

O PAPEL DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DE PESSOAS EM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Leonado Miessi Campos¹; Sheila Cordeiro Souza Moreira^{2*}

¹ Graduando em Psicologia, Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS; ² Esp. em Atenção Primária à Saúde, Mestranda em Psicologia Profissional – UNISC, docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

* autor correspondente: sheilacordeiro@yahoo.com.br

RESUMO

O presente artigo surge a partir dos questionamentos a respeito dos modos de intervenção quanto à saúde do sujeito em uso abusivo de substâncias psicoativas. Para compreender as possibilidades de tais indivíduos, especialmente na região do interior do Mato Grosso do Sul, escolheu-se investigar a forma de atuação das Comunidades Terapêuticas, uma vez que se configuram como destino frequente desse público. A presença dessas instituições no Brasil se estabelece desde a década de 70, marcando uma contribuição significativa no cenário de combate ao abuso de substâncias psicoativas. No entanto, identifica-se a necessidade de uma análise detalhada sobre muitos aspectos de seu funcionamento. Particular atenção se dá à maneira como essas instituições percebem a saúde e a relação do indivíduo com a drogadição. Utilizando-se da análise institucional como alicerce, propõe-se uma reflexão sobre o espaço das Comunidades Terapêuticas como agentes no enfrentamento do abuso de substâncias psicoativas. Ressalta-se a importância da participação ativa do psicólogo e da oferta de tratamentos que se alinham às necessidades de cada sujeito. Observações realizadas durante a disciplina de Estágio Supervisionado Básico II - Comunidade e Instituições Sociais exibiram as particularidades na atuação de uma Comunidade Terapêutica na cidade de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul. Com base nesses achados, sugestões são propostas para a evolução dessas instituições dentro do contexto social.

PALAVRAS-CHAVE: comunidades terapêuticas; substâncias psicoativas; saúde.

1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas é um grande desafio no mundo

todo. Para compreendê-lo em sua totalidade, precisamos avançar sobre o modelo cartesiano de saúde e enxergar as dimensões psíquicas e sociais que se fazem presente no contexto do indivíduo

em sofrimento. Entretanto, ao longo do tempo, respostas para esse problema se estruturaram na forma de controle social, ainda que o enxergassem apenas sob uma ótica biológica. Nesse contexto, surgem as comunidades terapêuticas (CTs), como uma das muitas alternativas aos hospitais psiquiátricos, especialmente nas cidades do interior do Brasil.

Dentro da atuação das CTs na perspectiva de tratamento de dependência de substâncias psicoativas (SPA) existem algumas objeções no que se refere à regulamentação dessa atuação e ainda onde essas instituições estão inseridas, se debaixo da tutela da SUAS ou como instituição do SUS.

O funcionamento dessas instituições precisa ser revisitado sob um olhar da reforma psiquiátrica que não implique em um sucateamento do financiamento das políticas públicas de saúde e assistência social, uma vez que o tratamento principal ainda deve ser fornecido e realizado dentro da rede psicossocial do SUS/SUAS.

Costa (2009) afirma que, para abordar esse tema, devem ser consideradas as diversas possibilidades e alternativas na atenção à dependência química. A prevenção, reinserção social, assim como a redução de danos são propostas válidas consideradas na legislação que contribuem para a compreensão da problemática e seu enfrentamento.

1.1 Processo saúde-doença e o modelo biopsicossocial

Desde o século XVII, com o desenvolvimento do conceito do dualismo mente-corpo e o paradigma mecanicista por meio de Descartes, que enxergava o ser humano como uma máquina, a medicina se aproxima do ser humano como a responsável por “consertar o defeito” que tal máquina apresentava e a impedia de seguir seu funcionamento normal (CAPRA, 1982).

Ornellas (1999) ainda aponta que, a partir daí, surge o modelo biomédico,

que é a base da medicina moderna, e apresenta uma visão reducionista da doença, uma vez que seus aspectos sociais, psicológicos e ambientais não são considerados.

Segundo Pratta e Santos (2009), o foco dessa nova concepção é a interpretação do sinal físico, ou seja, o que é chamado de sintoma, e passa a se desenvolver um sistema para classificar tais doenças de uma forma ordenada e sistematizada, que agora era uma realidade concreta e possível de ser localizada no corpo. Assim, de acordo com Ornellas (1999), a busca no paciente era por sinais que apontassem para uma patologia específica, objetificando o corpo e as próprias doenças, de forma que o primeiro se tornou a sede das doenças enquanto o segundo, entidades patológicas a serem exploradas e estudadas.

Capra (1982) destaca ainda que no século XIX houve o surgimento da Psiquiatria que incorporou o modelo biomédico vigente, e usava da ótica orgânica para abordar os problemas mentais em busca de uma lesão que as justificasse. Dessa forma, segundo Pratta e Santos (2009), a psiquiatria contribuiu para:

[...] encobrir valores e poderes presentes nesse cenário, como o caso da exclusão e morte social, uma vez que o paciente era retirado do convívio social e encarcerado, perdendo muitas vezes seus vínculos e sua própria identidade (PRATTA, SANTOS, 2009, p. 206).

Entretanto, embora ainda se observe a hegemonia do modelo biomédico, diversas iniciativas foram tomadas para repensar o conceito de saúde, com destaque para a Organização Mundial da Saúde (OMS), que em sua fundação em 1948 propôs um conceito mais abrangente para saúde, que apesar de controverso, fica marcado como um importante passo na quebra desse paradigma. De acordo com a OMS, “saúde é um estado de completo bem-estar físico,

mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2010).

Aceitar essa afirmativa sem questioná-la implica em descartar tudo aquilo que existe aquém do “completo bem-estar”, como pontuado por Rosa, Cavicchioli e Bretãs (2005, p. 579):

A utopia sustenta-se no termo bem-estar, definido como o estado de perfeita satisfação física ou moral. Aqui, o perfeito escapa por meio das possibilidades e imperfeições humanas, inviabilizando a conquista plena da satisfação.

Dessa forma, ao analisar o processo saúde-doença, deve observá-lo de acordo com o dinamismo inerente da sua própria constituição, influenciado pelos diversos fatores presentes no existir singular e complexo da condição humana (PRATTA, ROSA, 2009; CAPRA, 1982).

1.2 Comunidades terapêuticas

A origem das comunidades terapêuticas (CTs) remonta ao final do século XVIII na criação de grupos de trabalho voltados ao bem-estar do indivíduo vítima do abuso de álcool (MASSOLIN FILHO, 2012).

No cenário brasileiro, seu aparecimento deu-se na década de 1970, em uma época na qual as políticas públicas de atenção à dependência química no país eram inexistentes, de modo que seu trabalho era muitas vezes associado a práticas religiosas (COSTA, 2009). Entretanto, só passaram a ser chamadas e reconhecidas como CTs a partir da Resolução 101 de 30 de maio de 2001 da ANVISA, que normatizou e regulamentou seu funcionamento.

Segundo Zamarchi (2015), atualmente no Brasil, a principal resolução vigente é a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011 elaborada pela ANVISA, que determina os parâmetros de funcionamento

das instituições que prestam atendimento a pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Destaca-se ainda a Resolução do CONAD Nº /2014, que regulamenta as entidades que realizam o acolhimento de pessoas que realizam consumo prejudicial de substâncias psicoativas, sendo elas CTs ou não. Entretanto, apesar das normativas existentes, não existe um padrão de atuação bem delimitado para as CTs, conforme aponta Maurer (2014), uma vez que são organizações não homogêneas, é impossível restringir o termo “CTs” a uma ideia única.

Costa (2009, p.06) aponta ainda um redimensionamento progressivo das CTs para integrarem a “rede socioassistencial de atendimento a pessoas em situação de vulnerabilidade social por uso ou dependência de substâncias psicoativas, conforme previsto pela Política Nacional de Assistência Social”.

Atualmente, as CTs em funcionamento no Brasil operam de acordo com o gênero da população atendida, podendo ser masculina, feminina ou ainda mista. Em relação ao tempo de internação, a média de permanência gira em torno de 6-9 meses, atendendo um público de 18-65 anos (PERRONE, 2014).

No Brasil, a maioria das CTs está localizada em regiões afastadas das cidades, como sítios e fazendas, nas quais algumas empregam o uso de atividades laborais, conhecida como “laborterapia” (DAMAS, 2013), criticada por Maurer (2014) como sendo uma prática semelhante à utilizadas em manicômios e hospitais psiquiátricos.

Outra crítica realizada ao modelo das CTs é o caráter asilar que foi constatado em muitas instituições no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas realizado pelo CFP (2018), que o definiu em duas vias, como:

a) a ausência de recursos para oferecer assistência integral, incluindo

serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros; e b) a não garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, enumerados, na própria lei, como acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, pelos meios menos invasivos e preferencialmente em serviços comunitários, com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade, protegido de abuso e exploração, com direito à presença médica, acesso a meios de comunicação, entre outros (CFP, 2018, p. 56).

Essas características podem implicar em diversos fatores contrários à reforma psiquiátrica, que será abordada na sessão seguinte, dentre elas o isolamento e restrição ao convívio social, falta de comunicação, capacitação da equipe de atendimento e das estratégias de tratamento. Entretanto, alguns autores veem o movimento de crescimento e consolidação das CTs como positivo. Segundo De Leon (2008), uma importante mudança para as CTs atuais foi

[...] a passagem [...] de uma comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção [...] que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla (DE LEON, 2008, p. 27).

E ainda,

[...] é ao se esforçar para satisfazer as expectativas de participação da comunidade que os residentes perseguem suas metas individuais de socialização e crescimento psicológico (DE LEON, 2008, p. 378).

Portanto, conforme apontado por Perrone (2014), é a partir dessa socialização dentro da comunidade que a pes-

soa desenvolve habilidades sociais e outros recursos para retomada da participação social nas esferas do trabalho, da família e da comunidade.

1.3 Reforma psiquiátrica

Segundo Sales e Dimenstein (2009), ao final da Segunda Guerra, os movimentos contra o modelo asilar dominante de tratamento aos portadores de transtornos mentais começaram a tomar força, destacando-se os movimentos da psiquiatria italiana, que influenciaram diretamente a reforma psiquiátrica brasileira.

[...] A superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) (HIRDES; 2009, p. 298).

Vecchia e Martins (2009, p.154) afirmam que o cerne desse movimento promove “a defesa tanto da desospitalização da população cronificada, mantida em longa permanência, quanto um processo de desinstitucionalização”. Sendo o movimento de desospitalização o atendimento fora das instalações hospitalares, culminando num processo de desinstitucionalização, que, segundo Perrone (2014, p. 571, apud Saraceno et al, 1994) “consiste em trabalhar para eliminar a realidade e a cultura institucional [...] e suas consequências: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional, seja dos pacientes, seja dos que cuidam deles”.

Segundo o CFP (2018), a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/2001) foi pautada na superação

das práticas de exclusão, definindo “parâmetros para assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais”, de forma a redirecionar o modelo de atuação em saúde mental.

No artigo 2º da referida lei, são definidos os direitos das pessoas com transtorno mental, são eles,

- I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Entretanto, como evidenciado por Basaglia (2010), as propostas não buscaram “transformar o espaço da internação em um espaço clínico ou multidisciplinar”. Isso se deve, em função do caráter de controle da “doença”, que promove uma gama de processos restritivos na sociedade, e que culmina no isolamento de tais indivíduos. O que é corroborado pela existência de instituições como hospitais psiquiátricos que, embora atualizados por meio da Reforma, ainda encaram o problema das drogas como um de contágio.

1.4 Comunidades terapêuticas, abarcadas pelo SUS ou pelo SUAS?

Devido às diferentes formas de atuação em relação aos cuidados com pessoas portadoras de transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, existe um forte debate a respeito da do órgão responsável por regulamentar as atividades das CTs, e um debate ainda maior sobre suas formas de financiamento dentro do orçamento estadual e municipal.

Segundo Costa (2009, p. 09), “as CTs, até então vinculadas [...] à Assistência Social, estão migrando para a área da Saúde, pois a dependência química é tida hoje como uma questão de saúde pública. Entretanto, a própria Política Nacional de Assistência Social (PNAS) afirma em sua constituição que:

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) (BRASIL, 2005, p. 33).

E ainda,

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) (BRASIL, 2005, p. 43).

Isso também é reforçado pela Minuta da Resolução do CONAD nº /2014:

CONSIDERANDO que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa não são equipamentos de saúde, mas de interesse e apoio dos sistemas de saúde e de assistência social (CONAD, 2014).

Enquanto isso, o CFP (2011), na Carta à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), afirma que colocar as CTs na área de saúde violará os princípios do SUS e a Reforma Psiquiátrica. Apesar disso, por meio da Tipificação Nacional da Assistência Social (Resolução CNAS Nº 109/2009), o Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS) e o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) compreendem que as CTs não fazem mais parte da política pública de assistência social. De forma que, a partir da Lei Nº 12.868/13, as CTs passam a ser reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social na área da saúde, o que implica que para obtenção da Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social (CEBAS) as CTs necessitam estar vinculadas ao SUS, o que só foi possível a partir de 2016, por meio da Portaria SAS/MS Nº 1.482/2016, que incluiu na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CNES a categoria de “Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde”, estabelecendo que as CTs se enquadram nesse tipo de estabelecimento (SINI-BREFMG, 2018).

Costa (2009), afirma que ao compreender a dependência química como uma questão de saúde pública, é necessário considerar as diversas dimensões afetadas no ser humano, bem como as diversas modalidades de atendimento dentro das possibilidades de cada dependente.

A repressão ao tráfico, por exemplo, está dentro da política de enfrentamento à dependência química, porém é um trabalho exclusivo e resritto 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 (COSTA, 2009, p. 11).

1.5 Atuação do psicólogo

Segundo o CRPRS (2020), as CTs que ofertam serviços de Psicologia, devem seguir a Resolução CFP nº 16/2019, que determina a obrigatoriedade do cadastro no Conselho Regional de Psicologia de toda Pessoa Jurídica que presta serviços de Psicologia, em razão de sua atividade secundária, além de determinar um profissional psicólogo como responsável técnico.

Na atuação, as (os) psicólogas (os) devem seguir as diretrizes do Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o, destacando-se os artigos abaixo.

No Art. 1º, são apontados os deveres fundamentais das/os psicólogas/os:

c) prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional (CFP, 2005, p. 8)

No Art. 2º expressa que é vedado à/ao psicóloga/o:

a) praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;
b) induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais (CFP, 2005, p. 9).

E ainda, no Art. 3º reforça o compromisso do profissional em seguir o Código de Ética: “Parágrafo único: Existindo incompatibilidade, cabe ao psicólogo recusar-se a prestar serviços e, se pertinente, apresentar denúncia ao órgão competente” (CFP, 2005, p. 11). Além disso, os atendimentos devem obedecer a Resolução CFP nº 01/2019 no que diz respeito à documentação, guarda e confidencialidade dos registros produzidos em decorrência dos atendimentos, reforçado no Art. 9º do Código de Ética, que se diz:

É dever da/o psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações a que tenha acesso no exercício profissional (CFP, 2005, p. 13).

O CRPRS (2020) reforça ainda que, o profissional que atua nas CTs deve certificar-se de que não existe qualquer situação de privação de liberdade ou restrições à comunicação, além da garantia à liberdade religiosa e o respeito à diversidade sexual. Além disso, é inadmissível a existência de castigos, punições, isolamento e indícios de tortura.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é retomar a discussão sobre o processo saúde-doença, sob a ótica do modelo biopsicossocial, bem como a avaliação da regulamentação das CTs dentro dos parâmetros estabelecidos e conquistados pela reforma psiquiátrica, e assim, garantir a atuação do profissional psicólogo e visar uma melhora na perspectiva de tratamento e recuperação dos indivíduos.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização do projeto de intervenção foram realizadas seis observações em uma comunidade terapêutica

ligada a uma igreja evangélica na cidade de Três Lagoas, MS, que atende pessoas que realizam consumo prejudicial de SPA, com o intuito de conhecer os fluxos de atendimento, às propostas de terapia, as regras de convivência e o funcionamento em geral da instituição.

Esse projeto foi executado durante a disciplina de Estágio Supervisionado Básico II - Comunidade e Instituições Sociais, que tem como objetivo a realização de um diagnóstico de equipamentos sociais, com base nas informações adquiridas através de métodos de observação e coleta de informações, proporcionando a capacitação do estagiário à caracterização, identificação e atendimento às demandas em equipamentos da área de Assistência Social, por meio da observação ativa.

Segundo o coordenador do projeto, a CT tem por objetivo a recuperação dos “alunos”, denominação esta usada para descrever as pessoas que fazem parte do programa. O Programa de Recuperação, como é chamado na instituição, conta com duas localidades de acolhimento.

A primeira fica localizada dentro da cidade de Três Lagoas e funciona como uma triagem, além de abrigar a CT feminina. A segunda localidade é uma fazenda na qual funciona a CT masculina e está situada na zona rural da cidade. Na triagem/CT feminina trabalham três colaboradores, o coordenador do projeto, que é técnico de enfermagem, sua esposa, formada em Assistência Social, e uma obreira, que, durante o período de visita, acompanhavam quatro mulheres.

Já a fazenda é um local muito amplo que conta com todos os elementos típicos do ambiente rural, como plantações e criações de animais. Na fazenda trabalham três obreiros sob a orientação do coordenador da CT que atendiam no mesmo período 23 alunos. Ambas as CTs atendem jovens com idade a partir de 18 anos sob procura espontânea dos interessados.

As atividades de estágio foram realizadas por meio de visitas à instituição escolhida, das quais destacam-se a observação e entrevistas não-estruturadas, além de revisão da literatura e aulas de supervisão realizadas pela professora orientadora durante as aulas da disciplina. O período de desenvolvimento do estágio se deu entre os meses de agosto e dezembro de 2021.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As observações realizadas durante o estágio permitiram a percepção de como se dá a dinâmica de atuação das Comunidades Terapêuticas. As atividades desenvolvidas pelos alunos, denominadas pela CT como laborterapia, buscam direcionar totalmente a atenção do indivíduo para a atividade, de forma que esse não mais possua “tempo” para pensar no seu vício e relação com a SPA. As reflexões a respeito da situação de dependência se dão quase que exclusivamente nos períodos de meditação, durante os cultos, nos quais os alunos são convidados a participar ou ainda nos aconselhamentos, que podem ser feitos pelos obreiros ou pastores. Entretanto, vale ressaltar que tais aconselhamentos não acontecem com frequência determinada nem possuem uma estrutura definida, mas antes acontecem, segundo a direção do programa, de acordo com a necessidade do aluno.

Como as observações se concentraram em sua maior parte na CT feminina, foi possível observar algumas diferenças e semelhanças quanto ao perfil de cada aluna. Na CT feminina, a idade das mulheres atendidas ia de 25 a 45 anos, sendo que todas elas são mães que não possuem a guarda dos filhos. Uma delas era soropositiva para AIDS, outra havia cumprido pena em uma penitenciária e outra havia se prostituído como forma de financiar sua dependência. Todas elas fizeram uso abusivo de álcool, cocaína e crack.

Já na CT masculina, a idade dos alunos atendidos vai de 20-55 anos, enquanto as substâncias mais comuns utilizadas por eles são o álcool, cigarro, cocaína e crack.

Outro ponto observado foram as interações entre os alunos. Na CT masculina pode-se observar que a interação entre os alunos acontecia mais livremente, especialmente quando eles estavam realizando atividades junto de companheiros de seu círculo próximo de amigos. Os alunos com maior tempo de permanência na CT ajudam os mais novos, tanto em ensinar as atividades e normas da comunidade, quanto em questões pessoais.

Enquanto na CT feminina, as alunas são mais cuidadosas quanto ao que dizem e como se portam. Como eram apenas quatro alunas, as próprias possibilidades de se relacionar são menores, isso pode implicar na criação de vínculos por necessidade. Apesar disso, pôde-se notar que elas são bem unidas e compartilham suas experiências, o que promove um fortalecimento dos vínculos na medida em que elas passam a se identificar umas com as outras.

Ainda que o coordenador e sua esposa componham um tipo de equipe multidisciplinar, abarcando as modalidades da enfermagem e assistência social, pôde-se observar como a ausência de um profissional psicólogo na CT visitada reduz as possibilidades de atendimento para os usuários da instituição.

O sofrimento psíquico gerado pelo uso abusivo das SPA, aliado aos problemas gerados pelo vício, precisa ser endereçado e tratado propriamente. Através das observações pude notar que a estratégia parece se concentrar mais em privar experiências e sensações que eliciam uma resposta indesejável do que trabalhar um cuidado de si. A quebra dos vínculos sociais e familiares, especialmente no caso das mães que perderam a guarda de seus filhos, atua como uma espécie de luto, pois a perda é vista

como irremediável.

Segundo Färber (2013), os pais que são privados da guarda dos filhos, ainda que por opções de vida que ameacem a segurança de seus filhos, precisam processar esse luto. Isso nos leva a questionar o modelo de isolamento defendido pelas Comunidades Terapêuticas, até quando ele é benéfico? A presença da família e da sociedade pode fortalecer o tratamento? Privar situações que possam estimular o uso das drogas é positivo para uma perspectiva de vida a longo prazo? Como os sujeitos veem sua permanência nas CTs: apenas um período de desintoxicação ou realmente uma tentativa de mudar de vida?

Também se nota aqui o que foi apresentado por Basaglia (2010) como um exemplo da reconfiguração que a Reforma Psiquiátrica trouxe. As CT compõem uma alternativa para tratar esse problema seguindo as mesmas bases anteriores, pautado na separação da vida social.

Como pontua Caprara (2003), vê-se aqui a real necessidade de adequar a intervenção considerando o paciente enquanto sujeito e não mais como um objeto passivo. Pratta e Santos (2009) vão ainda além, resgatando que esses sujeitos possuem saberes e fazeres próprios e precisam estar participando ativamente desse processo.

Ainda há muito a ser discutido a esse respeito e, para isso, é necessário fomentar o diálogo entre as CTs e os órgãos da Assistência Social e da saúde pública, buscando a regulamentação e evolução do serviço em benefício dos indivíduos em situação de dependência.

REFERÊNCIAS

BASAGLIA, F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante, P. (Org.), Rio de Janeiro: Garmond Universitária. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei

nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. Brasil, 2001.

CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix. 1982.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Carta à Comissão Intergestora Tripartite (CIT). 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/carta-comisso-intergestora-tripartite-cit/>>. Acesso em: 12 set. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CONAD Inicia Análise da Minuta de Regulamentação das Comunidades Terapêuticas. 2015. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/conad-inicia-analise-da-minuta-de-regulamentacao-das-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 26 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília: CFP, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Minuta de Resolução CONAD Nº/2014. Brasil, 2014. Disponível em: <<http://www.conf-nact.org.br/wp-content/uploads/2014/08/MINUTA-CONAD-Regulamenta%C3%A7%C3%A3o-CTs-2014-08-15-PDF1.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2021.

COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 11, n. 2, p. 1-14, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/cv11n2.htm>>. Acesso em: 12 set. 2021.

CRPRS. O exercício profissional da Psicologia no contexto das Comunidades Terapêuticas. Entrelinhas, Porto Alegre, v. 84, n. 1, jan. 2020. Disponível em: <<https://www.crprs.org.br/entrelinhas/81/orientacao-o-exercicio-profissional-da-psicologia-no-contexto-das-comunidades-terapeuticas>>. Acesso em: 12 set. 2021.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-63, 2013. Disponível em: <<http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/173>>. Acesso em: 12 set. 2021.

DE LEON, G. A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método. 2a Edição. São Paulo: Edições Loyola; 2008.

FÄRBER, S. S. Lutos marginais e lutos desautorizados, ritos negados e omitidos. Protestantismo em Revista, São Leopoldo, v. 32, n. 1, p. 3-14, set-dez, 2013. Disponível em: <<http://ism.edu.br/periodicos/index.php/nepp/article/view/1119>>. Acesso em: 22 out. 2021.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 298-301, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0109/saude_mental.htm>. Acesso em: 12 set. 2021.

MASSOLIN FILHO, L. Comunidades Terapêuticas I. Ed. Rede e E-tec Brasil: Curitiba, 2012.

ORNELLAS, C. As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 7, n. 19-26, 1999.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 569-580, fev. 2014. Doi: 10.1590/1413-81232014192.00382013.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: Interfaces e evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009. doi: 10.1590/S0102-37722009000200008.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRETÃO, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 13, p. 576-582, 2005.

SALES, A. L. L. de F.; DIMENSTEIN, M. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: Práticas em desconstrução? Maringá, v.14, n. 2, p. 278, 2009.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental: Guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 1994.

SINIBREFMG. O CEBAS das comunidades terapêuticas. 2018. Disponível em: <<http://www.sinibref.com.br/o-cebas-das-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 12 set. 2021.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, mar. 2009. Doi: 10.1590/s1414-32832009000100013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Geneva: World Health Organization; 2020.

ZAMARCHI, P. F. de L. Contraversão - do Conselho Federal De Psicologia às Comunidades Terapêuticas. 2015. 48 f.

Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes - RO, 2015.