

UNIVERSIDADE PAULISTA
SERVIÇO SOCIAL

EDUARDA MARIA KUNZLER JOST - RA 1611663
LUCIMAR JOSÉ DAPPER - RA 1329527

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Novo Hamburgo/RS
2019.

EDUARDA MARIA KUNZLER JOST
LUCIMAR JOSÉ DAPPER

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do Título de Bacharel em Serviço
Social. Apresentado à Universidade Paulista –
UNIP

Orientador: Prof. Emilena Santiago

Novo Hamburgo/RS
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

--

EDUARDA MARIA KUNZLER JOST
LUCIMAR JOSÉ DAPPER

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do Título de Bacharel em Serviço
Social Apresentado à Universidade Paulista –
UNIP

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

_____/____/____

Prof. Nome do Professor
Universidade Paulista-UNIP

_____/____/____

Prof. Nome do Professor
Universidade Paulista-UNIP

_____/____/____

Prof. Nome do Professor
Universidade Paulista-UNIP

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho à Deus, aos Familiares que contribuíram com nossa caminhada de estudos, aos Supervisores de Campo e Acadêmico pela orientação, apoio e ombro amigo, às entidades que abriram as portas e deram-nos a oportunidade de contribuirmos com nosso trabalho e conhecimento, garantindo novas experiências para nosso aprimoramento profissional no desenvolvimento de um trabalho comprometido e humanizado na garantia dos direitos de todo cidadão, frente às mazelas sociais.

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho”.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo identificar as demandas e os desafios encontrados pelo profissional Assistente Social dentro das Comunidades Terapêuticas, instituições sem fins lucrativos destinadas ao tratamento de adultos de todas as idades dependentes químicos. Além disso, apontamos o equívoco citado no relatório do CFESS/CRESS março de 2018 e desvendamos o programa de tratamento da Comunidade Terapêutica. Utilizou-se a investigação bibliográfica, como metodologia da pesquisa, bem como, nossas vivências do estágio supervisionado. Enfim, findado este trabalho de conclusão de curso, relata-se que a 10ª região possui Assistentes Sociais com vínculo empregatício nas Comunidades Terapêuticas, atuando de forma efetiva frente as demandas encontradas neste espaço de trabalho.

Palavras - chaves: Substâncias Psicoativas. Comunidade Terapêutica. Assistente Social.

ABSTRACT

The present work aims to identify the demands and challenges encountered by the Social Worker within the Therapeutic Communities, non - profit institutions, aimed at the treatment of adults of all chemical dependent ages. In addition, we point out the misunderstanding quoted in the CFESS / CRESS report March 2018 and unveil the Therapeutic Community treatment program. We used bibliographical research, as research methodology, as well as our experiences of the supervised stage. Finally, we conclude this work of conclusion of course, reporting that the 10th region has Social Assistants with employment in the Therapeutic Communities, acting effectively against the demands found in this work space.

Keywords: Psychoactive Substances. Therapeutic Community. Social Worker.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: mapa indicando as primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil.

Fonte: NUTE-UFSC (2017).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CT-Comunidade Terapêutica

CRESS-Conselho Regional de Serviço Social

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

RDC- Resolução da Diretoria Colegiada

ANVISA- Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

CONAD-Conselho Nacional de Política sobre Drogas

SISNAD- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

PNAS-Politica Nacional de Assistência Social

FEBRACT- Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas

RAPS-Rede de Atenção Psicossocial

CEBAS – Certificado das Entidades Beneficentes de Assistência Social

SPAs- Substâncias Psicoativas.

CadUnico-Cadastro Único.

ESF- Estratégia Saúde da Família.

UBS-Unidade Básica de Saúde.

UPA-Unidade de Pronto Atendimento.

SAE-Serviço de Atendimento Especializado.

FETEB-Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas

FENNOCT-Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas

MJ-Ministério da Justiça

MDS-Ministério do Desenvolvimento Social

MS-Ministério da Saúde

MT-Ministério do Trabalho

COED
CEBRID

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CONTEXTO HISTÓRICO.....	12
1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e os conceitos filosóficos utilizadas nas Comunidades Terapêuticas.	18
1.2 Relatos de experiência da vivência do estágio acadêmico	20
2. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UM PROBLEMA SOCIAL.....	25
2.1 Desmistificando o Programa Terapêutico.....	31
2.2 A Prática de Reinserção Social do Programa Terapêutico e os Grupos de Apoio	35
3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.	39
3.1 Contestações do relatório do conjunto CFESS/CRESS – acerca das Comunidades Terapêuticas.	41
3.2 Os desafios frente da atuação do Assistente Social na Comunidade Terapêutica.	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	49

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende esclarecer como e de que maneira se dá o Programa Terapêutico realizado na Comunidade Terapêutica e a atuação profissional do Assistente Social no Programa Terapêutico. Tendo essa ideia como ponto de partida, procura-se responder à seguinte questão norteadora da pesquisa: Quais os desafios e de que forma ocorre a atuação profissional do Assistente Social nas Comunidades Terapêuticas?

Considerando o relatório de fiscalização do CFESS/CRESS, de março de 2018 que, “Cabe registrar que a ausência de informações sobre as CTs por parte de alguns CRESS justifica-se, seja porque no seu quadro funcional não consta a/o assistente social, seja porque não existem essas instituições na região”. Pretende-se, apontar o equívoco citado no relatório do CFESS/CRESS março de 2018, evidenciando o trabalho do Assistente Social, bem como, os desafios postos para os profissionais graduados em Serviço Social dentro da Comunidade Terapêutica, desmistificar o programa terapêutico apontando assim a reinserção profissional e o apoio familiar, bem como, o fortalecimento de vínculos dos acolhidos¹ que por hora se fragilizou ou se rompeu.

Assim, delinear-se os objetivos da pesquisa onde o objetivo geral será problematizar quais são as atividades deste profissional graduado em Serviço Social nas Comunidades Terapêuticas (CT), contrapondo desta forma, o relatório de fiscalização do CFESS/CRESS março de 2018.

Consequentemente no intuito de obter respostas mais conclusivas ao apontamento no objetivo geral, traçaram-se as linhas de linguagens que se pretende evoluir, e que em seus objetivos específicos, serão abordados os relatos da experiência no campo de estágio obrigatório realizado na Comunidade Terapêutica existente na 10ª região, onde há atuação de forma efetiva pelo profissional graduado em Serviço Social. Entre os temas abordados estará também a reflexão sobre a prevenção, o tratamento e acompanhamento de acolhidos usuários de Substâncias Psicoativas, apresentando ainda os efeitos causados na sociedade devido a esse uso, já que a drogadição é uma das questões sociais da contemporaneidade. Destaca a relação

¹ Acolhido = Segundo a Resolução do CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS CONAD 01/2015 também conhecida como Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas dá a devida normativa não sendo chamado o acolhido como era de Recuperante, Aluno, Adicto.

social e as causas do uso abusivo de Substâncias Psicoativas, bem como, de que maneira acontece o Programa Terapêutico desenvolvido nas Comunidades Terapêuticas, enfatizando a atuação profissional do Assistente Social neste campo de atuação dentro das Comunidades, objetivando os grupos de apoio, a reinserção profissional e como lidar com a co-dependência².

Dessa forma, vamos contrapor pontos de vista negativos ou não apreciados por esse Conselho e iremos abordar a nossa experiência de estágio em espaços ocupacionais que contam com este profissional, divergindo assim das informações constantes no documento e que embasará nossa escrita.

Este trabalho está estruturado em três capítulos, sendo o primeiro capítulo um breve histórico da comunidade terapêutica seguido da reforma Psiquiátrica no Brasil os conceitos filosóficos utilizadas nas Comunidades Terapêuticas e de relatos de nossa experiência de estágio na comunidade terapêutica, supervisionado por um (a) Assistente Social devidamente habilitado no CRESS da 10ª região.

Já no segundo capítulo apresenta-se uma visão geral sobre as substâncias psicoativas na sociedade nos dias atuais, bem como, o programa terapêutico realizado na comunidade terapêutica na qual foi realizado o estágio.

O terceiro capítulo evidencia o trabalho do Assistente Social, de forma a contestar o relatório do CFESS/CRESS à cerca das Comunidades Terapêuticas na 10ª região e esclarece os desafios frente a atuação do Assistente Social no CT.

E com esta experiência espera-se contribuir para gerar conteúdo teórico-metodológico, pois, percebe-se a dificuldade para se encontrar bases teóricas sobre as comunidades terapêuticas na área social, bem como, provocar uma reflexão crítica sobre as estratégias de intervenção para o profissional inserido na comunidade terapêutica, que deve estar em consonância com o projeto ético-político profissional.

1. COMUNIDADE TERAPÊUTICA: CONTEXTO HISTÓRICO

²Co-dependência = Se caracteriza por um distúrbio acompanhado de ansiedade, angústia e compulsão obsessiva em relação à vida do dependente químico.

Os dados históricos das Comunidades Terapêuticas datam na história “a.C.,” onde em algumas escrituras encontramos estudos que demonstram que já existiam comunidades que cuidavam de pessoas com problemas de álcool e leprosos. Porém, a denominação Comunidade Terapêutica-CT, aparece pela primeira vez em registros datados em 1952 pelo Dr. Maxwell Jones, que cuidava de ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial mentalmente debilitados, em hospitais psiquiátricos iniciando-se desta feita, o modelo de Comunidade Terapêutica com a base psiquiátrica.

Embora a CT de tratamento da dependência tenha por base várias fontes, tanto recentes como a antiga expressão “comunidade terapêutica” é moderna. Seu uso inicial servia para descrever as CTs psiquiátricas sugeridas na Grã-Bretanha no curso de 1940 (DE LEON, 2003).

Com essa base, iniciou-se um novo movimento chamado de CT-Psiquiátrica como uma nova modalidade para tratamento de saúde mental para época. Nos anos seguintes Charles Dederich um alcoólatra reabilitado pelo programa Alcoólicos Anônimos reunia grupos de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool, em sua residência, com o intuito de reduzir o uso até atingir a abstinência, dando início às bases aos grupos de apoio.

Em 1958 Dederich funda o Synanon (USA) programa para reabilitação de usuários de drogas, considerada a primeira CT para a reabilitação de dependentes de Substâncias Psicoativas, porém, com o crescimento constante de usuários e as mudanças gradativas do local estabelecido, acabaram sendo incapazes de adaptar-se devido ao progresso da área.

Já no ano de 1962, em Nova York, através de encontros semanais de terapia em grupo com o foco na integralidade e na abstinência, foram revistos os processos de como deveria ser chamado aquele espaço. Com base nas reflexões sobre o assunto, surgiu o nome de Comunidade Terapêutica já que seu modelo original fora baseado nos moldes psiquiátricos da época e agora então, a CT estaria atendendo a parte da dependência química e deixando de lado as práticas psiquiátricas do modelo base.

Já em 1963, egressos de Synanon fundaram o Day Top (Nova York - USA) onde marca nos registros o verdadeiro começo da expansão das CTs no mundo. Com base nessa expansão várias CTs foram então implantadas e constituídas dentro de igrejas principalmente por evangélicos como Desafio Jovem (Teem Challenge) e católicos por Pe. Haroldo Rahm, fundador do Instituto Pe. Haroldo.

No Brasil, os primeiros registros apontam que o Movimento de Jovens Livres (MJL) fundado por Ana Maria Brasil foi a primeira Comunidade Terapêutica no Brasil sendo seguida pelas demais, como aponta a figura abaixo.

Figura 1- Mapa indicando as primeiras comunidades terapêuticas no Brasil.

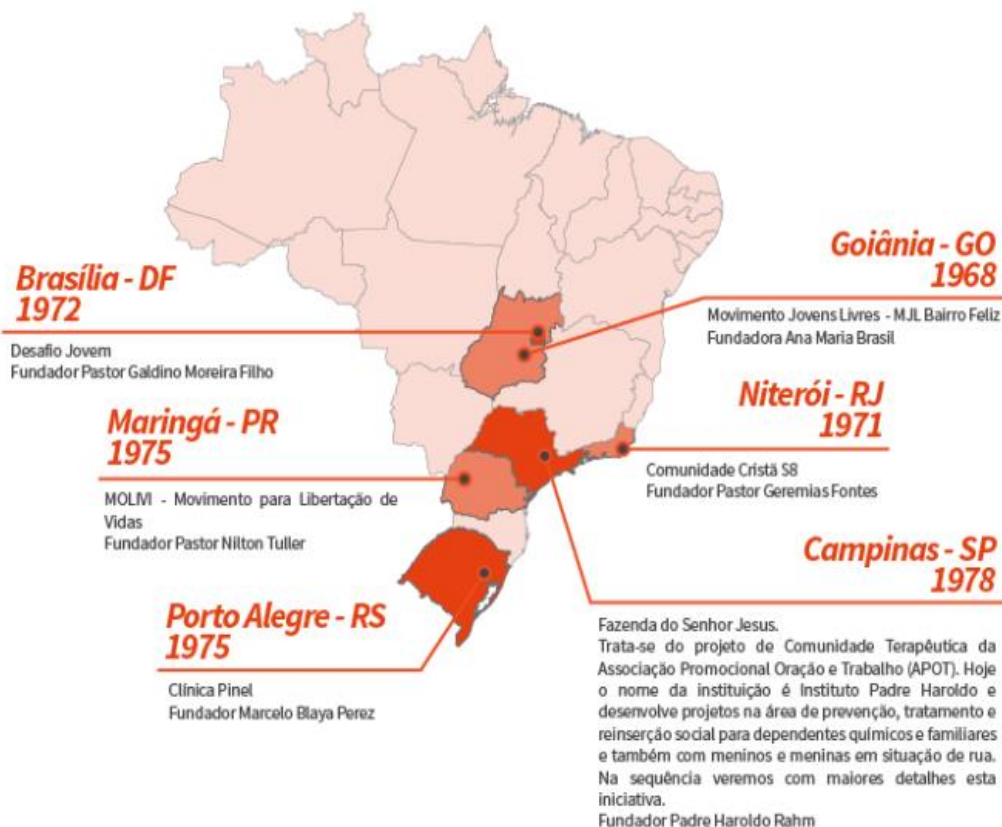


Figura 1: mapa indicando as primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil. Fonte: NUTE-UFSC (2017).

Fonte-NUTE-UFSC (2017).

Tendo em vista o grande território brasileiro, as primeiras CTs se expandiram rapidamente em todo Brasil, sendo as primeiras em Niterói/RJ, Brasília/DF, Maringá/PR, Porto Alegre/RS e Campinas/SP. Algumas com nomes de “clínicas e com a demanda crescente do consumo de SPAs, sugeriram várias outras que se espalharam por todo Brasil.

Como no Brasil não havia legislação que dava conta dessa modalidade e ainda aliada às bases psiquiátricas do início das CTs, ressalta-se que em 1968 as mesmas já estavam em funcionamento como único serviço de atendimento a usuários de SPAs e familiares, embora não participassem do Movimento da Luta Antimanicomial por falta da referida articulação política e social.

Através do Movimento da Luta Antimanicomial organizado por trabalhadores da Saúde Mental em 1987 em São Paulo, desmotivados pela falta de políticas sociais e assistenciais a usuários dos Hospitais Psiquiátricos e Clínicas Psiquiátricas, além de práticas e tratamentos desumanos aos pacientes dessas instituições, surge o Sistema Único de Saúde- (SUS) em 1988 confirmado pela Constituição Federal-(CF88).

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,1990)

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial-(CAPS) é datado no ano de 1986 na cidade de São Paulo e em atendimento às Leis Federais 8080/1990 e 8142/1990 incluem a rede de atenção à saúde mental brasileira como parte integrante do SUS, podendo então ser financiando pelo Governo Federal.

E com todos esses avanços como lá no início, as CTs não participaram do Movimento de Luta Antimanicomial, pois não estavam contempladas nos financiamentos públicos o que veio a se viabilizar no ano de 2001 através da Lei Federal nº 10.216/2001, com a diretriz reformulada para Atenção à Saúde Mental sendo transferido o foco dos hospitais psiquiátricos para a RAPS.

Dessa forma, redirecionava a assistência em saúde mental, privilegiando e podendo oferecer um tratamento comunitário, protegendo as pessoas com transtornos mentais de condutas desumanas já apontadas pelas manifestações de luta em 1987.

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL,2001).

Com o intuito de qualificar os Programas Terapêuticos oferecidos pelas CTs e proteger das condutas desumanas apontadas, algumas regulamentações foram instaladas sendo que a primeira foi a Resolução da Diretoria Colegiada RDC 101/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA.

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos com um

ou dois turnos, segundo o modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. (BRASIL, 2011)

Como mostra a regulamentação da ANVISA, as CTs devem basear seus Programas Terapêuticos no modelo psicossocial, considerando sempre as relações interpessoais como o principal agente de modificações de comportamento, como afirma De Leon (2003).

Ele ainda afirma que "é ao se esforçar para satisfazer as expectativas de participação da comunidade que os residentes perseguem suas metas individuais de socialização e crescimento psicológico". Desta forma, o acolhido que consegue socializar-se dentro da CT teria desenvolvido recursos internos suficientes como para dar conta de uma posterior socialização, no suposto "mundo real".

Para Maria Elena Goti a CT é:

Uma instituição onde tem lugar um processo de crescimento pessoal acompanhado de um processo de aprendizagem social. Isto implica que não é um lugar onde alguém se 'cura', mas onde muda, cresce e amadurece, e onde aprende a ser um membro útil e produtivo para a sociedade (GOTI, 2000).

Não contemplado pelos avanços das CTs e com as más condutas transformando os espaços de saúde em depósitos de gente denunciados em todo País, a ANVISA emite nova Resolução da Diretoria Colegiada sob o número 029/2011 e revogando a RDC 101/01, pois entendiam que assim as comunidades deixariam de se adequar às normas gerais de um serviço de saúde tal qual um hospital ou centro de tratamento, em favor de seu caráter residencial e de convívio familiar.

A abertura do sistema através da RAPS caracterizado pelo entendimento em favor do atendimento seguro de forma residencial e com o convívio familiar, tem incomodado muitos que lutam contra as CTs, não sabendo ou não compreendendo que esta faz parte da RAPS e não atua sozinha pois, precisa de uma rede ágil que não fique "brincando" com a vida dos usuários de SPAs, que tanto precisam de ajuda.

Na condição de atualizar a legislação e afirmar as CTs juridicamente, o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas-CONAD em conjunto com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-SISNAD, regulamentou 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 com a Resolução 01/2015 também conhecida com Marco Regulatório das CTs.

Essa Resolução que aprovada logo no ano seguinte foi suspensa por meio de liminar pelo Ministério Público Federal de São Paulo, por entender que a resolução se enquadra como equipamento de saúde e não apoio como defendida pelo CONAD. Com esses argumentos o MPF declara que as CTs deveriam atender ao regime jurídico do SUS e do Sistema Único de Assistência Social-(SUAS).

Esta situação levou as federações se unirem e defenderem suas causas, o que ocorreu em março de 2018 após inúmeras reuniões conjuntas e audiências de esclarecimentos onde a desembargadora federal Consuelo Yoshida ponderou a respeito da resolução, especificando que as “ CTs não se enquadram adequadamente em estabelecimentos de saúde voltados para a internação de pacientes portadores de transtornos da saúde física e mental, na medida em que elas buscam promover a saúde psicossocial das pessoas acolhidas”.

Contextualizava-se um novo momento para as CTs que voltava a vigorar e se reorganizaria novamente com os CNEs de número 83 pela portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016 do Ministério da Saúde (MS)

Art. 1º - Fica Incluído na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cnes, o Tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde.

§ 1º - Para efeitos desta Portaria, são considerados elegíveis ao cadastramento no CNES as entidades de promoção à saúde e as comunidades terapêuticas.

§ 2º - Conceitua-se por Polo de Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde os estabelecimentos que desenvolvem atividades de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Produção do Cuidado, cujas ações e serviços de saúde são de caráter individual ou coletivo, compreendendo práticas corporais, artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares, atividades físicas, promoção da alimentação saudável ou educação em saúde. (BRASIL,2016)

Interagindo com o novo modelo de participação nas políticas sociais e garantias jurídicas, agora as CTs tinham a possibilidade de solicitar a Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social-(CEBAS), certificado esse que dá isenção da cota patronal de 20% e vários outros benefícios para quem o possui, possibilitado de modo concreto através da assinatura da portaria interministerial para atuação conjunta dos Ministérios da Justiça (MJ), Desenvolvimento Social (MDS), Saúde (MS) e Trabalho (MT).

Através da edição do DECRETO Nº 8.242, de 23 de maio de 2014, quanto ao segmento de Comunidades Terapêuticas – CTs, não acrescentou muito ao que está na lei. A sequência abaixo é o texto específico, onde a grande maioria das CTs podem se enquadrar sendo a transcrição da Lei 12.868/2013. O desafio continua sendo as obrigações, pactuação com o Gestor do SUS e forma de operacionalizar os contratos, convênios ou outro

documento, para um segmento não é classificado como Estabelecimento ou Entidade de Saúde.

Art. 28. Excepcionalmente será admitida a certificação de entidades que prestem serviços de atenção em regime residencial e transitório, incluídas as comunidades terapêuticas, que executem exclusivamente ações de promoção da saúde voltadas para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, desde que comprovem a aplicação de, no mínimo, vinte por cento de sua receita bruta em ações de gratuidade.

§ 1º Para fins do cálculo de que trata o caput, as receitas provenientes de subvenção pública e as despesas decorrentes não devem incorporar a receita bruta e o percentual aplicado em ações de gratuidade.

§ 2º A execução das ações de gratuidade em promoção da saúde será previamente pactuada com o gestor do SUS, por meio de contrato, convênio ou instrumento congêneres.

§ 3º O atendimento dos requisitos previstos neste artigo dispensa a observância das exigências previstas nos arts. 19 e 20.

§ 4º A entidade interessada encaminhará o requerimento de certificação e anexará os demonstrativos contábeis de que trata o art. 3º, os documentos e outras informações estabelecidas em ato do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013)

No Rio grande do Sul para que as Vigilâncias Sanitárias e demais órgãos fiscalizadores pudessem ter o entendimento por meio da Secretaria de Saúde do estado, publicou –se a portaria nº591 de 19/12/2013 que regulamenta o funcionamento das CTs no estado.

Art. 1º Aprovar o regulamento das Comunidades Terapêuticas, disciplinando as exigências mínimas para o seu funcionamento. Parágrafo único. Entende-se por Comunidades Terapêuticas - CT's, estabelecimentos de interesse da saúde de atenção residencial transitória e de assistência que tem como função a oferta de um ambiente residencial, técnica e eticamente orientados, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Art. 2º As Comunidades Terapêuticas visam à reabilitação psicossocial, a reintegração à família e o retorno ao convívio social das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em situação ou não de vulnerabilidade social, de ambos os sexos (RS, 2013).

Agora, com a missão estabelecida e as CTs podendo sim estar amparadas juridicamente, a luta continua sempre, pois essas regulamentações vão muito em direção as filosofias aplicadas dentro das CTs , aja vista que muitas possuem já um vínculo de confissão ideológico baseado na religião o que veremos a seguir.

1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil e os conceitos filosóficos utilizadas nas Comunidades Terapêuticas.

Sabemos que, com as Reformas Psiquiátricas, a Política de Saúde Mental no Brasil , através da Lei Federal 10.216/2011, a Resolução da Diretoria Colegiada RDC 29/2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, o Conselho Nacional de Política sobre Drogas-CONAD, através da Resolução 01/2015 chamada de Marco Regulatório das Comunidades Terapêuticas e do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) dão as diretrizes e panoramas de como deve ser o acolhimento nas entidades que realizam esse acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

Nesse momento as federações de Comunidade Terapêuticas que já estão organizadas de acordo com as suas bases de criação e em processo de se organizarem de acordo com a legislação fundou-se então as primeiras federações para acompanharem esse processo, hoje dentre várias destacam se as seguintes:

- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas-(FEBRACT),
- Federação Evangélica de Comunidades Terapêuticas-(FETEB),
- Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT),
- Cruz Azul do Brasil

Para poder treinar e formar monitores e coordenadores de CTs as federações oferecem em parcerias com universidades, os mais variados cursos de formação e que de acordo com o nível de formação há a possibilidade até de pós-graduação.

Dentre as filosofias trazidas dessas formações e aplicadas nas CTs em sua maioria, é a de doze passos de recuperação baseado em Alcoólicos Anônimos.

As CT's contemporâneas vêm paulatinamente associando sua experiência de recuperação baseada na espiritualidade e na filosofia dos 12 passos com modelos psicológicos de orientação cognitivo-comportamental, a prevenção da recaída e a psicodinâmica. Profissionais especializados, entre eles médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, e terapeutas ocupacionais, vem sendo absorvidos pelo modelo (RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012).

Observa-se que de modo geral, os ensinamentos deixados nos escritos de George de Leon são utilizados até os dias atuais que são: Disciplina, Trabalho e Espiritualidade, que cada entidade aplica de acordo com o seu Programa Terapêutico. Algumas entidades trabalham fortemente a questão da espiritualidade como forma de conversão, outras trabalham a questão da Laborterapia e a disciplina é aplicável em todas, porém com padronizações acompanhadas das federações para que não haja violação de direitos.

Um dos principais avanços nos dias de hoje, é um maior entrosamento entre os Ministérios da Justiça, Cidadania, Saúde e Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, através das suas secretarias que preveem o atendimento em comunidades terapêuticas com apoio de várias das metas almejadas por George de Leon, onde o mesmo cita que as CTs contemporâneas são:

A passagem [...] de uma comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção [...] que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla (DE.LEON,2003).

Nesse ano de 2019 com a mudança de governo, extingue-se a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas-SENAD ligada ao Ministério da Justiça e cria-se a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas-SENAPRED do Ministério da Cidadania, que ainda na data de 20 de março de 2019 junto com as comemorações dos 50 anos de CTs no Brasil assina mais de 216 contratos com CTs que haviam se habilitado no edital de 2018, o que possibilitou a abertura de 10 mil vagas para tratar usuários de SPAs em todo país.

Iniciativas essas que o governo vem cada vez mais dando condições e cobrando capacitações frequentes das equipes, qualificando dessa forma os tipos de cuidados que são necessários para um bom acolhimento e estadia desses acolhidos nas CTs, possibilitando assim maior entendimento da dependência.

1.2 Relatos de experiência da vivência do estágio acadêmico

Considerando que nas últimas décadas mudanças de ordem econômica, política e sociais ocorreram de forma alarmante, afetando a vida de cada indivíduo e modificando muitas vezes sua conduta, é que buscamos realizar nosso estágio tendo em vista as mazelas sociais da nossa cidade, pois dia a dia, depara-se com muitos moradores de rua.

Neste âmbito social, tão abrangente, com maior visibilidade das situações de vulnerabilidade e um grande desafio para o profissional de Assistência Social, uma vez que nos construímos como pessoa a partir do outro através da histórica na vivência social, é que buscamos investigar e entender o porquê do aumento frequente dessa população em nossa cidade.

Através de buscas em diversos materiais, nos deparamos com o relatório do CFESS/CRESS de março de 2018, descrevendo que “Cabe registrar que a ausência de informações sobre as CTs por parte de alguns CRESS justifica-se, seja porque no seu quadro

funcional não consta a/o assistente social, seja porque não existem essas instituições na região”.

Realidade essa que não condizia com o nosso município, pois aqui sim, havia CTs há anos e fomos buscar subsídios para entender o porquê deste posicionamento dos referidos Conselhos. Este surpreendente resultado, motivou a busca dos pesquisadores para a realização do estágio nesses locais com o objetivo de investigar, analisar, desmistificar, apontar alguns equívocos bem como aprimorar-se neste campo de atuação.

Após toda documentação exigida, apresentada e aprovada pela Universidade, iniciamos o estágio neste campo com muita expectativa, pois queríamos entender o porquê do aumento da população de rua que fora citada no início e nos deparamos com várias situações e não apenas uma como a que estava sendo pensando à princípio.

Sabe-se que toda evolução social gera controvérsias, problemas e sérias transformações que esgotam a capacidade de empregos que pode afetar de forma avassaladora a vida de um cidadão e conseqüentemente o impedem de exercer livremente seus direitos sociais.

Dentro desta perspectiva temos as seguintes colocações:

Segundo Castel (1998, p.30), “a questão social está ligada à revolução industrial, em que as dificuldades que a população vivencia se tornaram “vítimas” e “agentes” da mesma, havendo deste modo uma contrariedade” e para Shons (2007, p.12) “[...] a questão social é ligada à revolução industrial e ao pauperismo³. Não ao pauperismo em geral, mas àquele resultante da revolução industrial aquele que se firma como resultante das contradições do próprio capital”.

Analisando a citação acima, pode-se inferir que uma das causas do aumento de moradores de rua, pode estar relacionada à desestabilização e insegurança conseqüentes de transformações de ordem social. Questões que serão investigadas e respondidas ao longo deste trabalho.

Ao chegar ao campo de trabalho, após as devidas apresentações aos funcionários, voluntários que lá atuavam, corpo diretivo, equipe multidisciplinar e espaços de trabalho, estávamos aptos a conhecer a tão esperada realidade de cada um, acolhidos e seus familiares.

Durante esse primeiro contato com o Serviço Social já no estágio de observação na companhia do supervisor de campo, realizamos algumas Visitas Domiciliares (VDs), onde identificamos o local físico e humano do qual os familiares eram parte integrante. Estes, nos

³ Pauperismo= miséria, pobreza ocorrida da contradição capital/trabalho.

observavam com olhar atento e ansiosos, assim como nós, mas foram muito receptivos com a nossa presença.

Estas visitas tem como objetivo segundo Mioto, (2001, p.148) “Conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevistas de gabinete”

Desta forma, em visitas domiciliares e diálogo com determinada família, ouvimos relatos de que os familiares já tinham percebido que seu filho, embora já acolhido, estava triste por não conseguir emprego e pela grande dificuldade de se recolocar no mercado de trabalho.

Os pais do acolhido nos receberam muito bem em uma casa muito simples, aconchegante e organizada, sendo notável a preocupação destes em relação à recuperação de seu filho bem como o Programa Terapêutico que estabelece os dias de visitas domiciliares. Apesar de as CTs possuírem contato direto com os familiares através de rede social privada para manter os familiares informados, mesmo assim, estavam ansiosos para receber notícias. Considerando que uma notícia recebida por rede social, pode ser mais distante e fria do que aquela realizada pessoalmente, onde há troca de olhares e sentimentos, tornando-se mais reconfortante e carinhosa.

Durante a visita, também questionamos os familiares sobre as questões de saúde e encaminhamentos do acolhido em questão, sendo que concluímos este questionamento referindo-nos sobre a importância dessas demandas, ou seja, encaminhamentos e autorizações na rede de atenção básica do município para que não perdessem os encaminhamentos já feitos. A família foi informada que o acolhido teria esse atendimento na rede de atenção e que para tranquilidade de todos seria acompanhado por um dos monitores da CT.

Esse foi a primeira VD realizada no campo de estágio e me senti “em casa” porém, pouco apreensiva com os relatos da mãe sobre o acolhido, que após o uso de Substâncias Psicoativas principalmente cocaína, o mesmo mantinha um comportamento muito agressivo com os seus familiares.

[...] transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social. (IAMAMOTO, 2012, p. 52)

Analisando a citação acima, compreende-se que complementa os relatos da visita realizada, colocando a nossa atuação profissional como muito relevante e muitas vezes

antagônica, pois necessitamos uma bagagem teórica muito consistente, ao mesmo tempo que devemos ter bom senso em sua aplicabilidade nas especificidades de cada atendimento. Analisar cada situação, adaptar e muitas vezes investigar novos procedimentos profissionais, para resolver as situações que nos são apresentadas.

Nos atendimentos em grupo, era notório o constrangimento dos acolhidos em não participar de modo ativo nos debates, porém, após um maior entrosamento e com o passar dos dias, a interação destes nas reuniões modificou-se consideravelmente.

Em algumas situações e com determinadas declarações no grupo, tentava-se controlar as emoções e expressões faciais, para que os acolhidos não percebessem a ansiedade, porém estas são também aprendizagens do profissional em Assistência Social, que trarão fortalecimento profissional para agir de forma coerente em cada situação.

Por solicitação de um dos acolhidos para dar-lhe apoio, orientação para que pudesse prestar concurso público, foi-lhe auxiliado a montar um cronograma de estudos e também adquirir o material para este fim, bem como foi-lhe ofertado auxílio para procura e aquisição do material via internet disponibilizada no CT. Desde então, esse ficou muito grato e sempre que nos encontrávamos, questionava sobre os meus estudos, mostrando interesse na área da educação, afinal educação é um direito que precisa ser garantido a todos.

Sobre educação para todos, referencia-se a Constituição Federal (1988):

Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Além da educação, outros fatores são extremamente importantes na garantia de direitos desses acolhidos como citado na Resolução do CFESS de 1993.

Defesa intransigente dos direitos humanos[...]; Ampliação e consolidação da cidadania[...]; Posicionamento em favor da equidade de justiça social[...]; Empenho 4 na eliminação de todas as formas de preconceitos[...] e Exercício do Serviço Social sem discriminar, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

A construção de uma rede de atendimentos que se prioriza no atendimento nas mais variadas áreas para suporte e atendimento das demandas dos acolhidos, está composta pelas equipes de Cadastro Único-(CadUnico), Estratégia Saúde da Família-(ESF), Unidade Básica de Saúde-(UBS), Unidade de Pronto Atendimento-(UPA), Hospital Geral-Hospital Municipal

de Novo Hamburgo, Serviço de Atendimento Especializado-(SAE), Defensoria Pública, além de Assistência Previdenciária e Jurídica

Encaminhamentos para os programas de distribuição e transferência de renda do Governo Federal como exemplo temos o Benefício de Prestação Continuada-(BPC), Programa Bolsa Família-(PBF), bem como a reinserção social.

Busca ativa de parceiros para a realização de projetos com forte enfoque na promoção a reinserção profissional e atualização quanto a formação desses acolhidos enquanto permanece na entidade.

Promove-se pelas instituições de ensino da região, formações técnicas através de cursos, palestras e a possibilidade de concluírem o ensino fundamental e médio e também se pode contar com a economia solidária, programa que capacita através de atividades realizadas em grupo no município, o que possibilita o acolhido quando concluir o programa ou quando esse desistir, possa ingressar no mercado de trabalho mais qualificado e atualizado com as novas nuances do mercado.

2. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UM PROBLEMA SOCIAL

Segundo cartilha Coed/ CEBRID “O termo droga teve origem na palavra droog (holandês antigo) que significa folha seca; isso porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais.”

O problema inicia-se na conceituação de *droga* e *droga de abuso*. Vários conceitos de droga podem ser encontrados na literatura. A farmacopeia brasileira classifica droga como qualquer substância de origem mineral, vegetal ou animal. Este conceito é demasiadamente amplo e não diferencia a situação de uso e dependência. (SERRAT, 2012, pág. 62).

Segundo Vieira (2014.pg 49) de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “droga de abuso é a substância que age nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando efeitos estimulantes, euforizantes e/ ou tranqüilizante”. Podemos concluir que não há diferença entre droga lícita ou ilícita, pois todas atuam no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando nossa maneira de sentir, de pensar e muitas vezes de agir.

Segundo a Lei Federal nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, prescreveu medidas para viabilizar a prevenção do uso indevido e implantou a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, referindo-se à “droga” como uma substância ou produto que pode provocar dependência”.

A maioria das pessoas possui conhecimento do significado da palavra droga, pois seu significado é negativo e sem qualidade ou valor, no entanto, para medicina, droga é sinônimo de cura para muitas doenças através dos inúmeros medicamentos existentes.

Uma das maneiras de ocorrer o primeiro contato com as SPAs, pode-se dar através da experimentação, que na maioria das vezes ocorre por curiosidade ou incentivo de amigos.

Após o uso ocasional ou recreativo, sem que o indivíduo se dê conta, pode tornar-se de uso regular já apresentando prejuízo em sua vida cotidiana como problemas físicos do tipo: febre, vômitos, infecções, entre outros efeitos, variando de pessoa para pessoa. De acordo com a frequência e a quantidade, podem ser relatados problemas mentais variáveis entre ansiedade, depressão, agressividade, problemas com sono, além das alterações na vida social do usuário como violência doméstica contra parceiros ou filhos, práticas sociais inseguras, acidentes em geral.

A dependência aparece, quando o usuário perde o controle da periodicidade tornando o uso um hábito e onde o consumo passa a ser prioridade na sua vida, tornando-o uma pessoa fragilizada com grandes perdas como o vínculo familiar, amigos, perda de interesse no trabalho, nas atividades de lazer, etc. O uso e o abuso de substâncias que afetam a consciência tem a propriedade de levar a dependência de modo lento e progressivo, por isso, o usuário não consegue cessar o uso, pois já está doente.

Os efeitos das SPAs são diferenciados entre as pessoas, dependem da droga e condições do usuário. Existem as drogas que causam efeitos depressores, como o álcool, benzodiazepínicos, inalantes, outros apresentam reações estimulantes como a cocaína, nicotina, anfetaminas, e ainda os que apresentam reações perturbadoras como a maconha e LSD. Os efeitos variam de acordo com a frequência em que a droga é utilizada e pelo porte físico do usuário.

Observa-se uma grande diversidade de estratégias de publicidade de bebidas alcoólicas, principalmente nas diversas apresentações de cervejas nas programações de TVs e rádios, que não levam em consideração o fato de que crianças e adolescentes (menores de 18 anos) terem o acesso a essas informações, principalmente por que essas ocorrem durante a programação esportiva.

O consumo de álcool é estimulado pela sociedade e esse é um dos motivos para ser encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais substâncias. A grande ênfase dos meios de comunicação, desde as abordagens educativas, até o tráfico, estão sendo fatores que influenciam para o aumento do consumo dessas substâncias, embora reconheça-se que existe a legislação proibitiva, que é veiculada também em todos meios de comunicação.

Percebe-se que existe ainda uma falha na Legislação quanto à fiscalização na utilização destes lícitos.

Existem muitas definições equivocadas para as drogas de forma geral e que confundem a população leiga, contribuindo assim com o agravamento e a dificuldade de implantação de medidas preventivas.

Uma situação bastante agravante para o usuário, é que na maioria das vezes, é visto imediatamente como uma ameaça para a sociedade e desta forma excluído.

Esta exclusão do usuário de drogas por parte da sociedade, que o caracteriza como “indivíduo marginal”, acaba dificultando a reinserção do mesmo, acentuando sua drogadição. Essa marginalização caracteriza-se como uma das diferenças sociais que mais refletem, a condição social desse usuário e conseqüentemente as respostas distintas ao uso abusivos das

aqui denominadas SPAs estão ligadas a essa quebra de vínculo entre o grupo social e as atitudes de intolerância da sociedade.

O consumismo tem sua contribuição nesse embate das drogas, este por sua vez, se caracteriza por suas relações de consumo e valores associados, o sucesso social e a felicidade pessoal são identificados pelo nível de bens e poder aquisitivo que possui, quanto maior o poder de consumo, mais sucesso, felicidade e aceitação pela sociedade.

Internações na rede do Sistema Único de Saúde, doenças decorrentes do uso dessas substâncias, aumento das taxas de homicídios e atos violentos, acidentes de trânsito e de trabalho, desagregação familiar, diminuição da expectativa de vida, absenteísmo e queda da produtividade, são alguns dos custos sociais e econômicos da utilização abusiva de substâncias psicoativas (SERRAT, 2012, pág. 149).

Compreende-se que a principal garantia Constitucional do Direito à Saúde é o SUS, o responsável pela saúde pública no Brasil, e que reafirma a obrigação do Estado de afiançar a saúde mediante políticas públicas, sociais e econômicas. Sendo assim, é dever do Estado intervir neste problema, considerando que, a precocidade com que se ocorre o primeiro contato com as drogas é o mais preocupante, pois, crianças e adolescentes estão tendo acesso cada vez mais cedo ao mercado das SPAs.

O amparo do Estado, desde o início, contribui para a diminuição e o aumento da eficácia na recuperação dos dependentes químicos. O dependente químico necessita de apoio e compreensão, não deve ser tratado como criminoso e não se podem medir esforços para que esse seja reinserido na sociedade e no meio familiar novamente.

Art.196. A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL 1988, pág. 153).

Os índices de criminalidade e violência estão diretamente relacionados ao uso de SPAs. Os dependentes químicos muitas vezes se envolvem em furtos e crimes para sustentar seu vício, o início dos furtos, em geral, começa no meio familiar. Segundo Eduardo Kalina, 1986, “toda dependência tem sua fonte inspiradora na família ou no meio social imediato e/ou mediato. Contudo a família do dependente faz vista grossa, vive uma “negação”, “cegueira”, aborrecem-se quando alguém tenta alerta-los sobre os atos do indivíduo”.

Seguindo esta ideia do autor, trazemos a co-dependência, pode-se dizer que o familiar também possui um tipo de dependência, não relacionado às SPAs, mas a dependência do vínculo com o seu familiar.

O co-dependente compulsivamente quer ajudar, mas o dependente utiliza dessa ajuda como um dos motivos para utilizar as SPAs. Nesta relação ambos fazem uso da dependência para satisfazer suas necessidades. Essa “negação” a qual o autor se refere, esta minimização dos problemas, tentativas de proteger e assumir responsabilidades dos atos do dependente químico, pode estar ligada ao comportamento da co-dependência.

A busca por drogas na adolescência e juventude tem início em geral com amigos, como uma brincadeira ou recreação, muitas vezes os pais confundem as mudanças de temperamento desta fase com o aumento dos hormônios e o uso de drogas, muitas vezes não está sendo levada em conta pois as mudanças apresentadas pode ser do momento/fase da adolescência.

Cada vez mais as drogas estão presentes nos ambientes frequentados pelos adolescentes e jovens, por isso, falar sobre o assunto e reconhecer o problema é fundamental para a prevenção.

Na atual conjuntura da constelação familiar as famílias estão sendo constituídas em vários formatos, deixando muitas vezes de lado o padrão familiar “pai mãe e filhos” sendo assim, os membros podem ser do mesmo sexo e o número de integrantes pode variar como os casos em que há apenas mãe e filho, pai e filho, avós e netos etc., e isso não é o mais importante.

O mais importante é que a criança, adolescente ou jovem se identifique no seu meio familiar, mantenha vínculos afetivos e tenha laços importantes com o grupo familiar e ainda, que haja respeito e confiança entre os membros. Os fatores que podem influenciar o uso de drogas podem estar na escola, na família, no trabalho, em casa e na sociedade, ou até mesmo na falta de um fator desses citados, pois, todos estes fatores estão relacionados.

Mas o governo atual se contrapõe a esta ideia, como um viabilizando discursos de campanha como: “A defesa da família tradicional” formada por homem e mulher. Frente a esta declaração preconceituosa, podemos citar um dos princípios fundamentais do Código de Ética do Assistente Social, que rejeita e denuncia condutas e atitudes preconceituosas ou discriminatórias.

VI- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças; (BARROSO E TERRA, 2018, p.128).

As discriminações refletem diretamente ao uso abusivo de substâncias psicoativas no que se refere ao vínculo entre o grupo social e as atitudes de intolerância da sociedade.

Descriminalizar não é a solução, apenas agravará ainda mais o quadro social da drogadição, deve-se oferecer a este a prevenção e o tratamento.

Com a ampliação de espaços para conversas reflexivas (grupos de apoio), onde se tenha uma perspectiva educativa em que o indivíduo seja compreendido a partir de sua realidade e da forma como ele percebe o mundo, devemos apostar na capacidade de reflexão e transformação destes, educando e esclarecendo a população sobre o uso de SPAs.

A prevenção é classificada, de acordo com seus objetivos, em primária, secundária e terciária, cada uma delas contendo aspectos próprios e exigindo, para sua aplicação, um diagnóstico prévio dos hábitos de consumo de drogas da população alvo. (SERRAT, 2012, pág. 73).

O trabalho de prevenção primária previne o contato com as SPAs e uma maneira de ser iniciado é na educação, ainda nos anos iniciais da vida escolar, por meio de atividades criativas que incentivem o autoconhecimento, a terem responsabilidade e adquirirem hábitos saudáveis em seu cotidiano.

Nesse aspecto os pais complementam e possuem papéis diferentes na educação dos jovens, porém escola e pais podem sensibilizar o jovem de que ele é responsável por suas ações, por isso, deve fazer escolhas saudáveis e conscientes. É preciso evidenciar sobre os riscos e consequências que podem trazer à vida destes.

Não se pode confundir educação com informação. O mais importante é voltar à atenção aos aspectos biopsicossociais do jovem, seus sentimentos, suas aspirações e expectativas, as alternativas de prazer, tendo em vista as suas necessidades de busca de identidade, autoafirmação e autoestima. (SERRAT, 2012 p.161).

Entende-se que a citação acima, alerta para a necessidade de um olhar, uma atenção e um diálogo franco e constante com o jovem por parte dos pais e escola, para perceber quando este necessita de ajuda, para que não venha a buscar nas drogas uma aparente realização pessoal. Existe aí intrínseca, toda uma educação voltada à escuta, ao diálogo, ao perceber nas entrelinhas um chamado de auxílio, sendo esta a prevenção primária mais importante.

A prevenção secundária inicia-se com o surgimento da droga na vida do jovem, a escola ou instituição pode chamar o jovem para conversas, incentivar diálogos semanais a fim de discutir todos os assuntos e aguardar o momento mais apropriado para chamar os pais.

Na prevenção terciária a dependência já está instalada, pode-se incentivar o jovem a procurar ajuda terapêutica, incentivando-o também a conversar com a família sobre o que está ocorrendo, incentivá-lo a acreditar na sua recuperação e colaborar na sua reinserção social.

O usuário está doente, devido ao uso e abuso de SPAs o que causou a dependência e por isso, precisa de ajuda. Não somente ele, mas também as pessoas que convivem com ele, pois é nesta convivência que se criou uma situação favorável para a doença se instale. Através do dependente cria-se dentro da sociedade, uma célula afetada pelo uso desregrado, movimento de luta ate mesmo em busca da liberação de substâncias sem o cunho medicinal o que possibilita cada vez mais a falta de qualidade de vida de todos.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças 10 conhecido popularmente como CID10 que classifica as diversas doenças, a dependência é entendida como doença multifatorial e precisa ser acompanhada de acordo com a especificidade de cada caso, por profissionais de diversas áreas e por isso trabalhar em equipe multidisciplinar poderá contribuir de forma significativa na recuperação e estabilização e possibilitando assim a compreensão da real situação

- F10- Transtornos mentais e comportamentos devidos ao uso de álcool,
- F11. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos
- F12. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides
- F13. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos
- F14. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína
- F15. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.
- F16. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos
- F17. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo
- F18. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis
- F19. - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. (OMS, 2014, p. 61-69)

A dependência química é uma doença que interfere diretamente na vida dos usuários, familiares e sociedade. O tratamento para dependência química busca interromper o uso de drogas e visa à reinserção em novas atividades sociais, profissionais, familiares e a prevenção de recaídas.

Independentemente do modelo terapêutico ao qual o indivíduo e a família sejam submetidos, é importante trabalhar as características individuais do dependente, as características da relação familiar, a relação indivíduo/família, enfocando sempre a necessidade da abstinência total, das mudanças no estilo de vida, assim com os hábitos de ambos, e assim prevenir o fenômeno da recaída (SERRAT, 2012, p. 174).

Na prevenção da recaída algumas mudanças são necessárias, principalmente as mudanças de hábitos, ambientes, amizades etc. É necessário evitar pessoas e situações que podem levar ao uso das substâncias psicoativas, neste momento o apoio da família é essencial para melhor eficácia no tratamento.

A prevenção da recaída é um conjunto de habilidades e modificações do estilo de vida da pessoa para evitar uma recaída e visa:
A aquisição de habilidades para lidar com as situações de risco
A modificação do estilo de vida (SERRAT, 2012, p. 343).

A mudança de pensamentos e comportamentos é necessária, e conseqüentemente mudança de hábitos cotidianos, pretende-se com isto, evitar a reinstalação da dependência química, ou seja, o retorno do comportamento de consumo e dos sintomas da mesma. A reeducação do dependente se dá por meio dos grupos de apoio e prevenção da recaída realizados durante e após a conclusão do programa terapêutico.

2.1 Desmistificando o Programa Terapêutico

O propósito do Programa Terapêutico constituído tem por objetivo promover a mudança de estilo de vida contribuindo para o seu crescimento pessoal levando a entender e compreender as dificuldades que o levaram a chegar até ali assim trabalhando na aquisição de conhecimento e instrumentos para parar com uso, assim se auto preservando, primar pela reabilitação de forma ampliada através da redução de danos e reinserirem-se novamente na sociedade de forma consciente de suas próprias dificuldades.

Para executar o programa a CT conta com uma organização composta por três grupos distintos: o pessoal da administração, do programa que são os responsáveis pela operação das instalações, e a equipe técnica interdisciplinar responsáveis pelas avaliações e o progresso, realizam grupos de apoio, oferecem aconselhamento individual, organizam projetos sociais e de recreação e ainda, realizam contato com a família dos residentes e os ex membros residentes que concluíram o programa.

Os dependentes químicos trazem a experiência vivencial do mundo da drogadição e são o testemunho vivo de que vale a pena a dedicação no programa. Atuam como agentes comunitários (coordenadores) e possuem, em sua maioria cursos de capacitação em dependência química e primeiros socorros. O programa ainda pode contar com voluntários sensibilizados com a causa e que podem ser profissionais ou não, eles colaboram como conselheiros e orientadores.

Do mesmo modo residentes no estágio apropriado de sua permanência podem passar por diferentes funções de trabalho em qualquer lugar do órgão na qualidade de aprendizes remunerados, de funcionários em treinamento e, eventualmente (se forem qualificados), como funcionários remunerados em tempo integral. Essa característica essencial da organização social torna a mobilidade social uma possibilidade concreta não só para funcionários como para todas as pessoas admitidas no programa que observem os residentes e ex residentes como aprendizes ou que ocupem posições

funcionais remuneradas em alguma parte da estrutura do órgão (DE LEON, 2003, p. 133).

O tempo de duração do programa terapêutico quando teve seu início, foi de até 24 meses, porém, com as alterações dos formatos ao longo da existência, esse é baseado de acordo com cada instituição, o programa terapêutico estabelecido em nosso campo de estágio é de nove a doze meses.

O programa ainda é dividido em quatro fases, a primeira fase ocorre no primeiro e segundo mês com a desintoxicação. A segunda fase: conscientização ocorre no terceiro, quarto e quinto mês. A terceira fase: ressocialização ocorre no sexto, sétimo, oitavo e nono mês.

A quarta fase: reinserção social ocorre no décimo, décimo primeiro e décimo segundo mês.

Os 30 primeiros dias de tratamento trazem uma tensão especial para alguns indivíduos que nunca estiveram livres de drogas por esse período de tempo. Além disso, a estrutura do programa é provocadora, e a exposição às exigências sociais e psicológicas da CT com frequência impele os indivíduos a enfrentar realidades e experiências que vinham evitando por meio das drogas. Por isso, o risco de desistência tem nesse período seu nível mais elevado.” (DE LEON, 2003, p. 217)

O programa segue o modelo dos DOZE PASSOS de recuperação, onde o acolhido, admitindo a impotência perante o álcool e outras drogas, desperta para a fé em um ser superior que possa devolver-lhe a sanidade e o domínio da sua vida.

Os passos formam a espinha dorsal da recuperação, não é uma simples receita, é um programa de reformulação de vida, uma caminhada que cada um precisa fazer de acordo com o tamanho de suas pernas, auxiliado pelos companheiros e pela equipe de toda CT.

Os 12 passos e as 12 tradições da AA são os princípios que guiam o indivíduo no processo de recuperação (Emrick, 1999). Esses passos e tradições enfatizam a perda de controle da pessoa com relação à substância e a entrega a um “poder superior”, o auto-exame, a busca de ajuda do poder superior de cada um para a mudança do próprio eu, reparar males que se tenham causado aos outros, a oração na luta pessoal e o oferecimento a outras pessoas de ajuda para que se empenhem num processo semelhante.” (DE LEON, 2003, p.19)

Realizando a prática destes passos os acolhidos podem encontrar algumas dificuldades, muitas delas se dão pela própria doença e das características pessoais de cada um, como por exemplo, medo, orgulho, justificativas, arrogância, onipotência, entre o outros. Alguns fracassam por não entenderem o programa, ou outros em que os esforços são apenas superficiais para seguir os princípios, aos quais conservam a sobriedade.

O avanço de passos ocorre mensalmente, ou seja, a cada mês o acolhido vai para um novo estágio, e no decorrer do mês, os coordenadores da CT realizam grupos de estudos

relacionados ao passo vigente, a maneira como os residentes internalizam e compreendem para assim mudar suas condutas e comportamentos ao longo da passagem destes passos depende muito da participação e interesse nas atividades propostas.

Por exemplo, a fase inicial de recuperação no CT envolve vencer a negação e engajar-se no processo de mudança, o que equivale a ir da negação à decisão de mudar na AA (Passos 1-3). O intenso período de auto-exame e de socialização que marca as fases intermediárias do processo da CT reflete os Passos 4-9 da AA – que envolvem um inventário moral pessoal, a confissão a outra pessoa e o esforço de autocorreção. A maior autonomia maturacional que se espera das pessoas nas fases de reentrada da CT reflete em certa medida as fases posteriores da AA (Passos 1-10), que insistem na continuidade da honestidade pessoal, no humilde pedido de ajuda para manter-se recuperado e na ajuda ativa a outras pessoas (DE LEON, 2003, p. 20-21).

A situação social, familiar e jurídica da pessoa com problemas decorrentes do uso abusivo de SPAs não é condição restritiva ao programa.

Para ser admitido no acolhimento é necessário que o candidato a recuperação, seu familiar e/ou responsável, realize uma entrevista, a fim de conhecer como se dá o programa terapêutico, coordenado por um representante da CT.

A admissão no programa é de forma voluntária e será feita mediante prévia avaliação diagnóstica psicossocial por psicólogo ou assistente social, cujos dados deverão constar na ficha de admissão, e posteriormente no prontuário do residente.

O padrão de comprometimento de dependência é verificado tanto no processo de admissão, quanto no processo de manutenção do programa, sendo de três em três dias registrado a evolução do residente e transcrito em uma ficha de evolução/avaliação. Em geral, o dependente aceito no programa possui o padrão de comprometimento sob o ponto de vista biológico e psicológico em níveis leves e moderados, nos casos de comprometimento grave, são sugeridos outros serviços de atenção à saúde mental ou cuidados mais especializados em clínicas ou hospitais, não sendo admitidos no CT.

De modo geral, o quadro que os indivíduos apresentam ao entrar em CTs é de risco para a saúde e de crises sociais. O uso de drogas está ou esteve há pouco tempo fora de controle; o indivíduo revela pouca ou nenhuma capacidade de manter abstinência por si só; há uma redução da função social e interpessoal; e o uso que faz de drogas é parte de um estilo de vida socialmente excludente ou degenerou num tal estilo. Ainda que a gravidade, o grau ou a duração dos problemas em cada uma dessas áreas estejam sujeitos a variações, todos esses indivíduos precisam da CT residencial para interromper um estilo de vida psicológica e social e para iniciar um processo de longo prazo de mudança pessoal e de estilo de vida. (DE LEON 2003, p. 39)

Durante o programa não se impõe condições de crença religiosa ou de ideologia, o programa espiritual trabalha valores e não tem vínculo com nenhum credo religioso específico.

O acolhido pode interromper o programa a qualquer momento, desde que os responsáveis sejam comunicados para as providências necessárias. Faz-se o aconselhamento e a problematização com o acolhido para que aguarde quarenta e oito horas para que tenha um momento de reflexão sobre a decisão a ser tomada, assumindo responsabilidades e consequências de sua decisão.

Neste momento a equipe de profissionais da CT realiza uma série de intervenções junto ao acolhido levando-o a refletirem sobre a sua decisão. Em caso de evasão ou fuga, é feita a comunicação imediata ao familiar ou ao responsável.

Em relação à evasão e fuga do acolhido, De Leon (2003, p.227), apud, Coombs (1981), Toumbourou, Hamilton e Fallon (1998) escreve:

Esses exemplos de desistência e readmissão acentuam além disso distinções entre tempo de tratamento, estágios do programa e progresso clínico. Os resultados positivos depois do tratamento vinculam-se ao atingimento bem-sucedido das metas dos estágios do programa, e não apenas com o cumprimento da duração planejada do tratamento.

A rotina do programa obedece ao cronograma diário de atividades e horários pré-estabelecidos a serem cumpridos pelo acolhido, enfatizando a criação de novos hábitos ao despertar pela manhã com atividades de espiritualidade. A espiritualidade tem como sua fonte a bíblia (bíblia ecumênica).

A leitura, individual ou em grupo, e os discernimentos são orientados de tal forma que os acolhidos encontrem a inspiração para desenvolver uma espiritualidade pessoal que sirva como base para sua recuperação.

Após espiritualidade os acolhidos seguem para o café da manhã e com as demais atividades propostas no cronograma incluindo orientações, almoço, sonoterapia, atividades práticas, oficinas de artes, estudos dos passos, arrumação da casa, grupos de apoio diversos, atividades esportivas como futebol ou vôlei, caminhadas ecológicas, jogos de salão como dominó, xadrez, academia, gincanas e jantar, podendo variar de acordo com cada CT.

A rotina plena e variada da CT também oferece certeza com relação ao que esperar, além de reduzir a ansiedade associada com o tempo livre. Tipicamente no passado dos residentes, o tempo livre e a falta de eventos planejados levavam a pensar em drogas ou a ter outros pensamentos negativos. Por fim, aprender a seguir adequadamente o programa de atividades ensina aos residentes capacidades de administração de tempo. Essas capacidades são coisas como fazer uso construtivo da

breve hora de tempo livre pessoal, chegar na hora para cada atividade, planejar eventos para os fins de semana, planejar contatos e atividades de correspondência com pessoas importantes de sua vida fora do programa (DE LEON, 2003, p. 142).

A laborterapia que também é conhecida como atividade prática inclusiva, é uma técnica utilizada quando os acolhidos estão ociosos. São trabalhos manuais que variam, como arrumação da casa, do jardim, horticultura e cozinha. Este trabalho realizado pelos acolhidos não geram lucro, já que este visa a recuperação do acolhido e o incentiva a desenvolver novas habilidades.

Dar aos residentes tarefas de conservar e cuidar das instalações os ensina de maneira sobremodo concreta. As CTs são com frequência a primeira residência atraente, organizada e confortável em que muitos viciados socialmente desprivilegiados já viveram. Viver num local assim os auxilia a reforçar a mudança de identidade e a ter para si mesmos melhores expectativas. “Posso viver num lugar legal e conserva-lo. Quero continuar a fazer isso no futuro.” Aprender a cuidar das instalações proporciona uma experiência educacional corretiva que costuma contrastar com experiências iniciais de privação, de baixas expectativas e de desorganização. Mesmo residentes que vêm de famílias privilegiadas, e acostumados a benefícios materiais, muitas vezes nunca passaram pela experiência de sentir que os conseguem com seus próprios esforços. (DE LEON, 2003, p. 115)

Cabe ressaltar, que o trabalho desenvolvido pelos acolhidos não deve gerar lucro, o que traz muitas discussões sobre a forma como é realizado em algumas instituições. Geralmente, a laborterapia é desenvolvida no CT para dependentes químicos, visando benefício ao acolhido pela via do trabalho.

2.2 A Prática de Reinserção Social do Programa Terapêutico e os Grupos de Apoio

O programa terapêutico possui as oficinas de reinserção social em que os acolhidos produzem alimentos ou artesanatos com intuito de formar um novo conceito de trabalho e a instituição proponha a venda desta produção realizada pelos acolhidos, os lucros devem ser divididos de forma igualitária entre os mesmos, devendo ser elaborado um documento para essa prestação de contas, ou ainda, a instituição deve propor projetos de melhorias no CT para os acolhidos.

Embora importantes, o desenvolvimento de capacidades e os valores do trabalho não são suficientes para fazer progredir a recuperação e o bem viver. Para além do treinamento de capacidade práticas úteis, o treinamento no trabalho é usado primordialmente para promover o desenvolvimento pessoal e a socialização do indivíduo (DE LEON, 2003, p. 159)

Paralelo a internação, a CT mantém o seu grupo de apoio e promove reuniões semanais abertas para dependentes, membros acolhidos, ex-acolhidos, familiares e pessoas da

comunidade que queiram participar. O objetivo dos encontros semanais é apoiar, informar e orientar sobre a dependência e a co-dependência, com base nos Doze Passos (programa de estruturação espiritual e emocional) e nos Doze Princípios (uma proposta de educação comportamental).

A primeira geração de residentes desenvolveu o grupo de encontro como uma forma diferenciada de processo de grupo. Ao longo dos anos, a CT criou e adaptou várias outras formas e formatos de processo de grupo para abordar as diferentes necessidades psicológicas e educacionais da pessoa com um todo e a ampla diversidade de questões interpessoais e interacionais sociais que surgem entre indivíduos vivendo numa comunidade de convivência íntima (DE LEON, 2003, p. 289).

Estudando, acreditando e adequando os conhecimentos, ao programa esse auxilia no resgate da estrutura e dos relacionamentos no contexto familiar. Durante todas as fases do programa terapêutico, a CT oferece um suporte externo, onde as pessoas se reúnem, compartilham suas experiências e recebem a ajuda mútua necessária, para estabelecer a conduta adequada para cada caso, sob a supervisão e orientação de voluntários capacitados.

Além disso, o grupo de apoio serve de motivação para a família preservar os seus laços e propor um novo rumo na execução de seu papel: favorecer a independência de seus membros, insistindo na importância do dependente assumir as consequências de seus próprios atos. Os familiares são inclusos no tratamento, participando em grupos de mútua ajuda para familiares como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente, dentre outros que dão suporte e preparo para as adversidades.

Dentre outras atividades, o programa possui as reuniões que ocorrem apenas com os acolhidos e profissionais da CT, com o objetivo de alinhar algo que tenha ocorrido ou motivar os acolhidos a iniciarem bem as atividades do dia, como a reunião matinal. A reunião matinal ocorre todos os dias depois do café da manhã com todos os acolhidos e funcionários que ali estiverem presentes. A reunião é conduzida pelos acolhidos e tem duração curta entre 30 e 40 minutos, possui um planejamento de atividades que pode incluir a filosofia do programa, uma palavra do dia, boletim meteorológico, louvores ou até uma cor favorita.

Os residentes das CTs, por outro lado, nunca aprenderam ou se adaptaram à rotina de um dia comum. Eles são caracteristicamente descritos como pessoas noturnas, cujo estilo de vida de envolvimento com drogas resultou num ciclo 24 horas de sono de vigília desregulado. Mesmo antes de se envolverem seriamente com drogas, muitos residentes tiveram histórico de cabular aulas ou de viver em lares que não cultivavam uma rotina matinal regular. Acordar tarde revela seu tédio ou a falta de objetivos na vida e suas atitudes céticas ou a apatia em relação a horários. Para muitos, as únicas atividades diárias planejadas geralmente giravam em torno da obtenção de drogas (DE LEON, 2003, p.272).

Muitos dos dependentes químicos possuíam rotina diária antes de aderir ao programa, como atividades físicas, trabalho, família e um lar. O uso das SPAs pode ocorrer no período diurno como noturno não há uma regra para isso.

A rotina dentro da CT compreende a organização, e disciplina do acolhido, bem como, preencher esta ociosidade e evitar pensamentos disfuncionais ao programa, já as reuniões da casa que tem por objetivo alinhar alguma ação ou atividade realizada pelos acolhidos ocorrem todas as noites da semana e é conduzida pelo coordenador ou acolhido que esteja em fase mais avançada do programa.

A reunião da casa é um dos principais meios de conciliar os conflitos da CT, sua principal função é administração da casa. Também serve como meio de comunicação para os acolhidos feedbacks positivos e negativos sobre atividades realizadas.

A CT possui uma lista de regras a serem seguidas pelos acolhidos, que definem os limites comportamentais. A violação dessas regras gera ações disciplinares aplicadas pelo coordenador ou responsável técnico da CT, a lista de regras fica sempre disponível para os acolhidos nos murais da casa podendo ser consultada a qualquer momento.

Dentre as regras estão as essenciais como proibição de violência física, proibição de atos sexuais, proibição de substâncias psicoativas, roubo, quebra ou destruição de propriedade, pontualidade, bom comportamento em geral, etc.

As sanções podem ser agrupadas em corretivos verbais e ações disciplinares. Os corretivos verbais consistem em reações dos companheiros e dos funcionários decorrentes de comportamentos e atitudes negativos que, embora não sejam infrações de regras, não conseguem atender às expectativas da comunidade. As ações disciplinares consistem em consequências negativas especificamente prescritas que o corpo de funcionários aplica a comportamentos e atitudes que constituam infrações ou violações de regras explícitas (DE LEON, 2003, p.239)

As ações disciplinares são apenas uma forma de fazer o acolhido entender que precisa ter regras, pois estão proibidos castigos físicos, psíquicos ou morais independentes da etnia, credo religioso, ideologias, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.

Assim, normatizando que as práticas de castigos morais e vexatórios aos acolhidos residentes de uma CT não pode ser aplicada de forma alguma já que os coordenadores e monitores para estarem nessas posições precisam de constantes treinamentos, sem contar que o Ministério Público, Vigilância Sanitária Municipal e outros órgãos de fiscalização, podem fazer o acompanhamento e visita de forma não programada, podendo assim ver que tal prática

fere os Direitos Humanos, a Constituição Federal podendo até solicitar aos órgãos competentes o fechamento das portas de forma imediata.

Havendo infrações das regras essenciais do programa ocorrerá o desligamento administrativo, que seria nos casos em que o acolhido infringe a determinação de “Não sexo, não drogas, não violência” ou quando o acolhido demonstrar total desinteresse pela programação antecedida por comunicados expressos a ele e informação à família ou responsável com relação a situação.

Tal como sucede com todas as sanções, a intenção da expulsão é manter a integridade, a segurança e o moral da comunidade e facilitar a aprendizagem para o indivíduo. Por exemplo, a expulsão pode compelir o indivíduo a examinar realisticamente seu status e suas opções e buscar a readmissão no programa (DE LEON, 2003, p. 249)

O acolhido que cumpre o prazo do programa (um ano), após o qual, o residente é apto para receber o certificado de graduação, ou seja, conclusão do tratamento. Após esse período do programa a CT permanece acompanhando o acolhido no que se refere ao seguimento da abstinência ao uso de SPA's. A CT oferece aos seus ex-acolhidos, bem como a seus familiares, a manter os vínculos com a instituição, através de frequência nos grupos de apoio.

Por fim, os concluintes do programa são estimulados a manter alguma relação com ele na qualidade de membros de um grupo informal, assumindo um papel de “padrinhos” de novos clientes do programa. Isso também oferece continuidade ao ex-residente em termos de ensinamentos sobre relacionamentos, recuperação e bem viver (DE LEON, 2003, p.225)

A recuperação consiste na redescoberta de si mesmo como ser humano que tem valor, que tem capacidade para vencer na vida, que é limitado pelo abuso de SPA, mas que pode superar estes limites, que pode sonhar e realizar seus sonhos.

O acolhido é o principal agente da sua própria recuperação, desde o momento do seu ingresso ele se torna responsável pelo seu programa. O modelo de organização da comunidade é bastante similar ao modelo familiar, pois durante as reuniões e grupos de apoio são sempre saudados com “Bom dia família”, sobretudo no que se refere ao compromisso afetivo.

A eficácia do programa deve-se ao fato de que não se limite apenas a desintoxicação, mas que visa o homem como um todo. O fato isolado na vida de uma pessoa, mas um comportamento que resulta de diversos fatores de ordem biológica, social, psíquica e espiritual.

O movimento das Comunidades Terapêuticas tem apresentado um importante papel na releitura do desenvolvimento de respostas mais adequadas para as necessidades sociais, vivendo uma fase de decidida desinstitucionalização.

O cumprimento deste papel resultará em sua função histórica, na medida em que a comunidade buscar orientar-se para as respostas cada vez mais adequadas e para a reflexão atente sobre a realidade.

3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.

A experiência nos mostra, que o Assistente Social inserido na Comunidade Terapêutica trabalha de forma independente e autônoma na garantia intransigente de direitos. Assim estabelecido é uma das engrenagens fundamentais para a existência da CT, pois através desse profissional aplicam-se vários modelos técnicos operativos e teóricos metodológicos com vistas a melhores possibilidades para atendimento das demandas ali apresentadas.

Sendo que o primeiro contato do profissional está ligada na prevenção através de grupos de apoio aberto a comunidade em geral, onde os familiares e o futuro acolhido podem participar a fim de conhecer o trabalho realizado pela CT. Esse trabalho tem papel fundamental no acolhimento e está ligada de forma indireta devido à vinculação das famílias dos acolhidos participarem como forma de entender que o uso de SPAs não é uma “vagabundagem”.

Neste sentido, Fossi e Guareschi (v.5, 2015): esclarecem:

[...]o uso de drogas pode ser entendido sob a luz da ausência do controle dos instintos e da ausência de razão. Assim, podemos então dizer que aquele que usa drogas perde o controle de si mesmo e age movido por seus instintos, podendo colocar outras pessoas em risco, além de si mesmo.

Portanto, a função primordial do Assistente Social, neste sentido, é o de fazer o primeiro acolhimento às famílias para escuta sensível e encaminhar a situação para a rede de atenção básica do município através de CAPs AD, SAE, e Serviço de desintoxicação no Hospital Geral local. Após esse primeiro contato com as famílias e oferecidas as primeiras orientações do caso, se a pessoa em questão desejar de forma voluntária fazer um programa

de recuperação, os familiares são orientados quanto ao procedimento para acolhimento no qual o mesmo recebe orientação das possibilidades de convênios e demais observações.

Após esse primeiro contato no qual acompanhado por um familiar ou responsável, o então acolhido passa por várias entrevistas dentre elas a entrevista social onde é esclarecido o programa, e as normas do regimento interno da CT, e como acontecem os atendimentos com os demais profissionais da equipe multidisciplinar que integram a equipe.

Caso o acolhido esteja em situação de rua o que acontece em alguns momentos, o responsável por esse é o local que o encaminhou, tendo em vista que este já está vinculado e referenciado em algum dos serviços do município principalmente o Centro Pop que é o centro de atendimento da população em situação de rua e o CAPs AD do município.

Quando na condição de acolhido, o Assistente Social inicia seu trabalho pela escuta sensível para poder ver de imediato a real situação de documentos de identificação, a questões de encaminhamentos a saúde, situação previdenciária e se há contra esse algum tipo de processo judicial, realizado em vários atendimentos.

Como o programa tem duração de 9 a 12 meses, após os devidos encaminhamentos e ao ouvir sobre as reais motivações que o levaram para o uso de SPAs, problematiza-se junto ao acolhido a situação, fazendo-o refletir tudo o que se passou até ele chegar à CT, quando, como e em que circunstâncias deu-se o rompimento ou se fragilizaram os vários vínculos familiares. Neste sentido, o processo de reaproximação com esses familiares faz com que o assistente social vá a campo para fazer as VDs. e entender melhor a realidade e as condições sociais em que o acolhido estava inserido.

Os atendimentos individuais aos residentes que em sua maioria ocorrem por procura espontânea ou por solicitação de outro profissional e os casos que se sugerem o atendimento em conjunto com a equipe multidisciplinar, visando um olhar distinto por profissionais para posterior estudo de casos em conjunto, trazem caso a caso um olhar de cada profissional envolvido.

Da mesma forma, busca-se trabalhar com o residente o senso de reflexão para que ele possa perceber e entender suas questões de maneira ampliada e assim tomar de forma autônoma a melhor decisão para a sua situação.

As intervenções coletivas, como grupos socioeducativos, multidisciplinares e rodas de conversa, podem auxiliar de forma mais concreta no que diz respeito ao desenvolvimento do pensamento crítico, reflexivo, consciência coletiva e desenvolvimento de postura autônoma. É através desta, que o residente observa o seu igual e onde busca fazer de forma individualizada

uma análise de sua vida o que é dialogado em uma escuta sensível pelo assistente social, refletindo e possibilitando assim uma nova reinserção na sociedade.

Nas questões familiares o Assistente Social de forma conjunta com todos os envolvidos, orienta e tira dúvidas, acolhendo as famílias para entender qual a sua situação familiar e começar trabalhar no fortalecimento de vínculos como organizado no Plano de Atendimento Singular – PAS e como deverão ser os encaminhamentos quanto a saúde e assistência no decorrer do programa de acolhimento do seu familiar.

O atendimento às famílias bem como a comunidade em geral, consiste em grupos semanais para discussão e orientação sobre dependência química, aberto a todos em geral e guiado pelo profissional de Serviço Social através desse atendimento em grupo, visando a defesa e garantia de direitos dessa questão da expressão social crescente no atual momento do país.

Estabelecida como uma das metas no programa de acolhimento o Assistente Social possui conhecimento e técnica para gerir e operacionalizar programas e projetos, sendo um deles, o projeto de reinserção social do programa.

A reinserção social estabelecida tem a principal função da mudança de hábitos ou a de capacitar para o mercado de trabalho, fazendo com que o acolhido possa fazer escolhas entre uma capacitação e outra. A exemplo disso nas CTs onde realizou-se o estágio, estava bem caracterizado essa questão, pois aconteciam projetos de qualificação para o mercado de trabalho como Panificação e Confeitaria, realizados com apoio e suporte da Universidade Feevale, através do Curso de Gastronomia. Outro projeto executado, é o de capacitação para auxiliares de Mecânica Automotiva que conta com apoio de uma empresa.

Dessa forma há uma mudança de hábito que proporciona um novo conhecimento para o acolhido com vistas ao mercado de trabalho atual na região onde encontram se as CTs.

3.1 Contestações do relatório do conjunto CFESS/CRESS – acerca das Comunidades Terapêuticas.

Entendemos os motivos que levaram as CTs a terem essa imagem negativa, dada principalmente pela falta da garantia de direitos dos seus acolhidos e pela má administração destes locais, gerenciados de forma irregular, passando a imagem de ser apenas um lugar que abriu suas portas ontem, recebendo o nome de CTs, sem nenhuma estrutura e garantia de um atendimento digno dentro da legislação local vigente.

Está previsto dentro da Resolução da Anvisa RDC 29 e RDC 101 o modelo de estrutura tanto de equipe técnica, quanto de condições sanitárias adequadas ao local, mas com suporte da legislação a ela aplicadas, partindo principalmente das Vigilâncias Sanitárias dos locais, tendo sido anteriormente seu projeto aprovado pelos órgãos fiscalizadores.

Vimos no decorrer desse trabalho de conclusão de curso, que existem CTs com fins lucrativos e CTs sem fins lucrativos, conhecidas como entidades filantrópicas nas quais realizou-se o estágio. Ambas possuem documentado em seu Estatuto Social que são entidades sem fins lucrativos e que não dividem os lucros com a diretoria. Todo valor arrecadado pela entidade, se aplica em programas e projetos, bem como não congregam de nenhum credo religioso ou político partidário, acolhendo pessoas sem discriminação de raça, cor, ou orientação sexual.

Nota-se equívocos, onde o relatório cita já na introdução a abrangência da amostra e explica que cabe o registro da falta de informações de alguns CRESS e em observação constata-se a falta da 10ª Região/RS pela explicação apontada no relatório.

O relatório ora apresentado é resultante de visitas de fiscalização com enfoque na inserção de assistentes sociais em Comunidade Terapêuticas (CT). As visitas foram realizadas por dezoito Conselhos Regionais de Serviço Social e uma Seccional de Base Estadual – 4ª Região/Pernambuco, 5ª Região/Bahia, 6ª Região/Minas Gerais, 8ª Região/Distrito Federal, 10ª Região/Rio Grande do Sul, 11ª Região/Paraná, 12ª Região/Santa Catarina, 13ª Região/Paraíba, 14ª Região/Rio Grande do Norte, 16ª Região/Alagoas, 17ª Região/Espirito Santo, 18ª Região/Sergipe, 19ª Região/Goiás, 20ª Região/Mato Grosso, 21ª Região/Mato Grosso do Sul, 23ª Região/Rondônia, 24ª Região/Amapá, 25ª Região/Tocantins e Seccional de Base Estadual/Roraima. Cabe registrar que a ausência de informação sobre as CTs por parte de alguns CRESS justifica-se, seja porque no seu quadro funcional não consta a/o assistente social, seja porque não existem essas instituições na região.

Observa-se em breve pesquisa na internet no site da Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos SDSTJDH do estado do Rio Grande do sul o seguinte registro:

Existem 54 comunidades terapêuticas no Rio Grande do Sul, como podemos ver os registros da Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos do Estado, em que consta a explicação de que são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente (as que possuem convênio), acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários.

Somente com a citação do parágrafo acima podemos observar o equívoco do Relatório do CFESS/CRESS de março de 2018 que podemos constatar a questão de acompanhamento da equipe técnica e como a CT é constituída na maioria por Assistentes Sociais e Psicólogos com a redução dos demais profissionais.

A equipe básica, em sua maioria, é composta de assistente social e psicólogo/a, com reduzida presença de demais profissionais – psiquiatra, clínico/a, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador/a físico/a, filósofos/a – e parte desses/as profissionais também exerce o voluntariado, na condição de integrante ou filiado/a ao campo religioso institucional (CFESS/CRESS, 2018).

Observamos o que fala a RDC. 01/2015, sobre a caracterização da CT como “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” BRASIL 2015, e dispõe sobre a questão equipe técnica médica ou de clínica “§ 1º As entidades que oferecerem serviços assistenciais de saúde ou executarem procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos nesta Resolução não serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde.”. Ficando claro que as entidades não podem ter equipe médica/clínica dentro da CT visto que a mesma é um componente da RAPs e a desintoxicação deve ser feito em Hospital Geral ou em CAPs AD que exista no município bem como todas as questões de clínica/psiquiatria e medicamentosa em Posto de Saúde.

Na questão de institucionalização que cita a laborterapia como forma de “institucionaliza a apropriação de ‘eventuais resultados econômicos’ advindos deste trabalho” (CFESS, 2014), sabe-se que a própria defensoria pública vem atuando e mudando esse paradigma, que é realmente distorcido por CTs que não cumprem a legislação vigente e essa é o que explicamos no decorrer do trabalho onde se burla a lei e que sim denunciaremos aos órgãos fiscalizadores, e que essa prática não foi encontrada no estágio e em algum momento que lá estivemos.

No voluntariado da forma abordada pelo relatório essa não está levando em consideração a Lei Federal nº 9.608 de 1998 que dispõe no seu primeiro artigo a seguinte consideração.

Art. 1º - Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade (BRASIL. 1998.).

E alterada pela Lei Federal 13.297 de 2016 que cita a alteração do artigo:

Considera-se serviço voluntário, para os fins desta Lei, a atividade não remunerada prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência à pessoa (BRASIL, 2016).

Não cabendo ao CFESS, esse tipo de consideração.

Institui ainda, o voluntariado na forma de prestação de serviços, que reproduz a precarização e a exploração da força de trabalho e modalidade que se soma à terceirização e privatização dos serviços, modalidade das relações trabalhistas que toma impulso no Brasil a partir dos anos 1990, com vistas a alcançar vantagens com a racionalização dos recursos humanos (CFESS,2018).

Tendo em vista que o Código de Ética do Assistente Social é claro sobre o voluntariado.

No que se refere a religiosidade, os acolhidos não são submetidos a uma imposição de religião ou seita. O programa dos doze passos que é realizado dentro da CT, não é vinculado a religião, credo ou etnia, busca-se um encontro espiritual e não religioso. Estes diferem um do outro, pois a espiritualidade não tem ligação com nenhuma doutrina, enquanto a religiosidade está ligada a fé em algo ou em determinada religião.

As informações contidas nos relatórios analisados evidenciam que, nas CTs visitadas, os sujeitos são tratados como “pacientes”, reforçando a dimensão” pessoal”, da “responsabilidade”, forjada em valores religiosos, da “espiritualidade”, da “honestidade”, do “amor” e da “solidariedade”, de forma descontextualizada das determinações econômicas e sociais sem considerar as contradições sociais oriundas de relações sociais capitalistas. (Relatório de Fiscalização CFESS/CRESS, março 2018, p. 15) As exigências de leitura da bíblia, as orações, o caráter confessional se contrapõem às livres formas de manifestações sociais, culturais e éticas. São formas de intervenção que se configuram contrárias ao exercício da autonomia, da liberdade e de outros princípios centrais da profissão (CFESS/CRESS, 2018, p. 17).

Conforme evidenciamos, o tratamento obtido dentro da CT é dado como uma grande família, como por exemplo ao despertarem pela manhã, os acolhidos realizam a reunião matinal são saudados com “bom dia família!”. O tratamento é humanizado e adequado de acordo com as necessidades de cada um, sendo assim, tem-se uma equidade no atendimento a estes.

Acredita-se que estes relatórios analisados, referem-se aos arquivos onde constam as evoluções dos mesmos, porém, cabe ressaltar, que estes são preenchidos pelos profissionais do quadro funcional da CT e que o vocabulário que consta nestes relatórios não necessariamente, é utilizado com os acolhidos, mas sim, possuem uma linguagem mais técnica. Relembrando que tais documentos são acessados apenas pela equipe técnica, não ficando à disposição dos acolhidos.

É imprescindível, que saibamos diferenciar as CT's que promovem uma transformação através da mudança de seus valores e do seu estilo de vida, daquelas que, se intitulam CT's mas, agem como clínicas, onde o tratamento é completamente diferente e não possui o programa a qual mencionamos no decorrer do nosso trabalho. Estas "clínicas" acabam gerando equívocos, no que se refere ao tratamento realizado em uma CT, com os mesmos preceitos da qual estagiamos e podemos presenciar e vivenciar o programa terapêutico onde opera-se uma constituição de novos valores, sem castigos ou torturas e que o atendimento aos acolhidos é de forma humanizada.

3.2 Os desafios frente da atuação do Assistente Social na Comunidade Terapêutica.

A atuação do Profissional Assistente Social depende da sua capacidade de propor melhores condições de trabalho e conquistar o seu espaço dentro da instituição. O Assistente Social defende a igualdade de direitos e melhoria na qualidade de vida das pessoas, possibilitando autonomia do ser humano como um todo.

A aquisição de conhecimento deve ser constante e não poder ser cessado no campo acadêmico, mas sim aprimorado no cotidiano profissional. O Serviço Social é uma profissão marcada pela luta de classes, fazendo da questão social seu objeto de trabalho. Com as transformações que ocorrem na sociedade surgem novas roupagens da expressão da questão social, as quais apresentam novos desafios para os profissionais Assistentes Sociais.

Requer considerar o e redimensionamento dos espaços ocupacionais e das demandas profissionais que impõem novas competências a esse profissional. A reconfiguração dos espaços ocupacionais é resultante das profundas transformações sócio- históricas, com mudanças regressivas nas relações entre Estado e sociedade em um quadro de recessão na economia internacional, submetida à ordem financeira do grande capital. As dificuldades para impulsionar o crescimento econômico, o aumento do desemprego e do subemprego e a radicalização das desigualdades de renda, propriedade e poder, das disparidades religiosas, raciais, de gênero e etnia comprometem processos e valores democráticos (CFESS,2010).

A dependência química é uma expressão da questão social, presente há muitos anos como um problema social, porém, tem se modificado exigindo do (a) Assistente Social uma visão mais ampla sobre o assunto.

A CT como parte integrante da RAPs está assegurada como política pública e o Assistente Social tem na política de saúde um espaço sócio ocupacional, para o desenvolvimento do seu trabalho frente a já foi abordada a dependência química que é uma

doença como explica a OMS, sendo assim, segundo CFESS (2010) os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde são:

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio- ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2010, p.33).

O Assistente Social trabalha na reinserção do acolhido à sociedade partindo da abstinência total das SPAs. Porém, o Serviço Social pode ir além do trabalho que já é desenvolvido, atuando também na prevenção. Nota-se que o Assistente Social está buscando seu espaço e o seu papel profissional dentro da dependência química, a necessidade é real e possui certa urgência. Portanto, fica o desafio de ocupar espaço nesta demanda, com vistas a defesa intransigente dos direitos humanos, um dos princípios fundamentais do Código de Ética, e por outro ângulo, a complexidade do abuso das SPAs, como uma questão de saúde pública.

É evidente a capacidade profissional em articular, em meio às contradições de uma sociedade capitalista, condições de uma vida digna para a população em situação de vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, conclui-se o quanto é complexa e desafiante a atuação do Assistente Social na Comunidade Terapêutica. Teve como objetivo apresentar informações e proporcionar uma reflexão crítica sobre as estratégias de intervenção para o profissional inserido na comunidade terapêutica, especialmente junto ao público atendido.

Na busca de respostas para esse, nos deparamos com a consequência de que não existem respostas prontas ou acabadas, onde procuramos respeitar e analisar cuidadosamente as respostas obtidas. Não pretendemos esgotar os estudos sobre a atuação do profissional Assistente Social no CT, mas sim, dar continuidade na investigação, pois constatamos a existência de uma lacuna faltante de referenciais teóricos bem como a dificuldade na procura desse material, porém na análise da bibliografia consultada nos foi possível compreender e produzir esse material de forma cautelosa e apoiada na literatura citada.

Constatamos também que esse é um espaço de trabalho do profissional de Serviço Social e que se percebe a dificuldade para se encontrar material para embasamento teórico produzido pelo CFESS ou ABEPSS sobre as comunidades terapêuticas tendo em vista sua maioria serem de outras profissões.

Buscamos contribuir com a produção de conhecimento técnico-metodológico e para uma reflexão crítica entre a prática e a teoria, tanto no meio acadêmico quanto no profissional.

Com a realização deste trabalho, foi possível comprovar e perceber que há uma extensa demanda para o Serviço Social dentro da CT, e que esse necessita estar atento e ter habilidade de se articular em rede, interagindo com os serviços disponíveis no entorno da instituição e municípios adjacentes a fim de contribuir para o acesso da CT na RAPS, através de atendimentos que devem ser planejados e pensados de acordo com o perfil de cada um dos acolhidos, as necessidades específicas de cada um, visando o melhor acesso aos serviços.

A prática profissional deve estar em consonância com o projeto ético-político profissional, tendo como foco o acolhido e a defesa de seus direitos, constatando na própria instituição os instrumentos disponibilizados para efetivar tal objetivo, indo além da hierarquia existente no espaço institucional.

Sabemos não se tratar de uma situação simples e fácil, mas sim, que exige um grande desafio, considerando que o assistente social está intervindo junto à realidade da dependência química, que é uma doença envolta de preconceitos e valores morais. O dependente químico

por sua vez precisa ser respeitado e atendido com atenção, a práxis do Serviço Social onde se busca a transformação do sujeito de forma emancipatória, e não, apenas com ações imediatistas ou higienistas. Com este intuito, os acolhidos, não só farão a redução de danos, mas sim ficarão em abstinência do uso de SPAs, e se tornam sujeitos emancipados e autores da própria história por meio da efetivação dos seus direitos.

REFERÊNCIAS

AVILA, Maria Roseli R. e FILHO, Osvaldo Christen (Orgs); **Reflexões para Grupos de Apoio: orientação para dependentes químicos familiares**, Editora Grafar/Cruz Azul, 1ª Edição 2013.

BARROSO, Maria L. Silva; TERRA, Sílvia Helena. Conselho Federal de Serviço Social- CFSS (Org). **Código de Ética do/a Assistente Social-Comentado**. Editora Cortez, 2018, São Paulo.

BIANCHETTI, Lucídio; MACHADO, Ana Maria (Orgs.). A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e escrita de teses e dissertações. 2ª Edição Editora UFSC/Cortez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurilio Castro de (Orgs); Assessoria, Consultoria & Serviço Social. Editora Cortez, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

Conad- Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas, Governo Federal, Brasília, DF.

OMS- Organização Mundial da Saúde Cid 10: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Editora Edusp, 2014

DE LEON, George (Ph.D.) **A Comunidade Terapêutica Teoria, Modelo e Método**. Editora Loyola, 4ª Edição ,2003.

GOTI, Maria Elena. **La Comunidad terapêutica. Um desafio à lá droga**. Buenos Aires. Nueva Vision, 2000.

FREIRE, Lucia M.de B. O Serviço Social na reestruturação produtiva: espaços, programas, direções e processos de trabalho profissional. Editora Cortez. 3ª Edição. 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo. 22ª edição: Editora Cortez, 2012.

JUNAAB, Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos e Anônimos do Brasil. **Os doze passos e as doze tradições**. Editora JUNAAB, 2017. Marco Regulatório de Comunidades Terapêuticas Resolução 01/2015 CONAD.

]

MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Perícia social: proposta de um percurso operativo**. In: Serviço Social e Sociedade, n.º67, 2001.

RIVEIRO, Marcelo; LARANJA, Ronaldo. **O Tratamento do Usuário de Crack- 2ª Ed.** Editora Artmed, 2012.

SÁ, Janete L. Martins de (org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade dos fundamentos filosóficos a prática interdisciplinar no ensino**, pesquisa e Extensão. 8ª Edição, Editora Cortez, 2010.

SERRAT, Saulo Monte (org.) **Drogas e Álcool-Prevenção e Tratamento**. Editora Komedi, Campinas, 2012.

Relatório de Fiscalização CFESS/CRESS, Março 2018.

SCHONS, Selma Maria. **Questão social hoje: a resistência um elemento em construção**. Emancipação, nº7, 2: p.9-39, 2007.

VIEIRA Thaís Aparecida. **Sob a óptica do acolhido**: relações familiares dos usuários em processo de tratamento por uso e abuso de substâncias ilícitas, 2014, 62f. Monografia (Bacharel em Serviço Social) Curso de Graduação em Serviço Social, Faculdade Cearense, FaC, Fortaleza, Ceará. Disponível em:

<<http://ww2.faculdadescearenses.edu.br/biblioteca/TCC/CSS/SOB%20A%20OPTICA%20DO%20ACOLHIDO%20RELACOES%20FAMILIARES%20DOS%20USUARIOS.pdf>> Acesso em: 10/03/19

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza M. de Fátima. **O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas**: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v.15, nº 1, p.94-115, 2015. Disponível em:

<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/16062/12085>> Acesso em 07/03/2019.

<https://sdstjdh.rs.gov.br/comunidades-terapeuticas>.