

As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química

*Selma Frossard Costa

* Professora do Departamento de Serviço Social da UEL, autora do livro “Planejamento Estratégico: instrumento de Gestão em Organização do terceiro Setor”
selmafro@sercomtel.com.br

Resumo:

O trabalho exercido pelas comunidades terapêuticas (CTs), prestadoras de serviços na área da dependência química, junto àqueles que desejam e/ou necessitam de tratamento, carece de uma melhor compreensão a partir das significativas mudanças ocorridas, do ponto de vista legal e nas políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, determinando-lhes novas diretrizes e parâmetros de atuação. Este texto é resultado de uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas que atuam na dimensão do tratamento, recuperação e reinserção social, tendo como premissa o internamento e a abstinência total do uso de SPAs. O objetivo é discutir a interface das políticas públicas com as comunidades terapêuticas no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, focando as respectivas competências de cada instância. Busca resgatar que o Conselho Municipal Antidrogas¹ (COMAD) é espaço privilegiado para a articulação entre as políticas públicas envolvidas neste atendimento e para a definição e o direcionamento da política municipal sobre drogas, decidindo, inclusive, a destinação dos recursos financeiros advindos do Fundo Municipal Antidroga (FUMAD).

Palavras-chaves: dependência química, políticas públicas, comunidades terapêuticas.

Abstract:

The work conducted by the therapeutical communities serving the chemical addiction area, with the psycho active substances user/addicted, who wish or need a treatment, needs a better understanding because of the significant changes occurred, from the legal point of view and in the public health and Social Work policies, with new directions and action parameters. This text brings a reflection about the work developed by the therapeutical communities that act in the treatment dimension, recovery and social reinsertion, with the premise of admission and total abstinence of SPAs. The purpose is to discuss the interface of public policies with the therapeutical communities in serving psychoactive substances users, focusing the respective competencies in each instance. It tries to rescue that the Antidrug Municipal Council (COMAD) is the privileged space for the articulation between the public policies involved in this service and for the definition and direction of municipal policy on drugs, deciding, also, the destination of financial funds originated from the Antidrug Municipal Fund (FUMAD).

Key-words: chemical addiction, public policies, therapeutical communities.

Introdução:

¹ Atualmente a expressão correta é Conselho Municipal Sobre Drogas. O termo “antidrogas”, em todas as citações e siglas, deverá ser substituído por “sobre drogas”. Mas, permaneceremos utilizando “antidrogas”, neste artigo, por este ainda ser o imperante.

A importância do tema “dependência química” não é marcada apenas pela sua atualidade, mas principalmente pela sua complexidade. Está inserido em um contexto social que passa, constantemente, por profundas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, onde velhos paradigmas são quebrados e novos valores são agregados.

As comunidades terapêuticas, aqui entendidas como instituições de atendimento ao dependente químico, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes, surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país. Elas cresceram, multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas² (SPAs), desejosas de tratamento.

Frente à proporção que a questão da drogadição alcançou no mundo e no Brasil, associada à violência e ao crime organizado, atingindo cidadãos de todas as classes sociais e uma faixa etária cada vez mais precoce, políticas públicas para essa área começaram a ser pensadas e implantadas, embora de forma lenta e gradativa.

Atualmente, contamos com uma legislação específica no que se refere à atenção a dependência química, bem como, esta questão está presente em diferentes políticas sociais setoriais tais como a assistência social, a saúde e a educação.

As propostas e formas de atendimento terapêutico variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições, governamentais e não governamentais, atuantes nesta área. Da abstinência total à redução de danos, do internamento ao atendimento ambulatorial, dos grupos de ajuda ao tratamento medicamentoso, de programas governamentais a comunidades terapêuticas, o usuário³ de substâncias psicoativas, que deseja ou necessita de tratamento, tem uma variedade de alternativas, optando por aquela mais adequada ao seu perfil e/ou suas necessidades.

Portanto, a abordagem desse tema não pode ocorrer de forma parcial, como se houvesse apenas uma alternativa e/ou forma eficiente de atenção à dependência química. A prevenção, o tratamento, recuperação e reinserção social, bem como a redução dos danos sociais e à saúde e a redução da oferta são dimensões amplamente consideradas na legislação e nas políticas voltadas para esta questão e, todas são válidas e importantes na medida em que contribuem não apenas para a compreensão desta problemática, mas também para o seu enfrentamento.

Neste texto nos ocuparemos do trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas que atuam na dimensão do tratamento, recuperação e reinserção social, tendo como premissa o internamento e a abstinência total do uso de SPAs.

² Substâncias ou produtos capazes de causar dependência física e psíquica e que têm como característica descritiva central o desejo, freqüentemente forte e, algumas vezes irresistível por consumi-las. (CID-10 Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento)

³ Nem todo usuário é dependente. De usuário ocasional ou semi-ocasional a pessoa pode se tornar um dependente químico (toxicômano).

O objetivo é discutir a interface das políticas públicas com as comunidades terapêuticas no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, focando as respectivas competências de cada instância.

Buscamos uma compreensão real e equilibrada do papel histórico que estas organizações têm ocupado no contexto contemporâneo e, concomitantemente, as possíveis parcerias com as políticas públicas para a efetivação de suas diretrizes e objetivos.

Trata-se de um tema que não se esgota nas reflexões aqui presentes. São várias as implicações e as perspectivas existentes, bem como as formas de enfrentamento da questão. Mas, acreditamos que é, em função disso mesmo, que devemos caminhar na busca da unidade na diversidade, deixando de lado pré-noções e pré-conceitos, na direção de atendimentos de real qualidade à pessoa que deseja e busca o tratamento.

1. A Dependência e o Dependente Químico:

Não há dificuldade, entre os estudiosos do assunto, em concordarem que a dependência química se trata de um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma importância muito maior para um determinado indivíduo, do que outros comportamentos que antes tinham mais valor.

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento apontada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamentos prescritos), álcool ou tabaco.

A Organização Mundial de Saúde afirma que se trata de um estado psíquico e às vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância. É caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem um impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação. A tolerância pode estar presente ou não.

Ainda, segundo a CID -10, um diagnóstico de dependência química é confirmado quando, pelo menos, três dos comportamentos abaixo estão presentes:

- Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- Uma síndrome de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido;
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes são requeridas para alcançar efeitos originais;
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de substâncias psicoativas;

- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas.

A dependência química abarca o uso de todos os tipos de substâncias psicoativas (SPA); ou seja, qualquer droga que altera o comportamento e que possa causar dependência: álcool, maconha, cocaína, crack, dentre outras.

A Organização Mundial de Saúde reconhece a dependência química como uma doença porque há alteração da estrutura e no funcionamento normal da pessoa, sendo-lhe prejudicial. Não tem causa única, mas é produto de uma série de fatores (físicos, emocionais, psíquicos e sociais) que atuam ao mesmo tempo, sendo que às vezes, uns são mais predominantes naquela pessoa específica do que em outras.

Atinge o ser humano na suas três dimensões básicas (biológica, psíquica e espiritual), e atualmente é reconhecida como uma das expressões da questão social brasileira, à medida que atinge todas as classes sociais.

Sem o tratamento adequado, a dependência química tende a piorar cada vez mais com o passar do tempo, levando a pessoa a uma destruição gradativa de si mesma, atingindo sua vida pessoal, familiar, profissional e social.

Portanto, há a necessidade da superação do rótulo “dependentes químicos”, entendendo que estes são, antes disso, cidadãos, seres únicos e singulares, que devem ser respeitados em sua integralidade humana. São pessoas inseridas no contexto sócio-familiar que, por diferentes causas orgânicas, sociais, psíquicas e econômicas se viram envolvidas na questão da drogadição e da dependência química.

Aqueles que buscam ajuda para o enfrentamento/tratamento da dependência, são esses mesmos cidadãos, sujeitos de direitos que descobriram que, sozinhos, não o conseguirão.

Sendo assim, são sujeitos no processo de tratamento, reconhecidos em sua integralidade e como seres contextualizados, têm direito de acesso ao atendimento que melhor lhes convier, de qualidade social, com projeto terapêutico claramente definido e equipe terapêutica com profissionais de diferentes áreas. E, nesse processo, a família é co-participante ativo.

Estes, dependente e co-dependente, são a razão principal e última de toda a discussão sobre a dependência química e as diferentes formas de atenção, de toda a política formulada, do surgimento de todas as comunidades terapêuticas e de todas as formas de atendimento.

Constituem-se no foco principal de toda e qualquer movimentação em torno da discussão e do enfrentamento da dependência química. Prevenção – Tratamento - Reinserção Sócio-Familiar fazem parte de um panorama de atuação cujo foco é o usuário (e a sua família); o dependente e o co-dependente. E eles são os sujeitos do processo de tratamento e não o objeto da intervenção.

A definição de políticas e competências nessa área não pode se tornar um “cenário” de disputa de poder ou de desresponsabilização de fazeres, pois não é tarefa fácil definir os limites de ação das políticas públicas envolvidas (assistência social, saúde, segurança, dentre outras) e

das comunidades terapêuticas, pois não basta adequarem-se às diretrizes e objetivos da legislação vigente. Ao contrário, trata-se de um trabalho conjunto em que, muitas vezes, as competências e atribuições podem até se confundir, mas não deixando de primar pela qualidade do atendimento ao usuário.

2. As Comunidades Terapêuticas:

O que são? De onde vieram? Por que surgiram? Como se constituem? Quais as suas vinculações institucionais? Quem nelas trabalha? A quem atende?

São questões que não são possíveis de serem respondidas em toda a sua extensão nos limites deste artigo. Mas, precisamos refletir sobre elas para a superação de alguns dogmas, conceitos e até preconceitos sobre estas instituições que, sem dúvida, têm cumprido um papel de importância histórica no contexto contemporâneo.

“Comunidade Terapêutica” tornou-se uma nomenclatura oficial a partir da Resolução 101 da ANVISA, de 30 de maio de 2001. Essa terminologia aparece no título da Resolução “que estabelece regras para as clínicas e comunidades terapêuticas”. E em seu artigo 1º define o que entende por comunidade terapêutica: “serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial”. Isto é, reconhece a existência e o trabalho destas instituições e estabelece um modelo básico para o seu funcionamento: o psicossocial, na intenção de garantir o caráter terapêutico de suas ações.

Utilizam-se de conhecimentos, instrumentos e técnicas científicas, na área da saúde mental, social e física, para o atendimento ao usuário de SPA que busca ajuda para o tratamento, que, por outro lado, sabemos ser uma doença incurável. O tratamento, portanto, se concentra no fortalecimento físico, psíquico e espiritual, para que o usuário se mantenha abstinente pelo maior tempo possível. Esse é o quadro que prevalece nos atendimentos prestados pelas comunidades terapêuticas.

No Brasil, a grande maioria destas comunidades, vinculadas principalmente a confissões religiosas (católicas e evangélicas), surgiu, gradativamente, em função de dois grandes motivos:

1º) o vácuo deixado pelas políticas públicas nessa área: por muito tempo a questão do álcool e de outras drogas foi tratada em nosso país como um “caso de polícia”. Até a década de 1960, época em que as comunidades terapêuticas começaram a surgir no Brasil, o dependente químico e/ou sua família tinham como única opção a internação em manicômios, levando o usuário/dependente a ser considerado como uma pessoa com transtornos psiquiátricos. Surgiram também as clínicas particulares especificamente atuando nesta área, mas com custos elevados, mantendo excluídos do tratamento uma grande parcela oriunda das classes mais empobrecidas da sociedade.

2º) Esse vácuo foi sendo ocupado por diferentes confissões religiosas, motivadas pela perspectiva de “evangelização”, mas também pela necessidade de fornecerem resposta aos pedidos de ajuda por tratamento que chegavam às suas portas na mesma proporção em que a dependência química alcançava números alarmantes de vítimas.

Essas instituições se proliferaram pelo Brasil e, segundo Chaves&Chaves (s/d. p. 23) “estima-se que existam hoje, no Brasil, cerca de 2000 comunidades terapêuticas, que oferecem

tratamento a 40.000 residentes e emprego a outras 10.000 pessoas”. São números impossíveis de serem ignorados e que demonstram a dimensão da presença destas instituições no contexto brasileiro, bem como a significativa atuação no tratamento a dependentes de SPA.

Cresceram baseadas no serviço voluntário, na prática assistencialista e no ensino religioso, mas cresceram! E mais: alcançaram resultados, enquanto as políticas públicas passavam ao largo da questão da dependência química, pois esta era um “caso de polícia” e não de “política de saúde pública”.

Mas, os tempos mudaram, as demandas ficaram mais complexas, as políticas na área da saúde e da assistência foram definidas, o terceiro setor se configurou e a época do amadorismo no tratamento da dependência química passou. Podemos até entender o fato de que, no passado, muitas dessas comunidades iniciaram os seus trabalhos sem as mínimas condições físicas e técnicas, mas não é concebível que essa situação perdure.

Muitas delas avançaram na perspectiva técnica e profissional do trabalho que executam junto à questão da dependência química, não só porque necessitaram se adequar às normas da ANVISA e/ou da legislação social pertinente, mas porque se conscientizaram que necessitam hoje, não apenas sobreviver, mas sobreviver com qualidade social.

Instituições como a Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Cruz Azul do Brasil e os próprios Conselhos (nacional, estaduais e municipais antidrogas), no qual participam representantes de diferentes CTs, são provas desse movimento interno, que tem acontecido no âmbito das comunidades terapêuticas, de reordenamento e reestruturação física, administrativa e técnica. O usuário da CT passou a ser considerado em sua dimensão integral e não dissociado do seu contexto social e familiar.

A partir desse redimensionamento técnico-operacional e político-valorativo, as comunidades terapêuticas passaram a integrar a rede socioassistencial de atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade social por uso ou dependência de substância psicoativas, conforme previsto pela Política Nacional de Assistência Social. Mas também, passaram a integrar a rede de atenção à saúde mental como espaço alternativo de atendimento psicossocial.

Portanto, há uma interface claramente colocada pelas ações das diferentes políticas públicas, entre si, e com as comunidades terapêuticas. Elas se complementam na busca da garantia de um atendimento com qualidade social ao principal e único foco deste cenário: o usuário/dependente de SPA, sujeito de direitos e presença ativa no seu processo de tratamento, inclusive no contexto das CTs.

3. O Estado e a Atenção à Dependência Química:

Ao nos debruçarmos sobre o processo histórico de construção da legislação e da política social brasileira, no que se refere à questão da dependência química, percebemos que o uso indevido de drogas, nas políticas públicas brasileira, tratado durante muitos anos como “caso de polícia”, adquiriu, atualmente, o caráter de saúde pública. De ações de repressão ao usuário e/ou dependente, não o diferenciando do traficante, passou, gradativamente, para ações de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social; porém, mantendo a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Consideramos como marco principal desse processo, a criação, somente em 1998, da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que agrega o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), relacionando-se com os Conselhos Estaduais Antidrogas (COEAD) e Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD).

Subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, a SENAD

(...) é o órgão executivo das atividades de prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência, bem como daquelas relacionadas com o tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social de dependentes. (www.senad.org.br)

Juntamente com a SENAD também foi criado o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). A Lei nº 7.560, de 19.12.1986, que havia criado o Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB, teve a sua denominação alterada para Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD e sua gestão transferida do Ministério da Justiça para a Secretaria Nacional Antidrogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Em 11 de janeiro de 2002, foi aprovada a Lei Federal nº 10.409, que dispôs sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

Ainda em 2002, foi elaborada a Política Nacional Antidrogas (Decreto nº. 4345 de 26.08.2002), porém o CONAD, em outubro de 2005, aprovou a Política Nacional Sobre Drogas, como resultado do realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente até então. Por meio da realização de seis fóruns regionais e um nacional, representantes de diversos setores do Governo e da sociedade, decidiram pelas alterações incorporadas nesta nova versão.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), frente ao crescente número de clínicas e comunidades voltadas para o atendimento a usuários e/ou dependentes de substâncias psicoativas, definiu a Resolução nº101, de 30 de maio de 2001, que estabeleceu as regras para o funcionamento das clínicas e comunidades terapêuticas.

Recentemente, através da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 foi instituído o SISNAD, Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas que substituiu as Leis 6.368/76 e 10.409/02. O SISNAD tem como objetivo articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico, estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas.

Esta Lei trouxe uma distinção clara e definitiva entre o que é ser usuário e dependente de drogas e o que é ser traficante de drogas, não descriminalizando, porém, qualquer tipo de droga. O porte de drogas continua caracterizado como crime e os usuários e dependentes estarão sujeitos a penas alternativas e medidas sócio-educativas e não mais à pena restritiva de liberdade. Serão julgados pelos juizados especiais criminais. Aumenta o rigor das penas para os traficantes que serão julgados pela justiça comum.

No que se refere às políticas sociais setoriais, duas especificamente nos interessam para o teor

da reflexão em pauta: a Política Nacional de Assistência Social, expressada através da implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), desde 2004, e a Política Nacional de Saúde, expressada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais especificamente pela Política do Ministério de Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004.

Poderíamos afirmar que o atendimento à dependência química está fora das diretrizes e dos objetivos da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)? Trata-se de um segmento que deva ser atendido unicamente pela Política de Saúde? O vínculo das Comunidades Terapêuticas, para fins de assessorias e parcerias, se dá exclusivamente com a Saúde ou também com a Assistência Social? A quem interessa o trabalho das comunidades terapêuticas?

Vejamos o que o SUAS define como usuário da política de assistência social:

Constitui público usuário da política de assistência social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; **uso de substâncias psicoativas**; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos;..... (PNAS – item 2.4) grifo nosso.

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, **uso de substâncias psicoativas**, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, trabalho infantil, entre outras. (PNAS – item 2.5.2) grifo nosso.

E mais,

Os serviços, programas, projetos de atenção às famílias e indivíduos poderão ser executados **em parceria com as entidades não-governamentais de assistência social**, integrando a rede socioassistencial. (PNAS – item 3.1.1.) grifo nosso.

Nesse sentido, constatamos que a política de Assistência Social inclui em seu público usuário, pessoas que estejam em situação de vulnerabilidade e riscos devido ao uso de substância psicoativas, e que são passíveis de proteção social especial. Acrescenta que os serviços, programas e projetos para o atendimento aos seus usuários podem ser executados em parceria com organizações não governamentais, portanto, do Terceiro Setor. Sendo assim, as comunidades terapêuticas, ao cumprirem os requisitos necessários que as definem como entidades de assistência social e, ao estabelecerem parcerias com o gestor público, passam a integrar a rede sócio-assistencial, contribuindo para a viabilização das diretrizes, objetivos e metas preconizadas por esta Política.

A responsabilidade da formulação da política é do Estado. É o fomentador e o formulador das políticas sociais. E, hoje, o Estado conta, essencialmente, com as organizações do terceiro setor⁴ para a execução de ações formuladas em suas políticas.

⁴ Associações ou fundações, organizadas juridicamente e fora do aparato estatal que prestam serviços de utilidade pública, sem fins econômicos e com atuação de voluntários.

Portanto, o caminho tem sido o da superação da concepção de que as comunidades terapêuticas executam ações tão somente assistencialistas, com objetivos unicamente religiosos. Muitas avançaram e têm avançado em direção a um trabalho focado nas diretrizes das políticas sociais. Outras muitas ainda não; mas aí visualizamos o papel dos Conselhos Municipais Antidrogas (COMADs), da Assistência Social e da Saúde, não apenas cobrando, mas capacitando, assessorando e fornecendo instrumentos e técnicas para que essas instituições superem as suas limitações.

Por outro lado, não podemos nos esquecer que as comunidades terapêuticas, até então vinculadas, para fins de convênio e parcerias com a Assistência Social, estão migrando para a área da Saúde, pois a dependência química é tida hoje como uma questão de saúde pública.

Porém somos instigados a refletir se a Saúde está preparada para receber, se relacionar, capacitar e assessorar as comunidades terapêuticas, que atuam prioritariamente na proposta de abstinência e em sistema de internamento.

Ao nos reportarmos à Política Nacional de Saúde Mental, constatamos que, no que se refere ao tratamento do dependente químico como pessoa possuidora de transtorno mental decorrente do uso de SPA, o atendimento é organizado através de uma estrutura piramidal nas seguintes modalidades⁵: Aberto, Semi-aberto e Fechado.

Em sistema “Aberto” o atendimento pode ser realizado em diversas instituições, tanto públicas quanto privadas, tais como as UBS (Unidade de Básica de Saúde), ambulatório de saúde mental ou outras instituições que ofereçam tratamento com as características desta modalidade. É um serviço prestado a pessoas com pouco comprometimento com SPA e muita motivação para deixar de usá-las. Frequentam a instituição uma ou várias vezes por semana durante algumas horas ou o dia todo, pelo período necessário, onde recebe, juntamente com sua família, acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Passam por terapias de grupo, terapias individuais, atividades educativas com grupo na Unidade sobre ações de prevenção e promoção à saúde e atividades educativas comunitárias que versam sobre ações de prevenção e promoção à saúde, desenvolvida na comunidade, fora da instituição. Além disso, neste nível de atendimento são realizadas ações preventivas envolvendo a comunidade em geral.

No atendimento “Semi-aberto”, o tratamento é realizado nos CAPS/ad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas) e hospital/dia. É um serviço de maior complexidade, sendo intermediário entre as modalidades “aberto” e “fechado”. Este é um atendimento indicado para pessoas muito dependentes, porém, motivadas para o tratamento.

O hospital/dia foi pensado para desenvolver ações de cuidados intensivos, visando substituir a internação integral. O paciente frequenta o serviço diariamente por oito horas diárias. O CAPS/ad presta atendimento à pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA, cuja atenção é direcionada ao tratamento, reabilitação e ressocialização junto à família e à comunidade. O trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional e o atendimento individual pode ser medicamentoso, psicoterápico, de atenção, entre outros. Ocorrem também atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares,

⁵ Estas modalidades de atendimentos estão estabelecidas nas portarias: Portaria/GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002 e Portaria nº. 224/92//MS.

atendimento à família, atividades comunitárias de integração e reinserção sócio-familiar e atendimento de desintoxicação.⁶

Mas, segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004, o CAPS/ad.

Tem como objetivo oferecer atendimento à população... oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de **redução de danos**. (Ministério da Saúde, Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, p. 34. 2004) (grifo nosso).

Observamos que, o CAPS/ad desempenha, dentro da política pública de atendimento à saúde mental, o serviço de atenção psicossocial a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA, tendo também o papel de regulador da porta de entrada do usuário à rede assistencial local de atendimento, em articulação com o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD). Porém, a ênfase do seu atendimento está na redução de danos e não na internação (abstinência), não reconhecendo as comunidades terapêuticas como espaço de tratamento clínico.

Como regime “Fechado” e também ocupando o topo da pirâmide, está a atenção de maior complexidade, cujos sujeitos atendidos são aqueles com muito comprometimento com SPA e normalmente pouco motivados para o tratamento. Nesta modalidade estão as clínicas e hospitais psiquiátricos e os hospitais gerais. A internação do dependente químico é feita somente em último caso, quando as outras possibilidades não surtiram efeito e a situação do mesmo oferece risco à sua integridade ou à de outros.

A Política de Saúde conta com os hospitais gerais, que possuem leitos psiquiátricos ou unidades de desintoxicação, como hospitalar para os casos que exigem internação. Os dependentes em tratamento e outros pacientes recebem atendimento médico, psicológico, social e outros que se fizerem necessários de acordo com as particularidades de cada caso.

Essas internações ocorrem de acordo com a portaria nº. 224 de 29/01/92 da Secretaria de Assistência à Saúde, com modelo de longa e curta permanência (30 a 45 dias como referencial) com o objetivo de desintoxicação e encaminhamento para Ambulatório de Referência. Percebemos, mais uma vez, que as comunidades terapêuticas não são contadas como possibilidades de internamento, dentro da estrutura de atendimento da rede pública de saúde.

O Ministério da Saúde, através do seu site afirma que,

Em decorrência da reforma psiquiátrica, vem definindo estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos. A assistência ao usuário de substâncias psicoativas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - é realizada por meio da rede psiquiátrica existente. Um importante número de internações destes usuários é efetuado com o intuito de desintoxicar pessoas dependentes das drogas. Para reverter esse quadro o Ministério da Saúde, desde 1990, está definindo

⁶ Portaria nº. 224/92/MS e Portaria/GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002.

como diretriz básica de suas ações, a reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, na qual a atenção às dependências químicas está inserida. Tem como **premissa fundamental a ampliação da rede ambulatorial e o fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais** que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários **entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar**, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes. Em decorrência desse processo, o número de hospitais psiquiátricos no país reduziu de 313, em 1991, para 260, em 2001, enquanto o número de leitos especializados caiu de 86 mil para 62 mil, no mesmo período. Paralelamente a este fator, dos 03 Centros de Atenção Psicossocial/CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial/NAPS existentes, passamos para 266 em 2001, destes, estimamos que 10% sejam específicos para dependentes químicos. (www.saude.org.br. Site visitado em 30 de agosto de 2006) (grifo nosso).

Até 2004 haviam sido implantados 63 CAPS/ad em todo o território nacional (Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, p. 32. 2004), numa explícita opção da política pública na área da saúde em trabalhar na perspectiva da redução de danos e não do internamento, fazendo clara alusão ao desestímulo do internamento psiquiátrico, mas não se referindo à opção de internamento em comunidades terapêuticas.

Mas, como não considerar o trabalho das comunidades terapêuticas? Como a Saúde vai assessorar e capacitar tecnicamente as comunidades terapêuticas, já que estas passaram para a instância da Saúde, para fins de convênios e parcerias com o gestor público, se não forem reconhecidas como espaços alternativos de atendimento?

Ao entendermos a dependência química como uma questão de saúde pública, precisamos considerar a várias e diferentes dimensões que esta concepção assume, bem como as diversas modalidades de atendimento possíveis e que devem se adequar às particularidades e singularidades de cada caso.

A repressão ao tráfico, por exemplo, está dentro da política de enfrentamento à dependência química, porém é um trabalho exclusivo e restrito à área de segurança pública. Por outro lado, a prevenção e o tratamento ao uso e abuso de substâncias psicoativas, bem como a reinserção sócio-familiar são ações afetas à política da saúde, mas também à política de educação, principalmente na esfera da prevenção e, da assistência social, quando se trata do atendimento aos usuários desta política, prioritariamente atendidos pelas comunidades terapêuticas.

Ao nos determos na legislação atual no que tange ao uso indevido de SPA e nas políticas setoriais envolvidas percebemos que as políticas públicas de atenção à questão da dependência química dividem-se nos programas de redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção social) e programas de redução de danos. Ambos são importantes na medida em que se voltam para pessoas que fazem a opção de atendimento de acordo com suas necessidades e singularidades.

Toda essa legislação, definidora de normas, diretrizes, princípios e objetivos, passou a direcionar a linha de atuação que deve ser priorizada por órgãos governamentais e não governamentais que atuam, direta e indiretamente, na questão da dependência química, em caráter preventivo ou de tratamento; em sistema ambulatorial ou de internamento, prevalecendo a redução de danos ou a abstinência.

Portanto, as comunidades terapêuticas, historicamente marcadas por atenderem pessoas oriundas de segmentos vulnerabilizados pela pobreza, se vêem na necessidade de adequação

às normas legais, inclusive porque a dependência química entrou para a esfera da saúde pública. E, as políticas de Assistência Social e Saúde, com base em suas diretrizes, princípios e objetivos, que prevêm o atendimento a usuários/dependentes de substâncias psicoativas, têm como possibilidade valiosa, considerar as comunidades terapêuticas como espaço alternativo de atendimento psicossocial.

4. O Conselho Municipal Antidrogas – COMAD:

Mas, qual seria o espaço local de formulação da política de atendimento a esse público? De articulação de ações? De fortalecimento técnico, político e administrativo das CTs? De aproximação das políticas públicas com as CTs? De definição do financiamento público, com verbas específicas para o atendimento à dependência química?

Pelas suas finalidades, características e composição paritária, fica-nos claro que este espaço é o Conselho Municipal Anti-Drogas (COMAD). Composto por representantes governamentais e não governamentais, este Conselho

Atua como coordenador das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda, assim como movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e disposta a cooperar com esforço municipal. (www.senad.gov.br)

Trata-se do espaço de articulação, interface e complementaridade das diferentes áreas e comunidades terapêuticas, tendo como referência uma legislação social ampla (assistência social, saúde, educação) e uma legislação específica no que concerne à dependência química, além do desafio de um trabalho diferenciado nestas instituições, em função da configuração do terceiro setor.

Por focar diferentes políticas e instituições governamentais e não governamentais, incluindo as comunidades terapêuticas, voltadas para a atenção e o tratamento à dependência química, é possibilitado ao COMAD ter como atribuições e responsabilidades, em cada município,

- A definição e o direcionamento da política municipal sobre drogas, decidindo, inclusive, a destinação dos recursos financeiros advindos do Fundo Municipal Antidrogas (FUMAD);
- O cadastramento e a inscrição das comunidades terapêuticas do município;
- A articulação da rede de serviços de atenção e tratamento à dependência química;
- A capacitação e o fortalecimento das comunidades terapêuticas e outras instituições para um trabalho de qualidade social;
- A cobrança ao gestor público municipal e aos agentes políticos, do efetivo comprometimento com ações de enfrentamento da questão da dependência química no município, inclusive na definição orçamentária para o FUMAD.

Desta forma, o COMAD estará cumprindo o seu papel político, administrativo e histórico na atual conjuntura das políticas sociais brasileiras, e menos importará a qual política ou secretaria municipal as comunidades terapêuticas devam estar vinculadas para fins de convênios e/ou parcerias. Se os recursos públicos forem alocados devidamente no FUMAD, sem retirá-los das outras políticas sociais básicas, como Saúde, Educação e Assistência Social, serão gerenciados pelo COMAD, e à Assistência Social e à Saúde, por exemplo, caberão as ações de assessoria técnica, atendimento terapêutico e cooperação mútua entre si e com as instituições envolvidas.

Considerações Finais:

A interface das políticas públicas com as comunidades terapêuticas, no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, está claramente expressada na legislação vigente que versa sobre o assunto. Talvez a grande questão seja a operacionalização concreta dos princípios e diretrizes ali preconizadas e o reconhecimento do papel de cada instância pública e privada no atendimento à dependência química.

São vários os sujeitos institucionais envolvidos, mas não podemos perder de vista que o principal sujeito participante deste processo não é institucional; mas sim, humano. É o usuário/dependente de SPAs que deseja e busca atendimento e que tem o direito de ter acesso ao tratamento adequado à sua necessidade e de qualidade social. As políticas públicas que atuam nesta área, as comunidades terapêuticas e os conselhos municipais sobre drogas possuem especificidades para o enfrentamento desta questão que necessitam ser articuladas e operacionalizadas em função de um atendimento adequado e interdisciplinar.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**. Resolução nº. 101, de 30 de Maio de 2001.

_____. **Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social**. Resolução nº145, de 15 de outubro de 2004.

_____. **Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Política Nacional Sobre Drogas**. Resolução nº. 03 de outubro de 2005.

_____. Decreto n.º.696/2000. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas**. (site: www.senad.gov.br/ acessado dia 11/09/06).

_____. Lei n.º.368, de 21 de outubro de 1976. (site: www.senad.gov.br/ acessado dia 11/09/06).

_____. Lei nº 7.560, de 19.12.1986. **Cria o Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB**. (site: www.senad.gov.br/ acessado dia 11/09/06).

_____. Lei 9.782 de 26 de janeiro de 1999. **Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, ANVISA. (site: www.senad.gov.br/ acessado dia 11/09/06).

_____. Lei nº. 10.409 de 11 de janeiro de 2002. **Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.** (site: www.senad.gov.br/ acessado dia 11/09/06).

_____. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, **que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD).** (site: www.senad.gov.br/ acessado dia 11/09/06).

_____. Medida provisória nº 2.143-32, de 02.05.2001, **transforma o FECAB em FUNAD.** (site: www.senad.gov.br/ acessado dia 11/09/06).

_____. **Ministério da Saúde. Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília. 2004.

_____. **Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Política Nacional Antidrogas.** Decreto nº. 4345, de agosto de 2001.

BRAUN, Edna Ap. de Carvalho. **O processo de Reinscrição Sócio-familiar dos egressos do Centro de Recuperação Vida Nova (CERVIN).** Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. Graduação em Serviço Social. Universidade Estadual de Londrina-UEL. 2006

CHAVES, Edmundo Muniz e CHAVES Eugênia Maria. **O Papel da Comunidade Terapêutica na Atual Conjuntura.** In: Revista Comunidade Terapêutica&Dependência Química em Pauta. Ano I, nº. 02. Cruz Azul do Brasil. Blumenau, s/d.

COSTA, S. F. **As políticas públicas e as comunidades Terapêuticas no atendimento à dependência química.** Palestra proferida no I Fórum sobre Dependência Química de Maringá, em 28 de junho de 2006.

_____. **O processo de Reinscrição Social do Dependente Químico após completar o ciclo de tratamento em uma Comunidade Terapêutica** *In:* Serviço Social em Revista, vol. 3, nº. 2, jun. - jul. / 2001.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo: Loyola, 2003.

FRACASSO, Laura. **Características da Comunidade Terapêutica.** *Curso de SPA.* São Paulo, 2006.