



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE GOIÁS  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**CARACTERIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS: OS AVANÇOS E ENTRAVES DO TRATAMENTO DA  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**SONIS HENRIQUE REZENDE BATISTA**

**GOIÂNIA-GOIÁS  
2016**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DE GOIÁS  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**CARACTERIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS: OS AVANÇOS E ENTRAVES DO TRATAMENTO DA  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**Acadêmico: Sonis Henrique Rezende Batista**

**Orientador: Prof. Dr. Rogério José de Almeida**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção de título Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**Goiânia-Goiás  
2016**

Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)  
(Sistema de Bibliotecas PUC Goiás)

B333c Batista, Sonis Henrique Rezende.  
Caracterização do funcionamento das comunidades terapêuticas [manuscrito] : os avanços e entraves do tratamento da dependência química / Sonis Henrique Rezende Batista – Goiânia, 2016.  
122 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Ambientais e Saúde, 2016.  
“Orientador: Prof. Dr. Rogério José de Almeida”.  
Bibliografia.

1. Terapêutica. 2. Drogas – Abuso – Tratamento. I. Título.

CDU 615.099(043)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE  
DEFENDIDA EM 03 DE FEVEREIRO DE 2016 E CONSIDERADA  
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

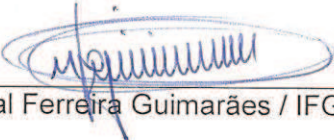
1)



---

Prof. Dr. Rogério José de Almeida / PUC Goiás (Presidente)

2)



---

Prof. Dr. Nival Ferreira Guimarães / IFG (Membro Externo)

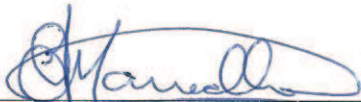
3)



---

Prof. Dr. Antônio Márcio Teodoro Cordeiro Silva / PUC Goiás (Membro)

4)



---

Profa. Dra. Iracema Gonzaga Moura de Carvalho / PUC Goiás (Suplente)

Dedico esta dissertação a todas as Comunidades Terapêuticas e àqueles que pensam a saúde mental de forma completa e dinâmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, de maneira especial, minha esposa, Aline, e minha filha, Mariana, que se furtaram de momentos comigo e entenderam minha dedicação à pesquisa e ao mestrado, mas sempre presentes em todos os instantes.

Ao meu orientador Prof. Dr. Rogério José de Almeida, sociólogo, parceiro incansável, que iluminou e guiou meus caminhos durante a pesquisa e o curso e que se tornou grande amigo e irmão de alma.

À minha coorientadora, mentora, conselheira e grande exemplo de profissional, Profa. Vera Lúcia Morselli, psicóloga que sempre me conduziu com suas palavras e ações para a vida e junto às Comunidades Terapêuticas, a quem tive o privilégio de coordenar conjuntamente o Eixo ligado ao Fórum Goiano de Enfrentamento ao Crack.

Agradeço a todos os professores e funcionários do Programa em Nome da Vida, da Pró-Reitoria de Extensão da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, pela receptividade e carinho que sempre me receberam como voluntário nos trabalhos desenvolvidos. Também à Profa. Dra. Renata Pegoraro, que iniciou toda a pesquisa, me convidando para fazer o Mestrado.

A todos os professores e coordenadores do MCAS, por sua dedicação, além da oportunidade que tive em me deleitar de assuntos tão distantes de minha graduação (Direito), mergulhando em assuntos tão profundos e envolventes (meio ambiente e saúde), a despertar para a importância da interdisciplinaridade e da reflexão crítica responsável.

Aos meus colegas de Mestrado pela oportunidade de poder apreender e trocar experiências e pela paciência que tiveram comigo, em função das inúmeras intervenções a que me autorizaram a fazer durante as aulas, de forma a buscar sanar minhas dúvidas.

A todos os meus colegas, que trabalham nas Obras Sociais do Grupo Espírita Regeneração, pelo entendimento de minha ausência quando do Mestrado, mas sempre dispostos e presentes nos momentos profissionais.

Agradeço aos integrantes do Fórum Goiano de Prevenção e Enfrentamento ao Uso de Crack e outras drogas, em especial às ex-coordenadoras Maria Sônia França e Dirce Pereira Maia e ao atual coordenador Alaor Félix, a quem cito em homenagem a todos os membros e participantes.

Ainda, a equipe do Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas do Estado de Goiás, pelo apoio e reuniões para coleta de dados, em especial a sua Presidente Ivânia Alves Fernandes Pessoa e a ex-assessora técnica Carmen Matias, pessoas que tenho um carinho todo especial.

Agradeço de todo o coração a todas as Comunidades Terapêuticas que abriram suas portas para a realização deste estudo, a todos os profissionais, dirigentes, coordenadores, monitores, pessoas que encontrei no transcurso da pesquisa e demais interlocutores, por não somente se dispuserem a contribuir com os dados, como me acolheram e compartilharam das suas experiências e das suas histórias de vida, de forma a ampliar o conhecimento neste campo.

A meus pais, irmãos, sogros, cunhadas e sobrinhos, pelos laços de amor que nos une sempre.

Por fim, e não menos importante, agradeço a Deus. Citado por último por ser meu amparo, meu Tudo, minha retaguarda. Nele confio e sei que está comigo e em mim, dando a oportunidade do recomeçar sempre.

A todos sou intensamente grato!

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Distribuição geográfica das comunidades terapêuticas com vagas financiadas pelo governo federal.....	16
<b>Quadro 1.</b> Comparativo entre a antiga e a nova RDC.....	43
<b>Figura 2.</b> Ano de início do funcionamento das CT pesquisadas.....	50



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Motivos de desconsiderar as entidades previamente cadastradas nos órgãos oficiais.....	47
<b>Tabela 2.</b> Carga Horária semanal dos Responsáveis Técnicos das comunidades.....	51
<b>Tabela 3.</b> Documento de registro/inscrição que a comunidade terapêutica afirmou possuir.....	52
<b>Tabela 4.</b> Tempo de permanência nas comunidades.....	53
<b>Tabela 5.</b> Principal fonte de recurso financeiro para a manutenção da comunidade.....	54
<b>Tabela 6.</b> Outras fontes de recurso financeiro para a manutenção da comunidade.....	55
<b>Tabela 7.</b> Itens que as famílias contribuem.....	56
<b>Tabela 8.</b> Especificações das doações de forma espontânea.....	58
<b>Tabela 9.</b> Fontes alternativas de captação recursos.....	58
<b>Tabela 10.</b> Quantitativo de quartos existentes na CT (dormitórios).....	59
<b>Tabela 11.</b> Quantidade de armários para uso dos residentes.....	60
<b>Tabela 12.</b> Quantidade de armários, chuveiros, sanitários e lavatórios de uso exclusivo dos residentes.....	60
<b>Tabela 13.</b> Frequência diária que a cozinha é limpa.....	62
<b>Tabela 14.</b> Capacidade máxima de pessoas nos refeitórios.....	62
<b>Tabela 15.</b> Móveis e equipamentos de propriedade das comunidades.....	64
<b>Tabela 16.</b> Horário de início para o acolhimento.....	65
<b>Tabela 17.</b> Dias que ocorrem o acolhimento.....	66
<b>Tabela 18.</b> Dias que ocorrem a triagem.....	66

<b>Tabela 19.</b> Turnos que ocorrem a triagem.....	66
<b>Tabela 20.</b> Uso de dinheiro dentro da comunidade.....	67
<b>Tabela 21.</b> Atividades existentes dentro da comunidade terapêutica, as quais os residentes participam.....	68
<b>Tabela 22.</b> Registros em prontuários.....	69
<b>Tabela 23.</b> Quantitativo de internações, altas terapêuticas, desistências e evasões nos últimos 12 meses.....	70
<b>Tabela 24.</b> Ocorrência da capacitação.....	71
<b>Tabela 25.</b> Justificativa para mais recursos humanos.....	72
<b>Tabela 26.</b> Quantidade de residentes em cada comunidade (masculina).....	73
<b>Tabela 27.</b> Quantidade de residentes em cada comunidade (feminina).....	74
<b>Tabela 28.</b> Quantidade de residentes por faixa etária.....	75
<b>Tabela 29.</b> Motivação para ingresso na comunidade.....	75
<b>Tabela 30.</b> Pessoas já foram residentes na mesma comunidade mais de uma vez.....	76
<b>Tabela 31.</b> Pessoas que já foram residentes de outras comunidades.....	76
<b>Tabela 32.</b> Serviços de saúde procurados fora da comunidade.....	78

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA - Alcoólicos Anônimos

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAAE – certificado de apresentação para apreciação ética

CAPES – Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEASA – Central Estadual de Abastecimento

CID – código internacional de doenças

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

COMAD – Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

COMEN – Conselho Municipal de Entorpecentes

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CONAB – Companhia nacional de abastecimento

CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas

CT - Comunidade Terapêutica

DeCS - Descritores da Ciência da Saúde

DML – depósito de material de limpeza

EPI – equipamento de proteção individual

FEBRACT - Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas

GEED - Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas

GGTES – Gerência-Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geoprocessamento e Estatística

ICMS – imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação

ISS – Imposto sobre serviço de qualquer natureza

Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde

Medline – Medical literature analysis and retrieval system

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NIDA – *National Institute on Drug Abuse*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OVG – Organização das Voluntárias de Goiás

PNAD – Política Nacional Antidrogas

PUC – Pontifícia Universidade Católica  
RAPS - Rede de atenção psicossocial  
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada  
RT – Responsável Técnico  
SciELO – Scientific electronic library online  
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SESC – Serviço Social do Comércio  
SP – São Paulo  
SPA – substância psicoativa  
SPSS – *Statistical Package for the Social Science*  
SUS – sistema único de saúde  
TCLE – termo de consentimento livre e esclarecido  
UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime*

## RESUMO

O presente estudo tem por objetivo caracterizar o funcionamento das comunidades terapêuticas situadas na Região Metropolitana de Goiânia-GO e na cidade de Anápolis-GO. Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa utilizando-se de um questionário semiestruturado. Foram pesquisadas 43 comunidades terapêuticas localizadas em Goiânia, região metropolitana e Anápolis, utilizando-se um roteiro semiestruturado. Os resultados foram obtidos por meio de estatística descritiva. Os resultados mostram que 41,9% das comunidades tiveram o início de seu funcionamento entre 2001 e 2010. Estão habitualmente afastadas da zona urbana, com documentações em ordem, atividades rotineiras, focadas na religiosidade/espiritualidade. O tempo de permanência do acolhimento é de nove meses em 67,4%. A principal fonte de recursos é a doação em 58,1%. A triagem (fase preliminar do acolhimento) é presente em 88,4%, com 14,0% permitindo uso de cigarro moderadamente. Há uma média de 10,7 trabalhadores por comunidades, com 30,2% possuindo carteira assinada. No período da pesquisa foram detectadas 1.022 pessoas acolhidas de ambos gêneros. Deixar a dependência química foi motivação para ingresso na comunidade por 72,0% das respostas. O encaminhamento para o mercado de trabalho apareceu em 76,7% de forma esporádica. Todas as comunidades utilizam o SUS para atendimento dos acolhidos. Na relação com o CAPS, 48,8% receberam pessoas encaminhadas destes e 67,4% encaminharam para continuidade do tratamento ou acompanhamento. Conclui-se que há um determinado padrão de funcionamento, sendo entidades focadas no acolhimento visando o afastamento da droga, atividades variadas que ocupam o tempo e retomam o indivíduo aos seus cuidados básicos em convivência com seus pares. Atendem uma demanda reprimida. São mal interpretados pelos demais estabelecimentos de saúde. São entidades organizadas e financiadas basicamente por doações, mas que já sinalizam financiamentos públicos e que precisam melhor adequar-se a aspectos multiprofissionais.

**Palavra-Chave:** Comunidade Terapêutica; Dependência Química; Drogas; Tratamento.

## ABSTRACT

This study aims to characterize the operation of therapeutic communities located in the Greater Goiânia-GO and the city of Anápolis-GO. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach using a semi-structured questionnaire. They were surveyed 43 therapeutic communities located in Goiania, metropolitan area and Annapolis, using a semi-structured. The results were obtained through descriptive statistics. The results show that 41.9% of communities had the beginning of its operation between 2001 and 2010. They are usually away from the urban area, with documentation in order, routine activities, focused on religiosity / spirituality. The host of on-call time is nine months at 67.4%. The main source of funds is the donation of 58.1%. The screening (preliminary phase of the host) is present in 88.4%, with 14.0% allowing cigarette use sparingly. There is an average of 10.7 workers by communities, with 30.2% having a formal contract. During the survey period were detected 1,022 people welcomed from both genders. Leave addiction was motivated to join the community by 72.0% of respondents. Referral to the labor market appeared in 76.7% sporadically. All communities use the SUS to meet the welcomed. In relation to the CAPS, 48.8% had forwarded these people and 67.4% headed for continued treatment or monitoring. We conclude that there is a certain pattern of operation, with organizations focused on the reception of the clearance of the drug, varied activities that take time and resume the individual to their basic care in interaction with their peers. Meet a pent-up demand. They are misinterpreted by the other health facilities. Entities are organized and financed primarily by grants, but have indicated public funding and need to better adapt to multidisciplinary aspects.

**Keywords:** Therapeutic Community; Chemical Dependency; Drugs; Treatment.

## SUMÁRIO

Resumo.....	11
Abstract.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1. Conceituação e Reflexão sobre Políticas Públicas.....	21
2.2. A Política de Saúde Mental no Brasil.....	24
2.3. A reforma psiquiátrica (Lei Antimanicomial) e a RAPS.....	26
2.4. Aspectos legais da internação em saúde mental.....	29
2.5. Política Nacional Sobre Drogas.....	31
2.6. A legislação sobre o controle de drogas.....	33
2.7. Comunidade Terapêutica: conceito, limites e possibilidades.....	34
2.8. Comunidades terapêuticas no Brasil: da RDC 101 a RDC 29.....	38
3. OBJETIVOS.....	45
3.1. Objetivo geral.....	45
3.2. Objetivos específicos.....	45
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	46
5. RESULTADOS.....	49
5.1. Dados gerais de identificação da comunidade.....	49
5.2. Os serviços oferecidos pelas comunidades terapêuticas.....	65
5.3. A equipe que compõe as comunidades terapêuticas.....	70
5.4. O público atendido pelas comunidades terapêuticas.....	72
5.5. A relação das comunidades terapêuticas com os serviços de saúde..	78
6. DISCUSSÃO.....	80
7. CONCLUSÃO.....	91
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados.....	99

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com a *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), entre 3,4 e 6,6% da população do planeta, entre 15 e 64 anos, é atingida pelo uso de drogas ilícitas. Entre 10% e 13% dos usuários de algum tipo de substância psicoativa apresentam problemas com dependência e/ou distúrbios relacionados às drogas (UNODC, 2012). Já o último Relatório Mundial sobre Drogas da UNODC demonstrou que o consumo de drogas em todo o mundo, em especial na América Latina se manteve estável. Entretanto, o uso se manteve crescente no mesmo patamar que houve desistências ou diminuições na experimentação de substâncias psicoativas. Aponta para uma estabilidade no uso de drogas tradicionais, sendo a grande preocupação a propagação de novas substâncias e o número crescente de uso da *cannabis*, princípio ativo da maconha (UNODC, 2013).

No Brasil, em cada 100.000 habitantes, 4,6% das mortes na população adulta está atribuída ao uso de drogas (BRASIL, 2005b). A Organização Mundial da Saúde destaca que o Brasil, além de ser uma rota importante do tráfico de drogas, também é emergente no consumo de cocaína e seus derivados (crack, por exemplo) com um aumentado progressivo (UNODC, 2013).

Nas últimas décadas, o uso de drogas, em âmbito mundial, tem se concentrado entre população jovem urbana e o aumento do uso tem sido registrado em países em desenvolvimento. Nas América do Sul e Central e na Europa, dentre a população masculina, há predomínio de uso de drogas ilícitas e entre as mulheres, uso de tranquilizantes e sedativos, sem prescrição médica (UNODC, 2012). Outra preocupação com relação ao consumo de drogas é a condição dos usuários de múltiplas drogas, ou seja, pessoas que fazem uso conjunto de substâncias lícitas, como tranquilizantes, e ilícitas.

Uma das medidas do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, foi editar a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituindo 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, 2011b). Destacando, nesta, a necessidade de: desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil, reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas e promover a reabilitação e a reinserção



das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2011a).

A atual política do Governo Federal para o enfrentamento ao crack e outras drogas, dentre os seus vários eixos (BRASIL, 2005a), aponta para a necessidade de parcerias entre o Estado e as instituições da sociedade civil que atendam a comunidade na área da dependência química.

A Portaria nº 3088/2011 prevê, ainda, a criação, ampliação e articulação de serviços de cuidado à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e elenca como parte da rede de cuidados a Atenção Residencial de Caráter Transitório, categoria na qual se enquadram as Comunidades Terapêuticas (CT).

Assim, as CT devem funcionar de forma articulada com a atenção básica de saúde, no cuidado clínico geral dos seus usuários e interagindo com todos os demais serviços de saúde e assistência social, cuja ideia é que seja o estabelecimento responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade (BRASIL, 2011c).

As CT devem prestar serviços de atenção às 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 (BRASIL, 2011c).

Ao integrarem a rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas tem se evidenciado no Brasil, a partir de 2006, ano em que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) realizou o 1º mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, demonstrando que de 1.256 serviços de tratamento para dependência química, um total de 65% dos serviços não-governamentais eram compostos por comunidades terapêuticas, além de corresponder a 75% das internações realizadas no período do levantamento (SENAD, 2007).

Um novo estudo vem sendo promovido pela SENAD a partir do cadastramento realizado com o lançamento do Programa “Crack, é possível vencer”,

onde aparecem 1.900 comunidades espalhadas pelo Brasil. Destas, segundo informações do site do Observatório do Crack, possuem convênio ou parceria para repasse de recursos do Governo Federal, 336 CT compoendo a Rede de Acolhimento existente, com 7.541 vagas disponibilizadas<sup>1</sup>. A Figura 1 destaca a distribuição destas comunidades financiadas.

**Figura 1.** Distribuição geográfica das comunidades terapêuticas com vagas financiadas pelo governo federal.



**Fonte:** <https://monitoramento.presidencia.gov.br/observatorio/observatorio/web/observatorio/crack/mapa/SageComunidade>

Integrar as CT à Rede de Saúde Mental também não foi e não está sendo tarefa fácil, nem para as próprias CT, bem como para os demais serviços de atenção à saúde oferecidos. A literatura sobre o assunto, conforme trataremos neste trabalho, demonstra a importância da presente investigação para aquelas pessoas que buscam o tratamento pela abstinência e pelo afastamento temporário do ambiente em que vivem.

O dependente de SPA é uma pessoa que se encontra diante de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável, e não a conseguindo modificar ou se

<sup>1</sup> <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>

esquivar, resta-lhe como única alternativa a alteração da percepção dessa realidade, que é feita pelo dependente por meio de uso contínuo de drogas. A dependência pode ser tratada de diversas maneiras, o que destacamos é o serviço oferecido pelas comunidades terapêuticas.

As CT foram criadas com o intuito de dar uma resposta aos problemas provenientes da dependência de drogas, possuindo assim um ambiente que necessariamente é livre das mesmas e uma forma de tratamento em que o paciente é tratado como o principal protagonista de sua cura. O aumento significativo de CT é uma resposta à evolução do consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, por parte dos jovens e a busca por princípios de recuperação, resgate da cidadania, reabilitação física e psicológica e de reinserção social, tendo como objetivo agir nos fatores psicossociais do indivíduo (FRACASSO; LANDRE, 2012).

No que se refere a Goiás, estado base da pesquisa, não havia até o ano de 2010 qualquer articulação ou conjunção de ações relativas a prevenção ou mesmo aos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, que não isoladas e fragmentadas. Iniciou-se, neste ano, um movimento da sociedade civil organizada preocupada com as questões envolvendo a drogadição no estado situado no centro do país e rota do tráfico, discussões sobre o tema e chamando os entes públicos a participar e traçar metas e horizontes. Em parceria com o Ministério Público foi criado o Fórum Goiano de Prevenção e Enfrentamento ao uso de crack e outras drogas, reunindo inicialmente mais de 50 entidades governamentais e não governamentais para colocar na mesa de discussão o rumo do estado na busca de caminhos e nortes para as práticas sobre o tema e quais seriam as alternativas de discussões e práticas em seus vários aspectos.

A grande articulação do Fórum foi cobrar dos governos municipais e estadual seus deveres e obrigações para com o cidadão, fomentando a criação de um órgão estadual que articulasse a política sobre drogas, além de colocar em funcionamento o conselho estadual que existia apenas no papel e os conselhos municipais que numa federação com 246 municípios, à época só existiam dois em funcionamento tímido e restrito (Anápolis e Goiânia). O governo estadual cria o Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas (GEED), com status de secretaria, ligado ao Gabinete Civil que depois passou para o comando da Secretaria Estadual da Mulher, do Desenvolvimento Social, da Igualdade Racial, dos Direitos Humanos e do Trabalho (Secretaria Cidadã).

Este órgão então passou a movimentar todas as ações de âmbito estadual, inclusive incentivando os municípios a criarem seus conselhos municipais (COMAD) em substituição aos antigos COMEN, ligados à política anterior dos entorpecentes que foi suprimida pelas novas terminologias adotadas e que discutiremos ao longo deste trabalho.

Um dos braços do Fórum, dividido em grupos de trabalho, foi o Eixo de Comunidades Terapêuticas e Reinserção Social que desde a sua concepção reuniu estas instituições que eram convidadas a participar em um ambiente universitário para a articulação do movimento e troca de experiências, coordenado pelo Programa em Nome da Vida, da Pró-Reitoria de Extensão da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, cedendo o espaço para as reuniões e profissionais de seu quadro para a condução dos trabalhos.

Neste contexto que entro na condição de advogado e assessor jurídico de uma Organização não Governamental que tem um serviço de CT, no sentido de participar e integrar o Fórum e, conseqüentemente, o Eixo. Também passei a representar a Ordem dos Advogados do Brasil, seção Goiás, por ser membro de uma Comissão de Direitos do 3º Setor. Conheci todo o movimento e iniciei com contribuições de conhecimento jurídico, inclusive na Coordenação Adjunta do Eixo das Comunidades Terapêuticas. Convidado a integrar o Programa em Nome a Vida, como voluntário, envolvi-me com a presente pesquisa que depois transformou-se em especialização *strito sensu* (Mestrado).

Atualmente, as instituições do seguimento estão organizadas na Associação Goiana das Comunidades Terapêuticas. Promoveram vários cursos de formação e capacitação, algumas estão conveniadas com o Estado e a União e de apenas duas CT com Alvará Sanitário no Estado em 2010, hoje são mais de 40 e outras 30 com projetos em análise para liberação do documento, segundo dados do GEED e da Vigilância Sanitária estadual. Outra grande contribuição do Fórum foi solicitar do governo estadual, no ano de 2012, um financiamento para pesquisas sobre drogas para Goiás, gerando assim a presente pesquisa sobre a caracterização das comunidades terapêuticas.

Portanto, a proposta desta investigação científica visa necessariamente encontrar respostas com base em dados estatísticos de como são e como funcionam as comunidades terapêuticas de Goiás, pela análise da amostra pesquisada. A dissertação contempla, ainda, o viés das políticas públicas sobre o

tema, a reforma psiquiátrica e a relação com a estratégia de redução de danos, a legislação pertinente até chegar no histórico e definição destes equipamentos através das abordagens bibliográficas que compõem o trabalho. Os apontamentos dos avanços e entraves no tratamento da dependência química, pelas CT, ficam mais claros na apresentação dos resultados da pesquisa e na discussão proposta a partir das análises descritivas das variáveis destacadas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para iniciarmos nossa análise geral da temática, importante destacar e traçar reflexões sobre temas que serão discutidos e entrelaçados nesta dissertação de mestrado. Para a presente revisão da literatura, optou-se por privilegiar periódicos de divulgação científica. Foram consultados os Periódicos CAPES e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio das bases dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*).

Na busca eletrônica dos artigos científicos e indexados nas bases de dados, utilizamos os seguintes Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações nas línguas inglesa e portuguesa: Políticas públicas, dependência química e comunidade terapêutica.

### 2.1 Conceituação e Reflexão sobre Políticas Públicas

Podemos entender por Políticas Públicas como sendo diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade. São, nesse caso, políticas sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Devem ser consideradas também as “não-ações” (omissões), como formas de manifestação de políticas (TEIXEIRA, 2002).

As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político, envolvendo a distribuição e redistribuição de poder. Como o poder é uma relação social que envolve vários agentes com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso e, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia (PAESE; AGUIAR, 2012).

Segundo Souza (2006a), existem quatro grandes autores que fundaram a concepção de políticas públicas: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. O primeiro introduz a expressão análise de política pública (*policy analysis*), conciliando conhecimento científico/acadêmico com a produção empírica dos

governos. O segundo introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), devido a incompletude das informações, auto-interesse de quem decide e o comportamento humano que interfere nos resultados desejados, impedindo, a busca de maximização de interesses próprios. O próximo questionou os dois primeiros e propôs a incorporação de interfases das relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório (as escolhas, as burocracias, os grupos de interesse). O último contribuiu para a área ao definir a política pública como um sistema, uma relação entre formulação, resultados e o ambiente.

Não existe uma única ou completa definição sobre o que seja política pública e sim um conjunto de conceitos que formam uma definição no tempo e no espaço. Ainda segundo Souza (2006a), a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Ao que se observa, são definições relacionadas com a natureza do regime político em que se vive, com o grau de organização da sociedade civil e com a cultura política vigente. Nesse sentido, cabe distinguir “Políticas Públicas” de “Políticas Governamentais”. Nem sempre “políticas governamentais” são públicas, embora sejam estatais. Para serem “públicas”, é preciso considerar a quem se destinam os resultados ou benefícios, e se o seu processo de elaboração é submetido ao debate público (CAMPOS; CAMPOS; BARRIO, 2013).

Do ponto de vista conceitual, a política pública em geral é um campo multidisciplinar e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, a busca de sintetizar e aglutinar os debates públicos e a relação dos resultados com a repercussão na economia e na sociedade (SOUZA, 2006a). Daí entender que a política pública é um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar ação ao governo e analisar essa ação por meio de seus impactos e, quando necessário, propor mudanças. Assim, a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real, ou seja, no Estado (TREVISAN; BELLEN, 2008).



E quanto à dependência de substâncias psicoativas ou como usualmente se denomina “dependência química”, há que se distinguir algumas características, principalmente, as diferenciações de uso e abuso destas.

Os limites entre os padrões de uso, abuso e dependência química não são precisos. No trabalho com pacientes usuários de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, observamos três padrões de consumo indicativos de continuidade ou evolução progressiva da doença, quais sejam: 1) Uso: seria qualquer consumo de substâncias desde uma simples experimentação até uso em situações ligadas a lazer sem evidências de maiores problemas na vida do sujeito; 2) Abuso: seria um consumo em que já se percebem problemas ou algum tipo de prejuízo físico, familiar ou psicológico, ou seja, aquele indivíduo que sempre que bebe ou usa drogas ilícitas tem problemas; 3) Dependência: seria o consumo sem controle em que várias dimensões da vida do paciente já estão afetadas (ASSIS, 2011).

Atualmente, estabelecida pela Resolução nº 01/2015 do CONAD aparece a figura do “uso nocivo”, que substitui a palavra “abuso”, enquanto percepção de consumo, descrita como aqueles sintomas característicos de perturbações sensoriais e motoras que podem prejudicar a vida e o bem-estar da pessoa (BRASIL, 2015).

O uso/abuso de substâncias, sob uma ótica genérica, não é um único tipo de adição conhecida. As adições podem se apresentar com diferentes conteúdos e por diferentes meios de se buscar uma saciedade: comida, ginástica, internet, jogo, compras, trabalho, sexo e drogas, sendo elas lícitas ou ilícitas. No caso das drogas que geram dependência, a dependência está associada a um estado mental e, muitas vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma substância psicoativa. A dependência sempre inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado pela sua ausência (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

A dependência química, portanto, é essencialmente psíquica, podendo associar-se ou não a ela uma dependência fisiológica. Psicologicamente, a dependência pode ser descrita como o resultado de um tipo de relação que o usuário estabelece com as drogas de sua preferência. É uma interação em que as substâncias, de alguma maneira, trazem algum retorno ao indivíduo (desinibição, uma forma de prazer, onipotência, relaxamento, um modo de enfrentar seus medos, ser alguém ou ocupar um lugar de importância, etc.) (ASSIS, 2011).



Quando se fala em dependência química o critério utilizado pela CID-10 para definir um quadro clínico como dependência leva em conta os seguintes fatores: um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades de controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo; estado de abstinência fisiológico ao cessar ou reduzir o uso da substância; evidência de tolerância de tal forma que doses crescentes de substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância; e persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (SABINO; CAZENAVE, 2005).

Ao que se vê, a OMS identificou que dependência química não tem como característica a tolerância ou dependência física, mas o consumo compulsivo de drogas, onde faz-se presente uma alteração comportamental do indivíduo. Neste aspecto traçam-se as variáveis de abordagem no tratamento da dependência de drogas, devendo contemplar princípios estabelecidos pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) idealizados nos Estados Unidos (ASSIS, 2011), quais sejam:

1. Individualização da abordagem
2. Disponibilidade de acesso
3. Multidisciplinaridade
4. Plano maleável de tratamento
5. Tempo de permanência mínimo
6. Psicoterapia individual e em grupo
7. Farmacoterapia
8. Tratamento integrado da comorbidade
9. Desintoxicação apenas como primeiro passo
10. Tratamento voluntário ou involuntário
11. Monitoramento do consumo
12. Tratamento de longo prazo

Nestes 12 princípios encaixam-se as comunidades terapêuticas com o pressuposto de aceitação voluntária do propenso interno/residente, ao associar-se a modalidade de tratamento baseado na abstinência ao uso de drogas.

A abordagem básica da CT, o tratamento da pessoa inteira por meio do uso da comunidade de companheiros, desenvolvido originalmente para atender ao problema do abuso de substâncias, foi ampliado pela inclusão de inúmeros serviços adicionais vinculados à família, à educação, à formação vocacional e à saúde física e mental. As equipes tiveram sua composição alterada para contar com uma crescente proporção de profissionais de saúde mental, de medicina e de educação atuando ao lado de paraprofissionais recuperados (DE LEON, 2012).

A comunidade terapêutica, em sua concepção definida pela Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) é um espaço destinado ao tratamento da dependência de drogas, baseado em um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades, com convivência entre seus pares e de adesão voluntária (FRACASSO; LANDRE, 2012).

## **2.2. A Política de Saúde Mental no Brasil**

No Brasil, a Política de Saúde Mental resulta da articulação entre usuários, familiares e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi incentivado pela temática dos direitos humanos no enfrentamento à Ditadura Militar e alimentou-se das experiências de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental, baseado no hospital psiquiátrico, por um modelo de serviços não hospitalar através da (re) inserção nos ambientes sociais e coletivos (CAMPOS; CAMPOS; BARRIO, 2013).

Desta forma, o trabalho de desconstrução do manicômio e da cultura manicomial envolve políticas sociais de conjunto, implicando o reconhecimento de diversas necessidades, tais como: moradias substitutivas e assistidas para ex-internos psiquiátricos; espaços de trabalho protegido (mas não 'tutelado'); inserção em atividades culturais e de lazer; etc. Outra característica indiscutível do modelo de atenção proposto pelo Movimento de Luta Antimanicomial é a maciça participação dos familiares dos usuários, tanto na discussão política das diretrizes e normativas vigentes, quanto no cotidiano do atendimento, como agentes de saúde do mais alto escalão, tendo participado do movimento desde o seu nascimento (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Iniciava-se o processo de desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para implantar a (re) inserção de usuários em seus territórios existenciais. A busca pelo fortalecimento da cidadania e não somente o controle de sua sintomatologia. Neste sentido, Perrone (2014) esclarece que como se confirma por meio destes conceitos, a Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial são movimentos que visam muito mais do que apenas a desaparecimento dos manicômios. Eles buscam, acima de tudo, a qualidade de vida do doente mental, a atenção integral, a humanização do atendimento, através de um novo olhar que se faz cada vez mais urgente numa sociedade que pretenda dizer-se justa e democrática.

Isso significou para os governos e para a sociedade civil organizada preparar serviços abertos, com participação ativa dos usuários formando rede com outras políticas públicas, como por exemplo, educação, trabalho, cultura, arte, moradia, dentre outras (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Em 2001, após mais de dez anos de lutas e militâncias, em especial dos trabalhadores da saúde, é sancionada a Lei n. 10.216 que assegurou os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 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 7508/2011, a RAPS passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011d).

A partir disso, segundo Silva (2013), a implantação da RAPS passa a ser um desafio da política pública para todos os entes federativos e enfrentando um passado de exclusão e isolamento absoluto, sem qualquer metodologia de tratamento, onde misturavam-se perfis de atendimento e onde os manicômios eram depósitos humanos de pessoas com deficiências e debilidades mentais, bem como usuários de substâncias psicoativas.

### **2.3 A reforma psiquiátrica (Lei Antimanicomial) e a rede de atenção psicossocial (RAPS)**

A Lei Federal n. 10.216, de 06 de dezembro de 2001, trouxe uma garantia de direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, a lei assegura às pessoas que se beneficiem das ações e serviços do SUS a um tratamento que respeite a sua cidadania e dignidade e que, por isso, deve ser realizado de preferência na base territorial de sua convivência, sem excluí-los, portanto, da sociedade (BRASIL, 2001a).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira teve sua história própria, inserida em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Ao final dos anos 70 havia uma crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, onde os movimentos sociais lutavam pelos direitos dos pacientes psiquiátricos e por serviços de saúde eficientes que atendessem com maior atenção a estas pessoas e suas famílias, sem necessidade do isolamento absoluto e atendimento compatível (PERRONE, 2014). Os ideais a serem alcançados eram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, além da criação e implantação de serviços de saúde compatíveis e especializados.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>2</sup>, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (CAMPOS; CAMPOS; BARRIO, 2013).

---

<sup>2</sup> É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005b, p. 27).

O Movimento de Luta Antimanicomial foi um movimento social, plural, independente, autônomo que, em parcerias com outros movimentos sociais, apoderou a sociedade de elementos capazes de promover uma mobilização crescente em prol de direitos básicos. O movimento consistiu, basicamente, na defesa tanto da desospitalização da população cronificada pelos transtornos mentais e associados ao uso de substâncias e os excluídos da sociedade, mantidos em longa permanência, quanto um processo de desinstitucionalização. Entendendo a desospitalização, basicamente, como o atendimento ao doente fora do ambiente hospitalar e a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada por meio de programas públicos. Já a desinstitucionalização é um conceito mais abrangente, que consistiu num trabalho de alterar a cultura institucional e suas consequências (violência, miséria, isolamento, falta de dignidade e injustiça) (PERRONE, 2014).

O texto da Lei destaca, entre outros fatores, os seguintes direitos: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades; ser tratado com humanidade e respeito; ser protegido contra abuso e exploração; garantia de sigilo nas informações prestadas; direito a presença médica, em qualquer tempo; o livre acesso aos meios de comunicação; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico saudável e acessível (BRASIL, 2001a).

Com a promulgação da Lei Federal, até 2005, os Governos Federal, Estadual e Municipal foram privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, diminuindo investimentos nos leitos psiquiátricos, dando novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Inicia-se, em 2004 linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico com a redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2004). Há a expansão da rede de atenção diária à saúde mental.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil

trabalhadores e usuários de CAPS (BRASIL, 2005b).

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, onde uma equipe vistoriou a totalidade dos hospitais psiquiátricos do país, leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral, o que permitiu um panorama geral das condições existentes no país e fazer cumprir exigências mínimas de qualidade e respeito aos direitos humanos. Também exerceu um papel fundamental na (re) organização da rede de saúde mental, diante da situação de fechamento de leitos psiquiátricos e da consequente expansão da rede extra hospitalar, desarticulando a grande tradição hospitalar (CAMPOS; CAMPOS; BARRIO, 2013).

Associado à Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2005b), reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos<sup>3</sup>, associado ao que já existia com relação às abordagens terapêuticas de abstinência.

A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições, em sua grande maioria filantrópicas, cumprem um papel relevante, e apontam sobremaneira para a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema. Estabelece-se uma parceria e a inclusão em Rede de todos o serviço de atenção à saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005a).

---

<sup>3</sup> No campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social (...) traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida e um conjunto de intervenções de saúde pública que visam prevenir as consequências negativas do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2005b, p. 44).

O desafio seguinte foi a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, a consolidação dos CAPS e a implantação das residências terapêuticas<sup>4</sup>, efetivamente financiados pelo SUS, com a presença de um movimento permanente e direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais.

#### **2.4. Aspectos legais da internação em saúde mental**

O artigo 4º da Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 afirma que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001a). Ou seja, a internação nunca deve ser a primeira opção no tratamento das pessoas que sofrem por conta de transtornos mentais, incluindo a dependência a substâncias.

São três tipos de internação psiquiátrica definidos pela Lei: voluntária, onde se dá com o consentimento do usuário; involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e compulsória, por determinação pela Justiça (BRASIL, 2001a).

A internação involuntária, ou seja, aquela contra a vontade do indivíduo, fica restrita as situações de risco iminente de morte para o usuário, a partir da avaliação direta de um médico e com autorização da família ou responsável legal. O controle dessas internações cabe ao Ministério Público, que deve ser informado de toda internação nesse molde.

No entendimento da Lei no 10.216, a internação compulsória deve ser aplicada a pessoa com transtorno mental que comete um delito; ou seja, sua aplicação está restrita as pessoas que, tendo cometido um delito, foram julgadas por esse delito e consideradas inimputáveis pela sua condição de saúde mental pelo Sistema Judiciário. Nesses casos, ao invés de cumprirem pena, essas pessoas são submetidas a uma medida de segurança (BRASIL, 2011b).

---

<sup>4</sup> Os Serviços Residenciais Terapêuticos, residências terapêuticas ou simplesmente moradias, são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não. Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo, às vezes difícil, de reintegração na comunidade (BRASIL, 2005b, p. 15).



Mas, o que se vê na prática brasileira é que muitas famílias de dependentes de substâncias psicoativas têm buscado a Justiça no sentido de apoio e uma decisão judicial para obrigar o adicto a internar-se contra sua vontade e por imposição (CARVALHO, 2010). A modalidade desse tipo de tratamento deve estar baseada em uma avaliação completa realizada por profissionais de saúde, antes de embasar qualquer decisão judicial, inclusive garantindo os direitos constitucionais do contraditório e ampla defesa do dependente (BRASIL, 2001a).

A outra modalidade de internação, a voluntária, depende sobretudo do consentimento próprio do indivíduo, sem imposição ou qualquer coação por parte de quem quer que seja<sup>5</sup>. Vale ressaltar que não é modalidade única e exclusiva das CT, mas uma definição de lei que também deve ser aplicada a outros serviços hospitalares ou que ofereçam leitos a dependentes químicos.

O tema da internação motivada pelo uso de droga no Brasil adquiriu precedentes sem paralelo no contexto de saúde, com ampla divulgação pela mídia, mas sem o atendimento adequado a cada caso, ou mesmo sem um olhar direto para o que preconiza a política de saúde mental do país (LEMOS; ROSA, 2015).

Observa-se muitas vezes a defesa da internação para usuários de drogas como única solução para o problema, e ferindo, em alguns casos, direitos à liberdade de adultos, crianças e adolescentes, que não cometeram delitos passíveis de restrição do “ir e vir” (CARVALHO, 2010).

A pessoa acometida de transtorno mental ou considerada drogadependente, internada ou não, deve ter garantidos seus direitos e proteção. Em qualquer atendimento em saúde mental, deverá haver cientificação formal da pessoa que recebe o atendimento, seus familiares e responsáveis, a respeito de uma série de direitos nela enumerados, conforme preconiza o parágrafo único do artigo 2º da Lei 10.216, sendo este um aspecto em que a lei promove a informação sobre direitos (BRASIL, 2001a).

A maior parte dos artigos da lei (do 4º ao 10º) trata de aspectos gerais relacionados à internação, a começar pela determinação de sua excepcionalidade, uma vez que somente pode ocorrer quando sejam insuficientes os meios extra hospitalares e critérios definidos pela necessidade, observados por profissionais habilitados.

---

<sup>5</sup> Este é um pré-requisito de muita importância quando se trata do enquadramento das comunidades terapêuticas. Sobre esse tema discutiremos na continuação do trabalho.



Também pelos moldes da legislação, as instituições de internação devem contar com uma estrutura de serviços que possibilitem a assistência integral ao paciente, característica que não se confunde com o estabelecimento de uma vida permanente dentro da instituição. Por isso mesmo, a lei tem, entre as suas vedações, a internação em instituições com características asilares e de completo isolamento (BRASIL, 2001a).

## **2.5. Política Nacional Sobre Drogas**

O Brasil dá início a construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda<sup>6</sup> e da oferta<sup>7</sup> de drogas diante da necessidade de medidas específicas e duradoras, iniciadas no ano de 1998. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios de redução da demanda de drogas, sendo o Brasil signatário, que as primeiras medidas foram tomadas. Foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada a, então, Casa Militar da Presidência da República, através da Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998.

À SENAD coube coordenar a criação da Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre Governo e sociedade, além de mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação e consolidação da política brasileira.

Assim, em 2002, após muitas articulações e discussões, editou-se a Política Nacional Antidrogas (PNAD), cujo propósito primário de uma política de prevenção de álcool, tabaco e outras drogas foi de reduzir o uso de substâncias psicoativas e os problemas associados ao seu consumo. Esses problemas geram elevados custos referentes a saúde individual, custos sociais e legais e consequências adversas relacionadas ao consumo de drogas. Isso resulta em danos socioeconômicos pela

---

<sup>6</sup> Redução da demanda: Ações referentes a prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes.

<sup>7</sup> Redução da oferta: Atividades inerentes a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas (BRASIL, 2014, p. 11).

soma dos prejuízos materiais, médicos e referentes a perda de produtividade, e, por isso, pode-se considera-lo um problema prioritário de saúde e segurança públicas nos países em desenvolvimento (DUAILIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

Em 2003, foi publicada a primeira política integrando o enfrentamento sob diversos pontos em relação às substâncias psicoativas, contemplando três pontos principais: 1) integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional, visando ampliar o alcance das ações; 2) descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas a realidade de cada município e; 3) estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2005a).

A política pública sobre drogas tem como desafio constante a articulação de vários enfoques e diretrizes a serem articuladas nos diversos serviços que permeiam o dependente de substâncias psicoativas. Desta vez revisada e ampliada em suas diretrizes, com a deliberação e discussão ocorrida em 2008 e a republicação em 2009. Uma das atualizações foi em relação à nomenclatura que numa perspectiva de adequação às mudanças científicas, conceituais e sociais, promove a substituição do termo “antidrogas” ou “de entorpecentes” por “sobre drogas”, associada a política (BRASIL, 2005a).

Com o passar dos anos e os desafios de implementar uma política eficaz, os articuladores nacionais vem enfrentando os desafios da prevenção, tratamento, segurança e cuidado, levando aos demais entes da Federação as ações necessárias e a necessidade de implementação dos Conselhos Municipais. O tema drogas mantém-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. A necessidade de reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vem passando são uma constante dos envolvidos com o desenvolvimento e implementação dos Eixos de trabalho da Política Nacional.

Nos anos de 2013 e 2014 a SENAD passa a financiar vagas para internação em Comunidades Terapêuticas, pela dificuldade de estruturação e funcionamento da Rede de atenção, sem o devido oferecimento de leitos para dependentes químicos, utilizando destes espaços terapêuticos para o acolhimento das pessoas que queriam utilizar-se do tratamento pela abstinência. Em 2015 não houve abertura de novos editais para novas vagas, apenas a manutenção das já existentes.

## 2.6. A legislação sobre o controle de drogas

Na atualidade, o Brasil tem vigente a Lei nº 11.343 de 2006 que, entre outras medidas, reconhece diferenças entre a figura do traficante e a do usuário, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado, além de prescrever ajustes para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários, em consonância com a atual política sobre drogas (BRASIL, 2006).

A nova lei colocou o Brasil em destaque no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias. Entre os principais pontos a serem destacados está a distinção clara e definitiva entre usuários e dependentes de drogas e traficantes, colocados em capítulos diferentes. A nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga. Apesar do porte continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade, mas sim, a medidas socioeducativas aplicadas pelos juizados especiais criminais (BRASIL, 2006).

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: a Lei nº 6.368/1976 (tratava das medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes) e a Lei nº 10.409/2002 (que dispunha sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão a produção, ao uso e ao tráfico ilícito). A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais anteriores.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal passou a dar uma atenção ao usuário/dependente, voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, em vez de encarceramento.

Seguindo o entendimento de Carvalho (2010), a diferenciação entre tráfico e uso foi um abrandamento que o legislador federal, sensível às condições sociais, não descriminalizou o uso de drogas, uma vez que a conduta não deixou de ser tipificada, ou seja, ainda é um crime, mas as penas foram abrandadas e adequadas tendo em vista não ter qualquer utilidade para a sociedade encarcerar os usuários de drogas, além de que o sistema carcerário não dispõe de condições para mais esta demanda.

Na análise da legislação não houve a descriminalização, mas a despenalização. No lugar de pena privativa de liberdade optou-se pela prestação social alternativa. Estamos em pleno debate com a legalização, seja total ou parcial, das drogas, em especial a maconha, com a promoção de Marchas por todo o país e impactados pela recém-criada lei de liberação da maconha no Uruguai, país de fronteira com o Brasil (LEMOS; ROSA, 2015).

Dentro desta mesma discussão, vemos estudos no sentido do antiproibicionismo, com medidas que visam a garantia do direito ao uso de qualquer substância psicoativa e a efetivação de medidas de controle, na luta e rebate da “Guerra às Drogas” (CARVALHO, 2010; RODRIGUES, 2010, LEMOS; ROSA, 2015). Seria a justiça retributiva baseada no castigo sendo substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior foi a instituição da ressocialização por meio de penas alternativas<sup>8</sup>.

Ainda há muito que se discutir e traçar novos rumos para a Legislação brasileira, com a ideia de “fracasso” da guerra às drogas, demonstrado pelo insucesso de redução do consumo das substâncias e sua atuação como medida de controle trouxe ainda mais marginalização/exclusão de grupos indesejáveis (CARVALHO, 2010).

## **2.7. Comunidade Terapêutica: conceito, limites e possibilidades**

A expressão “comunidade terapêutica” é um termo atribuído à sua aplicação a tratamentos psiquiátricos, nos anos próximos a 1940. Maxwell Jones, um psiquiatra britânico, foi um dos pioneiros a utilizar o modelo em torno de 15 anos antes das CT surgirem na América do Norte (DE LEON, 2012).

Tratava-se de uma nova possibilidade de abordagem do paciente, que deixou de ser exclusivamente individual para ser também grupal. O modelo de Jones difundiu-se para outras partes da Europa. Nos Estados Unidos, versões modificadas da CT psiquiátrica foram adaptadas para o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas (DE LEON, 2012).

O modelo Minnesota nasceu nos Estados Unidos, na década de 60, inicialmente utilizado para tratamento do alcoolismo, foi aperfeiçoado e alargou sua

---

<sup>8</sup> Advertência, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo.

aplicação, incluindo outras drogas. Consiste em um modelo psicoterapêutico de origem humanista, baseado na confrontação da realidade, cujo objetivo é a abstinência total do consumo de substâncias capazes de provocar alterações no comportamento (SILVA, 2013). Fundamenta-se em atividades em grupos de autoajuda, terapia de confronto das emoções, palestras e filmes didáticos, com a finalidade de se adquirir consciência sobre as implicações da dependência, tratada como doença e a responsabilização pela própria recuperação. A partir daí, podem aprender um novo estilo de vida, livre das drogas. Através da partilha de sentimentos o residente aprende com seus pares a identificar e lidar de forma positiva com seus sentimentos (SILVA, 2013).

Inicia-se, com este modelo, a incursão de equipe multiprofissional, na incursão de vários saberes e na partilha de conhecimentos para o dependente químico enquanto indivíduo e complexo em seus sentimentos e habilidades. A ideia essencial é que, em um clima amoroso, de aceitação mútua, os residentes descubram que não estão sozinhos, que outros já passaram por sofrimentos semelhantes e hoje estão a viver a vida de forma integral, com todas as dificuldades, e sem drogas (SILVA, 2013).

Os fundadores dos Alcoólicos Anônimos (AA), Bill Wilson e Bob Smith, ambos alcoólicos em recuperação, idealizaram e desenvolveram os 12 Passos e as 12 Tradições, que se referem à perda de controle de uma pessoa em relação à substância e à entrega a um poder superior, a busca de ajuda do poder superior, reparação de males causados a outros, práticas de oração, o autoexame, e o compartilhamento da experiência com outras pessoas: seus pares. Esta nova metodologia de trabalho toma outra proporção, conforme menciona Fracasso e Landre (2012), onde parte das ideias e práticas sustentadas, incluía a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores cristãos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o autoexame, o reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação por danos causados e o trabalho conjunto. Os 12 passos passaram a agregar suas condutas ao método de Minnesota, trazendo o que hoje se entende por comunidade terapêutica integralizada (SILVA, 2013).

E ainda vemos mais, na visão e idealização de De Leon (2012), a noção da comunidade terapêutica se repete ao longo da história implementada em diferentes momentos. Comunidades que ensinam, curam e dão apoio se manifestam em seitas religiosas e comunas utópicas, bem como em movimentos de reforma espiritual, de

temperança e de saúde mental. Ele ainda complementa como sendo uma microssociedade que simula a macrossociedade, treinando assim uma vivência social para poder retornar com um estilo de vida, com a convicção e atitudes internalizadas que proporcionam o bem viver.

Expressões limitadas da comunidade como “terapia” também estão presentes em várias formas de processo grupal e dos grupos de autoajuda surgidos do movimento do potencial humano. Em sua forma contemporânea, surgiram duas grandes variantes da CT. A primeira, no campo da psiquiatria social, consiste em unidades e instalações inovadoras destinadas ao tratamento psicológico e à guarda de pacientes psiquiátricos socialmente desviantes dentro (e fora) de ambientes hospitalares de tratamento de transtornos mentais. A outra forma assumida pelas CT são os programas de tratamento residencial, baseado na comunidade, de dependentes de drogas e alcoólicos (DE LEON, 2012).

A primeira identificação usada por Maxwell Jones, iniciou no hospital Dingleton, na Escócia. O Dr. Jones era um psiquiatra preocupado com o fato de que a psiquiatria tradicional (década de 70) parecia não estar ajudando os pacientes. Para solucionar esse problema, convidou vários profissionais distintos para o que chamou de “reunião mundial”, visando investigar como falar diretamente com seus pacientes em seu próprio nível, procurando assim desmistificar a imagem autoritária do hospital, insistindo bastante na ideia de autoajuda, de ajuda mútua, de que todos deveriam trabalhar juntos para ajudarem a si mesmos e aos demais (DE LEON, 2012).

Nosso foco está voltado para o segundo tipo, adaptadas de um modelo de tratamento residencial utilizado durante muito tempo para pacientes com patologias psiquiátricas crônicas. Seu funcionamento é fundamentado na premissa de que, quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar a sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde o consumo ocorre. Daí decorre a necessidade do isolamento temporário, mas de forma acompanhada e programada, de livre consentimento e em contato com a família, sem perder os laços afetivos que estão rompidos ou fragilizados. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de drogas (SABINO; CAZENAVE, 2005).

As características dessa abordagem de tratamento, centrada na abstinência, são ambientes residenciais ou com semelhança de residências, livres de substâncias tóxicas, que usam como modelo hierárquico etapas de tratamento que refletem níveis cada vez maiores de responsabilidade social e pessoal. É utilizada a influência de companheiros para ajudar cada pessoa a aprender e assimilar as normas sociais e desenvolver habilidades cada vez mais eficazes (SABINO; CAZENAVE, 2005).

As comunidades terapêuticas apresentam uma ampla flexibilidade a fim de adaptar-se a várias culturas e níveis sociais, trabalhando basicamente em três linhas de atuação: 1) espiritual: trabalha-se com religiosidade e apoio aos internos e ex-residentes; 2) científica: psicólogos, médicos, assistentes sociais e voluntários de diversas áreas; 3) mista: união das duas citadas anteriormente. O objetivo é o de promover uma transformação da personalidade do indivíduo, um amadurecimento pessoal e favorecer sua reinserção à sociedade. Para isso, criam-se novos valores como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor. Há a junção desses fatores na elaboração do funcionamento de uma comunidade (FRACASSO; LANDRE, 2012).

Outra grande possibilidade dentro de uma comunidade é o compartilhar terapêutico, nos moldes de uma via de mão dupla, onde o residente deposita no coletivo a mesma confiança que recebe. Compartilhar é uma forma de tornar o indivíduo responsável não apenas por si, mas pelo grupo (SILVA, 2013).

Seguindo a perspectiva de Damas (2013), a CT promove a aprendizagem por tentativa e erro, proporcionando um ambiente no qual se pode fracassar em segurança. Sendo considerada uma microssociedade que prepara o indivíduo para uma vida de consciente na macrossociedade do mundo real. A funcionalidade da CT deverá ser muito semelhante à sociedade de origem, para que o indivíduo possa experimentar situações, retomando ou aprendendo habilidades, para viver no coletivo.

A convivência em uma comunidade menor, com aqueles que têm as mesmas dificuldades, orientados por uma equipe de profissionais, em uma programação em que é possível dialogar sobre estes aspectos, poderá ser um auxílio significativo para que o residente desenvolva as suas aptidões de melhor compreensão do que vivencia e da realidade sem o uso de drogas (KRÜGER, 2012). Daí o contexto de uma vivência do tratamento entre os pares, desenvolvendo habilidades de lidar com



os sentimentos, vivenciando-os, e, ao mesmo tempo, permanecer abstinente das substâncias psicoativas (KRÜGER, 2012).

Também há a presença dos momentos de espiritualidade, essencialmente prática e ao alcance dos residentes, independentemente das concepções religiosas anteriores ou mesmo da ausência delas. Ainda que, não é proposta de a comunidade terapêutica funcionar como uma nova igreja ou seita religiosa, mas com a intenção de proporcionar ao dependente em tratamento contato com o “Eu Superior”, a sua própria religiosidade e não religião. Estes momentos são importantes para a reflexão e associados aos exercícios dos 12 passos do AA, complementam o processo de autocontemplação e vivência terapêutica (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

Enquanto visão básica e humanitária, é importante o entendimento das CT como ambientes em que todos podem crescer e, para isso, precisam da ajuda dos outros companheiros, já que os residentes são vistos como capazes de possuir responsabilidade e, frente a isso, podem confrontar um ao outro para a obtenção de maior honestidade e maturidade.

Com o advento, neste ano de 2015, da Resolução nº 01/2015, que regulamentou o funcionamento das comunidades terapêuticas, vemos a concretização, agora através de uma norma brasileira, editada pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) a conceituação e definição real deste segmento, que estabeleceu parâmetros nacionais para o funcionamento e a adequação destes estabelecimentos por suas atividades.

## **2.8. Comunidades terapêuticas no Brasil: da RDC 101 a RDC 29**

No Brasil vemos a introdução do ideário de comunidade terapêutica em pequenos agrupamentos, formados principalmente por religiosos e voluntários, inclusive a primeira a estabelecer-se no Brasil foi na cidade de Goiânia, no ano de 1968: a Comunidade Gente Livre, fundada pela Missionária Presbiteriana Ana Maria Brasil, ligada ao Movimento Jovens Livres do Brasil. Dez anos depois, Padre Haroldo J. Rahm funda a Fazenda do Senhor Jesus, em Campinas (SP), o que viria a ser um modelo de tratamento para o restante do Brasil, sendo na atualidade a mais conhecida e uma referência de abordagem terapêutica.



O movimento intensificou-se nas décadas seguintes, espalhando-se pelo Brasil, para outros Estados. Com isso, o número dessas comunidades no Brasil cresceu vertiginosamente, mas sem um treinamento adequado e um conhecimento necessário para implementação desse modelo de atendimento, gerando uma série de movimentos e metodologias regionais tanto para a utilização das técnicas como para o desenvolvimento dos programas (FRACASSO; LANDRE, 2012).

Mas a grande expansão e a falta de uma regulamentação, fez com que cada uma agisse de forma isolada e independente, sem parâmetros mínimos a serem adotados. A busca de um fortalecimento do movimento fez surgir várias entidades Federadas e Associações de CT com o intuito de unir pensamentos e ideias. Nesse contexto surgem no Brasil a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Federação Evangélica do Brasil (FETEB), a Cruz Azul do Brasil e também a Federação Norte e Nordeste. Com estas, no sentido de unir pensamentos e ideias, criaram a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT) para trabalhar na defesa e na garantia do funcionamento deste método de trabalho.

O fato de haver um desconhecimento de toda a importância da abordagem das comunidades terapêuticas fez com que a SENAD chamasse essas entidades para um diálogo aberto e uma parceria, no sentido de reverter a situação de clandestinidade que a grande maioria vivia.

Sucederam várias reuniões governamentais, com o segmento, no intuito de estabelecer ações e métodos adequados de funcionamento, surgindo a necessidade do estabelecimento de um padrão básico para o funcionamento desses serviços, que garantisse a segurança e a qualidade do trabalho de recuperação das pessoas com dependência química. Assim, em 30 de maio de 2001, a diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaborou a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC 101/01 (PERRONE, 2014).

Com isso houve uma preocupação dos órgãos públicos em regular e regulamentar a atividade, cabendo à ANVISA normatizar o funcionamento das CT enquanto um serviço, sendo sua atribuição de controle quanto à adequada estrutura para obtenção de licenciamento sanitário. A normatização adotada foi a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC), editada em 30 de maio de 2001, que estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento das Comunidades Terapêuticas,

enquanto um serviço de atenção à pessoa com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

A norma em questão trazia enquanto conceito de CT um serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos, ofertando um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, com suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante um período estabelecido pelo programa terapêutico. Seria um ambiente, cuja convivência entre os pares, era a principal ferramenta terapêutica (BRASIL, 2001b).

O advento da RDC 101, como era conhecida enquanto norma reguladora da atividade, tirou as comunidades terapêuticas da clandestinidade, que receberam uma definição, mas encontrou uma diversidade muito grande pelo país, ao ser aplicada pelas Vigilâncias Sanitárias locais, e durante dez anos foi um grande entrave às CT que desejavam regularizar-se pela sua complexidade.

Ao longo do seu período de vigência, o contato com as Instituições (CT) e o mapeamento realizado pela SENAD (2007), fez com que as necessidades relacionadas às ações de tratamento e reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes dessas práticas, junto às Comunidades, mudassem. Assim, havia um contexto diverso daquele no qual foi discutida, pensada e elaborada a RDC 101/2001.

Esse novo contexto fez com que, durante o ano de 2010, a área afeta ao tema na ANVISA (Gerência-Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde – GGTES) iniciasse um novo processo de deliberações para levantar subsídios que culminassem na elaboração e aprovação de novos dispositivos normativos para a revisão da norma aprovada em 2001. Ao mesmo tempo, procurou acompanhar as discussões do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), no campo da formulação da política sobre o tema.

Em 2011, após um pedido da presidente da república para a reformulação das normas de funcionamento das comunidades terapêuticas, a ANVISA publicou nova norma de funcionamento para as comunidades terapêuticas, revogando a anterior. A revisão da regulação da vigilância sanitária atendeu a nova política de enfrentamento do Crack e outras drogas, do Governo Federal, que mais tarde iria compor o Plano “Crack: é possível vencer”, idealizado no final do mesmo ano e amplamente lançado e divulgado no ano seguinte.

Também foi fundamental para a mudança do processo regulatório a participação e o envolvimento do Poder Legislativo, que instalou em 2011, na Câmara dos Deputados, a Comissão Especial de Combate às Drogas, e no Congresso Nacional, a Frente Parlamentar das Comunidades Terapêuticas<sup>9</sup>. As atividades desenvolvidas pelos deputados e senadores aceleraram e qualificaram o trabalho relacionado à atualização da regulação sanitária sobre o tema (BRASIL, 2011b).

A RDC 29 foi editada em 30 de junho de 2011 e trouxe mudanças significativas em comparação à resolução anterior, seguindo a orientação de possibilitar maior acesso das comunidades terapêuticas aos recursos públicos voltados para o tratamento a usuários de álcool e outras drogas.

Uma mudança significativa no novo regulamento é a não exigência de as comunidades terapêuticas terem um perfil de um equipamento de serviço de saúde, extinguindo a obrigatoriedade de uma equipe mínima de profissionais. Agora, as CT enquadram-se nos serviços de interesse da saúde, o que nos moldes do SUS impõe grandes mudanças e um quantitativo menor de exigências<sup>10</sup>. Ainda assim, a ANVISA frisa a convivência entre os pares como principal instrumento terapêutico a ser utilizado no tratamento a usuários de álcool e outras drogas, o que já era previsto na RDC 101, mas agora em maior destaque (BRASIL, 2011b).

Ainda se destaca a forma simplificada da norma atual, deixando de lado as definições de comprometimentos (na adesão, na manutenção, biológico, psicológico e social, familiar e legal em seus níveis: leve, moderado e grave) e a complexidade dos critérios para a admissão de um interno a ser acolhido na comunidade. Uma avaliação densa e muitas vezes sem êxito, mantendo apenas a voluntariedade da permanência por parte do usuário (BRASIL, 2001b).

---

<sup>9</sup> A Frente Parlamentar Mista foi lançada em 05 de abril de 2011, tendo como presidente o deputado Eros Biondini (PTB-MG). Foi formada por 189 deputados federais e 23 senadores, atuando na promoção de um amplo debate sobre a recuperação de dependentes químicos no País. Outro grande articulador desse trabalho no Congresso Nacional e presidente de honra da Frente foi o deputado federal Givaldo Carimbão (PSB-AL), que auxiliou muito na divulgação e na promoção dos debates do Legislativo Brasileiro, levando para todos os Estados a discussão do assunto. [http://www.camara.gov.br/internet/deputado/Frente\\_Parlamentar/385.asp](http://www.camara.gov.br/internet/deputado/Frente_Parlamentar/385.asp).

<sup>10</sup> Lei nº 8.080/90 – Criação do SUS – Art. 6º § 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Antes, na resolução de 2001, para um grupo de 30 residentes era requisitada uma equipe mínima formada por um profissional com nível superior (graduado na área de saúde ou assistência social e especializado na atenção a usuários de álcool e outras drogas), um coordenador administrativo e três agentes comunitários também capacitados para atenção ao público de usuários. Na legislação atual, independentemente do número de residentes, a equipe mínima deve ter um responsável técnico de nível superior (graduado em qualquer área, contanto que o mesmo seja legalmente habilitado), um substituto com a mesma qualificação e um profissional que possa responder pelas questões operacionais do estabelecimento, podendo este ser o responsável técnico. Cabe ressaltar que é exigida também a presença de profissionais em período integral, "em número compatível com as atividades desenvolvidas pelo serviço" (BRASIL, 2011b).

Outra mudança vertiginosa foi nas regras para a infraestrutura física, não mais sendo impostas nem área e nem quantidade mínima de espaços para um número determinado de residentes. A RDC 29 apenas lista os ambientes mínimos que devem existir, sem critérios definidos e rígidos. Além disso, não terão mais o dever de obedecer ao critério de abrigar, no máximo, 90 residentes (BRASIL, 2011b).

A figura dos procedimentos de monitoramento, fiscalização e avaliação das comunidades terapêuticas (antes a cargo das secretarias de saúde e dos conselhos sobre drogas), agora serão realizadas pela legislação sanitária local. Nesse sentido, as instituições deverão ter sempre disponíveis e atualizados, documento com descrição de finalidade e atividades administrativas, técnicas e assistenciais e a ficha com detalhes da rotina de cada residente, como atividades terapêuticas e de reinserção social, além do tempo previsto de permanência na instituição (BRASIL, 2011a).

No cuidado com o usuário delimitou a nova norma a existência de uma ficha individual para registro periódico dos atendimentos e deve, inclusive, estar acessível ao residente e seus responsáveis, assim como as normas e rotinas de funcionamento do estabelecimento. O documento prevê também garantias anteriormente estipuladas ao residente, como a permanência voluntária, o direito de desistir do tratamento (alta a pedido), a proibição de castigos de qualquer natureza e o respeito ao credo, ideologia e orientação sexual, entre outros (BRASIL, 2011a). O quadro a seguir traz as demais diferenças relacionadas às duas normas:

**Quadro 1.** Comparativo entre a antiga e a nova RDC.

	<b>RDC 101/2001</b>	<b>RDC 29/2011</b>
<b>Licença Sanitária</b>	Exige	Mantem
<b>Plano Terapêutico</b>	Há a obrigação especificando atividades fixas com respectiva frequência de realização	Não exige mais e institui o registro de atividades em ficha individual para cada residente.
<b>Crítérios para admissão</b>	Não permite a admissão de usuários classificados em grau grave de comprometimento orgânico e/ou psicológico, além de determinar o encaminhamento para outros serviços de saúde quando há outras modalidades de atenção à saúde	Não permite apenas a admissão de usuários que necessitam de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição
<b>Relação com a rede de serviços de saúde</b>	Estabelece uma rotina rígida de atendimento de saúde, com acompanhamento psiquiátrico periodicamente. Também estabelece encaminhamento à rede em caso de intercorrências clínicas	Fica mantido o encaminhamento à rede, com indicação às residentes dos serviços de atenção integral à saúde
<b>Estrutura administrativa / Organização do serviço</b>	Estabelece poucos requisitos e de forma dispersa	Separa em Capítulos próprios para tratar dos assuntos de organização, de forma clara e objetiva
<b>Capacitação</b>	Imposição para os profissionais e exigia o reconhecimento dos cursos pelos antigos “conselhos de entorpecentes”, além de recomendar o curso de primeiros socorros	Estabelece “ações” de capacitação à equipe, mantendo o registro
<b>Garantias para os residentes</b>	Prevista nos critérios de admissão e durante o tratamento	Mantida, mas com uma redação mais clara e sintética
<b>Prazo de adequação às CT</b>	2 anos	12 meses
<b>Administração de medicamentos</b>	Havia a possibilidade de ministrar medicamentos dentro da CT em procedimentos de desintoxicação, mediante o controle rígido e estabelecido pelo Ministério da Saúde	Não há previsão de possibilidade de prescrição de medicamentos dentro da CT, apenas a designação ao Responsável Técnico da responsabilidade pelos medicamentos prescritos, vedado o estoque sem prescrição médica.
<b>Inspeção e Monitoramento</b>	Estabelecia periodicidade de inspeção pelas Vigilâncias Sanitárias, além de delimitar competência de fiscalização para os “conselhos de entorpecentes” e recomendar que as federações e associações também fiscalizassem seus filiados	Não estabelece critérios

Fonte: Nota Técnica nº 01/2011 – ANVISA, p. 4-5.

Como vimos as mudanças foram profundas e significativas, inclusive na forma de linguagem e estrutura de diagramação, sendo que a primeira traz o regulamento em forma de Anexo e muito extenso. Já a segunda com uma forma mais didática e em um padrão de norma, dividida em artigos.

A necessidade de revisão do tema do enfrentamento ao uso/abuso de drogas não se circunscreve, por óbvio, ao campo regulatório da vigilância sanitária, que é responsável por pequena parte do problema. O tema é amplo e deve ser objeto de políticas públicas abrangentes e implementadas de forma intersetorial e federativa, envolvendo atores públicos e privados na sua execução.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar o funcionamento das comunidades terapêuticas, entendidas, quando da realização da pesquisa, como serviços de atenção em regime residencial, localizadas na Região Metropolitana de Goiânia-GO e na cidade de Anápolis-GO, a fim de identificar suas estruturas físicas e documentais, capacidades de tratamento, recuperação e reinserção social de pessoas dependentes de álcool e outras drogas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- \* Descrever a forma de constituição, infraestrutura e condições sanitárias das comunidades terapêuticas, observando se elas cumprem os requisitos legais para seu funcionamento;
- \* Verificar como essas entidades se mantêm financeiramente;
- \* Identificar a inserção das comunidades terapêuticas no âmbito da rede de atenção psicossocial e a relação estabelecida;
- \* Levantar as formas de atendimento oferecidos ao dependente e sua família;
- \* Caracterizar o público atendido.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa que originou esta dissertação consistiu em aplicação de um questionário (roteiro semiestruturado) adaptado de um formulário de inscrição elaborado por Morselli, Batista e Rocha (2012) que contém: dados gerais dos entrevistados, dados gerais de identificação da comunidade, serviços oferecidos pela comunidade, equipe de trabalho, público atendido e relação da comunidade com os serviços de saúde (Anexo 1).

Foram pesquisadas comunidades terapêuticas localizadas na Região Metropolitana de Goiânia, assim definida pela Lei Complementar Estadual nº 78, de 25/03/2010, que alterou a Lei Complementar nº 27/1999, compreendida por 20 Municípios, sendo estes: Goiânia, Abadia de Goiás, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Brazabrantas, Caldazinha, Caturaí, Goianópolis, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Nerópolis, Nova Veneza, Santo Antônio de Goiás, Senador Canedo, Teresópolis de Goiás e Trindade. Além destes, também foi incluído nesta pesquisa o município de Anápolis, em função de seu porte populacional e proximidade com a capital.

De acordo com o IBGE, a população residente nestes municípios (Região Metropolitana de Goiânia/GO somada a cidade de Anápolis/GO), com estimativa definida no ano de 2014<sup>11</sup>, era de 2.751.051 habitantes, correspondendo a 41,6% da população total do Estado de Goiás, cuja estimativa para 2015 é de 6.610.681 habitantes.

Foram localizadas um total de 83 entidades diversas cadastradas junto ao Fórum Goiano de Prevenção e Enfrentamento ao Uso do Crack e Outras Drogas e ao GEED. Este último um órgão estadual.

Buscou-se, por meio de contato telefônico, identificar se a entidade contatada era realmente um estabelecimento de acolhimento voluntário para dependentes químicos e explicando do que se tratava a pesquisa, em breve relato, comunicando da necessidade de promovermos a visita e coleta de informações com a aplicação do questionário. Do contato realizado, gerou-se a Tabela 1 que demonstra os motivos aos quais algumas entidades foram excluídas:

---

<sup>11</sup> Para mais informações demográficas acerca da região pesquisada, acessar [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise\\_estimativas\\_2014.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf).



**Tabela 1.** Motivos de exclusão das entidades previamente cadastradas nos órgãos oficiais.

Motivação	N	Frequência (%)
Clínica Involuntária	14	35,0
Encontrava-se fechada, sem atividades	13	32,5
Outra atividade desenvolvida	4	10,0
Recusa em participar	3	7,5
Sem retorno aos contatos ou desinteresse	2	5,0
Pouco tempo de funcionamento	2	5,0
Questionário recusado. Respostas não confiáveis	2	5,0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Dentre os 21 municípios pesquisados, nove deixaram de ser visitados uma vez que sete não possuíam entidades cadastradas pelos órgãos consultados e duas tinham estabelecimentos previstos na listagem, mas englobam os motivos descritos na Tabela 1. Há que ressaltar que uma comunidade terapêutica que respondeu o questionário estava cadastrada em um município, mas ao checarmos seus documentos, territorialmente ele pertencia a cidade vizinha, uma vez que a sede se situa numa região limítrofe, permanecendo no estudo por ainda assim ser da Região Metropolitana.

Após a verificação e confirmação *in loco* do estabelecimento, restaram 43 (51,8%) comunidades terapêuticas, em 12 cidades (Goiânia, Abadia de Goiás, Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Brazabranes, Goianápolis, Goianira, Guapó, Hidrolândia, Inhumas, Senador Canedo e Anápolis), que totalizaram a pesquisa e alimentaram o banco de dados.

As CT que assim se identificaram, no momento do telefonema, eram informadas da pesquisa e do interesse em realizarmos o trabalho de campo para coleta das informações. Solicítávamos que o participante da pesquisa entendesse de todo o funcionamento da instituição, além de conhecer a história, a parte documental e financeira, o perfil de atendimento e a rotina de atendimento oferecido aos

acolhidos. As visitas às instituições foram realizadas no período compreendido entre os meses de julho de 2014 a maio de 2015.

Antes da entrevista, o responsável pela instituição lia e assinava o TCLE. Esta pesquisa está inscrita na CONEP com a CAAE: 12416213.1.0000.0037 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Goiás.

Após a aplicação dos questionários, foi confeccionado um banco de dados utilizando-se do software estatístico SPSS versão 16. As variáveis referentes ao tema objeto de estudo desta dissertação foram destacadas e os resultados obtidos por meio de estatística descritiva.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Dados gerais de identificação da comunidade

Os resultados originaram-se da pesquisa realizadas nas 43 Comunidades Terapêuticas visitadas, localizadas na Região Metropolitana de Goiânia e na Cidade de Anápolis.

Entre os indivíduos representantes das CT que forneceram as entrevistas, ficou demonstrado pelos dados levantados que o gênero entre os entrevistados que mais predominou foi o masculino com 65,1%. A faixa etária com maior prevalência foi entre 46 e 55 anos.

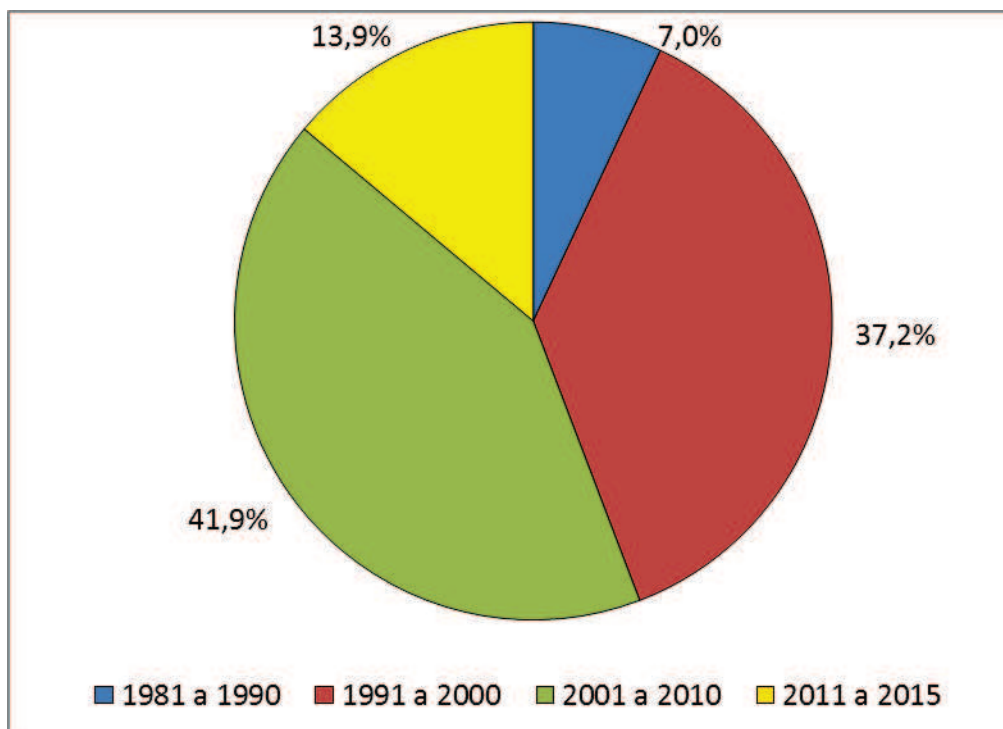
O nível superior completo ou com pós-graduação, enquanto escolaridade, também foi predominante (41,9%). Em consonância com este dado, várias são as formações profissionais apresentadas pelos entrevistados: Teologia, Serviço Social, Administração, Direito, Letras e Psicanálise, Pedagogia, Medicina Veterinária e Terapeuta Ocupacional. Os demais enquadram-se no nível fundamental (23,3%) ou ensino médio (34,8%).

Quanto ao tempo que trabalham na Comunidade, os mais comuns são aqueles compreendidos entre 4 e 6 anos (32,6%) e há mais de 10 anos (30,2%). Em relação à condição jurídica de trabalho, 20,9% têm vínculo empregatício, sendo que destes, 44,4% possuem Carteira de Trabalho assinada formalmente e 55,6% possuindo apenas contrato de trabalho informal. Um total de 18,6% dos entrevistados dedicava tempo integral ao que fazem, com 55,8% laborando entre 20 e 48 horas semanais.

Do total de 43 questionários com Comunidades Terapêuticas, identificou-se que todas elas são de caráter não-governamental e efetivamente regulares de acordo com os parâmetros legais enquanto uma Associação (nos moldes do artigo 82 e seguintes do Código Civil Brasileiro), possuindo CNPJ, com apenas 14,0% com o cadastro enquanto filial. Esta informação se relaciona com o fato de que 27,9% dizerem-se pertencentes a uma Entidade Mantenedora e de todas as entrevistadas apenas 2,0% não possuem Estatuto e Ata de Eleição da Diretoria atualizados.

Quanto ao início de funcionamento das CT, pode-se identificar que apenas 6,9% começaram suas atividades na década de 80, com maior abrangência de aberturas deste segmento de trabalho após os anos 2001 (54,8%) (Figura 2).

**Figura 2.** Ano de início do funcionamento das CT pesquisadas.



A orientação do trabalho como religioso aparece em 67,5% dos entrevistados, sendo que destes, 14,0% entendem que a Comunidade é também de cunho comunitário. O restante (32,5%) não assumiu na entrevista que seu trabalho fosse confessional.

Uma (2,3%) das Comunidades dedica-se exclusivamente ao cuidado e acolhimento de dependência em substâncias lícitas. Todas as demais são para drogas lícitas e ilícitas.

Outro dado questionado foi a existência de um profissional de nível superior na figura do Responsável Técnico (RT), que estava contemplado em 69,8% das instituições visitadas. Entre os RT o gênero feminino foi predominante (56,7%) e com maior frequência no intervalo de idades entre 36 e 45 anos (33,4%). Apenas um possui pós-graduação concluída. Assim como os entrevistados, os RT também são das mais variadas formação acadêmicas, com maior frequência entre os graduados em Psicologia (36,7%), Direito (16,7%) e Serviço Social (13,4%). Há outras profissões que apareceram: Administração, Enfermagem, Pedagogia, Biomedicina, Medicina, Farmácia, Odontologia e Medicina Veterinária.

Grande parte das pessoas trabalham na comunidade entre um e três anos (33,3%) e 20,0% há mais de 10 anos. São voluntários em 60,0% dos casos. Dentre os que possuem vínculo, 16,7% têm Carteira de Trabalho assinada formalmente, 58,3% têm contrato de trabalho informal e 25,0% são cedidos em forma de Convênio com algum órgão público.

Outro dado relevante sobre estes profissionais é a carga horária dedicada ao trabalho (Tabela 2).

**Tabela 2.** Carga Horária semanal dos Responsáveis Técnicos (RT) nas CT.

<b>Carga Horária Semanal</b>	<b>N</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>2 a 6 horas</b>	10	23,3
<b>8 a 15 horas</b>	9	20,9
<b>20 a 30 horas</b>	8	18,6
<b>44 horas a mais</b>	3	7,0
<b>Total</b>	30	69,8
<b>Não possuem RT</b>	13	30,2
<b>Total</b>	43	100,0

Quando perguntado sobre a conexão com redes sociais via internet, um total de 44,2% afirmou ter sites na internet descrevendo os trabalhos e atividades e 58,1% integram pelo menos uma rede social com a totalidade destes estando presentes no *Facebook*.

Junto aos demais documentos existentes nos estabelecimentos, observou-se que 11,6% têm Inscrição Estadual para fins de ICMS (imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação); 46,5% têm Inscrição Municipal (ISS, Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza). A questão referente a isenção do pagamento destes impostos foi respondida positivamente por 40,0% das CT pesquisadas. Já o Alvará Sanitário é um documento que aparece em 44,2% das Comunidades entrevistadas, sendo que outras 46,5% estão com procedimento em

andamento junto ao órgão licenciador de saúde municipal ou estadual. Com isso, os 9,3% declararam não possuir.

Ainda sobre documentação, 62,8% possuem Utilidade Pública Municipal e Estadual. Já a Utilidade Pública Federal, consta em 32,6% dos estabelecimentos visitados. Quando perguntados sobre registros/inscrições nos Conselhos de Políticas Públicas, a Tabela 3 aponta as CT que possuem documentação junto ao Controle Social.

**Tabela 3.** Documento de registro/inscrição que a comunidade terapêutica afirmou possuir.

<b>Documento</b>	<b>Quantidade de CT que possuem</b>	<b>Frequência relativa ao total de CT pesquisadas (%)</b>
<b>Registro no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA)</b>	10	23,3
<b>Registro no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente (CMDCA) atualizado</b>	8	18,6
<b>Inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)</b>	23	53,5
<b>Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS)</b>	11	25,6

A existência de Projeto Técnico descrevendo as finalidades e atividades a serem desenvolvidas pela Comunidade, 83,7% afirmaram possuir. O Plano de Ação para o referido ano estava presente em 65,1% das instituições, mesmo quantitativo entre as CT que elaboram Relatório de atividades do ano anterior. Já o Balanço Financeiro apareceu em 84,1% das comunidades.

O Ministério Público Estadual de Anápolis emitiu Atestado de Regularidade para seis Comunidades Terapêuticas integrantes daquele Município. Outro documento que aparece no questionário é o Licenciamento do Corpo de Bombeiros Militar, presente em 32,5% das entidades.

No quantitativo de vagas oferecidas pelas Comunidades, a capacidade média das entidades pesquisadas é de 38 vagas, sendo a menor capacidade seis e a

maior, 322. Dessa capacidade total, identificou-se que há uma CT que oferta seis vagas para menores de 12 anos. Para o público feminino há sete CT com uma média de 14,4 vagas, sendo a mínima com seis e a máxima com 20 vagas. Já para o público masculino há 36 CT com uma média de 40,6 vagas, sendo a mínima com oito e a máxima com 322 vagas. Nenhuma delas atende um público misto, ou seja, em um mesmo espaço físico.

Em relação ao tempo máximo de permanência do acolhido na entidade, a Tabela 4 expressa o quantitativo definido pelas comunidades.

**Tabela 4.** Tempo de permanência na Comunidade.

<b>Tempo de permanência</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>9 meses</b>	29	67,4
<b>4 a 9 meses</b>	7	16,3
<b>12 meses</b>	4	9,3
<b>&gt; que 12 meses</b>	1	2,3
<b>Sem tempo definido</b>	2	4,7
<b>Total</b>	43	100,0

Questionados se há casos em que a pessoa fica mais tempo que o permitido, 88,4% responderam sim, com maior incidência nos casos de abandono pela família e não têm para onde retornar após o tratamento (60,7%). O medo dos acolhidos em sair e enfrentar as situações da vida fora da comunidade aparece em 13,2% dos casos.

Perguntados espontaneamente sobre a principal fonte de recursos financeiros para a manutenção da Comunidade, 58,1% responderam doações, seguido de 14,0% por recursos advindos das Mantenedoras. A Tabela 5 apresenta a principal fonte de recursos financeiros das comunidades terapêuticas pesquisadas.

**Tabela 5.** Principal fonte de recurso financeiro para a manutenção da Comunidade.

Principal fonte de recurso	n	Frequência (%)
Doações	25	58,1
Mantenedora	6	14,0
Prefeitura	3	7,0
Famílias	2	4,7
Famílias e doações	1	2,3
Igreja	1	2,3
Conselho de pastores e doações	1	2,3
Vendas de kits	1	2,3
Venda de artesanatos	1	2,3
Estado	1	2,3
Convênio	1	2,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

Já quanto as fontes alternativas de recursos, um total de 33 (76,7%) das comunidades mencionaram alguma outra condição de obtenção de receitas que visam custear os gastos provenientes da comunidade (Tabela 6).

**Tabela 6.** Outras fontes de recurso financeiro para a manutenção da comunidade.



<b>Outras Fontes de recurso</b>	<b>N</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Doações</b>	8	18,6
<b>Bazar e doações</b>	4	9,4
<b>Mensalidade</b>	4	9,4
<b>Família</b>	3	7,0
<b>TCO - verba judicial</b>	2	4,7
<b>Artesanato e família</b>	1	2,3
<b>Bazar e artesanato</b>	1	2,3
<b>Prefeitura e família</b>	1	2,3
<b>Venda de produtos alimentícios da comunidade</b>	1	2,3
<b>Doações e recursos do SENAD</b>	1	2,3
<b>Doações e eventos</b>	1	2,3
<b>Prefeitura</b>	1	2,3
<b>Bazar e mensalidade</b>	1	2,3
<b>Contribuições do presidente</b>	1	2,3
<b>Convênio</b>	1	2,3
<b>Marcenaria e venda de produtos</b>	1	2,3
<b>Convênios e parcerias</b>	1	2,3
<b>Não possuem outras fontes de recursos financeiro</b>	10	23,3
<b>Total</b>	43	100,0

O quantitativo de 39,5% dos estabelecimentos pesquisados informou ser totalmente gratuita a permanência de um acolhido, enquanto 60,5% ser parcialmente, o que remete a questões de possíveis valores cobrados. Os entrevistados informaram que tais valores variam entre o mínimo de R\$ 50,00 e máximo de um salário mínimo vigente (R\$ 788,00). Um total de 17,6% deixa livre à família pagarem o quanto puderem.

No que se refere à contribuição das famílias, estas contribuem de alguma forma com as comunidades em 83,8% das entrevistas, com os itens constantes da Tabela 7.

**Tabela 7.** Itens que as famílias contribuem.

<b>Contribuições de familiares</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Alimento e higiene</b>	6	14,0
<b>Dinheiro e enxoval</b>	4	9,3
<b>Mensalidade</b>	4	9,3
<b>Gás, limpeza, higiene, roupas</b>	3	7,0
<b>Qualquer produto</b>	3	7,0
<b>Higiene pessoal</b>	3	7,0
<b>Dinheiro e alimento</b>	2	4,7
<b>Dinheiro</b>	2	4,7
<b>Alimentos</b>	2	4,7
<b>Cesta básica e enxoval do interno</b>	1	2,3
<b>Produtos de higiene do interno</b>	1	2,3
<b>Alimentos e material de construção</b>	1	2,3
<b>Roupas e calçados</b>	1	2,3
<b>Alimentos e roupas</b>	1	2,3
<b>Dinheiro e objetos pessoais</b>	1	2,3
<b>Enxoval</b>	1	2,3
<b>Não há contribuição de familiares</b>	7	16,2
<b>Total</b>	43	100,0

Neste aspecto foi abordada a questão de que se a família não pudesse contribuir de alguma forma para a internação, isto inviabilizaria a mesma, 7,0% disseram que sim, correspondendo a três entrevistados.

As entidades religiosas, de qualquer denominação e credo, contribuem com a manutenção das entidades pesquisadas, demonstrado por 76,7%, não apenas as mantenedoras (apenas 12,1% disseram ser mantidas exclusivamente por estas), mas diversas outras denominações, especialmente as protestantes/evangélicas, auxiliam com contribuições financeiras e doações.

Com relação a Convênios firmados com o Governo, em suas diferentes esferas (Federal, Estadual e Municipal) a resposta negativa foi preponderante: 88,4% federal, 60,5% estadual e 79,1% municipal.

Os dados apresentaram um panorama interessante entre as CT que em alguns casos não reconhecem determinados convênios existentes como sendo pactuações com determinada esfera de governo.

Convênio com o Governo Federal, 11,6% das CT disseram ter, mas 23,3% afirmaram receber da CONAB doações de gêneros alimentícios. A SENAD aparece em 9,3% das entrevistas. O Programa Mesa Brasil do SESC, que credencia entidades e fornece gêneros alimentícios e capacitação, também figura entre os outros convênios perguntados enquanto esfera federal (28,6%), mesmo o referido Programa não ser governamental, mas do Sistema “S” que integra o 3º Setor.

Um dado que chama a atenção foi que 39,5% responderam ter convênio com o Estado (17 comunidades), sendo que 41,9% são contemplados com isenção de água e energia e 44,2% com valores para custear o pão e o leite. Estes são Programas de Incentivo Social e de Distribuição de Renda do Governo de Goiás. Um total de 10 comunidades afirmou possuir outros convênios. Destes aparecem convênios com o GEED, firmado com o Poder Judiciário com o repasse de penas alternativas e a OVG. Esta última, mesmo sendo uma organização não governamental, é entendida como uma extensão do governo estadual, auxiliando outras entidades do Estado e executando serviços socioassistenciais.

Já quanto ao Governo Municipal, 20,9% disseram ter parceria estabelecida com Secretarias de Educação, mesmo percentual com Secretarias de Assistência Social. A área da Saúde aparece como parceira municipal em duas CT, e a cessão de mão de obra (vigia noturno, responsável técnico, professor e psicólogo) constam também nas falas dos entrevistados.

Questionados sobre outras fontes de recursos, especificamente as doações, um total de 88,4% respondeu que recebem doações particulares ou de associados. Deste total de comunidades, as doações representam em sua receita menos de 10% (7,8%), entre 10% e 25% (13,2%), entre 25% e 50% (36,8%), entre 50% e 75% (21,1%) e acima de 75% (21,1%). As doações são ofertadas de diferentes maneiras, conforme se observa na Tabela 8.

**Tabela 8.** Especificações das doações de forma espontânea.

<b>Doações Especificadas</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Pessoa Física</b>	21	48,8
<b>Pessoa Jurídica (CEASA, Frigoríficos, OVG, Supermercados, Comércio variados)</b>	10	23,3
<b>Dinheiro, roupas, alimentos, produtos de higiene e limpeza</b>	7	16,3
<b>Não recebem doações de particulares</b>	5	11,6
<b>Total</b>	43	100,0

Um outro item interessante, dentro dos recursos financeiros pesquisados das comunidades terapêuticas, é o fato de tentarem melhorar a receita com outras fontes. Em 51,2% delas, há fontes alternativas de captação de recursos (Tabela 9).

**Tabela 9.** Fontes alternativas de captação recursos.

<b>Doações Especificadas</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Bazar, comércio de produtos produzidos em oficinas e eventos</b>	17	39,6
<b>Abordagem em semáforos</b>	2	4,7
<b>Comércio e busca de alimentos no CEASA</b>	1	2,3
<b>Comércio e evangelismo<sup>12</sup></b>	1	2,3
<b>Bazar e busca de alimentos no CEASA</b>	1	2,3
<b>Não possuem fonte alternativas de captação de recursos</b>	21	48,8
<b>Total</b>	43	100,0

Com relação à sede das comunidades terapêuticas pesquisadas identificou-se que 51,2% possuíam uma própria, um total de 30,2% com sede alugada e 18,6% com sede cedida.

A água fornecida nas comunidades, um dos mais importantes fatores sanitários, ocorre por meio da rede pública de distribuição em 32,6%, com poços

<sup>12</sup> Na perspectiva apresentada pelos entrevistados, evangelismo significa a captação de recursos advindos de uma relação religiosa vinculada ao doador.

artesianos em 58,1% e por meio de cisternas em 30,2%. As formas de abastecimento podem ocorrer por mais de uma forma nas CT, sendo demonstrado em alguns dos questionários, com dois ou os três meios de abastecimentos. Em se tratando de água fornecida por meio de cisternas e poços artesianos, a desinfecção (cloração) para torná-la potável era realizada em 39,0% das comunidades.

Todas as instituições analisadas afirmaram armazenar a água em caixa d'água com tampa. A limpeza e manutenção da caixa d'água é feita por 95,3% das comunidades, sendo que são realizadas por 39,0% das instituições no período de seis em seis meses, a cada três meses por 14,6% e mensalmente também por 14,6%.

Sobre o alojamento dos residentes, foi perguntado o quantitativo de quartos existentes, variando conforme a Tabela 10.

**Tabela 10.** Quantitativo de quartos existentes na CT (dormitórios).

<b>Quantidade de quartos (dormitórios)</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>2 a 5</b>	20	46,5
<b>6 a 9</b>	15	34,9
<b>10 a 18</b>	7	16,3
<b>240</b>	1	2,3
<b>Total</b>	43	100,0

Já quanto ao número de camas em cada dormitório, o quantitativo que mais apareceu foi 4 por quarto, em 11,6% das comunidades, mas há instituições que possuem 20, 22, 46 e 48 camas por quarto, sendo expressado em 4 comunidades distintas esse elevado número de leitos em um único espaço. Neste quesito foram contemplados os beliches que são camas sobrepostas com 2 leitos, que foram contadas individualmente.

Das entidades que foram entrevistadas, duas disseram não possuir armários para guardar roupas e pertences dos residentes. A média de armários foi de 20,8, com o mínimo de zero e o máximo de 240. As demais estão abaixo classificadas na Tabela 11.

**Tabela 11.** Quantidade de armários para uso dos residentes.

Quantidade de armários	n	Frequência (%)
0	2	4,7
1 a 8	19	44,2
10 a 18	8	18,6
20 a 30	9	20,9
44 a 60	3	7,0
80	1	2,3
240	1	2,3
<b>Total</b>	43	100,0

Para a higiene pessoal dos acolhidos, foi perguntado o quantitativo de chuveiros, vasos sanitários e pias de uso exclusivo dos residentes, sendo que apenas uma comunidade respondeu não possuir chuveiro exclusivo, sendo compartilhado com os monitores e demais profissionais (Tabela 12).

**Tabela 12.** Quantidade de armários, chuveiros, sanitários e lavatórios de uso exclusivo dos residentes.

Variáveis	n	Mínimo	Máximo	Soma	Mediana
<b>Número de armários para guardar roupas e pertences dos residentes</b>	43	0	240	894	10,0
<b>Número de chuveiros de uso exclusivo dos residentes</b>	43	0	60	281	4,0
<b>Número de lavatórios (pias) de uso exclusivo dos residentes</b>	43	1	80	299	4,0
<b>Número de sanitários de uso exclusivo dos residentes</b>	43	1	80	306	4,0

Estas informações foram comparadas com a capacidade máxima suportada pelas comunidades, demonstrando que há um armário para cada 1,8 residente, um chuveiro para cada 5,8 residentes, um vaso sanitário para cada 5,5 residentes e uma pia/lavatório para cada 5,3 residentes.

A privacidade e segurança dos acolhidos no uso dos alojamentos e banheiros também foram questionadas, quando perguntou se estes recintos possuíam trancas

com chaves, ao que 41,9% disseram possuir e 58,1% não, sendo os acessos totalmente livres. No caso das chaves dos alojamentos nas 18 comunidades que disseram ter, 16,7% responderam que a chave fica na porta; 55,5% permanecem com um funcionário (coordenador, zelador, monitor ou obreiro) e apenas 27,8% com os próprios internos.

Já as questões de acessibilidade deixaram muito a desejar. O percentual de 34,9% das CT apresentou adaptações para pessoas com deficiência, contando com rampas, barras nos banheiros e portas de no mínimo 80 centímetros, mas pelas observações, nenhuma instituição é totalmente adaptada ao ponto de garantir o livre acesso de uma pessoa com deficiência em todos os seus espaços.

Quanto aos atendimentos psicossociais, 88,4% disseram possuir sala para acolhida e escuta individual e 11,6% disseram não ter sala separada e exclusiva para esses atendimentos. A grande maioria (81,6%) referiu possuir uma sala, 15,8%, dois ambientes e uma comunidade tem 10 salas individualizadas. Os atendimentos concentram-se em ambientes coletivos (95,3%) sendo que 79,1% destes espaços são multiuso, ou seja, utilizados também para outras finalidades (cultos, refeições, oficinas, trabalhos manuais etc.), mas em horários separados e definidos por cronograma. Um total de 65,9% possuía uma sala coletiva, com as demais variando entre duas e dez salas (34,1%).

Ambientes ou áreas exclusivas para realização de oficinas de trabalho estão presentes em 65,1% das CT, sendo 71,4% apenas um espaço destinado a esta finalidade, com as demais variando entre dois e quinze ambientes (28,6%).

A prática de atividade esportiva em ambiente próprio consta em 88,4% das comunidades, onde 42,1% possuem única área; 31,6%, dois espaços; 23,7%, três e 2,6% quatro.

Na utilização desses espaços e ambientes citados (salas de atendimento, áreas de oficinas e de esporte), foi questionado a adoção de medidas de acessibilidade, onde 44,2% disseram que são adequados a pessoas com deficiências.

No preparo dos alimentos, 30,2% disseram possuir funcionários para esta atividade com 69,8% das CT utilizando exclusivamente dos acolhidos como responsáveis por essa atividade. Em consonância, 88,4% dos entrevistados confirmaram que os residentes preparavam os alimentos, o que denota que mesmo naquelas em que há funcionários cozinheiros, os internos auxiliavam na preparação

como laborterapia. Em 93,0% das instituições havia um espaço separado para recepção e armazenamento dos alimentos e 18,6% fazia abate de animais na própria CT, em ambiente separado e apropriado.

Os equipamentos de proteção individual (EPI) eram utilizados pelas pessoas que manipulam e cozinham os alimentos em 79,1% dos casos. A higiene e limpeza da cozinha eram feitas diariamente em todas as comunidades (Tabela 13).

**Tabela 13.** Frequência diária que a cozinha é limpa.

Frequência diária da limpeza na cozinha	n	Frequência (%)
Uma vez	7	16,3
Duas vezes	17	39,5
Três vezes	12	27,9
Mais de três vezes	7	16,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

A alimentação oferecida aos residentes envolve pelo menos três refeições diárias (Café da manhã, almoço e jantar) em 97,7% dos estabelecimentos pesquisados. O cardápio é elaborado por nutricionista em 23,3% das comunidades, com as demais (76,7%) não se utilizando deste profissional. O refeitório estava presente em 97,7% dos estabelecimentos pesquisados e suas capacidades máximas estão demonstradas na Tabela 14.

**Tabela 14.** Capacidade máxima de pessoas nos refeitórios.

Capacidade máxima de pessoas	n	Frequência (%)
20 a 30	22	51,2
35 a 50	12	27,9
60 a 80	5	11,6
≥ 100	3	7,0
Não possui refeitório	1	2,3
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

No manuseio e higienização das roupas dos acolhidos, as lavanderias existentes nas comunidades são espaços simples, com a presença de equipamentos domésticos. A responsabilidade em todas as CT pesquisadas, para a lavagem de



roupas, é do próprio residente, com o uso de EPI em 27,9% dos casos. Somente uma CT possui lavanderia industrial para grande escala de higienização de roupas. Um total de 74,4% das CT disse ter espaço para recepção e armazenamento de roupa suja, sendo destes 87,5% individuais (cada residente tem seu cesto) e 12,5% coletivos. A área de lavagem é separada da área de secagem em 90,7% dos espaços e o armazenamento da roupa limpa é feita na sua maioria (81,4%) em área separada de onde são lavadas as roupas.

Sobre a presença de almoxarifado, 90,7% das comunidades responderam positivamente, sendo que em 88,4% o material de limpeza não é armazenado junto ao material de escritório, o que corrobora com o dado de que 81,4% possuem um depósito específico para o material de limpeza, denominado de DML. Já em relação ao lixo produzido, 83,7% afirmaram possuir um local de abrigo para resíduos sólidos, sendo que em 46,5% há a disponibilização de EPI para que os residentes possam manusear o lixo.

Em relação à questão dos medicamentos dentro das comunidades, responsabilidade pela administração e guarda dos medicamentos é de algum responsável pela comunidade (97,7%), sendo que em 81,4% dos casos os medicamentos são guardados em armários com chave, com a identificação de cada residente (93,0%) e junto com a prescrição médica (90,7%). Em 81,4% das instituições há kit de primeiros socorros e em 62,8% há medicamentos de uso geral, como remédios para dor de cabeça e estômago.

Ainda sobre os espaços físicos, há bibliotecas em 37,2% das instituições entrevistadas. Já quanto a disponibilização e fornecimento de livros, 90,7% das comunidades disseram tê-los e oferecem aos acolhidos, uma média de 257,6, variando entre o mínimo de cinco e o máximo de 1.000 exemplares. No mesmo percentual de disponibilização de livros, outros itens são disponibilizados como DVD de filmes educativos, CD de músicas, gibis, revistas, jornais e bíblias. Há espaços próprios para leitura em 65,1% das comunidades, utilizando-se de variados ambientes para esta prática, inclusive ao ar livre em áreas montadas que estimulam o hábito de ler.

Já com relação aos móveis e equipamentos existentes nas comunidades, a Tabela 15 traz a representação estatística traçada pela pesquisa.

**Tabela 15.** Móveis e equipamentos de propriedade das comunidades.

<b>Móveis e equipamentos</b>	<b>Porcentagem das Comunidades</b>	<b>Quantidade mínima</b>	<b>Quantidade máxima</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>
<b>Geladeira</b>	97,7	1	15	2,9	2,0
<b>Freezer</b>	100,0	1	7	1,8	2,0
<b>Fogão</b>	48,8	1	2	1,1	1,0
<b>Fogão industrial</b>	90,7	1	2	1,2	1,0
<b>Batedeira</b>	48,8	1	2	1,1	1,0
<b>Liquidificador</b>	90,7	1	2	1,3	1,0
<b>Televisão</b>	97,7	1	7	2,1	2,0
<b>DVD</b>	95,3	1	4	1,6	1,0
<b>Aparelho de Som</b>	86,0	1	5	1,4	1,0
<b>Computador</b>	90,7	1	27	4,8	2,0
<b>Impressora</b>	81,4	1	6	1,5	1,0
<b>Projektor (data show)</b>	30,2	1	1	1,0	1,0
<b>Colchão</b>	100,0	4	300	40,3	30,0
<b>Mesa</b>	100,0	3	30	11,1	9,0
<b>Cadeira</b>	100,0	5	300	66,2	50,0
<b>Carteira</b>	48,8	4	60	24,9	25,0
<b>Ventilador</b>	72,1	1	150	9,0	3,0
<b>Ar condicionado</b>	27,9	1	6	2,1	2,0
<b>Lavadora de roupas doméstica</b>	39,5	1	3	1,3	1,0
<b>Lavadora de roupas industrial</b>	2,3	1	1	1,0	1,0
<b>Lavadora de roupas (tanquinho)</b>	72,1	1	4	1,7	1,0
<b>Secadora de roupas doméstica</b>	4,7	1	1	1,0	1,0
<b>Secadora de roupas industrial</b>	4,7	1	1	1,0	1,0
<b>Equipamento de cortar grama</b>	44,2	1	20	2,7	1,0
<b>Veículos (carros)</b>	69,8	1	4	1,6	1,0
<b>Veículos (motos)</b>	14,0	1	1	1,0	1,0
<b>Lousa</b>	67,4	1	6	1,7	1,0
<b>Armário</b>	93,0	1	54	6,5	4,0
<b>Bebedouro</b>	88,4	1	6	1,9	1,3
<b>Forno Micro-ondas</b>	58,1	1	2	1,3	1,0

## 5.2 Os serviços oferecidos pelas comunidades terapêuticas

Nesta nova etapa do instrumento buscamos entender o serviço oferecido aos dependentes químicos. Iniciado pelo aspecto de funcionamento, se a comunidade tem uma seção administrativa e qual o horário de atendimento. Um quantitativo de 48,8% tem este serviço administrativo definido e separado da própria CT. Destes, 97,4% iniciam entre 7:00 e 8:00 horas, com 94,8% terminando o funcionamento entre 17:00 e 18:00 horas. Duas comunidades disseram que seu horário de funcionamento administrativo vai até às 22:00 horas.

Já o acolhimento, que é a chegada do residente na comunidade, identificou-se horários diferenciados para o início (Tabela 16).

**Tabela 16.** Horário de início para o acolhimento.

<b>Acolhimento – Horário de início</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>6:00 horas</b>	2	4,7
<b>7:00 horas</b>	2	4,7
<b>8:00 horas</b>	25	58,1
<b>9:00 horas</b>	6	14,0
<b>13:00 horas</b>	1	2,3
<b>14:00 horas</b>	1	2,3
<b>21:00 horas</b>	1	2,3
<b>Qualquer hora</b>	5	11,6
<b>Total</b>	43	100,0

Com relação aos dias que ocorrem o acolhimento, a Tabela 17 expõe de que forma sucedem.

**Tabela 17.** Dias que ocorrem o acolhimento.

Dias da semana	n	Frequência (%)
Qualquer dia	18	41,8
De segunda a sábado	15	34,8
1 vez por semana	7	16,4
2 vezes por semana	3	7,0
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>

Questionados se promovem o serviço de triagem antes do acolhimento, 88,4% disseram que sim, com os dias e turnos que realizam esta atividade distribuída nas Tabelas 18 e 19.

**Tabela 18.** Dias que ocorrem a triagem.

Dias da semana	n	Frequência (%)
Todos os dias	14	32,6
De segunda a sábado	12	27,9
2 vezes por semana	2	4,6
1 vez por semana	10	23,3
Não realizam triagem	5	11,6
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 19.** Turnos que ocorrem a triagem.

Turno	n	Frequência (%)
Matutino	1	2,3
Vespertino	3	7,1
Noturno	5	11,6
2 turnos	21	48,8
3 turnos (integral)	8	18,6
Não realizam triagem	5	11,6
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100,00</b>

O local destinado para realização da triagem ocorre na própria comunidade em 39,5% dos casos e em outro local em 55,3%, sendo responsável por realiza-las o Coordenador das atividades (31,6%), o Presidente da Comunidade (26,3%) ou outra pessoa (42,1%).

São solicitados exames clínicos antes da internação em 51,2% das comunidades e, em sua maioria, encaminhados a rede pública ou particular (72,7%), a critério da família ou do próprio dependente químico, sem qualquer direcionamento ou imposição. Apenas 9,3% dos entrevistados mencionou ter Convênio com alguma clínica para realização dos exames.

Uma informação importante e relevante que aparece é a internação de moradores de rua, relatado por 97,7% dos entrevistados. Comunidades com lista de espera para internação perfaziam 39,5%, ou seja, pessoas aguardando vaga para acolhimento na comunidade.

Quanto ao uso de dinheiro e cigarro dentro da CT, 97,7% disseram ter alguma norma específica, seja permitindo, seja proibindo. A descrição da Tabela 20 expressa as respostas quanto ao dinheiro.

**Tabela 20.** Uso de dinheiro dentro da CT.

<b>Norma definida</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Permitido dinheiro de residente, sob os cuidados da administração</b>	21	48,8
<b>Proibido dinheiro de residente na CT</b>	17	39,6
<b>Permitido dinheiro de residente para gastos na reinserção social</b>	4	9,3
<b>Não possui normas para o uso de dinheiro dentro da CT</b>	1	2,3
<b>Total</b>	43	100,00

Nas comunidades que permitem uso de cigarro, sendo 14,0% do total, há regras e horários definidos, bem como quantidades determinadas (entre cinco e 10 cigarros por dia/pessoa), com os maços permanecendo com os monitores e repassando aos acolhidos apenas no horário permitido e na quantidade estabelecida

pela norma interna e consentida pelo acolhido. Não houve registo de CT que deixa livre o uso e a quantidade de tabaco.

Na Tabela 21 acima, foi abordada a questão das atividades desenvolvidas e praticadas dentro da comunidade, no sentido de conhecer a rotina dos residentes em relação aos atendimentos recebidos.

**Tabela 21.** Atividades existentes dentro da comunidade terapêutica, as quais os residentes participam.

<b>Atividades</b>	<b>Total de CT</b>	<b>Frequência diária</b>	<b>Frequência semanal</b>	<b>Frequência quinzenal</b>	<b>Frequência mensal</b>	<b>Esporádico</b>
<b>Atendimento médico (clínico)</b>	14%	---	50%	--	33,3%	16,7%
<b>Atendimento psiq. (médico)</b>	9,3%	--	50%	--	50%	--
<b>Atividade desportiva</b>	88,4%	50%	50%	--	--	--
<b>Oficina profissionalizante</b>	39,5%	52,9%	35,3%	--	5,9%	5,9%
<b>Encaminhamento para o mercado de trabalho</b>	76,7%	9,1%	--	--	9,1%	81,8%
<b>Curso de informática</b>	23,3%	10%	90%	--	--	--
<b>Atividades grupais (ex: 12 passos)</b>	72,1%	32,3%	64,5%	--	--	3,2%
<b>Trabalho artesanal</b>	67,4%	44,8%	25,6%	--	--	17,2%
<b>Apoio educacional</b>	32,6%	42,9%	50%	--	--	7,1%
<b>Horários referentes à espiritualidade</b>	100%	97,7%	2,3%	--	--	--
<b>Atendimento psicológico individual</b>	65,1%	14,3%	71,4%	3,6%	--	10,7%
<b>Atendimento psicológico em grupo</b>	69,8%	10%	66,7%	--	16,7%	6,7%
<b>Orientação e apoio terapêutico</b>	53,5%	56,5%	30,4%	4,3%	8,7%	--
<b>Atividade de lazer</b>	97,7%	69%	31%	--	--	--
<b>Atividade aos familiares</b>	58,1%	--	8%	20%	72%	--
<b>Atendimento às famílias</b>	34,9%	--	20%	33,3%	40%	6,7%
<b>Atividades conjuntas residente-família</b>	86%	2,7%	13,5%	13,5%	64,9%	5,4%
<b>Laborterapia</b>	100%	100%	--	--	--	--

Um total de 90,7% dos estabelecimentos pesquisados expõe em um quadro as rotinas e atividades desenvolvidas para conhecimento de todos, inclusive dos próprios residentes.

No intuito de entender se existem critérios de admissão para o acolhimento, a pesquisa apontou que 97,7% adotam critérios variados, com todas respondendo que a motivação e a voluntariedade são a regra. Outros critérios também são apontados como a adequação às regras da comunidade (14,3%), ordem judicial (9,5%), encaminhamento pelo CAPS (2,3%) e gestante ou com filhos de até 2 anos (2,3%).

O termo de consentimento assinado pelo dependente químico é exigido por 93,0% das comunidades e 55,8% dos entrevistados disseram que se questiona ao candidato ao acolhimento sobre seus antecedentes criminais, no momento da triagem. Nenhum dos estabelecimentos entrevistados e que compuseram o resultado final desta pesquisa realizam captura, resgate ou busca ativa, ações estas características das Clínicas de Internação Involuntária, critério este definido nos métodos.

Sobre a alta terapêutica, 97,7% adotam outros critérios que não apenas o tempo de internação. No caso de desligamento administrativo, todas as comunidades têm regras e normas definidas quanto a condutas que acarretarão o mesmo. Houve casos de evasões (fugas) em 79,1% e 97,7% de ocorrências de desistências por parte dos residentes, interrompendo o acolhimento.

O hábito de registrar a movimentação dos residentes em seus prontuários ou dossiês, demonstra-se na Tabela 22.

**Tabela 22.** Registros em prontuários.

<b>Tipo de registro</b>	<b>Quantidade de CT que registram</b>	<b>Frequência relativa ao total de CT pesquisadas (%)</b>
<b>Desligamento administrativo</b>	41	95,3
<b>Desistência</b>	40	93,0
<b>Alta terapêutica</b>	39	90,7
<b>Evasão (fuga)</b>	35	81,4

O quantitativo dessas movimentações também se pode depreender da Tabela 23, conforme seus resultados apresentados. O mais relevante é o somatório de internações ocorridas nos últimos 12 meses (este período variando conforme a data da entrevista): 6.345 acolhimentos realizados pelas comunidades terapêuticas.

**Tabela 23.** Quantitativo de internações, altas terapêuticas, desistências e evasões nos últimos 12 meses.

Descrição	Quantidade mínima	Quantidade máxima	Soma	Média	Mediana
<b>Número de internações nos últimos 12 meses</b>	6	1000	6345	147,6	90,0
<b>Número de altas terapêuticas nos últimos 12 meses</b>	0	265	1407	32,7	16,0
<b>Número de desistências nos últimos 12 meses</b>	1	930	4004	93,1	50,0
<b>Número de evasões nos últimos 12 meses</b>	0	180	503	11,7	3,0

Em se tratando das famílias dos acolhidos, estas promovem visitas em 97,7% das comunidades, sendo que são realizadas uma vez ao mês em 52,4% dos casos, preferencialmente aos domingos. As demais variam entre 2 a 5 vezes ao mês (40,1%). Uma CT permite visita livre todos os dias. São estabelecidos critérios para este encontro residente/familiares em 81,4% das entidades. Um total de 41,9% dos entrevistados respondeu que a equipe realiza visitas às famílias dos acolhidos.

Todas as comunidades terapêuticas utilizam de fichas individuais, dossiês ou prontuários separados para cada residente, sendo responsável pelo preenchimento destas fichas o Coordenador (30,2%), Monitor ou Obreiro (25,6%) ou outra pessoa (44,2%). Com relação à elaboração de projeto de vida para cada residente e com a participação deste, 25,6% responderam que sim.

### 5.3 A equipe que compõe as comunidades terapêuticas

Em se tratando da equipe de trabalho nas comunidades terapêuticas, identificou-se que havia uma média de 10,7 trabalhadores por CT, sendo a com menos trabalhador com apenas um e a mais com 70. Um total de 69,8% das



entidades possui uma equipe de um a dez pessoas. O restante de 30,2% possui acima de dez trabalhadores diretos. Sobre a escolaridade desses indivíduos que trabalham nas CT, os dados mostram que há todos os níveis de escolaridade que se mesclam em atividades dentro das comunidades.

Em relação à capacitação contínua de seus funcionários e/ou voluntários, as CT que afirmaram ter pessoal que tenha feito algum curso de atualização somam 72,1% do total. Destes, os cursos mais frequentes foram da Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), como se observa na Tabela 24.

**Tabela 24.** Ocorrência da capacitação.

<b>Entidade que promoveu a capacitação</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>FEBRACT</b>	5	12,0
<b>SENAD</b>	10	23,2
<b>FEBRACT e outros</b>	8	18,5
<b>OVG</b>	2	4,6
<b>Pós-graduação <i>lato e stricto sensu</i></b>	3	6,9
<b>CRR e outros</b>	3	6,9
<b>Não fizeram capacitação</b>	12	27,9
<b>Total</b>	43	100,00

Um total de 30,2% das CT citou que possuem funcionários com carteira de trabalho assinada. A média de celetistas contratados foi de 9,2 por comunidade, sendo que a quantidade mínima foi de um funcionário e a máxima de 52 trabalhadores. Em toda a pesquisa, identificou-se 120 pessoas trabalhando como celetistas em 13 CT, sendo que destes 71,7% se encontram em apenas 4 CT.

Como observado, a grande maioria das CT utiliza-se de trabalhadores voluntários, poucas fazem uma gestão com pessoal contratado. Esse dado reflete-se na grande quantidade de CT (90,7%) que afirmaram ter a necessidade de mais recursos humanos em relação ao quantitativo de residentes. Os motivos aparecem elencados na Tabela 25.

**Tabela 25.** Justificativa para mais recursos humanos.

<b>Necessidade de Recursos Humanos</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Atuação multiprofissional de nível superior</b>	22	51,1
<b>Melhor atuação administrativa e de serviços gerais</b>	5	11,7
<b>Melhor adequação às normas e atendimento em todos os níveis profissionais</b>	14	32,5
<b>Não demonstraram necessidade de mais Recursos humanos</b>	2	4,7
<b>Total</b>	43	100,0

As respostas a esta questão de recursos humanos também foram atreladas a sobrecarga e complexidade do trabalho, além de haver poucos trabalhadores para muitos internos e atividades variadas. Também exposto que os residentes têm múltiplas necessidades, o que demandam profissionais atuando em diferentes áreas.

#### **5.4. O público atendido pelas comunidades terapêuticas**

Do total de 43 CT pesquisadas, 36 (83,7%) são destinadas exclusivamente ao público masculino e sete (16,3%) ao público feminino. Nas comunidades masculinas havia uma média de 26,9 residentes, tendo uma quantidade mínima de três e a máxima de 150. Já nas comunidades femininas, havia uma média de 7,6 com a quantidade mínima de duas e máxima de 12 mulheres residentes no momento da pesquisa. O total geral das comunidades soma 1022 pessoas vivendo em comunidades terapêuticas no momento da coleta de dados. A distribuição dos residentes em cada comunidade segue nas Tabelas 26 e 27.

**Tabela 26.** Quantidade de residentes em cada comunidade (masculina).

<b>Número da Comunidade</b>	<b>Quantidade de residentes</b>
1	3
21	5
43	5
4	6
22	7
28	7
7	12
35	13
36	13
16	15
17	16
26	16
3	18
18	18
15	19
31	20
34	20
40	20
33	21
10	22
23	22
30	22
27	23
37	23
8	24
20	24
42	29
29	30
25	31
11	33
5	37
19	37
6	48
9	80
12	80
39	150
<b>Total de residentes</b>	<b>969</b>

**Tabela 27.** Quantidade de residentes em cada comunidade (feminina).

<b>Número da Comunidade</b>	<b>Quantidade de residentes</b>
32	2
13	3
38	7
2	8
14	10
24	11
41	12
<b>Total de residentes</b>	<b>53</b>

Nenhuma comunidade pesquisada atendeu, durante a realização da pesquisa, crianças menores de 12 anos de idade, mesmo havendo uma que oferece vagas a este público. Um total de 11 CT (25,6%) tinha residentes entre 12 e 18 anos incompletos, com uma média de 4,7 tendo um mínimo de um e o máximo de 20 adolescentes nas comunidades. Entre 18 e 30 anos de idade, um total de 88,4% das CT afirmou ter residentes nessa faixa etária, tendo uma média de 12,1, um mínimo de um e máximo de 40 adultos jovens. A faixa etária dos 31 a 60 anos apareceu em 88,4% das CT, com uma média de 12,4 em um mínimo de um e máximo de 122. Já em relação à população idosa, acima de 60 anos de idade, 34,9% das CT tinham idosos como residentes, sendo uma média de 2,7 com um mínimo de um e máximo de 15 sujeitos.

O quantitativo geral que se encontra na Tabela 28 identifica de forma bem clara um perfil etário e de sexo do residente de comunidades terapêuticas. Ou seja, de homens (94,8%) com idade entre 18 e 60 anos (91,0%).

**Tabela 28.** Quantidade de residentes por faixa etária.

<b>Faixas etárias</b>	<b>Quantidade de residentes</b>
Menores de 12 anos	0
Entre 12 e 18 anos	52
Entre 18 e 30 anos	459
Entre 31 e 60 anos	471
Acima de 60 anos	40
<b>Total de residentes</b>	<b>1022</b>

As comunidades, em sua maioria, apresentavam residentes oriundos somente da zona urbana, representado por 95,3% das CT, sendo que apenas 2,3% tinham como residentes apenas da zona rural e 2,3% da zona rural e urbana. A renda familiar média desses residentes variou entre um a cinco salários mínimos, apresentando 53,5% com ganho de até um salário mínimo e 46,5% com ganho entre dois a cinco salários mínimos.

Em se tratando do principal motivo que levou os residentes até as comunidades terapêuticas, a Tabela 29 expressa as razões dos mesmos para serem acolhidos.

**Tabela 29.** Motivação para ingresso na comunidade.

<b>Motivação</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Deixar a dependência química</b>	31	72,0
<b>A pedido da família</b>	8	18,6
<b>Medida socioeducativa (adolescentes)</b>	2	4,7
<b>Reconhecimento da seriedade da CT</b>	2	4,7
<b>Total</b>	43	100,0

Um dado bastante interessante identificado é a rotatividade que o dependente químico acaba realizando entre as comunidades terapêuticas e até em uma mesma comunidade. Observou-se que o percentual de pessoas que já foi residente da

mesma CT mais de uma vez foi de menos de 10% (51,2%) e entre 10 e 25% (37,2%), conforme Tabela 30.

**Tabela 30.** Pessoas já foram residentes na mesma comunidade mais de uma vez

<b>Residentes</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Menos de 10%</b>	22	51,2
<b>Entre 10 e 25%</b>	16	37,2
<b>Entre 25 e 50%</b>	4	9,3
<b>Entre 50 e 75%</b>	1	2,3
<b>Total</b>	43	100,0

Já em relação ao quantitativo de residentes que já viveram em outras comunidades, identificou-se que em 41 comunidades (95,3%) tinham entre seus residentes, indivíduos que em outros períodos estiveram morando em outra (s) CT (Tabela 31).

**Tabela 31.** Pessoas que já foram residentes de outras comunidades.

<b>Residentes</b>	<b>n</b>	<b>Frequência (%)</b>
<b>Menos de 10%</b>	3	7,0
<b>Entre 10 e 25%</b>	11	25,6
<b>Entre 25 e 50%</b>	6	13,9
<b>Entre 50 e 75%</b>	13	30,2
<b>Acima de 75%</b>	8	18,6
<b>Não tinham residentes que já viveram em outras comunidades</b>	2	4,7
<b>Total</b>	43	100,0

Já com relação ao momento da alta terapêutica 90,7% das comunidades terapêuticas apresentam algum mecanismo de preparo do residente para sua alta terapêutica, não contemplando apenas o tempo do acolhimento já exposto ao longo deste trabalho. Esses mecanismos envolvem acompanhamento e aconselhamento por equipe multiprofissional, visita à família, ressocialização gradual do residente e a realização de uma nova triagem.

Pouco mais da metade (51,2%) das instituições pesquisadas possui registro e acompanhamento do ex-residente em relação a sua reinserção social e alta terapêutica.

Já em relação ao encaminhamento dos residentes para o mercado de trabalho quando do término de sua estadia na comunidade, um total de 76,7% das comunidades procura realizar este encaminhamento. Entretanto, é ainda muito precário esse processo, já que nos casos em que há encaminhamento, este é feito em 81,8% das comunidades terapêuticas de uma forma muito esporádica.

A maior parte dos encaminhamentos ocorre por meio de empresas parceiras (62,8%) que acolhem o residente que teve alta terapêutica. Um total de 53,5% das CT afirmou ter parcerias estabelecidas com diferentes ramos da indústria, comércio e serviços. Entretanto, as comunidades terapêuticas relatam uma série de dificuldades, tais como desconfiança e preconceito (91,0%) e falta de qualificação do residente (7,0%).

Já com relação às atividades desenvolvidas dentro das comunidades terapêuticas que visam à preparação do residente para a reinserção no mercado de trabalho, 39,5% das comunidades oferecem oficinas profissionalizantes a seus residentes. São oficinas variadas, contemplando em sua maioria marcenaria (13,9%), seguido de corte/costura, serralheria e culinária/panificação com 4,6% cada. O Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (SENAR) também foi mencionado por 7,0% das entidades pesquisadas.

Em apenas 18,6% das comunidades há registro e realização de um acompanhamento em relação a permanência no mercado de trabalho. Esse acompanhamento se dá, dentre outras formas, por telefone (25,0%), conversa com os empresários (25,0%) e por meio de igrejas e redes sociais (25,0%).

### 5.5. A relação das comunidades terapêuticas com os serviços de saúde

Com relação ao serviço de atenção a saúde, para o atendimento aos problemas de saúde dos residentes, as 43 CT pesquisadas se utilizavam do SUS, principalmente nos seguintes serviços de saúde: Odontológico (86,1%) e médicos de variadas especialidades com a realização de exames laboratoriais e também com serviços de urgência (86,0%).

A utilização dos serviços oferecidos pelos SUS se mostrou bastante frequente pelas CT, demonstrando uma preocupação com a saúde física de seus residentes. Um total de 48,8% das CT encaminha semanalmente seus residentes a algum serviço de saúde e mensalmente, 34,9%. Em todas as CT há o acompanhamento dos residentes nos serviços de saúde por alguém, sendo na sua grande maioria acompanhamentos por pessoas ou funcionários ligados à instituição. Os serviços de saúde procurados estão descritos na Tabela 32, com a odontologia como maior preocupação, devido os danos aos dentes provocados pelo uso abusivo e constante de substâncias psicoativas. Também, dentre os médicos, a psiquiatria foi a que mais se destacou.

**Tabela 32.** Serviços de saúde procurados fora da comunidade.

Serviços de saúde	n	Frequência (%)
<b>Odontológico e médico (especialidades variadas)</b>	27	62,8
<b>Apenas odontológico</b>	6	14,1
<b>Apenas médico</b>	3	7,0
<b>Odontológico e exames</b>	2	4,6
<b>Odontológico, médico e exames</b>	2	4,6
<b>Urgências</b>	2	4,6
<b>CAPS</b>	1	2,3
<b>Total</b>	43	100,0



Havia comunidades que recebiam residentes encaminhados por outras instituições ou serviços de saúde representando a maioria das CT visitadas (90,7%), e 9,3% nunca recebeu esses internos. Quando perguntado sobre a frequência com que elas recebiam residentes, a maioria era semanalmente e mensalmente representada por 56,4% das CT, e bimestralmente por 20,5%, semestralmente por 12,8%, anualmente ou menos por 10,3%.

Já em relação ao movimento contrário, quando o residente é encaminhado de sua CT para outras instituições, comunidades ou serviços de saúde, identificou-se que 83,7% das CT já haviam encaminhado, enquanto 16,3% delas nunca encaminharam. A frequência dos encaminhamentos também foi questionada, mostrando que a maioria das comunidades tinha uma frequência de encaminhamento mensalmente (27,8%), semanalmente (16,7%), totalizando 44,4%, sendo uma boa frequência. Já bimestralmente e semestralmente apresentaram a mesma frequência de 22,2%.

Quando perguntados sobre o recebimento de residentes ou ex-residentes encaminhados diretamente pelo CAPS, 48,8% das comunidades responderam que já tinham recebido e 51,2% nunca receberam. Muitos desses recebimentos eram motivados por ordem judicial, pelo hospital, mau estado ou transtorno mental, por conta própria do dependente químico e quando era morador de rua.

Já em relação ao movimento contrário, ou seja, encaminhamento de residentes ou ex-residentes das CT para o CAPS o estudo identificou que 67,4% encaminhavam ou já encaminharam os residentes enquanto que 32,6% nunca fizeram o uso desse serviço. Dentre os motivos apontados pelas CT para encaminhar seu residente ao CAPS destacam-se aqueles serviços próprios do CAPS que é de atenção à saúde mental. Assim, as CT apontaram como motivos, por exemplo, complicação mental e psicológica (18,2%), suporte psicossocial e medicação (9,0%), consultas psiquiátricas (40,9%), dentre outras motivações.

## 6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstraram uma ampla caracterização das Comunidades Terapêuticas existentes na Região Metropolitana de Goiânia e na cidade de Anápolis (GO), região goiana de maior concentração destes estabelecimentos de acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa.

Os entrevistados que responderam o questionário, participando da entrevista, com preponderância da escolaridade como superior completo ou com pós-graduação e o tempo na instituição entre quatro e seis anos, mas ainda a maioria está na faixa do Ensino Fundamental ou Médio, além de uma diversidade grande de profissões também se apresenta entre os entrevistados graduados, com predominância do gênero masculino. Há semelhanças com o estudo realizado por Jesus e Rezende (2009), ao pesquisarem comunidades do Vale do Paraíba (SP). Os autores advertem para a importância de os dirigentes de instituições que atendem dependentes de drogas desenvolverem ou mesmo adquirirem formação profissional e atualização científica para trabalhar no complexo campo da reabilitação dessa população vulnerável, habitualmente estigmatizada e excluída socialmente. Deste modo, o desejo de ajudar poderá atrelar-se à formação científica crítica dos processos vivenciados nas suas práticas nas instituições (JESUS; REZENDE, 2009).

Diferentemente dos Responsáveis Técnicos, que pelas normas existentes, são em sua totalidade de nível superior (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015), mas neste caso concentrados entre a Psicologia, o Direito e o Serviço Social, apresentando uma aproximação do trabalho das comunidades que possuem este profissional, com a saúde mental e a legalidade de suas organizações. A RDC nº 29/2011 não elenca as profissões que compoariam este encargo, dado que existia na RDC nº 101/2001. Da mesma forma a Resolução CONAD nº 01/2015 menciona apenas a responsabilidade de existência de um profissional habilitado.

Há uma gama variada de profissões relacionadas à responsabilidade técnica nas comunidades terapêuticas que denotam um conhecimento prático do assunto, não técnico/especializado. Há pouca dedicação destes profissionais com o trabalho na comunidade, por conta das poucas horas que a maioria afirmou dispensar para trabalhos ligados a instituição, o que denota um desconhecimento destes

profissionais ao assumirem um compromisso perante os órgãos do encargo por estes serviços específicos (DAMAS, 2013).

As comunidades pesquisadas são, em sua totalidade, entidades não governamentais, legalmente constituídas como associação, nos moldes da legislação civil brasileira, com forte cunho religioso na orientação dos trabalhos das comunidades, que visam o tratamento de forma voluntária de dependentes de substância lícitas e ilícitas. Estes dados são corroborados por diversos estudos que demonstraram que no Brasil as comunidades terapêuticas são da esfera privada, ou seja, movimentos da sociedade civil sem a ingerência governamental que acolhem este público que não tem amparo total do Estado para suas demandas, principalmente aqueles que querem o tratamento pela abstinência (DAMAS, 2013; SILVA, 2013; GEHRING, 2014; FOSSI; GUARESCHI, 2015).

No contexto de formação das CT, constata-se alusão frequente à influência de aspectos espirituais e religiosos na cura e no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas (SILVA, 2013). Para além da cura, a religiosidade e a espiritualidade vêm sendo também identificadas, nestes ambientes, como fatores protetores ao consumo de drogas em diversos níveis (SANCHEZ; NAPPO, 2008), apontando para a relevância da espiritualidade e da religião como recurso terapêutico ao tratamento da dependência química.

Identificou-se que as instituições religiosas possuem um importante papel na ajuda das comunidades. Estas, quando não são mantenedoras das CT, auxiliam de várias formas com doações diversas, pelo papel vocacional de amparo aos mais necessitados, especialmente ao público vulnerável pela dependência química que é marginalizado pelo restante da sociedade e encontra amparo entre os religiosos. (SANCHEZ; NAPPO, 2008). Tal atuação visa à reabilitação física, psíquica, emocional e espiritual e a reinserção social dos residentes. Na perspectiva das entidades religiosas, os programas oferecidos nessas CT têm como foco as mudanças comportamentais e a qualidade de vida dos usuários de substâncias químicas e de seus familiares (SILVA, 2013).

Há também aquelas comunidades que se identificaram somente como comunitárias, onde apenas a concepção de espiritualização, sem manifestação de um único credo religioso predomina. Neste sentido, vemos aproximação com o estudo de Ribeiro e Minayo (2015) onde descreveram os impactos positivos da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida e na saúde mental dos

indivíduos, atuando como fator terapêutico utilizado nos processos de cura e no tratamento da dependência química.

Com relação à documentação fiscal, ou seja, inscrições tributárias das associações e suas imunidades ou isenções, houve grande confusão dos entrevistados no entendimento do que seriam estes registros, demandando maior explicação por parte dos entrevistadores para a compreensão. Constatou-se que o percentual ainda é baixo quanto ao entendimento da necessidade de inscrição junto aos municípios, enquanto uma atividade econômica, mesmo sem finalidade de lucro, para contribuição ou isenção do ISS<sup>13</sup>, denotando uma presente informalidade neste aspecto. A legislação brasileira prevê que todo e qualquer estabelecimento, conforme as leis em vigor (BRASIL, 1966; BRASIL, 2003) necessitam registrar-se em todos os órgãos competentes, principalmente se oferecem atendimento ou prestam algum serviço à população contribuinte. Mesmo os considerados filantrópicos ou sem finalidade lucrativa, necessitam atender as mínimas exigências constitucionais e legais (BRASIL, 1988).

Percebe-se pelos demais documentos pesquisados que ainda é grande o quantitativo de inscrições de comunidades terapêuticas nos Conselhos de Assistência Social, o que pela nova configuração do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2011c) e da Tipificação dos serviços socioassistenciais (CNAS, 2009) não integram enquanto serviços, a menos que inscritos como programas ou projetos, o que não foi o caso. Estes órgãos de controle social é que ainda não compreendem a nova configuração apontada inclusive pela Lei 12.101/2009 e suas alterações pela Lei 12.868/2013 que incluiu as CT como sendo da saúde.

Os registros nos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente impactam no baixo oferecimento de vagas para o público infanto-juvenil, pois a infância (menores de 12 anos) está coberta com oferecimento de vagas por apenas uma comunidade, mesmo não havendo, durante a pesquisa, registro de acolhimento deste público. Já a adolescência foi identificada como acolhida em 11 entidades dentre as 43 pesquisadas. Vale destacar ainda que algumas ainda não se preocupam em atualizar seus registros, ferindo o que prescreve a Lei n. 8.069/1990

---

<sup>13</sup> Lista de serviços anexa à Lei Complementar nº 116, de 31 de julho de 2003. (4) Serviços de saúde, assistência médica e congêneres. (4.17) Casas de repouso ou **de recuperação**, creches, asilos e congêneres. (grifo nosso)

que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), posto que apenas oito CT afirmaram manter seu cadastro atualizado perante o Conselho local.

Os acolhimentos realizados não fazem distinções entre abuso ou uso nocivo de drogas lícitas e ilícitas, visto que há dependência em ambas, bem como uma droga pode vir acompanhada pela outra. Esse movimento é explanado por Assis (2011) ao tratar do consumo de diversas substâncias como álcool, cocaína, maconha e crack, de forma que em especial o álcool é referência de uso para a experimentação e conseqüentemente dependência de outras drogas. O álcool é sempre associado ao consumo de outras drogas ilícitas, conforme afirma Pimentel (2013).

O tempo máximo de permanência também é algo que define uma comunidade terapêutica, valendo-se do período de nove meses como o padrão estabelecido (BRASIL, 2015) e presente na literatura (DE LEON, 2012; FRACASSO; LANDRE, 2012; SILVA, 2013), ao definirem um tempo adequado ao tratamento. Simbolicamente este período sugere, segundo os autores, uma gestação onde no final deste período a pessoa estaria apta a receber alta, salvo os casos em que se percebe a necessidade de um tempo maior de tratamento. Um momento dedicado a horizontalidade das relações entre os pares e a buscas de si mesmo, permitindo maior internalização do programa terapêutico. O tempo de internação nas comunidades, segundo Machado (2011), varia de acordo com regras próprias das instituições. Há um certo consenso de que os residentes devem permanecer um tempo mínimo de nove meses, mas este período começa a mudar com a ampliação para até 12 meses, conforme Resolução CONAD nº 01/2015.

O que preocupa é o alto índice de permanências além do tempo estipulado, com os motivos relacionados ao abandono familiar e sem moradias, o que transcende a finalidade da comunidade terapêutica e mescla a instituição com outros serviços e metodologias que traduzem as rejeições quanto a questão da institucionalização das pessoas, criando uma dependência da estrutura da CT. Tal ideia é corroborada pelo estudo de Silva (2013) em que afirmam que o isolamento das pessoas dentro da CT, sem um contato com a comunidade e por longo tempo, fere princípios básicos instituídos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2001a), onde a pessoa não vê outra perspectiva que não continuar na mesma condição de satisfação daquela estrutura existente. Há também o contraponto de que os fatores externos desmotivam a saída, uma vez que a ausência do suporte

familiar e de moradia, além da saída daquele ambiente protegido, seguro e livre das drogas amedrontam o enfrentamento da realidade fora da comunidade, pela afetividade estabelecida (KRÜGER; 2012).

Quanto às fontes de recurso, as doações, em geral, sejam de particulares ou pessoas jurídicas, sejam das famílias, é fator preponderante na manutenção das comunidades terapêuticas pesquisadas. A dependência de uma única fonte de recurso compromete a sustentabilidade das entidades, podendo, a médio e longo prazo, ocorrer o fechamento por falta de recursos (MENDONÇA; ARAUJO, 2011), como foi demonstrado como motivação para o fechamento de algumas comunidades não entrevistadas. Mendonça e Araújo (2011) partem do princípio de que as Organizações não Governamentais necessitam de maior abrangência na capacidade da organização financeira e fiscal. Reforçam também a predisposição de construir relações e formas de gestão que possibilitem a sustentação em longo prazo sem que ocorra desvirtuamento de sua missão, lidando com os desafios de manter um fluxo de recursos necessários as suas ações. Tratam, os autores, sobremaneira da importância de saber o valor real do que se faz e buscar fontes alternativas de captação de novos recursos.

Os convênios ou parcerias firmadas com a SENAD correspondem a apenas 9,3% dos entrevistados, o que demonstra que uma pequena parcela das CT pesquisadas recebe verba federal para financiamento de vagas. O levantamento do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), órgão ligado ao Ministério da Justiça, informa que o Governo Federal tem 6.089 vagas financiadas em comunidades terapêuticas brasileiras, sendo que Goiás corresponde a 300 vagas (Anexo 2). No recorte da região pesquisada temos, pelos dados do OBID<sup>14</sup>, 124 leitos pagos pela SENAD.

No que se refere as questões sanitárias das comunidades terapêuticas, o fator água fornecida nas instituições pesquisadas depende sobremaneira de suas localizações. Importante considerar que as entidades pesquisadas estão situadas em zona urbana e rural, não havendo assim em muitas comunidades a rede pública de abastecimento, sendo necessária a construção de abastecimento por meio de poços artesianos ou cisternas.

---

<sup>14</sup> <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>

Vale ressaltar que dentre essas possibilidades de fornecimento de água, as cisternas são a opção mais barata, podendo ser adotada por comunidades com situação financeira limitada. Porém, seja poço artesiano ou cisterna, esta água deve ser desinfetada/clorada para o consumo, como recomenda a Portaria nº 518 de 25/3/2004 do Ministério da Saúde, prática que não é realizada pela grande maioria das comunidades estudadas. Quanto ao armazenamento desta água, todas as comunidades referem a utilização de caixa d'água tampada, porém menos da metade observa o que é preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT na NBR 5626, que atesta ser necessário fazer a manutenção no período de seis em seis meses (ABNT, 1998).

Em relação a preparação dos alimentos, observa-se que a quase totalidade das comunidades terapêuticas pesquisadas afirma que são os próprios residentes que fazem a manipulação dos alimentos para as refeições e também na limpeza do ambiente destinado às vivências alimentares. Neste aspecto, De Leon (2012) aponta os benefícios de uma rotina de trabalho definida e ocupacional, retomando ou ensinando o senso de responsabilidade para com os outros que ali também residem temporariamente. Entretanto, seria necessário que as comunidades conscientizassem melhor os residentes envolvidos na manipulação dos alimentos, ensinando, como mostram Oliveira, Brasil e Taddei (2008), que algumas medidas são fundamentais para o controle de infecções de origem alimentar, principalmente pela característica de fornecer refeições coletivas.

Entretanto, do ponto de vista sanitário sobre as questões referentes à alimentação, identifica-se que a maioria das comunidades afirmam ter um espaço exclusivo para preparação, armazenamento de alimentos, bem como dos utensílios utilizados. A correta separação e utilização dos espaços e materiais são importantes adequações sanitárias, como mostram Guimarães e Figueiredo (2010), quando ensinam que os utensílios utilizados precisam ser armazenados em local apropriado, de forma organizada e protegidos de qualquer fonte de contaminação. Considera-se relevante também destacar o fato de que a grande maioria das comunidades limpam esses ambientes mais de uma vez por dia.

As roupas são importantes itens carreadores de microrganismos e, por consequência, causadores de várias doenças. As comunidades pesquisadas adotam a prática dos próprios residentes lavarem suas próprias roupas, o que reduz e impede a contaminação ou a propagação de microrganismos com a não mistura das



roupas num mesmo momento de lavagem e secagem. Ainda assim, as comunidades terapêuticas não são ambientes de saúde, como hospitais ou centros de saúde, não cabendo a aplicação de Normas Técnicas e demais resoluções da ANVISA quanto a estes últimos equipamentos.

A partir da questão higiênica dos ambientes e do cuidado na manipulação dos alimentos, roupa e lixo, contrasta com a importância da utilização de EPI, o que infelizmente não é seguido por todas as comunidades. Sobre isso, Souza (2006b) alerta que as mãos constituem importante foco de microrganismos. Assim, quando mal higienizadas e sem a utilização de luvas adequadas, podem veicular microrganismos que são transferidos para os alimentos.

A RDC 29/2011 é clara e direta quanto à utilização de medicamentos dentro das comunidades terapêuticas quando no seu Art. 17 esclarece que “cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica”. Sobre esse ponto, identifica-se que a grande maioria procura seguir esta norma, pois afirmam que os medicamentos são trancados com chaves junto das respectivas prescrições médicas. Porém, desobedecem a norma quando observado que a maioria se utiliza de medicamentos de uso geral, como analgésicos e antiácidos, mantendo-os sem a devida indicação ou mesmo o risco para o organismo humano conjuntamente com outro medicamento que por ventura o residente esteja utilizando-se.

Os espaços para atividades também são bem característicos nas comunidades pesquisadas, onde a grande maioria dedica momentos para a prática desportiva como meio terapêutico, além de oferecer salas para atendimento psicossocial, seja individual, seja coletivo. Isso configura uma preocupação com a atuação de profissionais como o psicólogo e o assistente social, na interação de conhecimentos e práticas (DE LEON, 2012; FRACASSO; LANDRE, 2012; SILVA, 2013; DAMAS, 2013).

O processo de convivência entre os pares é compreendido por Silva (2013) e por Damas (2013) como o cotidiano elementar de estratégias diretas na relação de condutores de transformações a própria subjetividade e a sociabilidade, bem como na participação proativa no percurso e na responsabilização pelo próprio tratamento. É característica a presença de momentos de espiritualidade e laborterapia, esta última compreendida como um momento de cuidado e higiene do ambiente, sendo



separado das oficinas profissionalizantes e das atividades de geração de renda para a instituição (SILVA, 2013).

A ideia de trabalhar na comunidade com procedimentos de confronto face-a-face liga-se a estimular os residentes a lidar com situações de crise na própria instituição e a tentar resolver este desafio, o que favoreceria o crescimento e a aprendizagem tanto por parte dos mesmos, quanto por parte da equipe (JONES, 1972).

De Leon (2012) defende projetos bem definidos para as atividades que envolvem trabalho dos residentes dentro das comunidades. Essas atividades laborais devem ser compreendidas como preparação profissional para ajudar na reinserção social da pessoa depois do tratamento, para que ela se sinta incluída na sociedade e com isso diminuir as chances de recaída. Algumas CT pesquisadas demonstram essa preocupação, mas também mal compreendidas com relação a utilização da mão-de-obra para produção de bens e serviços.

Os registros em prontuários, desde a admissão até o desligamento por qualquer motivo é outro fator que merece melhor atenção dos coordenadores, gestores e profissionais que lidam nas comunidades terapêuticas. Não há um padrão de registro ou documentação. Todas se preocupam com a coleta de assinatura no termo de consentimento para o acolhimento voluntário, mas daí em diante os registros se perdem ou não se concluem. Com isso os dados e a própria história dos acolhimentos ficam sem registro, o que ficou patente ao questionar as entidades pesquisadas quanto a existência de Relatório Geral de Atividades, onde poucas demonstraram ter em sua completude.

O Projeto de Vida também fica a desejar, o que demonstra uma metodologia única de acolhimento, não individual. Existe, na maioria das comunidades, o Plano Terapêutico geral, com a metodologia de trabalho da instituição e cronograma geral de atividades, mas não se especifica, caso a caso, os atendimentos, vendo o acolhido como uma individualidade e demonstrando isso por meio de documentações que são definidos pelas normas básicas. A não observação de um trabalho mais voltado ao indivíduo e suas necessidades, que vem de encontro a construção de um Projeto de Vida, contrapõe ao que disciplina a Resolução nº 01/2015 do CONAD quando menciona a necessidade de existência de um Plano de Acolhimento Singular (BRASIL, 2015). Em linhas gerais, é o instrumento que especifica e monitora as ações de acolhimento individual, devendo conter todas as

informações a respeito do acolhido, vínculos familiares, histórico psicossocial e intercorrências de saúde, as substâncias psicoativas que faz uso, a motivação do acolhimento e demais encaminhamentos necessários, além das perspectivas do acolhido para com seu tratamento. Todo este processo deve ser feito conjuntamente com o indivíduo residente em uma comunidade terapêutica.

Ainda neste aspecto, Krüger (2012), ao estabelecer uma metodologia psicossocial baseada na afetividade saudável, define que o trabalho precisa pautar-se na percepção de si mesmo e do outro como um tema central, devidamente acompanhada e monitorada por equipe multiprofissional que avalia a condição de cada indivíduo. As condições do uso nocivo e da dependência distorcem a percepção de si, do outro e ambiente, necessitando reconstruir hábitos e sentimentos futuros.

Identificou-se que o quantitativo de pessoas atendidas no período da coleta de dados se apresenta bem expressivo com 5.345 acolhimentos. Observa-se também que tal perfil se torna mais forte no atendimento a indivíduos com baixa renda, como apresenta a pesquisa de Reis, Uchimura e Oliveira (2013), que demonstrou o baixo nível de renda familiar associado ao uso de drogas em sua pesquisa feita em uma comunidade com elevados indicadores de violência relacionados ao consumo de drogas.

A elevada quantidade de dependentes químicos oriundos da zona urbana se relaciona com o fenômeno urbano da proliferação das drogas e dos locais em que os dependentes se relacionam, já expressos pelos relatórios internacionais (UNODC, 2013). Dessa maneira, é de compreender que a maioria das CT busca a sua sede em lugares mais isolados justamente para o interno se reencontrar com o meio rural, com o plantio de alimento, com a lida de animais domésticos (DAMAS, 2013).

O maior quantitativo de comunidades para o público masculino vai ao encontro dos estudos de Damas (2013) e Silva (2013), onde este público ainda é o mais vulnerável. Mas, os novos levantamentos feitos pelas Organizações Internacionais (UNODC, 2013) e mesmo os realizados no Brasil por meio do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), definem o crescimento de consumo e dependência de drogas pelo público feminino (PIMENTEL, 2013).

Quanto a utilização dos serviços de saúde, pelas comunidades, apontamos que as mesmas se utilizam exclusivamente desta rede disponibilizada pelos

municípios, o que vem ao encontro das exigências da RDC 29/2011 quanto aos encaminhamentos à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso. Esse direito dos residentes à manutenção de sua saúde é garantido por todas as comunidades pesquisadas, que já afirmam que seus residentes passam por consultas médicas, odontológicas ou com outros profissionais fora da comunidade.

Identificou-se que, apesar de uma boa aproximação com a atenção básica de saúde, por meio principalmente de atendimento clínico e odontológico, foi observado no estudo que as comunidades não apresentam um vínculo de referência e contrarreferência com os CAPS (BRASIL, 2011a). Há pouca, ou quase nenhuma, articulação, ficando restrito aos encaminhamentos de um para o outro. São equipamentos que não se comunicam já que não se observa essa articulação e utilização do potencial que os CAPS têm em relação à questão das drogas e da dependência (BRASIL, 2011a).

Neste diapasão, Pacheco e Scisleski (2013) propõem um repensar dessa relação entre as estratégias da política sobre drogas (redução de danos e abstinência), no sentido de abordar a dependência química levando em conta a responsabilização pelo uso da droga, pelo tratamento, e, principalmente, pelo processo de estar em recuperação. Que as CT busquem outros modos de intervenção para lutar contra as possíveis implicações do abrandamento ou inexistência da responsabilidade do usuário sobre o que lhe acontece, minimizando os estigmas sociais e a exclusão social. A proposta da redução de danos está diretamente vinculada à ideia de responsabilização, incentivando o acolhido a ter um maior controle de si, assumindo as responsabilidades pelas suas ações, num acompanhamento terapêutico e autônomo, individual, para a convivência saudável em sociedade.

Sendo assim, observa-se que as CT pesquisadas na sua totalidade estão fazendo a interlocução com os diversos serviços de saúde, sendo que esses encaminhamentos, na maioria das CT, eram feitos com elevada frequência, demonstrando uma preocupação com o estado de saúde dos residentes. Importante salientar também que todos os encaminhamentos eram para o SUS e sempre possuíam um acompanhante da comunidade com os residentes durante ida para a unidade de saúde.

A relação com o CAPS ainda é mal compreendida e estas instituições pouco sabem das realidades das comunidades terapêuticas (PACHECO; SCIESLESKI, 2013). A pesquisa de Silva (2013) identificou que havia ainda muitas brechas entre a articulação CAPS e CT. Nele mostrou que muitos usuários não se adequavam ao tratamento ambulatorial presente nos CAPS e por isso não tinham seu tratamento correspondido no enfrentamento à dependência. Os profissionais que são contrários ao método de trabalho das comunidades negam-se a prestar informações ou fazerem os encaminhamentos devidos para o tratamento voluntário baseado em um acolhimento. E mesmo aqueles que recebiam a informação das CT eram transferidos para elas, mas sem manter a devida relação com a rede, seja durante o acolhimento, seja na reinserção social (SILVA, 2013).

## 7 CONCLUSÃO

A caracterização do funcionamento das comunidades terapêuticas da realidade de Goiás, especialmente nos municípios pesquisados, empreendida no presente estudo, conseguiu descrever as comunidades em suas constituições, infraestruturas e atuais condições sanitárias, demonstrando que muito se avançou no cumprimento dos requisitos legais para seu funcionamento, merecendo atenção especial na acessibilidade para pessoas com deficiência, no cuidado da potabilidade da água e no uso adequado de EPI.

A manutenção financeira é baseada nas doações, com uma tímida presença de parcerias governamentais, mas que é mais presente na relação com o governo estadual pelo auxílio da isenção de taxas de água e energia e com o auxílio do pão e leite pelo programa de distribuição de renda. Falta planejamento e estratégias para a sustentabilidade de maneira a não depender unicamente de uma fonte de renda.

São mal interpretados pelos demais equipamentos de saúde, mesmo se utilizando dele quando das necessidades dos usuários. Trata-se de uma via de mão dupla, onde as CT também procuram certo distanciamento pela ausência ou pouca relevância do envolvimento multiprofissional que traria melhores abordagens com a rede e uma relação mais precisa com a atenção psicossocial.

Temos uma abordagem padrão de funcionamento, entidades de acolhimento visando o afastamento da droga, utilizando de religiosidade ou espiritualidade e atividades variadas que ocupam o tempo e retomam o indivíduo aos seus cuidados básicos em convivência constante com seus pares. Já se percebe, em alguns casos, atividades de profissionalização, onde o acolhido terá mais condições de encarar o retorno à vida em comunidade, além da presença de profissionais como psicólogo e assistente social, numa abordagem terapêutica e impessoal. A família ainda é timidamente atendida, restrita a encontros comemorativos, sem atenção específica e crucial do entendimento da dependência e da co-dependência em um processo terapêutico.

Atendem uma demanda altamente reprimida e marginalizada, de baixa renda, principalmente a população em situação de rua. De maioria masculina, onde a atenção às mulheres é de mais especificidade e maior envolvimento por ser em agrupamentos menores. O atendimento ao público adolescente feminino é inexpressivo e no masculino ainda carece de mais cuidado e atenção.

Nesse sentido, observa-se que muito se avançou no campo da saúde mental, especialmente associada ao álcool e às outras drogas. Mas é necessária uma discussão por ações governamentais e da sociedade cada vez mais consciente e por entender o momento atual e não permitir pré-julgamentos ou generalidades pessimistas sobre qualquer serviço da Rede.

Ao abordar a questão da dependência química associada aos transtornos mentais e as medidas que podem ou devem ser adotadas em relação à pessoa adicta, vê-se o oferecimento de alguns serviços que vão desde a prevenção até as abordagens terapêuticas no âmbito de suas necessidades em saúde mental na busca por apoio e serviços eficientes para suas indigências.

A comunidade terapêutica é a forma de tratamento utilizada pelos residentes, tratando-se, portanto, de uma metodologia de intervenção pelo acolhimento em que o paciente é o principal responsável pelo seu tratamento. Este é auxiliado, porém, por companheiros do grupo, assim como por alguns profissionais da área da saúde e afins, bem como voluntários e religiosos integrantes do corpo multiprofissional. O processo terapêutico foca intervenções sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades aos indivíduos em tratamento.

Para referendar este assunto, vemos ainda o cuidado necessário com a manutenção e integridade destes espaços residenciais de acolhimento, com a preocupação na humanização do atendimento ao residente e sua família, sem perder a noção do aperfeiçoamento constante e da interligação com a equipe multiprofissional. Também o cuidado com o planejamento de suas ações e da preservação do indivíduo dependente de substâncias psicoativas que buscam cuidados e atenção. Este deve ser sempre o foco.

Finalizamos com as palavras de Maxwell Jones (1972, p. 13): “ficar doente ou assumir o papel de enfermo pode ser o último recurso de um indivíduo que perde o adequado apoio social e nada consegue fazer para ajudar-se a si próprio”. Eis o grande desafio, encontrar caminhos para a retomada dessa consciência que se perdeu na doença da dependência química.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **Instalação Predial de Água Fria – NBR 5626**. Setembro, 1998.

ASSIS, W. O. **Dependência química: experiências em psicoeducação**. Goiânia: PUC Goiás, 2011.

BRASIL. **Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966**. Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios (Código Tributário Nacional). Brasília, 1966.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (Criação do SUS). Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Reforma Psiquiátrica Brasileira). Brasília, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 101 de 30 de maio de 2001**. Brasília, ANVISA, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 116, de 31 de julho de 2003**. Dispõe sobre o imposto sobre serviços de qualquer natureza, de competência dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília, SENAD, 2005a. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>> Acesso em: 29 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 01/04/2014

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do



uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, define crimes. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 29 de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, ANVISA, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Propostas para políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Relator: Dep. Givaldo Carimbão. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://edemocracia.camara.gov.br/documents/69357/69392/RELAT%C3%93RIO+FINAL+DA+COMISS%C3%83O+ESPECIAL+DE+COMBATE+%C3%80S+DROGAS/6d9b7724-b503-458f-7bc-3c6950d8146d>>. Acesso em: 26 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu 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, 2011d. Acesso em 26/12/2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3088_23_12_2011_rep.html)>

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 01, de 9 de maio de 2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, CONAD, 2015.

CAMPOS, G.; CAMPOS, R. T. O.; BARRIO, L. R. D. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2797-2805, 2013.

CARVALHO, S. A Política Criminal de Drogas no Brasil. **Rev. da ESMESC**, v. 20, n. 26, p. 107-129, 2013. Acesso em 19/08/2015. Disponível em: <[http://www.academia.edu/3129245/A\\_Pol%C3%ADtica\\_Criminal\\_de\\_Drogas\\_no\\_Brasil\\_estudo\\_criminol%C3%B3gico\\_e\\_dogm%C3%A1tico\\_da\\_Lei\\_11.343\\_06\\_su\\_m%C3%A1rio\\_pref%C3%A1cios\\_e\\_apresenta%C3%A7%C3%A3o\\_](http://www.academia.edu/3129245/A_Pol%C3%ADtica_Criminal_de_Drogas_no_Brasil_estudo_criminol%C3%B3gico_e_dogm%C3%A1tico_da_Lei_11.343_06_su_m%C3%A1rio_pref%C3%A1cios_e_apresenta%C3%A7%C3%A3o_)>

CONAD. **Resolução Nº 01/2015**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso



nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Brasília, 2015.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Pública**. v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DE LEON. G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIEHL, A. et al. (orgs). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 497-506.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas Psicológicas**. 15(1): 94-115, jan.-abr. 2015. .

FRACASSO, L.; LANDRE, M. O Tratamento do usuário de crack. Comunidade terapêutica. In: RIBEIRO, M. et al. (org). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 503-513.

GUIMARÃES, S. L.; FIGUEIREDO, E. L. Avaliação das condições higiênico-sanitárias de panificadoras localizadas no município de Santa Maria do Pará-PA. **Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial**, v. 4, n. 2, p. 198-206, 2010.

GEHRING, M. R. **Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica** – Marília, 2014. 161 p. Dissertação – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências.

GOIÁS. Gabinete Civil da Governadoria. **Lei Complementar nº 78, de 25 de março de 2010**. Altera a Lei Complementar nº 27, de 30 de dezembro de 1999, que cria a Região Metropolitana de Goiânia, autoriza o Poder Executivo a instituir o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Goiânia, a Secretaria Executiva e a constituir o Fundo de Desenvolvimento Metropolitano de Goiânia. Goiânia, 1999.

JESUS, C. F.; REZENDE, M. M. Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. **Estudos de Psicologia**, 25(4), p. 499-507, out/dez, 2009.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

KRÜGER, R. R. Afetividade: O método terapêutico das comunidades terapêuticas. **Congresso Internacional da Faculdades EST**. São Leopoldo: EST, v. 1, 2012, p.1280-1290.

LEMOS C. J. M. A.; ROSA, P. O. No caminho da rendição: cannabis, legalização e

antiproibicionismo. **Rev. Argumentum**, v. 7, n. 1, p. 69-92, jan./jun. 2015.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa**, Salvador, 2011. 192 p. Dissertação– Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

MENDONÇA, P. M.; ARAUJO, E. T. Sustentabilidade Organizacional em ONGs: os casos o Gapa-BA e do Grupo Brasil a partir das contribuições da teoria da dependência de recursos. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 12, n. 1, p. 112-132, 2011.

MORSELLI, V.; BATISTA, S.; ROCHA, S. **Cadastro Estadual das Comunidades Terapêuticas e Instituições Afins – Goiás**. Eixo das Comunidades Terapêuticas / Fórum Goiano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Manuscrito não-publicado, 2012.

OLIVEIRA, M. N.; BRASIL, A. L. D.; TADDEI, J. A. A. C. Avaliação das condições higiênico-sanitárias das cozinhas de creches públicas e filantrópicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13 (3):1051-1060, 2008.

PACHECO, A. L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 165-173, jul./dez. 2013.

PAESE, C. R.; AGUIAR, A. A. G. Revisitando os conceitos de formulação, implementação e avaliação de políticas e programas sociais no Brasil. **Revista NUPEM**, v. 4, n. 6, jan./jul. 2012.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, fev.2014.

PIMENTEL, J. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas mostra o consumo de álcool crescente e desigual pela população brasileira [Internet]**. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2013/06/ii-levantamento-nacional-de-alcool-e-drogas-mostra-o-consumo-de-alcool-crescente-e-desigual-pela-populacao-brasileira/>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

REIS, L. M.; UCHIMURA, T. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 5, p. 276-282, 2013.

RIBEIRO F.M.L.; MINAYO M.C.S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 19(54): 515-26, 2015.

RODRIGUES, T. Apresentação. In: LABROUSSE, Alain. **Geopolítica das drogas**. São Paulo: Desatino, 2010.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, abr./jun. 2005.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265–272, 2008.

SENAD. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil**. Brasília, UnB, 2007.

SILVA, M. A. R. **Comunidade terapêutica: na mão ou na contramão das reformas sanitária e psiquiátrica?** Florianópolis, SC, 2013. 265 p. Dissertação - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, ano 8, n. 16, p. 20-45. 2006a.

SOUZA, L. H. L. A manipulação inadequada dos alimentos: fator de contaminação. **Revista Higiene Alimentar**, v. 20, n. 146, p.32-39, 2006b.

TEIXEIRA, E. C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. AATR – BA. Salvador. 2002. Disponível em: <[http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a\\_pdf/03\\_aatr\\_pp\\_papel.pdf](http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2015.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública – FGV**. Rio de Janeiro, 42(3): p. 529-50, maio/jun. 2008.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime - ONU (2012). **Relatório Mundial sobre drogas 2012**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. United Nations Office on Drugs and Crime - ONU (2013). **Relatório Mundial sobre drogas 2013**. Disponível em: <[http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/front\\_page/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-poi-nts-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html](http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/front_page/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-poi-nts-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html)>. Acesso em: 29 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. United Nations Office on Drugs and Crime - ONU (2015). **Relatório Mundial sobre drogas 2015**. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2015/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2015--o-uso-de-drogas-e-estavel--mas-o-acesso-ao-tratamento-da-dependencia-e-do-hiv-ainda-e>>

baixo.html>. Acesso em: 10 out. 2015.

VECCHIA, M. D; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 28, p.151-64, jan./mar. 2009.

**Anexo 1 – Instrumento de coleta de dados**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS – PUC GOIÁS  
PRO-REITORIA DE EXTENSÃO  
PROGRAMA EM NOME DA VIDA

**FAPEG**  
FUNDAÇÃO DE AMPARO  
À PESQUISA  
DO ESTADO DE GOIÁS



**CARACTERIZAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DE COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS NA GRANDE GOIÂNIA**

**Projeto de Pesquisa aprovado e financiado pela Chamada Pública para Fomento a Pesquisa Científica para Enfrentamento das Drogas Ilícitas e do Álcool no Estado de Goiás (Edital FAPEG 06/2012)**

**Equipe Executora Responsável:**

Prof. Dr. Rogério José de Almeida (Coordenação)

Profª. Ms. Deborah Borges

Profª. Ms. Iracema Gonzaga Moura de Carvalho

Profª. Dra. Julia Mello Pargeon

Profª. Dra. Renata F Pegoraro

Prof. Esp. Sonis Henrique Rezende Batista

Profª. Ms. Tahiná Khan Lima Vianey

Profª. Esp. Vera Lucia Morselli

**NÚMERO DA COMUNIDADE:**

**NOME DA COMUNIDADE:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA ENTREVISTA:**

Instrumento de coleta de dados da pesquisa “**Caracterização do funcionamento de Comunidades Terapêuticas na grande Goiânia**”, executado pelo Departamento de Psicologia, pelo Mestrado em Ciências Ambientais e da Saúde e pelo Projeto de Extensão em Nome da Vida (PNV) da PUC Goiás – 2013. Este estudo está em desenvolvimento pelos pesquisadores Renata F. Pegoraro, Vera Lúcia Morselli, Iracema Gonzaga Moura de Carvalho, Júlia Mello Pargeon, Sonis Henrique Rezende Batista e Rogério José de Almeida.

**NÚMERO DA COMUNIDADE:** |\_\_|\_|\_|\_|\_|

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**CONTATO TELEFÔNICO:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**NOME DA COMUNIDADE:** \_\_\_\_\_

**MUNICÍPIO:** \_\_\_\_\_

**SETOR:** \_\_\_\_\_

**NOME DO ENTREVISTADO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**GÊNERO DO ENTREVISTADO:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**ENTREVISTA AGENDADA POR:** \_\_\_\_\_

**DATA:** |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**HORÁRIO:** |\_\_|\_| HORAS E |\_\_|\_| MINUTOS

**DATA DA ENTREVISTA:** |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**INÍCIO DA ENTREVISTA:** |\_\_|\_| HORAS E |\_\_|\_| MINUTOS

**[Uso Interno]**

**Orientações Gerais ao Entrevistador:**

- 1 – Fazer o Rapport
- 2 – Entregar o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido para assinatura
- 3 – Iniciar a entrevista, gravando-a.

**I – DADOS GERAIS DO (S) ENTREVISTADO (S)**

**ENTREVISTADO 1**

- 1.1 Sexo: ( ) M ( ) F  
 1.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 1.3 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 1.4 Se possui nível superior, em que profissão? \_\_\_\_\_  
 1.5 Número de registro em conselho de classe (ex: CRP, CRM): \_\_\_\_\_  
 1.6 Há quanto tempo trabalha nesta Comunidade? \_\_\_\_\_  
 1.7 Tem vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não – Qual? \_\_\_\_\_  
 1.8 Qual é o seu cargo/ função atual? \_\_\_\_\_  
 1.9 É o responsável técnico da Comunidade? ( ) Sim ( ) Não  
 1.10 Qual é sua jornada semanal de trabalho (em horas)? \_\_\_\_\_

**ENTREVISTADO 2**

- 2.1 Sexo: ( ) M ( ) F  
 2.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 2.3 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 2.4 Se possui nível superior, em que profissão? \_\_\_\_\_  
 2.5 Número de registro em conselho de classe (ex: CRP, CRM): \_\_\_\_\_  
 2.6 Há quanto tempo trabalha nesta Comunidade? \_\_\_\_\_  
 2.7 Tem vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não – Qual? \_\_\_\_\_  
 2.8 Qual é o seu cargo/ função atual? \_\_\_\_\_  
 2.9 É o responsável técnico da Comunidade? ( ) Sim ( ) Não  
 2.10 Qual é sua jornada semanal de trabalho (em horas)? \_\_\_\_\_

**\* CASO O RESPONSÁVEL TÉCNICO NÃO SEJA O ENTREVISTADO, PREENCHER OS DADOS REFERENTES AO MESMO:**

**3. Dados do responsável técnico pela Comunidade:**

- 3.1 Sexo: ( ) M ( ) F  
 3.2 Idade: \_\_\_\_\_ anos  
 3.3 Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 3.4 Se possuir nível superior, qual a profissão? \_\_\_\_\_  
 3.5 Número de registro em conselho de classe: \_\_\_\_\_  
 3.6 Há quanto tempo trabalha nesta Comunidade? \_\_\_\_\_  
 3.7 Tem vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não – Qual? \_\_\_\_\_  
 3.8 Qual é o seu cargo/ função atual? \_\_\_\_\_  
 3.9 Qual é sua jornada semanal de trabalho (em horas)? \_\_\_\_\_

**II – DADOS GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DA COMUNIDADE**



**4. Qual é o ano do início do funcionamento da Comunidade? (data de fundação):** *[Nessa questão não interessa a data de início de funcionamento da Mantenedora, mas somente da Comunidade]*

---

**5. A Comunidade tem uma Mantenedora?** ( ) Sim ( ) Não

5.1 Se sim, qual o nome? \_\_\_\_\_

**5.2 A orientação do trabalho da Mantenedora é de cunho:**

( ) Religioso

( ) Comunitário (ex: ONG)

( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**6. A orientação do trabalho da Comunidade é de cunho:**

( ) Religioso

( ) Comunitário (ex: ONG)

( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**7. Como a Comunidade foi criada? Conte um pouco a história de criação da Comunidade.**

---



---

**8. Demanda de drogas (público-alvo):** ( ) Lícitas ( ) Ilícitas ( ) Lícitas e ilícitas

**9. Qualificação da Comunidade:** ( ) Governamental ( ) Não-governamental

**10. Dados gerais de localização:**

10.1 Qual é o Nome Fantasia da Comunidade?

---

10.2 Qual é a Razão Social da Comunidade (que consta no CNPJ)?

---

10.3 Tem CNPJ próprio ou de filial? ( ) Próprio ( ) De filial

10.3.1 Número do CNPJ: \_\_\_\_\_

10.4 Endereço completo: \_\_\_\_\_

10.5 Bairro/ Setor/ Distrito: \_\_\_\_\_

10.6 Município: \_\_\_\_\_

10.7 CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

10.8 Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_

Fax: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

10.9 E-mail: \_\_\_\_\_

10.10 Tem site? ( ) Sim ( ) Não

10.10.1 Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

10.11 A Comunidade participa de redes sociais? ( ) Sim ( ) Não

10.11.1 Se sim, especifique qual (quais): ( ) Facebook ( ) Twitter

( ) Outra. Qual: \_\_\_\_\_

**11. Dados referentes à Documentação: Nesta questão desejamos conhecer algumas informações sobre a Documentação Fiscal da Comunidade.**

11.1 Tem Inscrição Estadual (ICMS)?  Sim  Não

11.1.1 Se tiver, qual é o número? \_\_\_\_\_

11.2 Tem Inscrição Municipal (ISS)?  Sim  Não  Em andamento

11.2.1 Se tiver, qual é o número? \_\_\_\_\_

11.3 Tem isenção em relação às inscrições acima?  Sim  Não

11.4 Tem Alvará Sanitário (expedido pela Vigilância Sanitária – ANVISA)?

Sim  Não  Em andamento

**11.5 Agora vamos falar sobre a Documentação de Funcionamento da Comunidade:**

	Sim	Não
11.5.1 Possui Estatuto Social Atualizado?		
11.5.2 Possui Ata de Posse da Atual Diretoria?		
11.5.3 Atestado de Utilidade Pública Municipal?		
11.5.4 Atestado de Utilidade Pública Estadual?		
11.5.5 Atestado de Utilidade Pública Federal?		
11.5.6 Registro no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CDMCA)?		
11.5.7 Atestado de Funcionamento no CMDCA atualizado?		
11.5.8 Inscrição, registro ou atestado no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) atualizada?		
11.5.9 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS (antigo registro no CNAS/ Conselho Nacional de Assistência Social/ Federal)?		
11.5.10 Projeto Técnico ou documento que descreva as finalidades e atividades a serem desenvolvidas pela Comunidade?		
11.5.10.1 Se sim, de que ano é o projeto técnico? _____		
11.5.11 Plano de Ação do presente ano (2013)?		
11.5.12 Relatório de Atividades do ano anterior		
11.5.13 Balanço Financeiro do ano anterior		
11.5.14 Há outros documentos não citados mas que você julga serem importantes:		
11.5.14.1 Especificar quais: _____		
Observações: <i>[Se houver outros documentos, utilize esse espaço para anotações]</i>		

**12. Capacidade máxima de ocupação da Comunidade.** *[A questão não se refere ao número atual de residentes ou ao número máximo já existente, mas à capacidade total da Comunidade]:*

12.1 Número máximo de residentes (Capacidade Total): \_\_\_\_\_

12.2 Número máximo de vagas para público infantil (< 12 anos): \_\_\_\_\_

12.3 Número máximo de vagas para Homens: \_\_\_\_\_

12.4 Número máximo de vagas para Mulheres: \_\_\_\_\_

12.5 Tempo máximo de permanência: \_\_\_\_\_

12.5.1 Há casos em que ficam mais tempo do que esse tempo máximo? ( ) Sim ( ) Não

12.5.1.1 Se sim, em quais situações? \_\_\_\_\_

### **13. Dados referentes aos recursos financeiros da Comunidade:**

#### **13.1 Qual a PRINCIPAL fonte de recurso financeiro para a manutenção da Comunidade?**

\_\_\_\_\_

#### **13.2 Listar outras fontes de recursos financeiros para a manutenção da Comunidade?**

\_\_\_\_\_

#### **13.3 Com relação aos residentes, a permanência de um residente se dá em forma de Gratuidade?**

( ) Sim ( ) Não ( ) Em parte

#### **13.4 No caso de resposta "NÃO" ou "EM PARTE" ao item anterior, perguntar:**

13.4.1 Qual o valor mínimo mensal: \_\_\_\_\_

13.4.2 Qual o valor máximo mensal: \_\_\_\_\_

13.4.3 Qual o valor médio mensal cobrado (valor que no geral a maior parte dos residentes paga): \_\_\_\_\_

#### **13.5 Há algum tipo de contribuição familiar? ( ) Sim ( ) Não**

13.5.1 Se sim, qual? (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13.5.2 Se a família não puder fazer esta contribuição, isso inviabiliza a internação? ( ) Sim ( ) Não

#### **13.6 Há algum tipo de contribuição vinculada a alguma entidade religiosa? ( ) Sim ( ) Não**

13.6.1 Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **13.7 A Comunidade tem Convênio com o Governo Federal? ( ) Sim ( ) Não**

13.7.1 Tem convênio com a CONAB/Companhia Nacional de Abastecimento? ( ) Sim ( ) Não

13.7.2 Outros: ( ) Sim ( ) Não

13.7.2.1 Se sim, qual (is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **13.8 A Comunidade tem Convênio com o Governo Estadual? ( ) Sim ( ) Não**

13.8.1 Tem isenção de água/luz? ( ) Sim ( ) Não

13.8.2 Tem Contribuição de pão/leite? ( ) Sim ( ) Não

13.8.3 Outros: ( ) Sim ( ) Não

13.8.3.1 Se sim, qual (is): \_\_\_\_\_

**13.9 A Comunidade tem Convênio com o Governo Municipal?** ( ) Sim ( ) Não

13.9.1 Possui convênio com Banco de Alimentos? ( ) Sim ( ) Não

13.9.2 Possui convênio com a Secretaria Municipal de Educação? ( ) Sim ( ) Não

13.9.3 Possui convênio com a Secretaria Municipal de Assistência Social? ( ) Sim ( ) Não

13.9.4 Outros: ( ) Sim ( ) Não

13.9.4.1 Se sim, qual (is): \_\_\_\_\_

**13.10 Se a Comunidade tiver algum convênio, perguntar: O (s) convênio (s) cobre (m) qual percentagem da receita mensal da Comunidade? Aponte o valor aproximado no cartão. [Nesta questão não é preciso responder o valor exato, mas o valor aproximado ou estimado por você mais próximo da realidade].**

( ) Menos que 10%

( ) Entre 10 e 25 %

( ) Entre 25 e 50%

( ) Entre 50 e 75%

( ) Mais do que 75%

**13.11 Além dos convênios e contribuições familiares, a Comunidade recebe doações particulares ou de associados?** ( ) Sim ( ) Não

13.11.1 Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**13.12 Se a Comunidade receber doações, perguntar: As doações recebidas cobrem qual percentual da receita mensal da Comunidade? [Nesta questão não é preciso responder o valor exato, mas o valor aproximado ou estimado por você mais próximo da realidade].**

( ) Menos que 10%

( ) Entre 10 e 25 %

( ) Entre 25 e 50%

( ) Entre 50 e 75%

( ) Mais do que 75%

**13.13 Há fontes alternativas de captação de recursos?** ( ) Sim ( ) Não

13.13.1 Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

**14. Agora queremos conhecer um pouco o espaço físico e da infraestrutura da Comunidade.**

**14.1 A respeito da sede da Comunidade, o local é:**

( ) Próprio

( ) Alugado

( ) Cedido

**14.2 Agora vamos falar sobre as instalações da Comunidade. Queremos conhecer um pouco sobre o abastecimento de água.** *[Aqui será preciso, além da resposta do entrevistado, que o entrevistador presencie, veja, observe as instalações. Ao observar o item, o entrevistador assinala a última coluna, “validando” a informação verbal do respondente da entrevista].*

<b>Sobre a água:</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Item observado?</b>
14.2.1 Abastecimento de água ocorre por meio da rede pública?			
14.2.2 Abastecimento de água ocorre por meio de poço artesiano?			
14.2.3 Abastecimento de água ocorre por meio de Cisterna?			
14.2.4 Em caso de poço artesiano ou cisterna, ocorre desinfecção da água? (Cloração da água)			
14.2.5 Há caixa d'água tampada?			
14.2.6 É feita a limpeza e manutenção dessa caixa d'água?			
14.2.6.1 Qual frequência?			

**14.3 Agora queremos conhecer um pouco sobre o alojamento dos residentes.**

14.3.1 Sobre o alojamento dos residentes, atualmente qual o número de dormitórios (quartos)?

14.3.2 Atualmente, qual o número de camas (leitos) em cada dormitório (quarto)?

14.3.3 Qual o número de armários para guardar roupas e pertences dos residentes?

14.3.4 Qual o número de chuveiros de uso exclusivo dos residentes?

14.3.5 Qual o número de lavatórios (pias) de uso exclusivo dos residentes?

14.3.6 Qual o número de sanitários de uso exclusivo dos residentes?

<b>14.4 Responda Sim ou Não para os seguintes itens referentes aos alojamentos (quartos):</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Item observado?</b>
14.4.1 Os alojamentos e banheiros de uso dos residentes têm trancas com chaves?			
14.4.1.1 Se sim, com quem ficam as chaves?			
14.4.2 Os alojamentos são adaptados para pessoas com deficiência física, contando com rampas, barras nos banheiros e porta com mínimo de 80 cm?			

**14.5 Agora vamos fazer algumas perguntas sobre os espaços de realização de atividades, reabilitação e convivência na Comunidade.**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Quantos? (numero)</b>	<b>Item observado?</b>
14.5.1 Possui sala para atendimento individual?				
14.5.2 Possui sala de atendimento coletivo?				
14.5.3 Possui área para realização de oficinas de trabalho?				

(confeção de artesanato, por ex.)				
14.5.4 Possui área para prática de atividade desportiva?				
14.5.5 Nestes espaços, são adotadas medidas que permitam acessibilidade de pessoas com deficiências físicas?				
14.5.6 Explique se esses espaços são exclusivos ou multiuso?				

**14.6 Agora vamos falar um pouco sobre os setores de apoio logístico da Comunidade, como cozinha, lavanderia, almoxarifado, entre outros.**

<b>Cozinha</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Item observado?</b>
14.6.1 Há funcionários para o preparo dos alimentos?			
14.6.2 O preparo dos alimentos é feito pelos residentes?			
14.6.3 Há um espaço separado para recepção e armazenamento de alimentos?			
14.6.4 Há espaço separado para o abate de animais?			
14.6.5 Há uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), como toucas, pelas pessoas que manipulam/cozinham alimentos?			
14.6.6 A cozinha é limpa todos os dias?			
14.6.6.1 Com que frequência a cozinha é limpa? _____			
14.6.7 A alimentação oferecida aos residentes envolve pelo menos três refeições diárias (café da manhã, almoço e jantar)?			
14.6.8 Há um cardápio elaborado por um nutricionista?			
14.6.9 Possui refeitório?			
14.6.9.1 Se sim, qual a capacidade máxima? _____			
<b>Lavanderia</b>			
14.6.10 Há lavanderia industrial?			
14.6.11 Há espaço para recepção ou armazenamento de roupa suja?			
14.6.11.1 Se sim, individual ( ) ou coletivo ( )?			
14.6.12 A área de lavagem é separada da área de secagem de roupas?			
14.6.13 Há área para armazenamento de roupa limpa?			
14.6.14 Há uso de EPI's pelos funcionários ou residentes, como luvas de borracha, avental e botas?			
14.6.15 A lavagem de roupas é feita pelos residentes?			
14.6.16 A lavagem de roupas é feita por funcionários/monitores?			
<b>Material de limpeza e de escritório</b>			
14.6.17 Possui almoxarifado?			
14.6.18 O material de limpeza é armazenado junto ao material de escritório?			
14.6.19 Há uma área específica para o material de limpeza? (Depósito de Material de Limpeza – DML)			
14.6.20 O material é fornecido pela Comunidade?			
<b>Resíduos</b>			
14.6.21 Possui abrigo de resíduos sólidos/lixo?			

14.6.22 Há uso de luvas de borracha, botas e óculos para os funcionários/residentes que manuseiam o lixo?			
<b>Medicamentos</b>			
14.6.23 A responsabilidade pela administração e guarda dos medicamentos é dos residentes?			
14.6.24 Os medicamentos são guardados com a identificação de cada residente?			
14.6.25 Os medicamentos são guardados em armários com chave?			
14.6.26 A medicação fica guardada junto com a prescrição médica?			
14.6.27 Há kit de primeiros socorros?			
14.6.28 Há outros medicamentos de uso geral (por ex: para dor de cabeça, para o estômago)?			
<b>Biblioteca</b>			
14.6.29 Possui biblioteca?			
14.6.29.1 Qual a quantidade de livros: _____			
14.6.30 Há um espaço para leitura?			
14.6.31 Esse espaço funciona apenas para a retirada de itens, sem espaço para leitura?			
14.6.32 Há outros itens, como DVD's, Gibis, Revistas?			
14.6.32.1 Especificar: _____			

#### 14.7 A respeito de móveis e equipamentos:

A Comunidade possui:	Sim	Não	Quantidade	Item observado?
14.7.1 Geladeira				
14.7.2 Freezer				
14.7.3 Fogão				
14.7.4 Fogão Industrial				
14.7.5 Batedeira				
14.7.6 Liquidificador				
14.7.7 Televisão				
14.7.8 Vídeo cassete				
14.7.9 DVD				
14.7.10 Aparelho de som				
14.7.11 Computador				
14.7.12 Impressora				
14.7.13 Data show (projektor)				
14.7.14 Colchões				
14.7.15 Mesas				
14.7.16 Cadeiras				
14.7.17 Carteiras				
14.7.18 Ventilador				
14.7.19 Ar condicionado				
14.7.20 Máquina de lavar roupa doméstica				
14.7.21 Máquina de lavar roupa industrial				

14.7.22 Tanquinho				
14.7.23 Secadora de roupas doméstica				
14.7.24 Secadora de roupas industrial				
14.7.25 Equipamentos para cortar grama				
14.7.26 Veículo (carro, caminhonete)				
14.7.27 Veículo (motocicleta)				
14.7.28 Quadro negro ou quadro branco				
14.7.29 Armário na cozinha, escritório, etc.				
14.7.30 Bebedouro				
14.7.31 Forno microondas				
* Outros (Especificar):				
14.7.32 _____				
14.7.33 _____				
14.7.34 _____				
14.7.35 _____				

### III – SERVIÇOS OFERECIDOS

**15. Agora queremos conhecer um pouco sobre os serviços oferecidos aos residentes.**

**15.1 Quais os horários de atendimento/funcionamento na Comunidade:**

15.1.1 Da Seção administrativa (secretaria, gerência, contabilidade): Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

15.2 Do Acolhimento (internação/entrada na Comunidade)? Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

15.2.1 Em que dias ocorre acolhimento/internação? \_\_\_\_\_

**16. Sobre os critérios do acolhimento aos residentes, responda:**

16.1 Há serviço de triagem? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, responder as questões abaixo:

16.1.1 Em quais dias acontece a triagem? \_\_\_\_\_

16.1.2 Em qual horário? \_\_\_\_\_

16.1.3 Em que local? \_\_\_\_\_

16.1.4 Qual o responsável pela triagem? \_\_\_\_\_

16.1.5 De que modo a triagem é feita? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

16.2 São solicitados exames clínicos antes da internação? ( ) Sim ( ) Não

16.2.1 Se sim, onde são feitos? \_\_\_\_\_



16.3 Há convênio com alguma clínica para realizar exames? ( ) Sim ( ) Não

16.3.1 Se sim: qual (is): \_\_\_\_\_

**17. Há internação de moradores de rua?** ( ) Sim ( ) Não

**18. A Comunidade possui lista de espera para acolhimento (internação/entrada de novos residentes)?** ( ) Sim ( ) Não

**19. Realizado o acolhimento/internação, quais os procedimentos adotados para a adaptação do residente na Comunidade?**

---

---

---

---

**20. Após a adaptação qual a rotina adotada pela Comunidade com o residente?**

---

---

---

---

**21. Há alguma norma específica da Comunidade em relação ao uso de dinheiro e cigarro?**

( ) Sim ( ) Não

21.1 Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

---

---

22. Esta questão pretende conhecer a rotina dos residentes com relação aos atendimentos recebidos ou atividades das quais eles participam dentro da Comunidade.

<u>Responda sim ou não sobre a existência dos tipos de atendimento aos residentes dentro da Comunidade:</u>	Sim	Não	Frequência ( diária, semanal, mensal)	<u>De que modo essas atividades ocorrem dentro da Comunidade?</u>
22.1 Atendimento médico (clínico)				
22.2 Atendimento psiquiátrico (médico psiquiatra)				
22.3 Atividades desportivas				
22.4 Oficinas profissionalizantes				
22.5 Encaminhamento para o mercado de trabalho				
22.6 Curso de informática				
22.7 Atividades grupais com os residentes (ex: 12 passos, prevenção de recaídas)				
22.8 Trabalhos Artesanais (ex: dobraduras)				
22.9 Apoio educacional para os residentes				

22.10 Horários referentes à espiritualidade (oração, culto, leitura de textos bíblicos, missa etc.)					
22.11 Atendimento psicológico individual					
22.12 Atendimento psicológico em grupo (coletivo)					
22.13 Orientação e apoio terapêutico					
22.14 Atividades de lazer					
22.15 Há atividades oferecidas aos familiares dentro da Comunidade?					
22.16 Há atendimento às famílias?					
22.17 Há atividades conjuntas residente-família?					
22.18 Outras: Listar: _____					

**23. Existe um quadro de horário com as rotinas/atividades desenvolvidas na Comunidade com os residentes?** ( ) Sim ( ) Não

**24. Agora gostaríamos de entender se existem critérios para admissão, alta, desligamento e visitas familiares na Comunidade.**

24.1 Há critérios de admissão dos residentes? ( ) Sim ( ) Não

24.1.1 Se sim, quais: \_\_\_\_\_

24.2 Há uso de termo de consentimento para a internação? ( ) Sim ( ) Não

24.3 Na triagem investigam-se antecedentes criminais dos candidatos a residente? ( ) Sim ( ) Não

24.4 Há captura, resgate ou busca ativa? ( ) Sim ( ) Não

24.4.1 Se sim, como é feita? \_\_\_\_\_

24.4.2 Por quem é realizada? (responsável) \_\_\_\_\_

24.4.3 Quantas pessoas compõem a equipe de busca? \_\_\_\_\_

24.5 Há critérios para alta terapêutica? ( ) Sim ( ) Não

24.5.1 Se sim, especificar quais: \_\_\_\_\_

24.5.2 Há registro da alta terapêutica? ( ) Sim ( ) Não

24.6 Há critérios para desligamento administrativo dos residentes? ( ) Sim ( ) Não

24.6.1 Se sim, especificar quais: \_\_\_\_\_

24.6.2 Há registro do desligamento administrativo? ( ) Sim ( ) Não

24.7 Há casos de evasão? (fuga) ( ) Sim ( ) Não

24.7.1 Em casos de tentativa de evasão (fuga), quais os procedimentos adotados? \_\_\_\_\_

24.7.2 Há registros de evasão? ( ) Sim ( ) Não

24.8 Há casos de desistência? ( ) Sim ( ) Não

24.8.1 Se sim, quais os motivos: \_\_\_\_\_

24.8.2 Há registro da desistência? ( ) Sim ( ) Não

24.9 Nos últimos 12 meses, qual o número de:

24.9.1 Internações: \_\_\_\_\_

24.9.2 Altas: \_\_\_\_\_

24.9.3 Desistências: \_\_\_\_\_

24.9.4 Evasões: \_\_\_\_\_

24.10 As famílias realizam visitas aos residentes? ( ) Sim ( ) Não

24.10.1 Com que frequência essas visitas dos familiares ocorrem? \_\_\_\_\_

24.11 Há critérios para visita familiar? ( ) Sim ( ) Não

24.11.1 Se sim, quais: \_\_\_\_\_

24.12 A equipe da Comunidade realiza visitas às famílias dos residentes? ( ) Sim ( ) Não

24.12.1 Se sim, quais os critérios? \_\_\_\_\_

**25. Há uso de fichas individuais, dossiês ou prontuários para cada residente? ( ) Sim ( ) Não**

Se sim, fale sobre isso:

25.1 O que consta em cada ficha? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25.2 Quem é o responsável por preencher esta ficha? \_\_\_\_\_

**26. Elaborar-se projeto de vida com cada residente? ( ) Sim ( ) Não**

26.1 Se sim, fale sobre isso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### IV – EQUIPE

**27. Sobre os recursos humanos, responda a questão abaixo:**

27.1 Qual o número total de pessoas que trabalham na Comunidade hoje? \_\_\_\_\_

27.2 Qual o nível de escolaridade dessas pessoas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**27.3 A respeito do tipo de vínculo com a Comunidade (funcionários e voluntários), e ao período de trabalho (diurno e noturno) responda quantos funcionários/voluntários são:**

<b>Recursos Humanos da Comunidade</b> D = turno de trabalho diurno N = turno de trabalho noturno	<b>TOTAL</b> (nos dois turnos)	<b>Com vínculo formal</b>		<b>Voluntários</b>		<b>Cedidos</b>	
		<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>
<b>27.3.1 Nível superior</b>		<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>
27.3.1.1 Médicos							
27.3.1.2 Psicólogos							
27.3.1.3 Assistentes sociais							
27.3.1.4 Educadores físicos							
27.3.1.5 Terapeutas ocupacionais							
27.3.1.6 Nutricionistas							
27.3.1.7							
27.3.1.8							
27.3.1.9							
27.3.1.10							
<b>TOTAL</b>							
<b>Recursos Humanos da Comunidade</b> D = turno de trabalho diurno N = turno de trabalho noturno	<b>TOTAL</b> (nos dois turnos)	<b>Com vínculo formal</b>		<b>Voluntários</b>		<b>Cedidos</b>	
		<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>
<b>27.3.2 Nível Médio</b> (Abaixo relatar a função: ex: auxiliar administrativo)		<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>
27.3.2.1							
27.3.2.2							
27.3.2.3							
27.3.2.4							
27.3.2.5							
27.3.2.6							
27.3.2.7							
27.3.2.8							
27.3.2.9							
27.3.2.10							
<b>TOTAL</b>							
<b>Recursos Humanos da Comunidade</b> D = turno de trabalho diurno N = turno de trabalho noturno	<b>TOTAL</b> (nos dois turnos)	<b>Com vínculo formal</b>		<b>Voluntários</b>		<b>Cedidos</b>	
		<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>
<b>27.3.3 Nível Fundamental</b> (Abaixo relatar a função: ex: cozinheira)		<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>D</b>	<b>N</b>

27.3.3.1							
27.3.3.2							
27.3.3.3							
27.3.3.4							
27.3.3.5							
27.3.3.6							
27.3.3.7							
27.3.3.8							
<b>27.3.4 Estagiários (De qual curso?)</b>							
27.3.4.1							
27.3.4.2							
27.3.4.3							
<b>TOTAL</b>							

27.4 No caso de funcionários capacitados (ou que fizeram curso de atualização), quando e como ocorreu a capacitação/atualização? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27.5 No caso de funcionários, quantos têm carteira de trabalho assinada? \_\_\_\_\_

27.6 Há necessidade de mais recursos humanos de acordo com o número atual de residentes?

( ) Sim ( ) Não

27.6.1 Explique por que: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## V – PÚBLICO ATENDIDO

### 28. Sobre os residentes, responda:

28.1 Quantas pessoas do sexo masculino estão internadas atualmente: \_\_\_\_\_

28.2 Quantas pessoas do sexo feminino estão internadas atualmente: \_\_\_\_\_

### 29. Sobre a faixa etária dos residentes atuais da Comunidade, responda:

29.1 Quantos têm menos de 12 anos (crianças)? \_\_\_\_\_

29.2 Quantos têm entre 12 e 18 anos incompletos (adolescentes)? \_\_\_\_\_

29.3 Quantos têm entre 18 e 30 anos (adulto jovem)? \_\_\_\_\_

29.4 Quantos têm entre 31 e 60 anos? \_\_\_\_\_

29.5 Quantos são maiores de 60 anos? \_\_\_\_\_

**30. Sobre a população atualmente atendida pela Comunidade, você considera que a maioria é residente em zona rural ou urbana?** ( ) Rural ( ) Urbana

**31. Qual a renda familiar mensal média dos residentes?**

- ( ) Até 1 salário mínimo
- ( ) Entre 2 e 5 salários mínimos
- ( ) Entre 5 e 10 salários mínimos
- ( ) Acima de 10 salários mínimos

**32. Sobre o público atendido, qual o principal motivo que leva ao ingresso na Comunidade?**

---

**33. Qual o percentual de pessoas que já foi residente nesta Comunidade mais de uma vez?**

- ( ) Menos de 10 %
- ( ) Entre 10 e 25 %
- ( ) Entre 25 e 50%
- ( ) Entre 50 e 75%
- ( ) Mais do que 75%

**34. As pessoas que já foram residentes nesta Comunidade já passaram por outras Comunidades?**

- ( ) Sim ( ) Não

34.1 No caso de resposta sim, quantos:

- ( ) Menos de 10 %
- ( ) Entre 10 e 25 %
- ( ) Entre 25 e 50%
- ( ) Entre 50 e 75%
- ( ) Mais do que 75%

**\* Agora queremos falar sobre Reinserção Social.**

**35. Há algum tipo de preparo do residente para sua Alta terapêutica?** ( ) Sim ( ) Não

35.1 Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

**36. Há algum tipo de registro e acompanhamento do ex-residente com relação a sua reinserção social?** ( ) Sim ( ) Não

36.1 Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

**37. A Comunidade encaminha residentes para o mercado de trabalho?** ( ) Sim ( ) Não

37.1 Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

37.2 Há parcerias? ( ) Sim ( ) Não

37.2.1 Se sim, quais? \_\_\_\_\_



37.3 Há oficinas profissionalizantes? ( ) Sim ( ) Não

37.3.1 Se sim, quais? \_\_\_\_\_

**38. Do total de pessoas que já foram residentes nesta Comunidade, quantas foram inseridas em mercado de trabalho formal ou informal?** \_\_\_\_\_

38.1 Você sabe informar se essas pessoas continuam inseridas no mercado de trabalho até hoje?

( ) Sim ( ) Não

38.1.1 Se sim, quantas? \_\_\_\_\_

38.2 Quais as dificuldades enfrentadas para o encaminhamento? \_\_\_\_\_

**39. Há algum tipo de registro e acompanhamento do ex-residente em relação ao mercado de trabalho?** ( ) Sim ( ) Não

39.1 Se sim, especifique: \_\_\_\_\_

## VI – RELAÇÃO DA COMUNIDADE COM SERVIÇOS DE SAÚDE

**40. Durante o período de internação, os residentes passam por consultas médicas, odontológicas ou com outros profissionais fora da Comunidade?** ( ) Sim ( ) Não

40.1 Se sim: Nos últimos 12 meses com que frequência isso ocorreu?

( ) Semanalmente

( ) Mensalmente

( ) Bimestralmente

( ) Semestralmente

( ) Anualmente ou menos

40.1.1 Listar as principais: \_\_\_\_\_

40.2 Há acompanhamento dos residentes nessas consultas que são realizadas durante o período de internação? ( ) Sim ( ) Não

40.2.1 Se sim, por quem? \_\_\_\_\_

**41. A Comunidade recebe residentes encaminhados por outras instituições, Comunidades ou serviços de saúde?** ( ) Sim ( ) Não

41.1 Se sim: Com que frequência?

( ) Semanalmente

( ) Mensalmente

( ) Bimestralmente

( ) Semestralmente

( ) Anualmente ou menos

41.1.1 Se sim, em que situação isso acontece? \_\_\_\_\_

**42. A Comunidade encaminha residentes a outras instituições, Comunidades ou serviços de saúde durante o período de internação? ( ) Sim ( ) Não**

42.1 Se sim: Com que frequência?

( ) Semanalmente

( ) Mensalmente

( ) Bimestralmente

( ) Semestralmente

( ) Anualmente ou menos

42.1.1 Se sim, em que situação isso acontece? \_\_\_\_\_

**43. A Comunidade recebe ou já recebeu residentes ou ex-residentes encaminhados pelo CAPS – Centro de Atenção Psicossocial?**

43.1 Se sim, em que situação isso acontece? \_\_\_\_\_

**44. A Comunidade encaminha ou já encaminhou residentes ou ex-residentes ao CAPS – Centro de Atenção Psicossocial?**

44.1 Se sim, em que situação isso acontece? \_\_\_\_\_

<b>VII – CONSIDERAÇÕES DO ENTREVISTADOR</b>
---

**ENTREVISTA FINALIZADA:** |\_\_| |\_\_| HORAS E |\_\_| |\_\_| MINUTOS

\*\*\*\*\*LEMBRETE\*\*\*\*\*

**\* ANEXAR OS RELATÓRIOS DISPONIBILIZADOS PELA COMUNIDADE \***

\*\*\*\*\*LEMBRETE\*\*\*\*\*

