atividades da CT, com pouco ou nenhum embasamento técnico metodológico e em geral sem a orientação de profissionais capacitados.

Uma das razões para esse fenômeno é territorialidade da demanda, considerando que no Brasil 95 % dos municípios são pequenos, e a ausência de equipamentos do estado necessárias ao atendimento dessa demanda, e por consequência sem uma possibilidade de acolhimento, a população tem na igreja um canal para buscar alívio para o sofrimento, que em relação ao consumo de drogas, trouxe esse protagonismo na criação dessas comunidades terapêuticas, e uma representativa participação nas instituições representativas da comunidade religiosa.

Como já foi citado a intervenção do estado no tema é relativamente nova, com isso a partir dos anos 80 com o novo modelo de tratamento a saúde mental, coube as comunidades terapêuticas o tratamento disponível aos dependentes de substâncias químicas, com pouca ou quase nenhuma participação do estado, e sem

um modelo definido, com a RDC 101/01, passou a ter uma orientação de como deveria ser orientado o trabalho, contudo com pouca efetividade, pois, a norma era inviável de ser implantada, era distante da possibilidade financeira das CTs, o que manteve a margem da norma a maioria das CTs existentes.

Com a substituição da RDC 101/01 pela RDC 29/11, esse panorama mudou, as exigências tornaram-se viáveis, o governo federal ampliou sua atuação com programas de capacitação promovidos pela SENAD, através de instituições públicas de ensino superior, disponibilizou recursos para ampliação e manutenção de vagas para internamentos em parceria com CTs conveniadas.

No que tange a nossa região falta um engajamento do Estado e principalmente dos municípios do litoral na luta contra a dependência química, pois sem sua participação não é possível as instituições da região ter acesso a recursos, é necessário a implementação de leis municipais que regulem o tema, como por exemplo, a efetivação do conselho municipal sobre drogas no município de Matinhos que só existe no papel, sem deixar de considerar a falta de motivação de algumas comunidades no sentido de adequação as novas diretrizes, em sua grande maioria, isso acontece em razão da falta de conhecimento, e em alguns casos de falta de interesse em enquadrar-se. Como podemos observar no texto abaixo.

Esse desconhecimento deve-se ao fato de grande parte das Comunidades Terapêuticas, até agora, não estarem adequadas às normas mínimas de funcionamento, nem ter acesso a recursos financeiros, capacitação e informações sobre o tratamento das dependências, deixando a desejar quanto aos resultados possíveis e esperados. Também é importante ressaltar que muitos centros de recuperação e clínicas utilizam algumas técnicas e características de Comunidades Terapêuticas e se intitulam comunidades, porém não têm os elementos essenciais nem as características necessárias para serem reconhecidos como tal. (SENAD, 2014, p. 126)

Esse novo modelo proposto pelas comunidades, tem o objetivo de tratar o transtorno do indivíduo como um todo, objetivando em sua recuperação transformar positivamente o estilo de vida e sua identidade, grande parte das comunidades terapêuticas do mundo e do Brasil, tem nos 12 Passos e as 12 Tradições dos Alcoólicos Anônimos (AA) a base dos seus programas de recuperação (anexo II). Programas com referencial na espiritualidade e/ou na religião também podem

compor as abordagens nesse ambiente de tratamento. É uma nova abordagem historicamente construída. Como referencia o texto a seguir:

A Comunidade Terapêutica considera o uso de drogas um sintoma do comprometimento daquele que faz uso nocivo ou é dependente. O seu modo de ser e agir geram prejuízos em todas as dimensões de sua vida, incapaz de manter-se abstinente, seriamente disfuncional dos pontos de vista social e interpessoal, tomando atitudes prejudiciais a si e aos que estão ao seu redor. As Comunidades Terapêuticas utilizam a comunidade como agente-chave do processo de mudança – eis o seu método e diferencial maior em relação às demais modalidades de tratamento. (SENAD, 2014, p. 127)

No antigo regime as CTs para estar regular, era necessário atender às normas gerais de um serviço de saúde, tal qual um hospital ou centro de tratamento, para aproximar-se do modelo proposto pela FEBRACT, a ANVISA criou a nova norma, com os seguintes pontos-chave em seu novo Regulamento Técnico.

#### 6.2.1 Da organização do serviço

**a) Condições organizacionais:** Licença sanitária segundo a legislação local, descrição das atividades, responsável técnico com nível superior e ficha individual de cada residente, atualizada periodicamente de acordo com os critérios estabelecidos pela RDC nº 29/11.

**b) Gestão de pessoal:** Recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas; capacitação profissional.

**c) Gestão de infraestrutura:** Instalações regularizadas junto ao Poder Público local, em boas condições de conservação, segurança e higiene. Os ambientes considerados obrigatórios, tais como o alojamento, os espaços de recuperação e convivência, o setor administrativo e o de apoio logístico, encontram-se descritos nessa seção.

#### 6.2.2 Do processo assistencial

**a) Admissão:** Avaliação diagnóstica prévia e problemas clínicos que requeiram prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição são critérios de exclusão à internação; apenas internações voluntárias e consentidas.

**b) Permanência:** Garantia ao bem-estar físico e psíquico, ambiente livre de substâncias psicoativas, proibição de castigos físicos.

**c) Normas de conduta claras para as seguintes situações:** Alta terapêutica, desistência (alta a pedido), desligamento (alta administrativa), desligamento em caso de mandado judicial e evasão (fuga).

### 6.3 A IMPORTÂNCIA DA ADEQUAÇÃO NORMATIVA

Observamos que as comunidades terapêuticas surgiram em um ambiente eclesiástico e de saúde psíquica, com apelo a Deus, tendo como viga de sustentação a comunhão de pessoas, o que mostrou ser um importante instrumento terapêutico, e por consequência sustentou esse modelo até hoje, em detrimento de um projeto terapêutico adequado e embasado cientificamente. Esse trabalho não tem nenhuma intenção de desvalorizar a contribuição positiva e humana dada por essas instituições nos últimos anos, quanto mas deixar de reconhecer a fundamental importância do conhecimento produzido nessa jornada, conhecimento sem o qual não seria possível chegar ao modelo atual.

Estamos em um tempo de muitos conflitos sociais, onde a concentração de renda chegou a um patamar absurdo, onde o modelo econômico posto não dá conta de proporcionar para uma significativa parcela da sociedade os mínimos necessários a manutenção da vida, obrigando aos adultos a jornadas elevadas de trabalho, e deixando os jovens sem alternativa de ocupação, e com pouca ou nenhuma perspectiva de futuro, somado a isso uma acessível oferta de drogas, elevando nos segmentos mais vulneráveis da sociedade os fatores de risco, dessa população em relacionar-se com as drogas.

Considerando também o surgimento de drogas com elevado potencial de causar vício e a preços acessíveis, somado a um notório sistema organizado e articulado distribuindo e vendendo as drogas, fato que pode ser comprovado através das mídias, a notícia envolvendo o tema é generalizada, sistema que está diariamente aliciando, empregando e eliminando esses jovens. Nesse contexto tem

por consequência uma crescente e alarmante demanda de serviços em saúde para atender a dependentes de SPA, na perspectiva de atingir e manter um estado de abstinência, e reinserção social. As figuras 5 e 6 retratam uma realidade atual, as chamadas cracolândias.

Esse modelo posto de atuação das casas de recuperação predominantes em nossa região sem suporte técnico, com base religiosa, tem mostrado resultados inexpressivos, nas visitas realizadas não foi possível quantificar os resultados, em razão da ausência de registros, característica comum as instituições da região, outro dado relevante é a ausência de um projeto terapêutico, ausência de equipe capacitada, em 80 % das comunidades visitadas são os próprios usuários que são os responsáveis pela organização e funcionamento das instituições, onde o líder passa poucas horas presente na comunidade.

Apesar da proposta dessas instituições ser a recuperação de dependentes químicos, e diante da realidade observada não é possível classificá-las como comunidades terapêuticas, ficando mais próximas a idéia de albergue, contudo presta um relevante serviço, porém paliativo, pois, os resultados obtidos não permanecem, e os índices de reinternação são elevados. A falta de informação e conhecimento mostrou ser também uma característica comum as casas de recuperação, assim como a falta de interesse dos líderes em iniciar um processo de adequação, o principal argumento é o temor em perder o controle da instituição para o estado.

A nova proposta é de uma abordagem psicossocial, humanizada, que pretende tratar o ser humano em sua integralidade, em um ambiente livre de SPA, afastado de ambientes perigosos, assistido e amparado evitando evasão e recaídas, possibilitando uma trégua nos relacionamentos afetados, buscando promover a reinserção social e familiar, possibilitando ao usuário conhecer e participar do seu projeto terapêutico, produzindo com isso conhecimento necessário a lhe dar subsídios para enfrentar momentos difíceis, auxiliando na construção de um projeto de vida, encaminhando a outros serviços complementares.

A idéia não é eliminar o aspecto espiritual, ele permanece importante na proposta, O tratamento psicossocial em CT é permeado pela palavra, que tem o poder de derrubar e também de edificar, razão pela qual, é imprescindível a elaboração de um projeto estruturado, organizado. Afim de proporcionar um serviço de qualidade, que efetivamente diminua o sofrimento dessa população, que possibilite ao seu usuário mecanismos que o permitam ficar afastado em definitivo do consumo de drogas, preocupada com a formação de uma rede social de apoio, e com a construção e com o compartilhamento de conhecimento. Nesse sentido o National Institute on Drug Abuse de Maryland / EUA, elaborou 13 Princípios do Tratamento efetivo:

1. Nenhum tratamento é efetivo para todos os pacientes
2. O Tratamento necessita ser facilmente disponível
3. Tratamento deve atender às várias necessidades e não somente ao uso de drogas
4. O tratamento necessita ser continuamente avaliado e modificado de acordo com as necessidades
5. Permanecer em tratamento por período adequado é fundamental para a efetividade
6. Aconselhamento e outras técnicas comportamentais são fundamentais para o tratamento
7. Medicamentos são importantes, principalmente quando combinados com terapia
8. A comorbidade deveria ser tratada de uma forma integrada
9. Desintoxicação é só o começo do tratamento
10. O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo
11. A possibilidade de uso de drogas deve ser monitorada
12. Avaliação sobre HIV, hepatites B e C e aconselhamento para evitar esses riscos
13. Recuperação é um processo longo e muitas vezes necessita vários episódios de tratamento.



### 7.3 NO LITORAL DO PARANÁ



Figura 9 - Dados SENAD 2014

#### 7.3.1 – Do mapeamento das comunidades terapêuticas no litoral do Paraná

Pelo acima exposto figuras 7, 8 e 9 fica evidente o número de Comunidades Terapêuticas existentes no Brasil e em especial na figura 9 sobre as CT's no litoral do Paraná, onde aparece apenas duas legalizadas, embora em nossa pesquisa de mapeamento/busca através de informações da comunidade encontramos muitas instituições.

E ainda em relação a questão de nossa pesquisa: Qual a realidade das comunidades terapêuticas do litoral do Paraná em relação a adequação as normas, ate que ponto ela estão e desejam regularizar-se ?

Das visitas realizadas, obtivemos as seguintes afirmações:

- Não temos interesse na legalização;

- Outras acham que a “papelada” para legalização é muito difícil;
- Não “vale a pena”, tem muito controle sobre as instituições e sobre os internos;
- Algumas não informam situação cadastral – CNPJ e outros dados.

### 7.3.2 – Das CT's e instituições mantenedoras com registro no SENAD

#### **1 Comunidade Milagre Eucarístico**

Estrada do Correio Velho, 514 – Jardim Eldorado  
 Telefone (41) 3422-8747  
 Paranaguá / PR  
 Mantenedora: Igreja Católica  
 CNPJ: não informou  
 Numero de vagas: não está ofertando o serviço

#### **2 Associação de Apoio a Vida Reviver**

Av. Guaratuba, 84 – Balneário Shangrilá  
 Telefone: (41) 9873-2184  
 Pontal do Paraná / PR  
 Mantenedora: Associação de Apoio a Vida Reviver  
 CNPJ: não informou  
 Numero de vagas: 30

### 7.3.3 – Das CT's e instituições mantenedoras sem registro no SENAD

#### **1 Comunidade Adoração para Cristo**

Rodovia Alexandra, km 18 – Alexandra  
 Telefone: (41) 8465-3547  
 Paranaguá / PR  
 Mantenedora: comunidade informal, não está vinculada a nenhuma pessoa jurídica.  
 Numero de vagas: 24

#### **2 Casa de Apoio Viver em Cristo**

Rua Antonio Mito, 1005 – Alexandra  
 Telefone: (41) 8417-4859  
 Paranaguá / PR  
 Mantenedora: comunidade informal, não está vinculada a nenhuma pessoa jurídica.  
 Numero de vagas: 10

**3 Casa de Apoio e Recuperação Cristo Libertador**

Estrada do Embocui, s/n – Vila São Jorge

Telefone (41) 8430-5898

Paranaguá / PR

Mantenedora: Casa de Apoio e Recuperação Cristo Libertador

CNPJ: 06.190.832/0001-02

(comunidade não tem alvará municipal para funcionamento)

Numero de vagas: 12

**4 Comunidade Maranata**

Encerrou as atividades em 2014.

**5 Casa de Recuperação Nova Vida**

Av. Munhoz da Rocha, 8 – Pontal do Sul

Telefone: (41) 3455-1710

Pontal do Paraná / PR

Mantenedora: Associação Nova Vida de Pontal do Paraná

CNPJ: 17.226.154/0001-07

Numero de vagas: 13

**6 Casa de Recuperação Jesus é a Vida**

Rua: Vinte e Dois, 200 – Balneário de Saint Etienne

Telefone: (41) 8885-4486

Matinhos / PR

Mantenedora: Casa de Recuperação Jesus é a Vida - CREJE

CNPJ: 11.312.344/0001-52

(comunidade não tem alvará municipal para funcionamento)

Numero de vagas: 60

**7 Desafio Jovem Betel Masculina**

Rod. PR 407, km 8,5

Telefone: (41) 9169-1589

Paranaguá / PR

Mantenedora: comunidade informal, não está vinculada a nenhuma pessoa jurídica.

Numero de Vagas: 60

**8 Desafio Jovem Betel Feminina**

Rod. PR 407, km 1,5

Telefone: (41) 3425-0380

Paranaguá / PR

Mantenedora: comunidade informal, não está vinculada a nenhuma pessoa jurídica.

Numero de Vagas: 15

**9 Centro Evangélico Pontal**

Rua da Paz, 174 – Balneário Shangrilá

Telefone: (41) 9776-4369

Pontal do Paraná / PR

Mantenedora: Associação Centro Evangelístico de Pontal

CNPJ: 20.059.787/0001-74

Numero de vagas: 16

**10 Comunidade TESE**

Travessa do Porto, 170 - Alexandra

Telefone: (41) 8503-5898

Paranaguá / PR

Mantenedora: não informou

Numero de vagas: 15

**11 CENTRO TERAPÊUTICO COPIOSA REDENÇÃO**

Rod. Elísio Pereira Alves Filho, km 23 – Colônia Cambara

Telefone: (41) 9184-6751

Matinhos / PR

Mantenedora: Igreja Católica

CNPJ: não informou

Numero de vagas: 11

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dinâmica atual frenética e vísceras, com uma enxurrada de informações e possibilidades, regulada por um mercado sedento de crescimento e lucro, impulsionado pela mídia, e na perspectiva do macro, pois, não existe mais o pequeno, as grandes corporações dominaram todas os setores relacionados ao consumo, o estado em total crise de gestão, onde no papel temos políticas maravilhosas, mas, na outra ponta a sociedade sofre, com os efeitos, dessa violência toda, vendo direitos arduamente conquistados, sendo desrespeitados, e mesmo extintos, ficando com a sensação de impotência e impunidade.

Nesse contexto o presente estudo teve a preocupação de trazer conceitos, e argumentos em oposição ao senso comum, teve a preocupação também de evidenciar a necessidade de dialogo sobre o tema, de forma ampla e universal, em razão de todos estarmos sujeitos de ter algum envolvimento com essa problemática em algum momento, não é uma questão distante, nas entrevistas, nas pesquisas, ate mesmo em despreziosas conversas, foi possível observar como a questão do consumo de drogas esta presente nas famílias.

O estudo buscou demonstrar que as drogas praticamente sempre fizeram parte da nossa sociedade, esse padrão elevado de uso abusivo de drogas que observamos atualmente, é resultado da construção histórica das relações humanas em especial nas ultimas décadas, onde as pessoas priorizam o relacionamento com coisas, em detrimento da relação entre pessoas, hoje, principalmente os jovens têm um vinculo maior com seu celular, do que com seus amigos, em razão disso não é possível abordar o tema sobre as drogas sem inserir a necessidade de criar uma cultura de responsabilidade social, o meu bem estar deve ser diretamente proporcional ao bem estar do outro, e não ao contrario como determina a lógica atual.

Outra preocupação do presente estudo é demonstrar a necessidade de implementar as políticas em todas as instancias do estado, as políticas tem que chegar aos municípios, e para isso é fundamental a participação popular, a formação dos Conselhos Municipais sobre Drogas, a necessidade de trazer um olhar

humanizado para o tema, contrario a ao grande investimento da mídia no intuito de formar a opinião do publico, de que é uma questão de segurança publica, que tem que diminuir a maioridade penal, quando na verdade as causas são deixadas de lado.

Esse estudo não tem nenhuma intenção de apontar para o defeito de qualquer instituição, em razão disso ele teve a preocupação de não mencionar nenhuma comunidade especifica, o objetivo é mostrar que as comunidades terapêuticas são imprescindíveis ao tratamento da dependência de substancias psicoativas, contudo, é fundamental que esse serviço seja ofertado com qualidade, de forma responsável e dentro das normas, demonstrar também que as comunidades sempre foram e devem continuar sendo protagonistas no acolhimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de drogas.

E para encerrar é imprescindível pontuar a relevância que o profissional do serviço social tem nesse contexto, são muitas demandas e mediações necessárias para mudar a realidade atual.

## 9 REFERÊNCIAS

SECRETARIA Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Capacitação para comunidades: Conhecer para cuidar melhor**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2013.

SECRETARIA Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. Ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2014.

SECRETARIA Nacional de Políticas Sobre Drogas. **SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. 6. Ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2014.

BRASIL. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Decreto Presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011.

SECRETARIA Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5. Ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2013.

[www.senad.org.br](http://www.senad.org.br) – Secretaria Nacional Sobre Drogas

[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br) – Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas

<http://www.antidrogas.pr.gov.br/> - Secretaria de Segurança Pública do Paraná

<https://monitoramento.presidencia.gov.br/observatorio/observatorio/web/observatorio/crack/mapa/SageComunidade> - Mapa das comunidades terapêuticas do Brasil.

**ANEXO I - REALIDADE DAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS VISITADAS**

**Figura 1 - INICIO DA CASA DE RECUPERAÇÃO JESUS É A VIDA (2008) – MATINHOS / PR**



**Figura 2 - CASA DE RECUPERAÇÃO JESUS É A VIDA – CREJE (2010) – MATINHOS / PR**



**Figura 3 - CASA DE RECUPERAÇÃO JESUS É A VIDA (2014) – MATINHOS / PR**



**Figura 4 - INSTITUTO PADRE HAROLDO – CAMPINAS / SP**

**ANEXO II - IMAGEM DE 2014 - CRACOLANDIA NO CENTRO DE SÃO PAULO**



Figura 5



Figura 6

## **ANEXO III**

### **NOTA TÉCNICA No 1/2011**

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 n° 29, de 30 de junho de 2011.

Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de  
Saúde

15 de julho de 2011  
Nota Técnica sobre a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011.

## **1. Introdução**

A Anvisa publicou a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

A nova regulamentação revoga e substitui a RDC nº 101/2001, que disciplinava o funcionamento de instituições conhecidas como “Comunidades Terapêuticas”. Cabe destacar que a regulamentação anterior, publicada em 31 de maio de 2001, representou um passo pioneiro da Agência diante da necessidade de se qualificar serviços prestados por entidades da sociedade civil, que cresceram em resposta à ausência de tradição mais forte da saúde pública em lidar com o tema da drogadição.

## **2. Histórico**

A atual política do Governo Federal para enfrentamento do crack e outras drogas reconheceu a necessidade de se estabelecer parcerias entre o Estado e as instituições da sociedade civil que prestam relevantes serviços à comunidade na área da dependência química. Assim, a revisão da regulação sanitária sobre o tema foi realizada em consonância com as ações do Governo, especialmente do Ministério da Saúde, de integração entre essas instituições e o Sistema Único de Saúde - SUS.

O processo de revisão da norma contemplou, ainda, sugestões propostas pelas federações de comunidades terapêuticas e considerações de órgãos de Governo diretamente envolvidos com o tema, notadamente o Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça, reunidos em Grupo de Trabalho coordenado pela Casa Civil da Presidência da República.

### **3. Alterações normativas**

A discussão sobre a revisão da norma na Anvisa apontou a necessidade de repensar itens essenciais, como:

#### **Licença Sanitária**

- Alteração para padrão condizente com as exigências cabíveis a “estabelecimentos de interesse à saúde”

#### **Responsabilidade Técnica**

- Alteração de profissional de “nível superior da saúde ou serviço social” para Profissional de nível superior de qualquer área de formação

#### **Plano Terapêutico**

- Mudança de nomenclatura e retirada de exigências que caracterizem intervenção em saúde

#### **Infraestrutura**

- Retirada de vinculação a normas que prevêm exigências para estabelecimentos de saúde

A revisão atendeu, também, a necessidade de promover maior clareza e objetividade dos dispositivos, que são aplicados pelas autoridades sanitárias locais em todo o país, visando evitar interpretações diversas nas diferentes localidades.

Uma vez que a norma é aplicada pela autoridade sanitária de estados e municípios, esta deve considerar que tais instituições têm caráter social, não se tratando de estabelecimento de saúde e, por consequência, em geral, não devem seguir os rigores da legislação sanitária que é aplicada a clínicas e hospitais, por exemplo. Somente nos casos em que houver prestação de “serviços assistenciais de saúde” ou execução de “procedimentos de natureza clínica”, conforme prevê o parágrafo único do art. 2º da norma, deve-se, cumulativamente, aplicar os requisitos específicos de estabelecimentos de saúde.

Assim, a RDC nº 29/2011 estabelece a diferenciação entre as instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, tendo como principal instrumento a convivência entre os pares, de um lado, e os serviços referidos pela legislação sanitária como estabelecimentos de saúde, de outro. Esses últimos podem ser considerados como equipamentos de saúde (caso dos hospitais, clínicas e congêneres), já os primeiros devem ser considerados “equipamentos sociais”.

### 3. 1. Quadro comparativo entre a nova RDC 29/2011 e a antiga RDC 101/01

Item	RDC 101/2001	RDC 29/2011
<b>Denominação das instituições</b>	Denomina como “comunidades terapêuticas”	Não utiliza denominação específica, abrangendo todas as instituições, independente de nomenclatura
<b>Licença sanitária</b>	Há exigência	Mantida a exigência
<b>Responsável Técnico</b>	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
<b>Recursos Humanos</b>	Denomina tipos de profissionais e estabelece sua proporção em relação ao número de residentes	Recursos humanos em número compatível com as atividades desenvolvidas.
<b>Capacitação</b>	Exige o reconhecimento de cursos de capacitação pelos antigos “conselhos de entorpecentes”	Determina ações de capacitação para a equipe, mantendo o registro da execução.
<b>Organização do Serviço</b>	Estabelece poucos requisitos de forma dispersa	Estabelece condições organizacionais de forma sistemática
<b>Programa Terapêutico</b>	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.
<b>Procedimento/ Processos Assistenciais</b>	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.

Item	RDC 101/2001	RDC 29/2011
<b>Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotina de atendimento de saúde</li> <li>- Atendimento psiquiátrico periódico</li> <li>- Encaminhamento à rede de saúde em caso de intercorrências clínicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicação de serviços de atenção à saúde da rede pública ou privada para os residentes</li> <li>- Mantido encaminhamento à rede</li> </ul>
<b>Infraestrutura</b>	Necessidade de aprovação de projeto físico na vigilância sanitária e várias exigências para os ambientes, como metragem, proporções e limite para 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
<b>Sigilo e Anonimato</b>	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
<b>CrITÉRIOS de elegibilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veda a admissão de grau grave de comprometimento orgânico e/ou psicológico</li> <li>- Determina encaminhamento a outras modalidades de atenção.</li> </ul>	Veda a admissão de pessoas que necessitem de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição
<b>Garantias para os residentes</b>	Previstas nos critérios de admissão e tratamento.	Mantidas com redação sistematizada e sintética
<b>Administração de medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimentos de saúde com procedimentos de desintoxicação com medicamentos sob controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98.</li> <li>- Quando não há prescrição, somente guarda, fica dispensada da Portaria SVS/MS n.º 344/98.</li> </ul>	Designa ao RT a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes e veda o estoque de medicamentos sem prescrição médica.
<b>Prazo adequação</b>	2 anos	12 meses

#### **4. Orientações ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para o Gerenciamento de Riscos**

- 1) Promover ações de incentivo à regularização das instituições, com destaque para a obtenção da licença junto ao órgão de vigilância sanitária local competente;
- 2) Orientar as instituições por meio de reuniões, oficinas ou seminários, com o objetivo de adequação à norma dentro do prazo estabelecido;
- 3) Desenvolver ações de comunicação para que a sociedade possa identificar eventuais riscos na prestação dos serviços e colaborar com a melhoria das instituições;
- 4) Encaminhar aos órgãos de segurança e de direitos humanos denúncias sobre maus tratos, envolvendo castigo, cárcere privado ou outras formas de violência;
- 5) Estabelecer um canal de comunicação com as entidades representativas das instituições e com os Conselhos sobre Drogas para orientação e troca de informações;
- 6) Instaurar os procedimentos cabíveis à vigilância sanitária nos casos de infração às normas.

#### **4. Considerações Finais**

Com estas medidas, espera-se que o trabalho realizado por essas entidades de recuperação seja feito de forma cada vez mais qualificada.

Em seleção realizada em 2010 pela Senad e Ministério da Saúde, para financiamento de leitos em comunidades terapêuticas, a maioria das instituições selecionadas não estava no cadastro das vigilâncias sanitárias dos estados, conforme levantamento realizado à época pela Anvisa.

Evidenciou-se, então, a necessidade de uma ação que incentive a regularização perante a vigilância sanitária local e promova a segurança sanitária dessas instituições. A Anvisa se coloca à disposição da sociedade para promover o melhor entendimento da norma no contexto da política sobre drogas do Governo Federal.

## ANEXO IV

### OS DOZE PASSOS PARA O DEPENDENTE

**1º PASSO:** Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

**2º PASSO:** Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.

**3º PASSO:** Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.

**4º PASSO:** Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

**5º PASSO:** Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

**6º PASSO:** Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

**7º PASSO:** Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

**8º PASSO:** Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

**9º PASSO:** Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.

**10º PASSO:** Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

**11º PASSO:** 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 PASSO:** Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.