
APLICAÇÃO DAS LEIS DO SUS E DO SUAS EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA: TEORIA E PRÁTICA

APPLICATION OF THE LAWS OF SUS AND SUAS IN A THERAPEUTIC COMMUNITY: THEORY AND PRACTICE

SILVA¹, Jairo Pinheiro da; BROCHIER, Jorgelina Ines
Universidade Estácio de Sá

Recebido: 03/01/2018; Aceito: 10/01/2018; Publicado: 09/07/2018

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise comparativa entre o que preconiza as Leis nº8.080 (Lei do SUS) e Lei nº8.742 (LOAS) e o que se pratica, tomando como base uma Comunidade Terapêutica destinada ao atendimento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas, enfatizando a atuação do psicólogo neste contexto. Desta forma, foi realizada a visita a uma instituição de assistência social em sua unidade localizada zona Norte do Rio de Janeiro, RJ. A visita foi dividida em dois momentos: i - uma entrevista semiestruturada concedida por uma das psicólogas que atua na instituição; e, ii - por uma visita guiada e explicação do modelo de funcionamento terapêutico pelo médico componente da equipe técnica. A análise das informações obtidas e observações durante a visita nos revela muitos pontos dissonantes da Lei do SUS e da LOAS, corrompendo os ideais de atenção à saúde e assistência social estabelecidos nesta Lei. Porém, observamos que mesmo diante das distorções, a ação da instituição acaba por ser de utilidade pública por prestar-se à política de saúde e assistência que o Estado não logra êxito em fazer, sendo esta tão amplamente praticada em referência aos usuários de substâncias psicoativas, alvo deste estudo.

Palavras-chave: SUS; SUAS; LOAS; políticas públicas.

ABSTRACT

The objective of this study was to perform a comparative analysis between what is recommended by Laws 8,080 (SUS Law) and Law No. 8442 (LOAS) and what is practiced, based on a Therapeutic Community for the care of dependents of psychoactive substances, emphasizing the psychologist's performance in this context. Thus, a visit to a social assistance institution was carried out at its unit located in the North area of Rio de Janeiro, RJ. The visit was divided in two moments: i - a semi-structured interview granted by one of the psychologists who works at the institution; and, ii - for a guided tour and explanation of the model of therapeutic functioning by the physician component of the technical staff. The analysis of the information obtained and observations during the visit reveals many dissonant points of the SUS and LOAS Laws, corrupting the ideals of health care and social assistance established in these Laws. However, we observe that even in the face of distortions, the institution's action it turns out to be of public utility because it lends itself to the health and assistance policy that the State does not succeed in doing, being this so widely practiced in reference to the users of psychoactive substances, the target of this study.

Keywords: SUS; SUAS, LOAS; public policy.

¹Universidade Estácio de Sá, Campus Santa Cruz, Rio de Janeiro, RJ. Curso de Graduação em Psicologia. Rua General Olímpio, 100-104 - Santa Cruz, Rio de Janeiro - RJ, 23510-242

INTRODUÇÃO

Os questionamentos e debates acerca da atenção à saúde, em seus diferentes níveis, no Brasil, são amplos e, nem de longe temos a pretensão de esgotarmos este assunto em um único artigo. O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído como resultado de um movimento intenso entre os diversos profissionais da saúde no Brasil, inseridos em um movimento de contexto mundial, é estabelecido pela Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, traz grandes avanços no campo da legislação que ampara as ações e os serviços de saúde no nosso país. Porém, mesmo significando um avanço sem precedentes, a sanção da Lei do SUS somente se deu em 1990 dois anos após a promulgação da Constituição da República Federal do Brasil de 1988 – a Constituição Cidadã. Ainda assim uma lacuna é deixada, pois apenas em 1993, cinco anos após a promulgação da CRFB, temos a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS), sancionada. Como se saúde e assistência social pudessem seguir dissociadas uma da outra, encontramos esse hiato de três anos entre as legislações que orientam e regulamentam as ações nestas duas áreas no Brasil.

A Assistência Social no Brasil tem sua origem histórica baseada na caridade, filantropia e na solidariedade religiosa. Até a década de 1940, quando houve a criação da Legião Brasileira de Assistência, ainda segue pautada na caridade e no assistencialismo. Na LOAS/1993 que temos explicitado que a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado e que se trata de uma política de seguridade social não contributiva, que deve prover os mínimos sociais através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Assim, orientados pela legislação vigente e pertinente ao tema, no presente artigo, buscamos analisar como os princípios estabelecidos por estas duas legislações são aplicadas na prática de uma Comunidade Terapêutica (CT), privada de orientação religiosa católica, destinada ao atendimento de usuários dependentes de substâncias psicoativas (SPA).

O (ab)uso de drogas psicoativas e os modelos de atenção à saúde dos usuários

O registro da utilização de substâncias psicoativas pelo ser humano imbrica-se com a própria história da humanidade, com finalidades as mais variadas, desde o seu emprego lúdico, para obtenção de sentimento de prazer, com fins medicinais, até o uso em rituais religiosos e muitos outros (MCRAE, 2010).

Contudo, com o advento tecnológico associado ao desenvolvimento dos processos industriais, sobretudo no século XIX, o mesmo processo começa a ser observado no que tange à obtenção, preparação e purificação de drogas, antes consumidas *in natura*, como em chás e outras formas não industrializadas (ALVES, 2009). Assim, surgem rogas psicoativas mais potentes em seus efeitos, levando à um certo grau de “popularização” do uso destas drogas, principalmente para fins recreativos. Arelado a este fato, surge a necessidade de uma intervenção no sentido regulador por parte do Estado. É através das políticas públicas que estas ações reguladoras vêm sendo formuladas e implementadas.

Em uma extensa revisão da literatura, Alves (2009) apresenta o proibicionismo e a abordagem de redução de danos como os principais posicionamentos

políticos que têm norteado as ações e a elaboração de políticas públicas para abordar as questões relativas ao uso e ao abuso de substâncias psicoativas. Assim, o proibicionismo alicerçado nas políticas públicas erigidas nos Estados Unidos no início do século XIX, sobretudo em relação ao consumo de álcool, tem suas ações direcionadas para a redução da oferta e da demanda de drogas, através de práticas de repressão, criminalizando a sua produção, comercialização, porte e consumo. Este modelo de atenção aos usuários de substâncias psicoativas se mantém predominante nos Estados Unidos (MACMASTER, 2004; WODAK, 2009), Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns países asiáticos (REGHELIN, 2002).

Já o viés relativo a abordagem de redução de danos traz políticas e programas os quais têm se embasado em ações que são direcionadas para minimizar ou reduzir os danos à saúde, relativos ao consumo de substâncias psicoativas e outras drogas sem necessariamente buscar implementar uma ação de repressão para coibir tais usos. Esta abordagem se sustenta no cenário histórico do consumo de substâncias psicoativas, que sempre esteve e sempre será parte da história do homem em nosso mundo, o que nos remete a uma perda completa de sentido quando uma política pública levanta a bandeira de um ideal de sociedade livre de drogas. O continente europeu é apontado por diversos autores como o berço desta política de redução de danos como alternativa à prática proibicionista praticada em outros continentes (TAMMI; HURME, 2007), com iniciativas precursoras desenvolvidas e implantadas pela Holanda e Reino Unido (BALL, 2007).

Segundo Bolonheis-Ramos e Boarini (2015), apesar dos antecedentes históricos, o registro do reconhecimento do que, hoje, entendemos como CT, data de 1953, quando Maxwell Jones desenvolveu um modelo de internação e tratamento de soldados que lutaram na Segunda Guerra Mundial e apresentavam traumas diversos, sendo apresentada como uma alternativa às internações psiquiátricas manicomiais. De Leon (2003), aponta que, em seu formato mais recente, essas instituições passaram a sofrer influência de diferentes áreas, e que mesmo sem haver a modificação de seus princípios básicos, a abordagem das CTs deixou de ser considerada uma abordagem de autoajuda esotérica e alternativa, para então ser entendida como uma “modalidade de atenção humana inserida na corrente principal”. Iniciativas deste tipo, então, se multiplicaram pela América do Norte, sendo seguidas por países da Europa e da América Latina, Ásia e África.

No Brasil, a maior parte das CTs são constituídas por instituições não governamentais, com registros de atuação datados do início da década de 1970, ou seja, antes de haver uma política estabelecida para a atenção à saúde e assistência social em nosso país.

Diante deste cenário brevemente apresentado, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise da atuação de uma CT de cunho privado e de orientação religiosa/católica, não governamental, para assistência a usuários de substâncias psicoativas, com ênfase na atuação da equipe de atenção aos usuários e destaque para a atuação dos psicólogos neste processo.

METODOLOGIA

1. Instrumento

Uma entrevista semiestruturada foi realizada com uma psicóloga e um médico que compunham a

Equipe de profissionais que atuam na CT, enfocando, sobretudo, o relato dos profissionais da Área de Psicologia.

2. Objeto

O objeto do presente estudo foi uma associação privada, com caráter de empresa ativa, sem fins lucrativos e considerada de utilidade pública, ligada à Igreja Católica, para a assistência a dependentes de substâncias psicoativas.

Segundo texto encontrado na página da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, “A Associação presta um serviço de relevante caráter social, dedicando-se a obras e eventos de promoção humana, cultural e educativa, através da formação cristã, seguindo os ensinamentos do Magistério da Igreja Católica Apostólica Romana. Por isso, a importância da propositura para declaração de utilidade pública de tão honrosa associação”.

3. Método e Análise dos resultados

No presente estudo foi realizada uma análise qualitativa dos conteúdos das entrevistas obtidas com o médico e com a psicóloga que compunham a Equipe Multidisciplinar que atua na Associação, constituindo um estudo de caso acerca da aplicação das Leis do SUS e do SUAS, Leis nº8.080/1990 e nº8.742/1993, respectivamente, no atendimento a usuários dependentes de SPA, buscando analisar o quanto o que é estabelecido em lei é cumprido no atendimento à pessoa usuário e dependente de SPA, observando as incongruências e o seu contexto, no caso em análise.

4. Ética

Os profissionais envolvidos neste trabalho emitiram Termo de Anuência e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinados, conforme Resolução CNS nº466 de 12/12/2012.

RESULTADOS

1. Considerações gerais sobre a instituição e seu funcionamento

Fomos recebidos por uma das psicólogas que atuam na Associação, a qual nos deu a entrevista propriamente dita.

A Associação possui diversas casas de assistência distribuídas por diversos bairros do Município do Rio de Janeiro. Atualmente, são atendidos 332 residentes, distribuídos em todas as unidades da Associação, onde, segundo a psicóloga, as pessoas atendidas são agrupadas por sexo, não havendo unidades mistas. A unidade à qual a visita foi efetuada é aquela localizada nas dependências de uma Igreja Católica na Zona Norte do Rio de Janeiro, RJ, onde são atendidos dependentes de SPA do sexo masculino.

Inicialmente, a Associação era composta por pessoas leigas que auxiliavam sem formação técnica nas áreas necessárias, pois não havia uma equipe técnica. Porém, quando surgiu o momento em que houve a necessidade de legalizar a instituição, passando pelos trâmites formais, surgiu a necessidade de ter uma equipe técnica, a qual foi formada por voluntários. Posteriormente, foi feito um convênio com a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ), Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), que é o que mantém financeiramente a Associação, seguindo o que está previsto no Art. 6ºB, § 3º da Lei nº 8.742 - LOAS, de 07 de dezembro de 1993. A Associação atua em consonância com o “Art. 2º A assistência social tem

por objetivos: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)”

“I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos (...)” da LOAS.

Trata-se de uma instituição para tratamento de pessoas em situação de dependência de SPA, sendo o tempo de tratamento de até nove meses, em caráter de internação voluntária. Quando a pessoa decide por fazer o tratamento e busca a instituição, ela passa por uma triagem. Inicialmente, a pessoa passa por uma avaliação feita pelo Técnico em Reabilitação de Dependentes Químicos. A seguir, os usuários são triados pelo serviço de psicologia e por uma avaliação por parte da equipe de enfermeiros e pelo médico, quando este está presente. Sendo, posteriormente, encaminhados para uma das Casas mantidas pela instituição

No total, a Associação conta com uma equipe composta por:

- Quatro psicólogos, um deles é a chefe da equipe;
- Dois médicos;
- Um enfermeiro chefe e dez técnicos de enfermagem;
- Oito técnicos de Reabilitação;
- Três assistentes sociais; e,
- Voluntários,

os quais atendem às dez casas de assistência mantidas pela Instituição.

Seguindo em sua fala, a psicóloga nos relata que o tratamento é baseado em um tripé: **parte espiritual**, pois a instituição é ligada à Igreja Católica, **parte terapêutica**, onde os usuários são atendidos pela equipe técnica, assistente social, psicólogo, “pessoal de saúde” (enfermeiros e etc.), e a **laboterapia**, que são as atividades de cuidado com a casa, hortas, cuidados com animais e com eles mesmos (a higiene pessoal e do local).

Segundo a psicóloga, este modelo terapêutico segue o que é preconizado no Modelo de Comunidades Terapêuticas para tratamento de dependentes de SPA. Neste modelo, segundo a psicóloga, a “casa é deles”, a equipe técnica vem para dar um suporte. O tratamento não é feito como em uma internação em clínica de recuperação, onde há uma equipe de apoio 24 horas por dia junto ao usuário, na instituição a equipe técnica fica no local das 8 às 17 horas e depois vai embora. Assim, quando a equipe não está na instituição, os usuários cuidam uns dos outros. Entre eles (usuários), é escolhida uma pessoa que assume o papel de “irmã(o) mais velho(a)”, que é o responsável por todos os usuários, é a figura que zela pelo cumprimento das regras, incluindo as questões relativas à segurança, pois não há segurança feita por pessoa que não seja interno nas casas de atendimento.

As desavenças que surgem, ou quando um interno se torna mais agressivo, sempre ocorrem porque o usuário quer sair para fazer o uso de SPA. Como a internação praticada na Associação é voluntária, se e quando o usuário quer sair, ele pode sair independentemente do motivo pelo qual ele deseja deixar a CT, não há impedimento de que ele saia. Além disso, há um coordenador externo, que é um religioso da comunidade que auxilia a organizar a casa junto com o irmão mais velho.

2. Atuação do psicólogo na equipe técnica da instituição

Segundo o relato da psicóloga entrevistada, o trabalho do psicólogo na equipe é:

“conscientizar os usuários do que é a dependência química, como uma doença progressiva e fatal, explicando como se desenvolve a doença; entender a história do indivíduo, ou seja, de como ele chegou ao ponto de se tornar usuário/dependente de substâncias psicoativas; ajudar a resolver os conflitos em relação à família e outros conflitos; e, otimizar o tratamento dos usuários na instituição”.

Segundo a profissional da área de Psicologia, semanalmente, é feito o atendimento individual dos usuários e o atendimento em grupo. De acordo com sua experiência, ela nos relata que esta segunda modalidade de atendimento e a que proporciona melhores resultados para o tratamento, pois é o momento onde cada um fala sobre sua própria situação e, desta forma, um usuário ajuda o outro e a equipe de psicólogos vai coordenando e pontuando o que for necessário. Aliado a isso, os psicólogos fazem o atendimento com a família mensalmente, uma vez que estes familiares são considerados codependentes, que vivem a dependência química sem fazer uso de drogas.

A Instituição não pratica a vigilância socioassistencial, pois, segundo a psicóloga, não é necessário ir buscar os usuários, eles vêm até a Instituição. Mas, a Associação participa, juntamente com outra instituição sem fins lucrativos e não governamental, também de cunho religioso católico, de um trabalho que vem sendo realizado em uma das regiões denominadas de “cracolândia”, fazendo um trabalho de conscientização e prestando serviços de higiene pessoal, como corte de cabelos e outros, aos usuários *in loco*, o arcebispo sempre os acompanha nestas ações e celebra uma missa no local.

A psicóloga informou que os usuários vêm à procura da Associação, havendo um número elevado de pessoas que buscam a assistência na instituição. Os próprios residentes que fizeram o seu tratamento e estão “limpos”, quando saem, vão ao encontro dos outros para falar sobre o tratamento e trazem essas pessoas para fazer a triagem e a posterior internação. Além disso, a instituição possui “grupos de perseverança”, que são grupos constituídos por ex-internos com reuniões todas as sextas-feiras. Assim, o objetivo maior é que eles entendam o que é a dependência química e aprendam a controlar o uso, por ser uma doença que não tem cura.

O trabalho realizado pela Associação tem o cunho religioso, mas também tem um aspecto social importante, onde o objetivo é devolver o indivíduo para a sociedade. Ao final do tratamento, a assistente social envia os usuários para o mercado de trabalho, a partir de convênios com empresas.

Seguindo esta metodologia de trabalho, há um aproveitamento, com conclusão bem-sucedida do tratamento, de cerca de 60%. Mas há um índice grande de recaída, por ser este um processo comum na dependência de substâncias psicoativas.

A Instituição não trabalha com o apoio do CRAS ou do CREAS, pois sua equipe é bem completa. Seguindo, a psicóloga informou que a Associação já teve um convênio com o Governo do Estado do Rio de Janeiro, onde uma das casas se tornou um Centro de Acolhimento Regionalizado para Álcool e outras Drogas – CARE-Ad. Esse projeto durou cerca de quatro anos, porém depois que este convênio se encerrou e a casa retornou ao modelo anterior de tratamento. Segundo a psicóloga, no CARE-Ad existiam mais vínculos com o CAPS. Muitos dos usuários que buscam o atendimento na

Associação, já são atendidos pelo CAPS, em seus diferentes níveis e não apenas no CAPS-AD, mantendo o esquema terapêutico, medicamentoso, prescrito pelo psiquiatra do CAPS.

No dia de nossa visita à associação era aquele em que ocorria o procedimento de triagem para seleção dos novos usuários dos serviços e, consequente, internação. A Associação faz a triagem dos usuários que buscam serem atendidos, “pois a mesma tem uma forma, o objetivo da triagem é ver se o usuário vai se encaixar naquela forma”, se não couber nessa forma, eles são encaminhados para atendimento de outra forma ou em outra instituição. Não há atendimento de pacientes que possuem comorbidade psiquiátrica significativa, pois este não poderá participar da dinâmica da casa, sendo considerado como um paciente de saúde mental e não se coaduna com o perfil da Associação.

Durante a internação não há saída dos usuários, mas aos domingos as famílias vêm visitar os internos. E uma vez ao mês, as famílias se reúnem e cada um contribui com algo para fazerem um “almoço das famílias”, sendo este o momento em que as famílias são “tratadas”, pois as mesmas são codependentes no processo da dependência química.

Após este momento de entrevista com a psicóloga, foi realizada uma visita guiada às dependências da Associação, juntamente com o médico da equipe. Observamos a estrutura de casa da instituição, onde os internos têm quartos, banheiros, uma cozinha, uma lavanderia e um quintal. Neste quintal, há espaço onde os usuários podem fazer hortas e observamos também a presença de animais de criação (galinhas) e de companhia (gatos e cães). Ao longo desta visita, o médico nos informou que muitos dos internos são oriundos de população de rua, onde moravam antes de chegarem à casa. Neste ambiente de rua, muitos se prostituíam para poderem obter as substâncias psicoativas para seu uso. Em consequência, muitos dos internos são soropositivos para o HIV, sífilis, hepatites (B e C), gonorreia e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Havendo, também, internos que são homossexuais. Foi observado que nesta unidade da Associação, os internos, todos do sexo masculino, são predominantemente da faixa etária de 25 - 30 anos, sendo, portanto, jovens e sexualmente ativos.

Pelo fato dos usuários permanecerem internados na instituição, a equipe sempre os orienta que eles não devem fazer sexo entre eles, sendo alertados de que muitos internos são portadores de DSTs e estão em tratamento. Pelo fato da Associação estar ligada à Igreja Católica, não é permitida a distribuição de preservativos para os internos, o que, segundo o médico, seria um estímulo para que houvesse o estabelecimento de relacionamento sexual entre os mesmos. Porém, o próprio médico reconhece que, em face do confinamento e da idade, ocasionalmente há relações sexuais entre os internos, os quais buscam pela equipe, principalmente médico e enfermeiros, para relatar o “acidente” ocorrido. Buscando minimizar a probabilidade de ocorrências deste tipo, o médico prescreve e administra medicamentos (fluoxetina, carbamazepina e outros) que fazem parte do rol de fármacos de uso no tratamento da dependência de SPA, mas que também reduzem a libido. Não foi feita nenhuma menção à terapia pós exposição ao HIV já disponível atualmente, quando há relato de relações sexuais entre os usuários soropositivos e não soropositivos.

DISCUSSÃO

As comunidades terapêuticas surgiram a partir das observações clínicas de Maxwell Jones (1953). A Associação Nacional de Comunidades Terapêuticas dos Estados Unidos define este ambiente de tratamento como "um tratamento comunitário altamente estruturado que emprega sanções e penalidades, privilégios e prestígios determinados pela comunidade como parte de um processo de recuperação. As comunidades terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais. Essa mudança está ambientada em uma comunidade de residentes e profissionais trabalhando juntos para ajudar a si mesmos e aos outros, tendo como foco a integração individual dentro da comunidade".

Há quatro dimensões comportamentais visadas para que o indivíduo opere a ressocialização terapêuticamente objetivada: **(i)**, o *desenvolvimento individual*, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras, melhor habilidade para lidar com a emoção e construção da identidade; **(ii)**, a *mudança de aspectos subjetivos do comportamento*, relacionada às experiências e percepções do indivíduo quanto às circunstâncias externas que fomentam o consumo de drogas, as motivações internas para a mudança, a prontidão para o tratamento, a identificação com o método terapêutico e a percepção crítica da mudança obtida ao longo do processo; **(iii)** a *incorporação de princípios comportamentais e sociais*, como a autoeficácia, o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; e, **(iv)** a *integração social*, possível apenas se pautada pela cooperação, conformidade e comprometimento (DAMAS, 2013).

Na visão psicossocial, particularmente dos profissionais de saúde mental, o tratamento oferecido pelas CTs religiosas constitui uma forma de violência institucional. Muitas denúncias colocam as CTs na contramão das políticas contemporâneas de saúde mental e as aproximam dos antigos manicômios (RIBEIRO; MIYNAYO, 2015). Ainda, percebe-se que há uma mistura entre tratamentos de 'base laica' e de 'base moral-religiosa'.

O modelo de CT aplicado pela Associação, portanto, é controverso e sua eficácia bastante discutida. Simpson e Savage (1981) e Brown e colaboradores (1985) afirmam que quando comparadas a outros ambientes de tratamento, os resultados são controversos, mas a maioria não vê diferenças de eficácia entre esses. Encontramos um misto dos Modelos de Minnesota e de Synanon no trabalho realizado na Associação em questão. Percebe-se ainda, que o modelo seguido por esta instituição se baseia em práticas confessionais. Tal característica é observada em diversos exemplos de CTs, onde a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nela (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Para Foucault, segundo Machado (1981) in Queiroz (2001), os procedimentos para que se obtivesse a cura nos manicômios se resumiam a:

- *A religião, purificada de suas formas imaginárias e reduzida a seu conteúdo essencial;*
- *O medo, que deve inculcar culpa e responsabilidade;*
- *O trabalho, que cria o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação;*

- *O olhar dos outros, que produz autocontenção;*
- *A infantilização;*
- *O julgamento perpétuo, que faz do hospício um microcosmo judiciário e do louco uma personagem em processo;*
- *O médico, responsável pela internação e autoridade mais importante no interior do asilo".*

Vemos assim, que, hoje, a prática das CTs guarda ainda muito das práticas manicomial do século passado, sendo alvo de duras críticas de diversos autores.

Segundo Bolonheis-Ramos e Boarini (2015) há uma falta de diálogo entre as diferentes esferas do poder público, gerando ações caóticas com propósitos higienistas, como aqueles que temos registro na história do nosso país no início do século XX, objetivando "a limpeza do território e a dispersão dos 'indesejados' para a periferia".

As CT passaram a merecer atenção governamental. A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) elaboraram *normas mínimas de funcionamento* para este tipo de estabelecimento terapêutico (2001). A nova resolução da ANVISA trata de questões tais como autorização para funcionamento e fiscalização, normas para o manejo medicamentoso dentro destes serviços e critérios de elegibilidade para a internação (devem ser essencialmente voluntárias). Desta forma, observamos que a Associação está atuando de acordo com o disposto pela ANVISA e a SENAD. Há ainda critérios de gravidade da síndrome de dependência, de suas complicações (biológicas, psíquicas, sociais, familiares e legais).

Ao analisarmos o tema, observamos que o caso da Associação visitada, reflete o que encontramos multiplicado em diversas outras instituições. O governo se exime de seu dever, segundo o que a LOAS e a Lei do SUS preveem, em atendimento ao que está estabelecido pelo artigo 196 da CFRB, "A saúde é direito de todos e dever do Estado (...)". Assim, organizações não governamentais assumem o papel que deveria ser exercido pelo poder público.

Diante da omissão do poder público nesta atuação, a associação objeto deste estudo assumiu a função de realizar a assistência aos usuários/dependentes de substâncias psicoativas em um bairro da zona norte do Rio de Janeiro, RJ. Segundo o relato da psicóloga que é parte integrante da equipe de saúde na instituição, não há atuação desta na vigilância socioassistencial. Portanto, não há o atendimento ao que reza o Art. 2º, item II "a vigilância sócio assistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)" da Lei 8.742/1993. Encontramos ainda no Art. 6º, parágrafo único que "A vigilância sócio assistencial é um dos instrumentos das proteções da assistência social que identifica e previne as situações de risco e vulnerabilidade social e seus agravos no território. (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011)", o que não é praticado pela Instituição, reforçando sua atuação exclusivamente na prestação social especial. Não havendo ainda a divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, conforme previsto no Art. 4º, item V da Lei 8.742/1993.

A concepção de vigilância socioassistencial nos pareceu um tanto equivocada, uma vez que esta é entendida apenas como um processo de captação dos

usuários na comunidade e no entorno da Associação. Assim a capacidade protetiva das famílias e a prospecção de vulnerabilidades, vitimizações, ameaças e danos territoriais não é exercida por esta Associação; talvez o fato de ser uma instituição de proteção social especial seja a explicação para tal observação. Apesar de realizar o atendimento àqueles que procuram a associação, a ausência da vigilância sócio assistencial compromete o trabalho ali realizado, pois torna a ação da instituição isolada e desvinculada da sociedade onde a mesma está inserida, deixando de olhar para o seu entorno e isolando-se através dos muros clericais da Igreja Católica.

Identificamos a Associação como uma Instituição de **prestação social especial**, segundo o que reza o art. 3º, §1º e art. 6A, incisos I e II, da Lei nº 8.742/1993. Porém, a Instituição não está integrada a outros programas de amparo (Art. 23, §2º, item II) e também não participa de Programas de Assistência Social (Art. 24) e nem está integrada às políticas setoriais (Art. 2, parágrafo único, Lei 8.742/1993).

A não interação da Associação com o CREAS, fere o que encontramos em termos de estrutura organizacional previsto pela LOAS, onde as instituições de prestação social especial devem exercer a promoção, inserção e proteção, além de atuar na prevenção, no tratamento dos usuários. O fato de ter uma equipe multiprofissional não exclui a possibilidade de interação com o CREAS, conforme a visão que nos foi apresentada. Assim, temos uma equipe que trabalha completamente desvinculada dos centros de referência (CRAS e CREAS). Porém, observamos que dada a complexidade do quadro clínico dos diversos internos da Instituição, a integração com o CRAS ou com o CREAS, poderia dar um suporte e resultar em um melhor atendimento dos usuários, seguindo o disposto no Art. 6ºC, §1º e 2º da Lei 8.742/1993.

Observamos que o fato da Associação apresentar cunho religioso faz com que a seleção dos usuários seja influenciada por este aspecto, ferindo o disposto no Art. 4º, itens II, III e IV da Lei 8.742/1993, no que tange principalmente o princípio da “**igualdade** de direitos no acesso ao atendimento” (grifo nosso).

A internação deve ser isenta de restrições baseadas em critérios religiosos. Neste ponto, observamos claramente o descumprimento pela Associação, quando, por razões determinadas pela Igreja, não permite a distribuição de preservativos aos internos, o que os coloca em situação de vulnerabilidade frente a possibilidade de contaminação por DSTs e AIDS, perpassando uma questão de Saúde Pública, uma vez que estes internos vão deixar a Casa seja por conclusão do tratamento ou por abandono deste. Esta assistência “religiosa” fica clara quando na página eletrônica da Associação, observamos o seguinte texto: “Oferecer a libertação da dependência química e sistema ambulatorial e residencial, com programa terapêutico, **baseado em princípios cristãos**, capaz de possibilitar condições favoráveis à abstinência, além de recuperar e promover a reinserção sócio-familiar do dependente químico, tratando a codependência”. Não se considera neste caso, a faixa etária, onde a maioria está em uma fase de atividade sexual, nem a história anterior da pessoa, que, muitas vezes, vem de uma prática de prostituição para obter as SPA, ou se constituem moradores de rua, onde ou se prostituem ou frequentemente sofrem abusos por estarem em estados de incapacidade de reagirem em face do uso de SPA.

A prática proibicionista é observada na ação desta associação, assim como praticamente as instituições de assistência social na área de dependência de SPA no Brasil. Segundo Alves (2009), o modelo proibicionista apresenta duas vertentes: a criminal/moral, na qual o consumo de SPA é tido como uma prática delituosa que é enfrentada com o encarceramento dos criminosos/ímorais; e a patologização da dependência determinada por fatores biológicos, devendo ser abordada com a oferta de tratamento, porém este tratamento tem como condição *sine qua non* a abstinência, sendo esta a única meta admitida, gerando uma assistência à saúde de alta exigência. Neste modelo proibicionista não há distinção entre o consumo ocasional e o abusivo de substâncias psicoativas, pois nenhum padrão de consumo é tolerado. De acordo com esta autora, a abstinência torna-se condição, meio e fim em quase todos os programas de tratamento, sendo a abstinência vitalícia a única meta aceitável.

Outro ponto a ser considerado é o relato do médico acerca do uso de medicamentos que levem a redução da libido expressa um processo de castração química que é praticado com os internos e a utilização desnecessária de alguns fármacos para estas pessoas, apenas pelo fato de necessitar impedir a ocorrência de relações sexuais entre os internos. Prática esta que nos remonta a Inglaterra do século passado, onde presos por serem homossexuais eram condenados à castração química ou à morte, como no conhecido caso do cientista e matemático Alan Turing.

Uma situação semelhante a esta foi encontrada por Siqueira e colaboradores (2007) em seu estudo realizado no Estado do Espírito Santo, Brasil, onde a maioria dos serviços de atenção aos dependentes de SPA era guiada por princípios religiosos e morais, sendo os serviços predominantemente prestados por organizações religiosas – Comunidades Católicas, Protestantes, Espíritas, entre outras. Estes autores também observaram que a faixa etária dos dependentes de SPA atendidos era de 25 a 60 anos.

Porém, há que ser ressaltado também o aspecto positivo do atendimento prestado pela Associação. Com a prática dos almoços de família mensais, é preservado, o respeito à dignidade do usuário, sendo mantida a convivência familiar (Art. 4º, itens II da Lei 8.742/1993).

Desta forma, a atuação da Associação parece-nos, de fato, um misto entre a política proibicionista e a política de redução de danos, muito mais pela sua ineficácia em realizar o tratamento e a reinserção social dos usuários por ela atendidos, do que por sua filosofia propriamente dita. A Associação acaba assim por levar a prática que vem minimizar danos sociais e à saúde associada ao uso de SPA. Porém, a estruturação organizacional e o produto da ação desta instituição ainda está distante de atender aos princípios dispostos na Lei 8.742/1993 na sua essência, pois o serviço prestado fere em diversos pontos o texto da Lei, levando, como dito acima, a um retrocesso no que foi conquistado no sentido da terapêutica com o exemplo do Movimento Antimanicomial, em face do confinamento praticado, das ações laborais que nem sempre são coordenadas por uma equipe capacitada para tal, já que na CT são os próprios usuários da instituição que gerenciam estas atividades, dentre outros fatores.

Assim, podemos destacar que o atendimento psicológico oferecido na CT em questão, privilegia muito mais a dimensão intrapsíquica do que a interpessoal,

fortalecendo a reclusão dos usuários de SPA, havendo pouca intervenção terapêutica de fato dos profissionais da Psicologia na instituição. Práticas que eram aplicadas no século passado, são observadas para evitar o relacionamento sexual entre os usuários da CT, como a castração química medicamentosa, o que é decorrente do caráter confessional da Associação, ligada à Igreja Católica e, portanto, estando sob normas e regras religiosas desta Instituição.

Apesar destes aspectos negativos, o serviço prestado na proteção social especial, possui relevância diante da precariedade na atuação das instituições públicas da administração direta e das autarquias do Governo Municipal ou de outras esferas do Estado, guarda alguns dos preceitos legais estabelecidos pela CFRB, SUS e LOAS, como a manutenção do vínculo familiar, por exemplo. Assim, aplicamos a filosofia da política de menor dano, ou seja, entre o abandono total das pessoas dependentes de SPA e o atendimento oferecido pela CT em questão, ainda vemos como melhor a segunda opção. O que é preocupante, em face da legislação tão bem estabelecida e fruto de inúmeras lutas sociais e observarmos seu descumprimento, primeiramente pela esfera governamental, pois o Estado não criou a aparelhagem necessária para fazer cumprir o que é estabelecido pelas leis que o próprio Estado criou e aprovou.

Finalizamos esta breve análise com a citação da conclusão do artigo de Maria Stella Brandão Goulart acerca do tema:

“Mais que retórica, o apelo para a dimensão comunitária contrastado com a prática asilar, não nos redime da solidão e da violência dos métodos que expropriam os sujeitos de sua liberdade. Estamos diante do simples e puro eufemismo, que nos consola com a ilusão de que se pode chamar de terapêutico um espaço onde não se pode dizer ‘não’. (GOULART, 2014, p.67)

REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p.2309-2319, nov, 2009.

BALL, Andrew Lee. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. **Addiction**, v. 102, n. 5, p. 684-690, 2007.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 4, p. 1231-1248, 2015.

BROWN, Barry S.; GFROERER, Joseph; THOMPSON, Peggy; BARDINE, Angelo. Setting and counselor type as related to program retention. **International journal of the addictions**, v. 20, n. 5, p. 723-736, 1985.

DAMAS, Fernando Balvedi. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 6, n. 1, p. 50-65, 2013.

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

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 94-115, 2015.

FREIRE, Eliana. O Modelo Minnesota. **Caderno de Fé e Cultura – Psicologia e Espiritualidade**, n. 47, p. 131-137, 2005.

FROSSARD, Selma Costa. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. **Serviço Social em Revista**. v.11, n. 2, jan/jul 2009.

GOULART, Maria Stella Brandão. Comunidades terapêuticas: conceito e prática de uma experiência dos anos sessenta. **Psicologia**, v. 5, n. 2, 2014.

JONES, Maxwell. **The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry**. New York: New York Basic Books Inc; 1953.

MACRAE, Edward. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. **Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos [internet]**. 2010. http://web.unifoa.edu.br/portal/plano_aula/arquivos/04848/Aspectos%20s%C3%B3cio-culturais%20Drogas.pdf Acessado em 12/03/2017.

NORMAS MÍNIMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SEGUNDO MODELO PSICOSSOCIAL, TAMBÉM CONHECIDOS COMO COMUNIDADES TERAPÊUTICAS [online]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); 2001. [RDC Nº 101] [Publicado no Diário Oficial da União; 2001; Mai 31]. Disponível em: URL: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm Acesso em 26/03/2017.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, Dec. 2001.

REGHELIN, Elisângela Melo. **Redução de danos: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis**. Editora Revista dos Tribunais, 2002.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, 2015.

SIMPSON, D. Dwayne; SAVAGE, L. James. Client types in different drug abuse treatments: Comparisons of follow-up outcomes. **The American journal of drug and alcohol abuse**, v. 8, n. 4, p. 401-418, 1981.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de, BARBOSA, Dulce A., LARANJEIRA, Ronaldo, HOPKINS, Kristine. Substâncias psicoativas e a provisão de cuidados especializados: o caso do Espírito Santo. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 29, n. 4, p. 315-23, 2007.

TAMMI, Tuukka; HURME, Toivo. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. **International Journal of Drug Policy**, v. 18, n. 2, p. 84-87, 2007.

THERAPEUTIC COMMUNITY NATIONAL CONFERENCE [online]. 2001 Sep 10-12; Columbus (Ohio). Conference Program. Available from: URL: <http://www.webtest.state.oh.us/ada/TCbro.pdf>. Acessado em 26/03/2017.

WODAK, Alex. Harm reduction is now the mainstream global drug policy. **Addiction**, v. 104, n. 3, p. 343-345, 2009.