



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS
HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: SAÚDE
MENTAL E DIREITOS HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

CLAUDIO MARLON DA SILVA



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS
HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: SAÚDE
MENTAL E DIREITOS HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

CLAUDIO MARLON DA SILVA

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Direitos Humanos na América Latina.

Orientador: Dr. Anaxsuell Fernando da Silva

CLAUDIO MARLON DA SILVA

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA: SAÚDE
MENTAL E DIREITOS HUMANOS NA AMÉRICA LATINA**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Direitos Humanos na América Latina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Profº. Drº. Anaxsuell Fernando da Silva
UNILA

Profº. Drº. Marcos Augusto Moraes Arcoverde
UNIOESTE

Profª. Drª. Juliana Domingues
UNILA

UNILA, Foz do Iguaçu-PR, 21 de Setembro de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do/a autor/a: Claudio Marlon da Silva

Curso: Especialização em Direitos Humanos na América Latina

	Tipo de Documento
<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Artigo
<input checked="" type="checkbox"/> Especialização	<input checked="" type="checkbox"/> Trabalho de Conclusão de Curso
<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Monografia
<input type="checkbox"/> Doutorado	<input type="checkbox"/> Dissertação
	<input type="checkbox"/> Tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM REGIÃO DE FRONTEIRA:
SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS NA AMÉRICA LATINA

Nome do orientador(a): Profº. Drº. Anaxsuell Fernando da Silva
Data da Defesa: 21/09/2022.

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor:

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença *pública Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu-PR, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a todos os psicólogos e defensores dos
Direitos Humanos.

AGRADECIMENTO

Á Deus por todo bem que me tem feito (SI 103).

Agradeço aos meus familiares, em especial, à minha esposa e minha mãe por serem mulheres ímpares.

Agradeço ao meu professor-orientador por sua disponibilidade.

Agradeço aos amigos que conquistei durante essa especialização. Pessoas especiais que ao longo do curso me ensinaram muito.

Agradeço todos os professores dessa especialização, que se dedicaram ao projeto deste curso.

“As pessoas não se importam com quanto você sabe, até saberem o quanto você se importa com elas.”

John Maxwell

RESUMO

O presente artigo buscou discorrer sobre as Comunidades Terapêuticas desde seu surgimento, expansão na América Latina e no Brasil, sua atuação em município de tríplice-fronteira (Foz do Iguaçu) e como essas instituições são vistas sob a ótica da Psicologia e Direitos Humanos. Para isto, foi realizado um levantamento de dados para saber quantas instituições atendiam no município, assim foi possível ter acesso a informações sobre o número de instituições abertas, quais estavam ativas, quantas apresentavam irregularidades, instituições que fecharam durante a pandemia, e quais recebiam apoio religioso, bem como outras informações. A partir dos resultados deste levantamento foi possível discorrer sobre os fatos seguindo a perspectiva da Psicologia e dos Direitos Humanos.

Palavras-chave: Comunidades Terapêuticas; Saúde Mental; Psicologia; Direitos Humanos; Tríplice-Fronteira.

RESUMEN

Este artículo buscó discutir las Comunidades Terapéuticas desde su surgimiento, expansión en América Latina y Brasil, su actuación en un municipio de triple frontera (Foz do Iguaçu) y cómo estas instituciones son vistas desde la perspectiva de la Psicología y los Derechos Humanos. Para esto se realizó un relevamiento de datos para conocer cuantas instituciones atendieron en el municipio, así se pudo tener acceso a la información sobre la cantidad de instituciones abiertas, cuales estaban activas, cuantas tuvieron irregularidades, instituciones que cerraron durante el pandemia, y que recibieron apoyo religión, así como otra información. A partir de los resultados de esta encuesta fue posible discutir los hechos siguiendo la perspectiva de la Psicología y los Derechos Humanos.

Palabras clave: Comunidades Terapéuticas; Salud mental; Psicología; Derechos humanos; Triple Frontera.

ABSTRACT

This article sought to discuss the Therapeutic Communities since their emergence, expansion in Latin America and Brazil, their performance in a triple-border municipality (Foz do Iguaçu) and how these institutions are seen from the perspective of Psychology and Human Rights. For this, a data survey was carried out to find out how many institutions served in the municipality, so it was possible to have access to information about the number of open institutions, which were active, how many had irregularities, institutions that closed during the pandemic, and which received support. religion, as well as other information. From the results of this survey it was possible to discuss the facts following the perspective of Psychology and Human Rights.

Keywords: Therapeutic Communities; Mental health; Psychology; Human rights; Triple Frontier.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial Adulto
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CER IV	Centro Especializado em Reabilitação
CT	Comunidade(s) Terapêutica(s)
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SPA	Substâncias Psicoativas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativa de CTs por país na América-Latina.....	23
Tabela 2 - Levantamento das CTs em Foz do Iguaçu, Maio/2022.....	31
Tabela 3 - Capacidade e número de colaboradores das CTs ativas e regulares em Foz do Iguaçu, Maio/2022.....	33

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL.....	12
1.1 DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS NO MUNDO E NO BRASIL.....	12
1.2 SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL.....	15
1.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FOZ DO IGUAÇU.....	20
2. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA AMÉRICA LATINA E NO BRASIL.....	21
2.1 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO MUNDO E NA AMÉRICA LATINA.....	21
2.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL.....	25
3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM FOZ DO IGUAÇU.....	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

INTRODUÇÃO

1. DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

1.1 DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS NO MUNDO E NO BRASIL

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) existe há muito tempo na história da humanidade, em diferentes culturas, e que dentre os motivos listados para o uso destas, está a busca pela imortalidade, prazer, conhecimento, transcendência e cura de vários males (DÉA, 2004; LEMOS, 2008). Observa-se claramente, que com o desenvolvimento das civilizações, especialmente nas eras moderna e contemporânea, o uso de drogas psicotrópicas perde definitivamente seu caráter terapêutico e místico, o qual se consolida como uso recreativo, com padrão abusivo e de dependência (LEMOS, 2008).

Entende-se por SPA, químicos que alteram o Sistema Nervoso Central, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais que causam sensações de prazer ou excitação. Existem diferentes tipos de drogas, que causam as mais diversas reações no organismo (DALGALARRONDO, 2008). Estas drogas atuam diretamente no cérebro alterando o seu funcionamento e o comportamento e, podem levar à dependência (LEMOS, 2008).

Existem três classes de drogas, levando em consideração ação no sistema nervoso central: as Depressoras, que diminuem a atividade mental prejudicando a concentração, atenção e a capacidade intelectual, tais como o álcool, os solventes inalantes, os opióides, os benzodiazepínicos e barbitúricos; as Alucinógenas, que provocam a alteração da percepção, tais como a maconha, o LSD e o êxtase, entre outras; e as Estimulantes, que induzem o aumento da capacidade mental e, por consequência, a euforia; como o tabaco, a cocaína e as anfetaminas (BRASIL, 2006; LEMOS, 2008)

Atualmente em nossa sociedade, o consumo de álcool e tabaco é naturalizado por serem legalizadas. Vale ressaltar, no entanto, que em termos de doenças globais, a maioria dos problemas está relacionada ao consumo de substâncias legais e não ilícitas. (FERNANDES et al., 2017). Todas as substâncias psicoativas usadas de forma abusiva produzem aumento do risco de acidentes e da violência, por tornar mais frágeis os cuidados de autopreservação, já enfraquecidos entre jovens e adolescentes. Esses riscos ocorrem especialmente com o uso do álcool e tabaco, as drogas mais utilizadas nessa

faixa etária. O álcool pode causar intoxicações graves, além de hepatite alcoólica e crises convulsivas (MARQUES; CRUZ, 2002).

O álcool é considerado uma substância lícita, é legalmente aceito e tolerado, e isso contribui para que os jovens tenham a concepção de que ela não causa problemas. Geralmente, esta substância é inserida na vida dos jovens em idade precoce através da família e dos amigos, e deve-se acrescentar que seu consumo é naturalizado e socialmente aceito (CAMARGO et al., 2019).

O tabagismo precoce, por exemplo, está diretamente ligado ao aumento de possibilidade do consumo de outras SPA, como álcool e drogas ilícitas em jovens (BARRETO, et al., 2014). Além de explicar os elevados problemas de saúde associados ao uso dessas substâncias, a facilidade de acesso e consumo é destacada em diversos estudos, e isto justifica a alta incidência do uso de álcool, seguido do tabaco. (FERNANDES et al., 2017).

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (BASTOS et al., 2017), apontou que acima de 50% da população brasileira com idade entre 12 a 65 anos já consumiu bebida alcoólica alguma vez na vida e aproximadamente 46 milhões (30,1%) informaram ter consumido pelo menos uma dose nos 30 dias anteriores. Dentre as drogas ilícitas, a substância mais consumida no Brasil foi a maconha: 7,7% dos brasileiros de 12 a 65 anos declararam já a usaram ao menos uma vez na vida. Em segundo lugar, ficou a cocaína em pó: 3,1% haviam consumido a substância. Aproximadamente 1,4 milhão de pessoas entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de crack e similares alguma vez na vida.

Não há um perfil determinado para o usuário de substâncias psicoativas. Em diversas pesquisas de diferentes grupos estudados, seja pela faixa etária, gênero, nível social, econômico ou cultural, há indicação que a utilização de drogas não é restrita a um único padrão populacional (SABINO, CAZENAVE, 2005). Algumas populações (como a Universitária) são propensas a desenvolver dependência química, por enfrentam situações que compõem um processo especial já que muitos deles vivenciam uma série de conflitos, tanto cognitivos como afetivos e, se não tratados adequadamente, podem sair do controle, sendo a droga, o “alívio” (ZEFERINO et al., 2015)).

Em estudo realizado com 760 participantes brasileiros num município de tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) apontou que 198 (26,1%) dos participantes experimentaram droga alguma vez na vida, sendo que 117 (59,1%) pertenciam ao sexo masculino e 79 (39,9%) ao sexo feminino. O mesmo estudo registrou que o tabaco

(23,6%) e a maconha (11,9%) foram as drogas mais frequentes, sendo que havia maiores chances de uso dentre os integrantes do sexo masculino. Quanto ao consumo de álcool, o percentual de uso na vida foi de 89,5%; que corresponde a 680 dos participantes da amostra (PRIOTTO; NIHEI; LIZZI, 2016). Esses dados expressaram que o sexo de maior risco ao abuso de drogas era o masculino.

Atualmente, a dependência química é compreendida como um transtorno mental e comportamental, incluído no manual de *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10) e no DSM-V, de modo que permitem certa padronização das doenças (OMS, 1994; APA, 2014). Mas muitas vezes podem ser utilizados como verdadeiros documentos cartoriais e jurídicos para dar ou retirar a plena cidadania, dependendo dos propósitos. Tudo isto gera consequências no contexto ético, político, social e, no econômico; pois sabe-se que a normalidade e anormalidade dividem as entrelinhas da história e das lutas sociais (ARICÓ, 2018). Esses materiais são importantes por impactarem na direção de tratamento que será adotada, mesmo em equipe multiprofissional, pois para os profissionais do campo da Psicologia, que lidam com a área terapêutica, é fundamental conhecer esses modos de enfrentar o consumo de drogas (SCHIMITH; MURTA; QUEIROZ, 2019). Os transtornos por uso de substâncias consistem na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo, mesmo que essa substância lhe traga problemas significativos (APA, 2014).

Dentre os critérios utilizados pela CID-10 para definir um quadro clínico como dependência pode-se destacar: forte desejo ou compulsão para usar a substância; dificuldades de controle sob o comportamento de usar a substância em seu início, término e níveis de consumo; abstinência fisiológica ao reduzir ou interromper o consumo da substância; constatação de tolerância em que doses crescentes de SPA são requeridas para alcançar o mesmo efeito inicial que era produzido com doses mais baixas; abandono gradual e constante de prazeres e interesses devido o uso da substância; e persistência no uso da substância, mesmo diante de consequências nocivas (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003, p.10).

Desde Freud já se compreendia o recurso a substâncias psicoativas como uma forma de tentar lidar com o mal-estar, mas que tinha potência de causar um sofrimento mais intenso (FREUD, 2011; CAMARGO et al., 2019). A satisfação imediata proporcionada pelo uso de SPA é mantida por meio de comportamentos impulsivos e imediatistas, que na maioria, são frequentes dentre os jovens, sendo que o consumo em

idade precoce dessas substâncias pode limitar o desenvolvimento saudável, tanto no área biológica quanto psicossocial dos indivíduos (BITTENCOURT & FRANÇA, 2015).

É fato que o uso e abuso de drogas motivam a desagregação social, a violência e os crimes, sendo necessário repensar e implementar políticas públicas comprometidas com a justiça social e com a extirpação da iniquidade (CAMARGO et al., 2019). Mas é necessário destacar que a prevenção demanda uma ação antecipada e fundamentada no conhecimento. Os projetos de prevenção e educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informações científicas e sugestões normativas de mudanças de hábitos (OLIVEIRA; SÓCRATES; ALVES, 2012).

1.2 SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

A saúde mental no Brasil é algo que remete ao período imperial, em decorrência da chegada da família real. Nesta época os doentes mentais pertencentes às famílias tradicionais e ricas da sociedade carioca, eram mantidas em espécies de asilos ou intituladas Casas de Misericórdia, e ali ficavam afastadas do convívio social (SANTOS; MIRANDA, 2015).

A assistência aos pacientes com transtornos mentais no Brasil surgiu nos primeiros hospícios de forma totalmente excludente, retirando os que eram considerados loucos da sociedade. Os pacientes internados nesses manicômios tinham diversos transtornos mentais; não eram respeitados, não tinham direitos como seres humanos em sofrimento psíquico, sendo geralmente tratados com violências e total desrespeito (LIANDRO, 2018). Segundo Guimarães et al., (2013, p. 362):

Foi no interior do manicômio, que surgiu a enfermagem brasileira. Sua origem não objetivou melhorar a assistência aos internos, mas vigiar, controlar e puni-los por seus atos. Não existiam trocas sociais entre trabalhadores de saúde e os internos, como comunicação, afetividade e acolhimento, os portadores de transtorno mental não recebiam tratamento digno, muitas vezes eram tratados com violência e, por não serem estimulados, suas potencialidades eram reduzidas até se tornarem incapazes de regressar ao convívio social.

No século XVII iniciou-se a segregação entre as pessoas tidas como normais, das que assim não eram. Esta ação objetivava “libertar” a sociedade daqueles que a perturbavam (CORDEIRO et al., 2012). Somente no século XIX se começou uma real mudança na Saúde Mental do Brasil, neste período aconteceram as transformações no

tratamento dos pacientes psiquiátricos, onde passou-se a utilizar a psiquiatria científica (SARAIVA; SANTOS; SOUSA, 2016).

Ao final da década de 1970, iniciou-se no Brasil, a partir de denúncias contra as violências nos asilos e das condições desumanas de trabalho dentro das instituições psiquiátricas; o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Este movimento reivindicava mudanças no modelo assistencial, e incluía outras categorias da sociedade, como os usuários, seus familiares e associações, o que o tornou um movimento de luta antimanicomial que defendia a desinstitucionalização, e focava no cuidado dos indivíduos com transtornos mentais (HIRDES, 2009).

No Brasil a reforma psiquiátrica no final da década de 70, sendo formado pela opinião pública como um processo político e social abrangedor, constituído por organizações e movimentos de vários setores, chegando às esferas do poder federal, estadual e municipal, nos equipamento de saúde, nos conselhos profissionais, nas faculdades, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares (LIMA et al., 2011).

Somente a partir do I Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental em 1987, que a luta do Movimento Antimanicomial no Brasil ganhou destaque e evidência, o lema era: Por uma sociedade sem manicômios. Nesse evento tão importante foi defendido o fim do uso de meios de contenção usado no tratamento, o início da autonomia do paciente, relações sociais, espaços de fala, devolução dos direitos, extinção de ameaças e de tutelas (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). No ano seguinte, 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal, que em seu art. 196, diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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”. Duas leis, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde, regulamenta o SUS - Lei Nº 8080/90: dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e funcionamento dos serviços a ela relacionados (BRASIL, 1990); Lei Nº 8142/90: dispõe sobre a participação popular no SUS e sobre as transferências de recursos da área de saúde entre os governos (BRASIL, 1990).

Mesmo com estes importantes avanços, foram necessários mais de 10 anos para que a Lei da Reforma Psiquiátrica fosse criada (Lei de Nº 10.216/2001). A partir da criação desta lei que se teve um redirecionamento na assistência em saúde mental no Brasil, e

assim, os doentes mentais passaram a ter seus direitos como cidadãos respeitados (BRASIL, 2001). Por meio da Reforma Psiquiátrica a visão sobre o doente mental foi sendo transformada, surgindo assim, novos tratamentos para o paciente psiquiátrico (LIANDRO, 2018).

Durante os anos seguintes melhorias aconteceram no que tange os cuidados aos pacientes em sofrimento psíquico até chegarmos à criação dos CAPS, que deu a esses pacientes o direito de serem assistidos de acordo com as suas necessidades (LIANDRO, 2018). Foi em 2002 que a portaria nº 336 foi publicada, nela se reconhece e amplia o funcionamento e a complexidade do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, estabelecendo tipos de CAPS por cobertura populacional, tipo de problema e faixas etárias. Os Centros de Atenção Psicossocial podem se constituir nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002). E podem ser expandidos para as seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes; III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2011, Art. 7º)

Podemos perceber assim, que no CAPS, o sofrimento psicológico é observado sob a ótica da saúde coletiva, levando em conta os diversos contextos sociais nos quais o indivíduo está inserido, como o familiar, o laboral, o cultural, e o seu contexto histórico. O equipamento oferta um atendimento personalizado, com intensidade máxima, objetivando assim, reflexões, sistematizar as informações e vivências (FIGUEIRÊDO;

DELEVATI; TAVARES, 2014). Os serviços disponibilizados ao portador de transtorno mental envolvem a escuta qualificada, empatia, análise e realização de grupos (CORDEIRO et al., 2012).

Através dos serviços disponibilizados no CAPS aos usuários do serviço, os sintomas tendem a diminuir com o passar do tempo. Por esta estratégia, os pacientes conseguem controlar os seus impulsos (incluindo os de dependência de SPA). Outro aspecto muito importante é o da redução e adequação no uso dos medicamentos, as medicações junto às terapias de grupo e individual fazem com que esses tratamentos se tornem eficazes (LIMA et al., 2011).

Cordeiro et al. (2012) aponta que a estratégia da formação de grupos no CAPS é uma importante ferramenta de cuidado que não tem custos nos atendimentos realizados com os pacientes e familiares, além disso, atinge um número maior de indivíduos, cria ambientes saudáveis, geram conhecimentos, alternativas, experiências que valorizam as relações humanas e troca de saberes. Com isso, existe a tendência de que as relações familiares melhorem, pois a família passa a entender a completude dos problemas (LIMA et al., 2011).

Um importante avanço na área da saúde mental se concretizou através da Portaria do Ministério da Saúde, nº 3.088 de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em cumprimento da Política Nacional de Saúde Mental tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Conforme consta no Artigo 4º, são objetivos específicos da RAPS:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. (BRASIL, 2011, At. 4)

Os serviços que compõem a RAPS transpassam os diferentes níveis de atenção em saúde (primária, secundária e terciária) e todos estão previstos no Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, compõe as RAPS: Atenção Primária; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (Adulto e Infanto-juvenil); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II; SAMU; Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos Especializados (BRASIL, 2011).

A partir da criação da RAPS foi-se dando forma a Reforma Psiquiátrica no Brasil e surgiram modelos assistenciais e novos serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), oferecendo atendimento psicoterapêutico, consultas médicas, serviço social, terapia ocupacional, e outros. (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). A porta de entrada para o cuidado em saúde mental são os serviços da atenção básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas e atendidas, sejam elas referenciadas, ou demanda espontânea (LIANDRO, 2018).

1.3 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM FOZ DO IGUAÇU

Em Foz do Iguaçu a atenção à saúde mental iniciou-se na década de 1980 com o atendimento psicológico no antigo Centro Social Urbano, situado na Vila Yolanda, e psiquiátrico no CEM com o serviço de psicologia e psiquiatria. Posteriormente os serviços de psicologia passaram a ser ofertados no CEM, situado na Av. Paraná, juntamente com os serviços da psiquiatria (FOZ DO IGUAÇU, 2022).

No período compreendido entre 1997 a 2000, houve a descentralização do serviço de psicologia para as Unidades Básicas de Saúde. Em 2005, foi criado o ambulatório de saúde mental junto com o CAPS II. Ambos funcionavam no antigo prédio dos bombeiros no bairro Morumbi. Em 2006, houve o credenciamento do CAPS II e posteriormente, em 2007, o credenciamento e implantação do CAPS AD.

Nesse mesmo período foi criada a Comissão de Saúde Mental com a participação dos órgãos da sociedade civil organizada e o COMUS. Essa comissão decidiu pela implantação primeiramente do CAPS AD e posteriormente do CAPS-i. Também, foi essa comissão que implantou os primeiros leitos psiquiátricos na UPA do Morumbi. Em 2013, foi implantado o CAPS-i, também conhecido como CAPS Infanto-juvenil.

O decreto nº 23.981 de 27 de julho de 2015, institui o programa municipal de saúde mental. Em 2021, com o decreto nº 28.981, de 19 de fevereiro, houve uma reestruturação no organograma da Secretaria Municipal de Saúde. A saúde mental passa a status de diretoria, sendo denominada Diretoria de Saúde Mental e Residências Multiprofissionais - DISR. O município conta com os seguintes equipamentos: CAPS-i, CAPS AD, CAPS II, Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-juvenil - UAA e UAI, Comunidades Terapêuticas - CT, CER IV e Ambulatório de Saúde Mental/Psiquiatria.

Recentemente, em 2022, ocorreu a implantação do Protocolo de Saúde Mental, formalizada no dia 30/04/2022, juntamente com a aprovação de um convênio com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) para a capacitação de 30 psicólogos que atuam nos equipamentos de saúde mental (CER IV, Ambulatório de Saúde Mental, CAPS-II, CAPS-AD, CAPS-i). O Ambulatório de Saúde Mental funciona de forma descentralizada, espalhados dentre as 29 Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de facilitar o acesso dos pacientes. A partir desses processos se iniciou a reestruturação do Ambulatório de Psiquiatria.

Outra reestruturação na RAPS do município, foi a elevação do CAPS-AD para a modalidade de CAPS-AD III, que ocorreu através do Decreto Nº 30.226, de 4 de maio de 2022. Este equipamento é norteado pela Portaria Nº 3088, que em seu Art. 7º especifica que este equipamento “atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes”.

2. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO MUNDO E NA AMÉRICA LATINA E BRASIL

2.1 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO MUNDO E NA AMÉRICA LATINA

Entende-se por Comunidades Terapêuticas (CTs), instituições particulares, sem fins lucrativos, que realizam acolhimento gratuitamente a pessoas com transtornos resultantes do uso, abuso ou dependência de SPA, no formato residencial transitório e de caráter totalmente voluntário (BRASIL, 2022). As CTs foram criadas com o objetivo de responder aos problemas decorrentes da dependência de drogas, criando um ambiente livre dessas SPA e uma forma de tratamento em que o paciente é o principal protagonista

de sua cura. É um sistema organizado, estruturado e com atividades bem delimitadas, cercado por regras e afetos controlados, através de normas, programação e responsabilidades. Toda organização objetiva que o paciente se insira totalmente no tratamento, sendo um trabalho intenso; tanto pelos profissionais da equipe, quanto pelos pacientes (POZAS, 1996).

As CTs surgiram na Inglaterra, após a Segunda Guerra Mundial, como uma reação ao modelo tradicional dos manicômios, também chamados de asilos psiquiátricos. O conceito de CT apareceu na Inglaterra, entre as décadas de 1940 e 1950, baseado no modelo idealizado pelo psiquiatra sul-africano Maxwell Jones (AZEVEDO, 2022). Antes do início do século XX não encontramos o termo “Comunidade Terapêutica” nos documentos, este termo se popularizou a partir da década de 1960, nos Estados Unidos da América (DE LEON, 2003). A expressão “comunidade terapêutica” aparece pela primeira vez num artigo de Thomas Main, publicado no *Bulletin of the Menninger Clinic*, em 1946 (AZEVEDO, 2022).

As CTs tiveram influência de movimentos que surgiram na Inglaterra e nos EUA, como os Grupos Oxford, A.A., Sijnanon e Day Top; tinham clara motivação ética e espiritual e, ainda hoje, influenciam diversas Comunidades Terapêuticas ao redor do mundo. A CT proposta se diferenciava em tudo dos hospitais psiquiátricos existentes na época (FEBRACKT, 2019). As primeiras comunidades surgiram por volta da década de 1960, focadas totalmente no tratamento da dependência de álcool e outras drogas, e tinham influência de um grupo de Oxford, como também dos princípios que regem os Alcoólicos Anônimos, surgido em 1935 (OBID, 2007).

Estas apresentavam uma estrutura hierarquizada cercada de rigidez e autocracia. Havia pouca comunicação entre os indivíduos dos diferentes níveis e uma passividade dos internos, mantidos sem saber do que se passava ao seu envolvimento e, principalmente, em relação ao seu tratamento (FEBRACKT, 2019). Podemos observar que se mantêm três modelos de CT: religioso-espiritual, com atuação de religiosos e ex-internos; científico, com participação interventiva de médicos, psicólogos e assistentes sociais; e misto, que une as modalidades anteriores (SERRAT, 2002).

O modelo adotado nas CTs teve influência do adotado pelo grupo de Oxford, uma organização religiosa fundada na década de 1920, com sede em Nova York. Entre seus princípios e práticas destacam-se a ética no trabalho, o cuidado mútuo, valores como honestidade e altruísmo, o reconhecimento das faltas no caráter e a restauração de danos causados (DE LEON, 2003).

Mesmo que os dependentes fossem os primeiros a pensar em formas de tratamento da dependência de SPA em CTs, as recentes mudanças dessa abordagem tem grande influência da educação, medicina, direito, religião e ciências sociais (KERR-CORRÊA, MAXIMIANO; 2013). Na tentativa de estabelecer os padrões pelos quais devem obedecer os TCs, autores como De Leon estabeleceram uma série de critérios que devem estar presentes em cada uma dessas instituições, a fim de garantir melhor qualidade nos serviços prestados aos pacientes. Esses critérios incluem um plano terapêutico, atividades realizadas e até mesmo a organização das equipes das comunidades (GÓMEZ RESTREPO, 2018).

Com a multiplicação de iniciativas desse modelo na América do Norte, iniciou-se a expansão para países da Europa e, posteriormente, para a América Latina, Ásia e África (DE LEON, 2003). Durante evento promovido pela FLATC, a presidente da Federação Internacional das Comunidades Terapêuticas - WFTC, Dra. Sushma Taylor, reforçou o papel das CTs em todo o mundo:

“Em nossas principais filosofias de trabalho estão colaboração, força grupal, envolvimento familiar e respeito por normas e valores culturais; apesar de os dados sociodemográficos de nossos clientes estarem sempre em transição assim também são os Programas que fornecemos para estas pessoas. Nós encontramos uma solução para todas as necessidades que surgem e sou muito orgulhosa de todos os meus colegas de profissão. Os programas da WFTC incluem promoção de bem-estar, serviços de saúde, educação, educação social e vocacional, moradia assistida, aconselhamento em saúde mental e compressão do processo de reabilitação psicossocial. A organização serve os desabrigados, os que sofreram abusos, violência doméstica, viciados em substâncias, portadores de HIV, mulheres grávidas, filhos de pais encarcerados, indivíduos com transtornos mentais e indivíduos enfrentando problemas judiciais. Não importa quão grandes são os desafios, estamos sempre mais do que prontos para enfrentá-los. Nossos colegas na Ásia, Austrália, Europa, Estados Unidos e claro, nossos amigos da região da América Latina tem lutado por tais valores, e transformado vidas neste momento de fragilidade social”. (FEBRAC, 2021)

Alguns países da AL reconhecem e aceitam as CTs como prestadores de serviços para o tratamento dentro de um quadro legislativo e administrativo (compra de serviços, repasses de recursos, acompanhamento, avaliação): Chile, Colômbia, Argentina, Uruguai, entre outros (FLATC, 2013). Devido à sua grande flexibilidade, as CTs tem sido adotadas em diferentes países em várias formas de governo, de culturas diversas, de vários graus de desenvolvimento e de religiões diferentes.

Não se sabe ao certo a quantidade ou qualidade das comunidades terapêuticas (CTs) na AL, mas segundo estimativas da Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas, em 2013 havia aproximadamente mais de 2.400 CTs na AL (GOMEZ

RESTREPO, 2018; FLACT, 2013), conforme pode-se observar pelos dados da FLACT expostos na tabela abaixo:

Tabela 1 - Estimativa de CTs por país na América-Latina (2013)

PAÍS LATINO-AMERICANO	QUANTIDADE DE CTs	PORCENTAGEM POR PAÍS
ARGENTINA	70	2,9%
BOLÍVIA	35	1,5%
BRASIL	1500	62,3%
CHILE	80	3,3%
COLÔMBIA	400	16,6%
COSTA RICA	15	0,6%
EQUADOR	28	1,2%
EL SALVADOR	6	0,2%
GUATEMALA	7	0,3%
HONDURAS	5	0,2%
MÉXICO	131	5,4%
NICARÁGUA	6	0,2%
PARAGUAI	5	0,2%
PANAMÁ	10	0,4%
PORTO RICO	15	0,6%
PERU	48	2,0%
REPÚBLICA DOMINICANA	19	0,8%
URUGUAI	7	0,3%
VENEZUELA	20	0,8%
TOTAL	2407	100%

Pode-se observar que os países com maior número/porcentagem de CTs (Brasil, Colômbia e México) são também os mais populosos na AL; cremos que atualmente estes dados devem ser muito maiores. No Brasil observou-se uma porcentagem muito maior que todos os outros países somados (62,3%), presume-se que isto ocorre por existirem programas e questões específicas que veremos logo mais, que incentivam a abertura e manutenção dos serviços das CTs no país.

Em pesquisa realizada com 176 CTs de 5 países da AL (Argentina, Brasil, Colômbia, México e Peru) apontou que segundo o sistema de pontuação estabelecido por De Leon, cerca de 70% das instituições tinham pontuação de 11/12 ou 12/12 usando esses critérios. Observou-se também que a maioria dos critérios "De Leon" eram conhecidos por mais de 90% das instituições, no entanto, havia critérios que não eram cumpridos entre os países, sendo "duração planejada do tratamento" (75%) no Brasil, "separação da comunidade" (47%) na Colômbia, "funções e funções" (35%) no México, "separação da comunidade" (72,3%) no Peru, e "os moradores como modelo" (55%) na Argentina. Cerca de 98% das CTs atendiam outros problemas de abuso de substâncias, 94% para álcool e 40% para outros tipos de substâncias (GOMEZ RESTREPO, 2018).

Este mesmo estudo demonstrou que entre os serviços de saúde ofertados, a enfermagem trabalhava mais horas, com média de 41 h/semana, com valores variando entre 4 a 168 h/semana, seguida dos serviços de psicologia, que possuíam carga horária de 39 h/semana. Os serviços de psiquiatria apresentaram a menor intensidade de tempo, com média de 9 h/semana e variação de 4 h/semana no Brasil a 20 h/semana na Argentina. E os motivos para o abandono foram semelhantes em todos os países, sendo o principal "não aceitar as orientações da instituição" (31%), seguido por "falta de recursos financeiros" (30%), "não se sentir bem em a instituição" (28%), o mais incomum foi não gostar do pessoal do CT (10%). Esta pesquisa serve como demonstrativo das CTs na AL, e revelam que o modelo proposto por De Leon não se cumpre em todas as instituições.

2.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

No Brasil há muito a se conhecer sobre o que diversos autores chamam de "caixa- preta" do tratamento em CT. Poucos estudos são feitos sobre as CTs, isto demonstra a necessidade de avaliar sua efetividade e a ação de seus componentes

terapêuticos, para redução das dificuldades e limites (MESSINA et al, 2001). Quando se aborda questões ligadas ao tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPAs, podemos dizer que os serviços se dividem em dois: Comunidades Terapêuticas (instituições de serviços com interesse para a saúde) e Serviços de Saúde Mental (serviços de saúde, com caráter ambulatorial ou hospitalar). O termo Comunidade Terapêutica têm sido adotado popular e amplamente para instituições reguladas pela RDC da Anvisa nº 29/2011, instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPAs, em regime de residência, cujo principal instrumento terapêutico a ser utilizado é a convivência entre os acolhidos (ANVISA, 2021).

Segundo Fracasso (2018), a primeira CT no Brasil foi o Movimento dos Jovens Livres, inaugurado em 1968, em Goiânia-GO. Mais tarde, foi fundada a Fazenda do Senhor Jesus, em 1978, na cidade de Campinas-SP, o trabalho realizado pelo Pe. Haroldo J. Rahm acabou por acelerar e qualificar a implementação de outras CTs em território nacional. Ainda não se pode dizer ao certo o número exato dessas instituições no Brasil, mas estima-se que seja de aproximadamente duas mil CTs (CFP, 2018).

Geralmente, no Brasil a maioria das CTs ficam em sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de acolher indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem-se quanto à metodologia empregada no tratamento, pois em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, em outras a base é a atividade laboral, ou se prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens (DAMAS, 2013).

Mesmo não existindo a definição de qual é o público alvo mais indicado para internação em CT, nota-se que os pacientes que mais buscam estas instituições são aqueles que apresentam maior gravidade quanto a dependência química e/ou associados a problemas de ordem social, especialmente: pobreza; baixa escolaridade; informalidade, desemprego ou baixa qualificação profissional; problemas comunitários e familiares; problemas com a lei; baixo acesso a programas terapêuticos; etc (DAMAS, 2013). Na maioria dos casos é possível identificar dentre os fatores de riscos: a falta de apoio da família/cônjuge, inabilidade frente aos conflitos familiares, crises nervosas, problemas/estados emocionais negativos, pressão social, não ter moradia fixa, frequentar lugares que propiciam o uso de drogas (rua e festas), fatores relacionados diretamente ao contexto social, como rotina e pessoas de seu convívio, que também fazem uso de

substâncias psicoativas, afastamento dos grupos de ajuda mútua, síndrome de abstinência, fissura, insatisfação com o tratamento, desemprego e dificuldades financeiras (SILVA, SALLES, 2013).

O I Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, resultou numa amostra de 1256 serviços de tratamento para dependentes, observou-se que 38% do total de serviços e 65% dos serviços não-governamentais eram compostos por CTs (n=596), este número respondiam a 75% das internações realizadas no período de 2006-2007 (BRASIL, 2007). No Brasil as CTs foram incluídas na RAPS pela Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que em seu Art. 9, Parágrafo II, estabelece que são pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011, Art. 9)

Diversos Estados do Brasil têm feito parcerias com as CTs e incluído elas em suas RAPS. Exemplo disso é o Governo de São Paulo, que entre 2010-2020 incluiu as CTs nas ações desenvolvidas no cuidado aos usuários de SPA, em consonância com os preceitos do SUS e da RAPS (CONED-SP, 2020). A Portaria Nº 131/2012, institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Município e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em regime Residencial, incluídas as CTs, voltados para outras drogas, no âmbito da RAPS. As CTs devem atuar no nível de proteção pessoal e social, visando resgatar direitos de cidadania e desenvolvimento humano e social a seus atendidos. Por meio de suas atividades deve garantir a proteção integral aos indivíduos que fazem uso de SPA (BRASIL, 2012).

Devido a precariedade de leitos psiquiátricos públicos, as CTs surgiram como importantes peças dentro da RAPS. Mas faltam estudos acerca destes dispositivos no Brasil. Sabe-se que o sucesso de uma CT se baseia na oferta de uma opção de tratamento para as pessoas com transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao uso de SPA, e que muitos destes pacientes que passarem obtenham benefícios e redução de danos na sua caminhada rumo à abstinência (DAMAS, 2013). Em 2017, foram

custeadas mais de 4 mil vagas de acolhimentos por meio de 316 contratos com as CTs (BRASIL, 2017).

Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora, a Lei Nº 13.840/2019 dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas:

Art. 26-A. O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:

I - oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;

II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;

III - ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social;

IV - avaliação médica prévia;

V - elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e

VI - vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.

§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento às pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde.

Este serviço também é regulado, sob o ponto de vista sanitário, pela RDC Anvisa nº 29/2011, que estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares (ANVISA, 2021). A Portaria Nº 131 de 26/01/2012, estabelece que o Projeto Terapêutico Singular deverá ser desenvolvido na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial, com o acompanhamento do CAPS de referência, da Equipe de Atenção Básica e de outros serviços socioassistenciais, conforme as peculiaridades de cada caso:

Art. 16. O CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do Projeto Terapêutico Singular durante todo o período de permanência do usuário residente na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial.

Art. 17. A equipe técnica do CAPS de referência acompanhará o tratamento do usuário residente por meio das seguintes medidas:

I - contato no mínimo quinzenal entre o usuário e a equipe técnica do CAPS, por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade prestadora, com o registro de todos os contatos em prontuário;

II - realização do primeiro contato entre o usuário residente e a equipe técnica em até 02 (dois) dias do ingresso no serviço de atenção em regime domiciliar;

III - continuidade no acompanhamento dos familiares e pessoas da rede social do residente pela equipe técnica do CAPS, com a realização de no mínimo um atendimento mensal, domiciliar ou no próprio CAPS, e/ou com a participação em atividades de grupo dirigidas; e 50 Capítulo 4. Saúde Mental e Níveis de Atenção à Saúde

IV - contato no mínimo quinzenal entre a equipe técnica do CAPS de referência e a equipe do serviço de atenção em regime residencial, por meio de reuniões conjuntas registradas em prontuário.

Art. 18. A saída do usuário residente será programada em conjunto pelas equipes técnicas do serviço de atenção em regime residencial e do CAPS de referência.

Art. 19. Na programação da saída do usuário residente, serão buscadas parcerias que visem a sua inclusão social, com moradia, suporte familiar, geração de trabalho e renda, integração ou reintegração escolar e outras medidas, conforme as peculiaridades do caso.

Art. 20. Em até 5 (cinco) dias antes da data prevista para a saída do usuário residente, as equipes técnicas do CAPS de referência e do serviço de atenção em regime residencial realizarão reunião com a participação do usuário e de sua família.

Parágrafo único. Na reunião referida no caput poderá ser definida a permanência do usuário residente no serviço de atenção em regime domiciliar, com a reavaliação da programação de saída.

Art. 21. Todo usuário residente será livre para interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime domiciliar.

Parágrafo único. O usuário residente que manifestar a vontade de deixar o serviço de atenção em regime residencial será informado das consequências clínicas da saída antecipada.

Art. 22. O coordenador da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial poderá interromper a permanência do usuário residente a qualquer tempo, conforme critérios técnicos e em consenso com a equipe técnica do CAPS de referência.

Em 2015 foi publicada a Resolução Nº 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas, que regulamenta no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. Este documento é um importante Marco Regulatório na luta pelo reconhecimento e valorização das Comunidades Terapêuticas no Brasil. (CONAD, 2015). Dentre as principais características do modelo de atendimento, podemos destacar as seguintes:

Todo acolhimento em CT é exclusivamente voluntário, sendo que o usuário pode desistir do processo a qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de constrangimento. Indivíduos com sintomas psicóticos, sinais de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência grave, não devem ser admitidos na CT, assim como os indivíduos com agravos de saúde ou níveis de comprometimento cognitivo graves, devendo ser referenciados para outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. O acolhimento na CT é de caráter residencial

transitório, ou seja, deve existir tempo máximo de permanência e mecanismos que garantam a possibilidade de saída do usuário com recursos internos e externos que possibilitem a sua autonomia. Todos os direitos constitucionais e humanos do indivíduo devem ser garantidos e preservados dentro da CT. (CONED-SP, 2020, p. 20)

As CTs foram gradativamente assumindo esquemas teóricos e padrões das ideias originais. Por meio da inclusão de profissionais especializados, médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc., novas técnicas foram sendo incluídas no repertório terapêutico (DAMAS, 2013). Algumas diretrizes podem contribuir com a garantia dos direitos dos usuários, e pode incluir (CONED-SP, 2020):

Possuir mecanismo de registro de queixas e sugestões à disposição de cada usuário e família, onde seja possível expor quaisquer insatisfações e opiniões voltadas à melhoria do serviço. Garantir o sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, vedando a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição do usuário sem a autorização prévia do mesmo, por escrito. Não utilizar ações como contenção física, psicológica e medicamentosa, bem como quaisquer tipos de isolamento ou restrição que infrinjam a liberdade da pessoa. Não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os usuários ou familiares. Não tolerar violência física, verbal ou psicológica entre os usuários. Não violar, em nenhuma instância, a correspondência do usuário, e garantir que as ligações telefônicas sejam realizadas com privacidade. Permitir que a família e outros realizem visitas, bem como o acesso aos meios de comunicação que viabilizem o contato com a mesma. Comunicar imediatamente (ou em até 24h) a família, e/ ou pessoa responsável, previamente indicada, sobre as intercorrências graves a respeito da condição de saúde e os procedimentos adotados pela CT, assim como da interrupção da permanência na CT. Não submeter os usuários a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes ou a exposição em vias públicas. Desenvolver atividades religiosas, de modo a permitir que os usuários possam decidir quanto a sua participação nas mesmas. Oferecer atividades alternativas para os usuários que não desejem participar das atividades religiosas oferecidas pela CT. Permitir aos usuários participar de atividades religiosas de seu credo, dentro ou fora da CT. Garantir aos usuários um ambiente livre de álcool e drogas ilícitas. (CONED-SP, 2020, p. 22)

Geralmente o tratamento adotado nas CTs no Brasil é proposto por nove meses, dividido em três fases: a) desintoxicação; b) interiorização; c) ressocialização, cada um de três meses de duração. Algumas CT estimulam a “ressocialização”, que consiste em saídas programadas por um final de semana ou alguns dias, geralmente nos períodos de transição das fases do tratamento. Existem evidências de que o tempo de permanência numa CT deva ser maior para indivíduos com comorbidades e padrões mais graves de consumo de SPA (DAMAS, 2013).

A fase final consiste no cumprimento de alguns critérios, que podem ser considerados também como critérios de Alta Terapêutica; sendo eles, a reinserção social

e a prática de atividades externas. A reinserção social é baseado pelos requisitos de: ter condições de autossustento, vínculos familiares reconstituídos, retomada dos estudos, maior equilíbrio emocional, e maior autocontrole. Já as atividades externas se baseiam no: trabalho remunerado, referenciamento à RAPS, participação em Grupos de apoio e Grupos religiosos, lazer saudável, novas amizades, e evitar situações de risco (CONED-SP, 2020).

Em estudo realizado com dois grupos, sendo um compostos de indivíduos Pós-CT e outro na fase de início na CT, indicou que ambos os grupos tiveram resultados positivos em todas as áreas avaliadas. Isto sugere que o tratamento proporcionou melhoras quanto ao desenvolvimento de adaptações e comportamentos sociais, como também na redução do sofrimento psíquico. Os resultados apontaram que o mesmo tipo de tratamento promove diferentes resultados, de acordo com as características de personalidade dos atendidos (SCADUTO, BARBIERI, SANTOS, 2014). Dentre os fatores de proteção nas CTs, observa-se em muitos estudos, a prevalência da espiritualidade, grupos de apoio e troca de experiências entre os usuários, o apoio profissional foi apontada como uma das últimas redes de apoio, indicando a necessidade de reestruturação, bem como a qualificação e aprimoramento dos profissionais na área (SILVA, SALLES, 2013).

3. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM REGIÃO FOZ DO IGUAÇU

Em Foz do Iguaçu-PR as CTs são uma realidade há décadas no município. Objetivando conhecer melhor as instituições realizou-se em maio deste ano (2022) um levantamento das CTs que haviam no Município por meio de buscas, contatos telefônicos, e indicações de líderes evangélicos. Nele pode-se observar que todas as CTs que estavam ativas eram vinculadas e/ou recebiam apoio de instituições religiosas (igrejas), conforme pode ser observado na tabela, abaixo:

Tabela 2 - Levantamento das CTs em Foz do Iguaçu.

Nome da CT	Situação	Apoio Religioso/Grupos
Comunidade Sagrada Família Dom Olívio Aurélio Fazza	Regular/Ativa	Igreja Católica Apostólica Romana. Grupos da Renovação Carismática, Pastoral da Sobriedade, Missionários Obra de Maria, e um grupo de

		espiritualidade de outra denominação Cristã (Capelania UNIPAS).
Comunidade Terapêutica Vivendo com Jesus	Encerrou as atividades*	-
Casa de Apoio Projeto Missão IDE - OEMC	Encerrou as atividades*	-
Centro Terapêutico Jardim do Éden	Irregular/Em adaptação	Capelania UNIPAS, Pastores e igrejas de várias denominações evangélicas.
Centro Terapêutico Estigma	Regular/Ativa	Capelania UNIPAS, Igreja Assembleia de Deus, Igreja Despertai.
Casa de Apoio Monte Sião - CAMS	Irregular/Em processo de adaptação	Igreja Assembleia de Deus – Morumbi II.
Casa de Apoio Vaso Novo - CAVAN	Irregular/Em processo de adaptação	-
Casa de Apoio Esperança em Cristo - CAEC	Encerrou as atividades*	-

Fonte: Dados obtidos pelo autor, 2022.

* Entidade encerrou seus serviços durante a pandemia do covid-19.

A mais antiga CT em funcionamento no município é a Comunidade Sagrada Família Dom Olivio Aurélio Fazza, vinculada à Igreja Católica. A entidade se define como sendo de cunho religioso pertencente à Igreja Católica Apostólica Romana, tem missa todos os domingos e celebração da Palavra às terças e sextas-feiras. Acontecem grupos semanalmente no período da noite, com os movimentos do Cursilho, Renovação Carismática, Pastoral da Sobriedade, Missionários Obra de Maria, e um grupo de espiritualidade de outra denominação Cristã. Além disso, outros voluntários realizam trabalhos em um grupo motivacional. Fomos informados que a entidade foi criada para atender em sistema de centro de reabilitação de dependentes químicos e similares, e tem como objetivos principais o acolhimento institucional de homens, dependentes químicos e similares, atuando junto à comunidade de Foz do Iguaçu e região. Tendo como área de abrangência e assistência ilimitada, prestando-se a atender pessoas de qualquer local ou

nacionalidade, e proporcionando aquele sujeito o que é de direito, que vive em situação de risco, pessoal e social.

Recebe subvenção de recursos da Prefeitura Municipal de Foz Iguaçu e convênio com a Itaipu Binacional; além de captação de recurso através da Nota Paraná, doações espontâneas, e de eventos, como jantares. Em 2016, durante a divulgação de um jantar, noticiou-se que a instituição recebia da PMFI um repasse mensal de R\$ 14.160,00; mas que suas despesas (pessoal, encargos, energia, água, alimentação, combustível, etc.) giravam em torno de R\$ 30.000,00 por mês (QUADRA, 2016). Sendo assim, os repasses da PMFI, Itaipu Binacional, e demais captações, são o que mantêm a instituição funcionando e proporcionando o atendimento gratuito na CT.

Notou-se também que as demais CTs têm apoio das igrejas e instituições evangélicas protestantes, em sua maioria pentecostais e neopentecostais; e que a Capelania UNIPAS fazia encontros semanais nas CTs que estavam em funcionamento (incluindo a CT de cunho religioso Católico Apostólico Romano). Através do levantamento, observou-se que algumas CTs tiveram que fechar durante a pandemia. Em contato com um dos coordenadores, o fechamento ocorreu por não terem recursos ou meios financeiros para manter as instituições abertas, já que dependia de doações e contribuições dos familiares e de igrejas evangélicas.

Outro dado importante, é que devido às fiscalizações ocorridas no mesmo período da pesquisa, três CTs que estavam irregulares tiveram que interromper suas atividades para se adequarem às exigências. Uma das instituições que fecharam durante a pandemia (Casa de Apoio Esperança em Cristo - CAEC), já tinha recebido fiscalizações da Vigilância Sanitária e precisaram reformar sua cozinha para cumprir as normas e evitar o fechamento (VALÉRIO, 2011). Também identificamos que, tentando fugir da legalidade, muitas das CTs adotaram o nome de “Casa de Apoio”, esta prática foi observada entre as instituições que foram interditadas.

A questão da irregularidade é algo comum entre as CTs. Durante a fiscalização sanitária são avaliadas diversos aspectos da instituição, tais como a infraestrutura, documentos, recursos humanos e situações de trabalho. Havendo irregularidades, diversas sanções podem ser aplicadas, dependendo do nível da gravidade ou de reincidência da infração sanitária; variando desde advertência, multa, apreensão e descarte de produtos, podendo chegar a interditar a instituição (ANVISA, 2021).

Nas CTs que estavam regulares, observou-se que ambas dispunham de um número considerável de vagas para acolhimento de dependentes químicos (40 indivíduos

cada), podendo receber somente dependentes químicos do sexo masculino; conforme podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 3 - Capacidade e número de colaboradores das CTs ativas e regulares em Foz do Iguaçu.

Nome da CT	Capacidade	Equipe Técnica/Multidisciplinar
Comunidade Sagrada Família Dom Olívio Aurélio Fazza*	40 vagas para homens	01 Coordenadora, 02 Assistentes Sociais, 02 Psicólogas, 01 motorista, 07 educadores sociais.
Centro Terapêutico Estigma**	40 vagas para homens	1 Coordenador, 1 Farmacêutico, 1 Psicólogo, 2 Enfermeiros, 2 Conselheiros em Dependência Química, 3 Monitores, 1 Cozinheiro.

Fonte: Dados obtidos pelo autor, 2022.

* Instituição de confissão religiosa pertencente a Igreja Católica Apostólica Romana

** Instituição de confissão religiosa pertencente a Igreja Evangélica

Por estarem em região de fronteiras, as instituições acabam recebendo a demanda de pessoas vindas de outros países (principalmente Paraguai), que vêm para Foz do Iguaçu buscando receber acolhimento institucional nas CTs para tratar as questões da dependência de SPA. Estes serviços realizados nessas instituições só são possíveis graças ao trabalho focado no tratamento, feito por equipe multidisciplinar, geralmente composta por: psicólogos, médico, psiquiatra, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta ocupacional e outros profissionais de apoio; como educadores sociais/monitores, cozinheiros, motoristas, zeladores. Todavia, nem todas as CTs têm esta equipe de profissionais para auxiliar no tratamento por meio da oferta de um serviço de qualidade.

Para preencher a falta do atendimento clínico psicológico ou multidisciplinar, muitas comunidades acabam supervalorizando no tratamento atividades ligadas à espiritualidade e religiosidade, e algumas orientam o abandonando da medicação (necessária para evitar surtos ou crises de abstinência); ou ainda focam na execução de tarefas e trabalhos, chamados de “laborterapia”. Esta prática focada no trabalho é frequentemente adotada como uma das principais formas de tratamento, para estruturar o cotidiano das pessoas privadas de liberdade (CFP, 2018). Alguns destes trabalhos podem ser vistos como abuso de direitos humanos, formas de castigos físicos ou psicológicos; podendo acontecer responsabilização administrativa (sanitária), civil e penal (ANVISA, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observado através da discussão empreendida até aqui neste artigo, a relação entre religião e saúde mental é geral e constantemente conflituosa. De um lado temos a supervalorização da religiosidade e espiritualidade como se o tratamento dependesse unicamente disto, e do outro, o modelo de saúde baseado na ciência e que ignora a religião e seus saberes. Em estudo anterior (SILVA, SALLES, 2013) o aspecto da espiritualidade foi identificado como um ponto de proteção ao dependente químico.

O relatório de inspeção do CFP (2018) analisou 28 instituições de 12 Estados do Brasil, em todas foram constatadas algum nível de violação de direitos humanos, como: internações involuntárias e compulsórias, violação da liberdade religiosa, exploração do trabalho. Em resposta ao relatório a CONFENACT (2018) se manifestou apoiando as ações e movimentos que são contra a violação dos direitos humanos de pessoas dependentes e seus familiares, e que apoiava a fiscalização de entidades que infelizmente praticam tais atos, que são desserviços.

Nem todos os religiosos defendem ou apoiam o acolhimento nas CTs para tratar os casos de dependência química. Isto porque em Foz do Iguaçu existem variáveis que provocam um alto índice de recaídas após o acolhimento institucional, como o acesso a drogas com alto poder de viciar. Esta visão vai de encontro com a literatura (RIBEIRO; MINAYO, 2015), pois em pesquisas anteriores alguns já reconheceram que essas instituições não são capacitadas o suficientes para lidar com um problema tão complexo como o do uso abusivo de drogas, indicando que suas ações não são o suficiente para lidar com a dependência química.

Sugere-se novos estudos abordando a relação entre saúde mental e religião sobre a perspectiva de líderes, membros e ex-acolhidos pelas instituições para analisar a real eficácia dos tratamentos oferecidos nos diferentes modelos de CTs. Estes estudos fornecerão mais dados para uma melhor compreensão e análise sobre estes centros de tratamento na perspectiva dos Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Perguntas e Respostas – Comunidades Terapêuticas. 2021. Disponível em: [perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/perguntas-e-respostas-comunidades-terapeuticas-2021.pdf). Acesso em 14/09/2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre, RS: ArtMed, 2014.

ARICÓ, Carlos Roberto. Outras reflexões sobre a CID-10 e DSM-5. 2018. Disponível em: <https://www.psicanalisenarrativaepoetica.com/textos-e-poesias/23.-outras-reflex%C3%B5es-sobre-a-cid-10-e-dsm-5>. Acesso em 13/09/2022.

AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso de. **Comunidades terapêuticas: o que são e a que(m) serve(m)?** 2022. Disponível em: <https://madinbrasil.org/author/lucianjaramillo/>

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BITTENCOURT, A.L.P.; FRANÇA, L.G.F.; GOLDIM, J.R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 311-319, 2015.

BRASIL. Lei Nº 8080/90: dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e funcionamento dos serviços a ela relacionados. Disponível em: [L8080 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/legis/leis/8080.htm). Acesso em: 29 ago. 2022.

_____. Lei Nº 8142/90: dispõe sobre a participação popular no SUS e sobre as transferências de recursos da área de saúde entre os governos. Disponível em: [L8142 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/legis/leis/8142.htm). Acesso em: 29 ago. 2022.

_____. Lei nº 10.216/01. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. 2001. Disponível em: [L10216 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/legis/leis/2001/10216.htm). Acesso em: 29 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM/MS. Regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). 2002. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br/images/stories/portarias/port336gm02.pdf). Acesso em: 29 ago. 2022.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Drogas: classificação e efeitos no organismo. Brasília. 2006.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Fundação Universitária de Brasília – UNB. Departamento de Serviço Social. CICAD - Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Mapeamento das instituições 286 capacitação para comunidades terapêuticas governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil em 2006/2007. Brasília, 2007. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Curso-SENAD-UNESP.pdf>. Acesso em: 07/09/2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088/GM/MS. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2011. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br/images/stories/portarias/port3088gm11.pdf). Acesso em: 29 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012 - Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio

ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 07/09/2022.

_____. Comunidades Terapêuticas são tema da Conferência Latino-Americana. 2017. Disponível em: [Comunidades Terapêuticas são tema de Conferência Latino-Americana \(jusbrasil.com.br\)](http://jusbrasil.com.br)

_____. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm. Acesso em 10/09/2022.

_____. Comunidades Terapêuticas. 2022. Disponível em: [Acessar Comunidades Terapêuticas — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](http://www.gov.br). Acesso em: 04 set. 2022.

CAMARGO, Elisa Carneiro Pereira et al . Uso e abuso de drogas entre universitários e a sua interface com as políticas públicas. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 1-9, dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000364>. Acesso em 21 jul. 2022.

CONAD. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Resolução Nº 01/2015 - Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. 2015. Disponível em: [Microsoft Word - Resolu\347\343o do CONAD - Regulamentacao - Texto Final - 07-05-15\) \(confenact.org.br\)](http://confenact.org.br). Acesso em 07/09/2022.

CONED-SP. Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo. **Comunidade Terapêutica 2020 – Manual para instalação e funcionamento de serviço no Estado de São Paulo.** 2020. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/06/MANUAL-CTS-CONED-SP.pdf>. Acesso em: 07/09/2022.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - CONFENACT. MANIFESTO da CONFENACT: Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. 2018. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/wp-content/uploads/2018/06/MANIFESTO-CONFENACT-sobre-Relat%C3%B3rio-Inspe%C3%A7%C3%A3o-CFP-MPF-e-Outros-de-18-06-2017.pdf>. Acesso em 14/09/2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017.** Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à

Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal. Brasília-DF. 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em 14/09/2022.

CORDEIRO, Franciele Roberta, et al. Cuidados de enfermagem à pessoa com esquizofrenia: **Revista de enfermagem da UFSM**, 2012, n. 2, v.1, p 174- 181. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3123>.

CRM-SP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira. *Usuários de substâncias psicoativas, abordagens, diagnóstico e tratamento* São Paulo: Cremesp/AMB. 2003.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 2 Ed. – Porto Alegre: Artmed. p. 344, 2008.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140376/comunidades-terapeuticas-no-brasil_expansao-institucionalizaca_8NQp7yT.pdf. Acesso em 07/09/2022.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola. 2003. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=xU8Wo0vcnAQC&oi=fnd&pg=PA2&dq=comunidade+terapeutica+na+am%C3%A9rica+latina&ots=0ls4AvJF3r&sig=nALkTXoVz9Hc5INJvyim42nf-SA#v=onepage&q=comunidade%20terapeutica%20na%20am%C3%A9rica%20latina&f=false>

DÉA, H. R. F. D. A Inserção do Psicólogo no Trabalho de Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 108-115. 2004.

FEBRACT. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Comunidades Terapêuticas. 2019. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/comunidades-terapeuticas/>. Acesso em 07/08/2022.

_____. Dra. Sushma Taylor, presidente da WFTC – Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas, fala à América Latina em evento da FLACT. 2021. Disponível em: [Dra. Sushma Taylor, presidente da WFTC - Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas, fala à América Latina em evento da FLACT - FEBRACT](#). Acesso em 07/09/2022.

FERNANDES, Thaís Ferraz et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contextos de uso e limitações metodológicas dos estudos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 498-507, Dec. 2017. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700040181>. Acesso em 04 Ago. 2022.

FIGUÊIREDO, Marianna Lima de Rolemborg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Revista cadernos de graduação ciências humanas e sociais**, 2014, n. 2, v.2, p.

121-136. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797>.

FLACT. Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas. **Realidade e atuais desafios para a comunidade terapêutica**. 2013. Disponível em: http://www.espiritofreemind.com.br/downloads/palestras/juan_palacios_realidade_atuais_para_ct.pdf. Acesso em: 07/09/2022.

FOZ DO IGUAÇU. Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental do Município de Foz do Iguaçu**. 2022.

_____. Decreto Nº 23.981, de 27 de Julho de 2015. Institui o Programa Municipal De Saúde Mental. 2015. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/pr/f/foz-doiguacu/decreto/2015/2398/23981>

_____. Decreto Nº 28.891, de 19 de Fevereiro de 2021. Dispõe sobre a Estrutura Administrativa relativa às unidades de terceiro nível hierárquico, subordinadas às Diretorias, que passa a vigorar na forma do disposto neste Decreto, bem como a implantação do sistema de siglas da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. 2021. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/f/foz-do-iguacu/decreto/2021/2899/28981>.

_____. Decreto Nº 30.226, de 4 de maio de 2022. Denomina Centro de Atenção Psicossocial - CAPS AD III Álcool e Drogas 24 Horas Dr. Douglas Bittencourt, o próprio público localizado na Avenida Portugal s/n, Jardim Pólo Centro. 2022. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/f/foz-do-iguacu/decreto/2022/3023/30226/decreto-n-30226-2022>. Acesso em: 27/08/2022.

FRACASSO, Laura. Comunidades Terapêuticas: histórico e regulamentações. 2018. Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2018/08/09/15_25_10_992_Artigo_Comunidades_Terapeuticas_Historico_e_Regulamentos.pdf. Acesso em 07/09/2022.

FREUD, S. Mal-estar na civilização. Companhia das Letras. São Paulo-SP. 2011 (Trabalho original publicado em 1930).

GOMEZ RESTREPO, Carlos et al . Therapeutic Communities In Latin America: An International Descriptive Study In Different Countries Across Latin America. **rev.colomb.psiquiatr.**, Bogotá , v. 47, n. 3, p. 140-147, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502018000300140&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Sept. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.011>.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg, et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de Enfermagem. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2013, n. 22. V. 2, p. 361-369. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. **Revista ciência e saúde coletiva**, 2009, n. 1, v. 14, p. 297-305. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>

KERR-CORRÊA, Florence; MAXIMIANO, Vitore André Zilio. **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013. Disponível em: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Curso-SENAD-UNESP.pdf>. Acesso em: 03/09/2022.

LIANDRO, Bismarck. A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social. **Revista Científica Semana Acadêmica**. Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social>. Acesso em: 27/08/2022.

LIMA, Israel Coutinho Sampaio et al. O centro de atenção psicossocial no olhar do familiar cuidador. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, 2011, p. 45-51. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1945/pdf_521.

LEMOS, T. Ações e Efeitos das Drogas de Abuso. **Série Cadernos Temáticos dos Desafios Educacionais Contemporâneos**. SEED, Curitiba-PR. P. 51-59,. 2008.

MARQUES, A. C. P. R., & CRUZ, M. S. O Adolescente e o Uso de Drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Mai, 2008.

MESSINA, N. P. et al.. Opening the black box: the impact of inpatient treatment services on client outcomes. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 20(2), 177-183. (2001)

OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Tratamento/modelos/comunidade terapêutica. 2007. Disponível em: www.obid.senad.gov.br. Acesso em: 01 set. 2022.

OLIVEIRA, MAF; SÓCRATES, BA; ALVES, DC. Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. Álcool e outras drogas. São Paulo: CRPSP; p. 95-108, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). São Paulo, SP: Edusp, 1994.

POZAS, J.E.M. Comunidades terapêuticas en España: evolución histórica, situación actual y perspectivas. 1996. Disponível em: <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html>

PRIOTTO EP, NIHEI OK, LIZZI EAS. Uso de álcool e outras drogas por estudantes universitários de uma região de fronteira do sul do Brasil. **Espaço para Saúde**, v. 16, n. 4, p. 7-19, 2015.

QUADRA, Dante. Comunidade Sagrada Família promove Festival do Risoto. **Rádio Cultura Foz**. 2016. Disponível em: [Comunidade Sagrada Família promove Festival do Risoto – Rádio Cultura Foz – AM 820 \(radioculturafoz.com.br\)](http://ComunidadeSagradaFamilia.promoveFestivaldoRisoto-RadioCulturaFoz-AM820.radioculturafoz.com.br).

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages e MINAYO, Maria Cecília de SouzaAs Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manginhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2015, v. 19, n. 54 [Acessado 15 Setembro 2022], pp. 515-526. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia** (Campinas) [online]. 2005, v. 22, n. 2 [Acessado 24 Agosto 2022], pp. 167-174. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>>. Epub 05 Nov 2007. ISSN 1982-0275. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>.

SANTOS, Pedro Antonio N. dos; MIRANDA, Marlene B. S.. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. **Revista escola de medicina e saúde**, 15 pública, 2015. Disponível em: <http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf>.

SARAIVA, Rayslla Sabrina Pereira; SANTOS, William Araújo; SOUSA, Stéphane Figueiredo de. A história da saúde mental no Brasil: considerações e desafios. **Revista coopex**, 2016, n(-), v. 7, p. 1-12. Disponível em: <http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-461bb51bcf9f8f11187607cc90b75f9a.pdf>

SERRAT M. Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos. 2002. Disponível em: <http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas03.htm>. Acesso em 01 de Set. 2022.

SCADUTO, Alessandro Antonio; BARBIERI, Valéria; SANTOS, Manoel Antônio dos. Comunidades terapêuticas para dependentes de substâncias psicoativas: avaliação dos resultados do tratamento. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 16(2), 156-171. São Paulo, SP, maio-ago. 2014. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n2p156-171>

SCHIMITH, Polyana Barbosa; MURTA, Geraldo Alberto Viana; QUEIROZ, Sávio Silveira de. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia brasileira. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 30, e180085, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-6564e180085>. Acesso em 07 Ago. 2022. Epub Apr 11, 2019.

SILVA, Meire Luci da; SALLES, Daiane Benardoni. Identificação de fatores de riscos e proteção para prevenção de recaídas na visão de dependentes químicos. **Caderno de Resumos do I Debate Internacional Sobre o Uso de Evidências em Álcool e outras Drogas**. Organização: Divane de Vargas e Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. São Paulo, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2013.

VALÉRIO, Marcos. **Reportagem RPC Part II Casa de Apoio Esperança em Cristo**. Foz do Iguaçu: RPCTV. 2011. 1 vídeo (2min). Disponível em: <https://youtu.be/TqfP8AkviYk>. Acesso em 13/09/2022.

ZEFERINO, Maria Terezinha et al. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. spe, p. 125-135, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001150014>. Acesso em 10 de Ago. 2022.