

**MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**POR UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL NO ACOLHIMENTO DAS  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: EXPERIÊNCIA NO ESTADO DE  
PERNAMBUCO**

**MAURO BARROS CORREIA NETO**

**Recife, 2021**

**MAURO BARROS CORREIA NETO**

**POR UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL NO ACOLHIMENTO DAS  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: EXPERIÊNCIA NO ESTADO DE  
PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Psicologia da Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Recife, 2021

**MAURO BARROS CORREIA NETO**

**POR UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL NO ACOLHIMENTO DAS  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: EXPERIÊNCIA NO ESTADO DE  
PERNAMBUCO**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

---

Dra. Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros

---

Dra. Isabelle Diniz Cerqueira Leite

## **DEDICATÓRIA**

Há uma exigência da alma que me faz especialmente dedicar esse trabalho ao autor e consumidor da minha fé, JESUS CRISTO. Apesar de todo esforço compartilhado para produção deste estudo, sua realização só foi possível por um ato de fé e de esperança, em acreditar ser possível um mundo futuro melhor para se viver as pessoas que carregam o pesado fardo dos flagelos sociais das drogas em nosso país, oriundos de temas como corrupção, pobreza, desigualdade, injustiça, periferia, racismo, preconceito, discriminação, violência, violações etc.

Sigo-me dedicando também, aos coletivos que pactuam ideias emancipatórias, não se acovardando diante das diferentes estruturas de poder e opressão da humanidade, travando lutas diárias em favor da vida em liberdade e de uma sociedade em que seja possível viver harmonicamente toda e qualquer diferença existencial.

Dedico às pessoas que consomem e àquelas que não mais consomem drogas, especialmente, o crack na qual tem sido a razão frequente dos encontros dramáticos com os usuários em ambientes comunitários ou institucionais.

Além do compromisso com a missão divina, segue-se avançando na responsabilidade humanitária e social, inspirados num trecho da Bíblia Sagrada que diz: “não vos conformeis com esse mundo, mas transformai-vos pela renovação do vosso entendimento”.

## AGRADECIMENTOS

A Deus especialmente seja toda minha gratidão. Para sempre bendiga o minha alma o teu santo nome!

A minha mãe, pela existência e presença em todos os momentos da vida.

A minha esposa que topou de cara, quando decidi o projeto de vida acadêmica apoiando em todos os momentos.

Ao meu único filho Miguel, minha razão de viver.

A minha versão feminina que ocupa a província da Catalunha, te amo mana.

Com muito afeto e carinho ao meu pastor Cleiton e a missionária Michele, obrigado por tudo e por todas experiências e oportunidades compartilhadas. Valeu a dedicação por tantas vidas alcançadas e abençoadas.

Ao meu pastor Sergio apaixonado pela humanidade, obrigado pelos exemplos, pela ternura dos momentos que dividimos e pela amizade que permanece viva apesar da distância.

A minha orientadora afetuosa, humana e valente. Que encontro... as semelhanças tocaram e superaram diferenças.

E aos meus familiares e amigos dos afetos, que eles sabem quem são.

“A tradição, que sempre é antiga, é ao mesmo tempo toda nova, porque está sempre revivendo, nascida de novo em cada nova geração para ser vivida e aplicada de uma maneira nova e particular.” (Mark Twain)

“A tradição é um guia e não um carcereiro.” (Somerset Maugham)

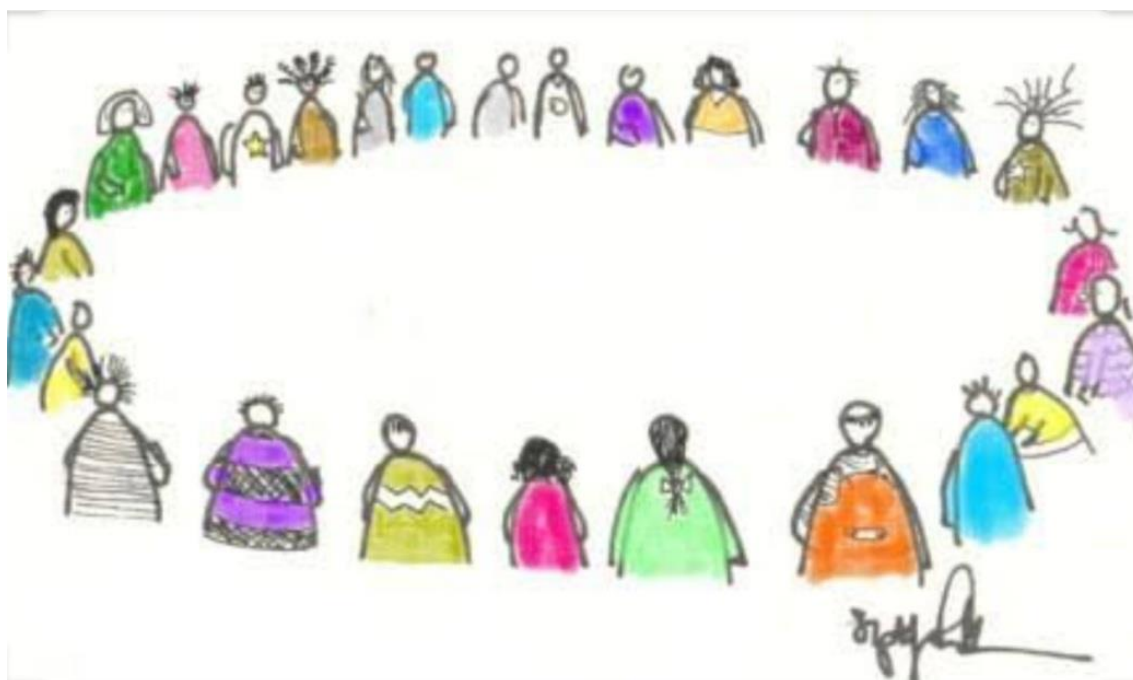
Certas ideias, em certos momentos, criam ondas de progresso em a luta da humanidade para viver.

Normalmente há um homem com um programa que estimula esse progresso.

Maxwell Jones é esse homem, a psiquiatria social é uma ideia,

e a comunidade terapêutica é um desses programas.

J. Douglas Grant



Fonte: <https://images.app.goo.gl/uyFsvm7p8RMxEa8t7>

## **RESUMO**

O presente trabalho de caráter qualitativo de estudo de caso, baseado na investigação etnográfica, aborda a temática das Comunidades Terapêuticas (CTs) numa perspectiva de situá-las como um modelo de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde. O objetivo geral foi investigar o processo de acolhimento de CTs no estado de Pernambuco e sua relevância para a promoção da saúde. Investigou-se o processo de acolhimento de 3 (três) unidades do fenômeno aqui estudado, utilizando instrumento de diário de campo e entrevistas não estruturadas para a coleta dos dados. Foi ainda utilizado dados encontrados em documentos de projetos terapêuticos institucionais, fornecidos por algumas das CTs etnografadas, realizou-se pesquisa bibliográfica como parte da metodologia do estudo à fundamentação teórica. Após proposições e discussões teóricas com alguns dados que localizou a CT como um modelo de abordagem psicossocial e de significativa relevância para a promoção da saúde, o processo de acolhimento das 3 (três) CTs foi refletido como caso 1 (um), 2 (dois) e 3 (três). Apesar das evidências encontradas onde se percebeu que nas CTs estudadas a abordagem psicossocial vem se manifestando através da prática de acolhimento e cuidado de modo a caracterizá-las ou torná-las equipamentos de promoção da saúde, o aperfeiçoamento do campo que tem como tendência abordagens opostas à que se propõe este estudo é constatado se fazendo imprescindível e extremamente importante, para a elevação do nível de qualidade do acolhimento e cuidado que precisam evidenciar práticas horizontais com base nos referenciais histórico-teóricos, legais, técnicos e éticos que aqui foram compartilhados. Desta forma, essas CTs como abordagem psicossocial de prática de acolhimento e cuidado enquanto equipamento estratégico de promoção da saúde, do bem estar e da cidadania, atuam através do enfrentamento das condições de desigualdades e exclusão social ao assumir um compromisso com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e com a bioética social, onde visa oportunizar como meta final um reposicionamento psicossocial das pessoas em uso prejudicial de drogas que, geralmente, encontra-se em estado de conflitos, riscos, vulnerabilidades e/ou exclusão social.

**Palavras chaves:** Comunidades Terapêuticas. Acolhimento. Promoção da Saúde. Abordagem Psicossocial. Drogas.



## **ABSTRACT**

The present qualitative work of a case study, based on ethnographic research, addresses the theme of Therapeutic Communities (TCs) with a view to situating them as a model of psychosocial approach as a health promotion strategy. The general objective was to investigate the process of welcoming TCs in the state of Pernambuco and its relevance to health promotion. The reception process of 3 (three) units of the phenomenon studied here was investigated, using a field diary instrument and unstructured interviews for data collection. It was also used data found in documents of institutional therapeutic projects, provided by some of the ethnographic CTs, bibliographic research was carried out as part of the study methodology to the theoretical foundation. After propositions and theoretical discussions with some data that found the TC as a model of psychosocial approach and of significant relevance to health promotion, the process of welcoming the 3 (three) TCs was reflected as case 1 (one), 2 (two) and 3 (three). Despite the evidence found where it was noticed that in the studied TCs the psychosocial approach has been manifested through the practice of welcoming and caring in order to characterize them or make them health promotion equipment, the improvement of the field that tends to oppose approaches The purpose of this study is found to be essential and extremely important, to raise the level of quality of care and reception that need to show horizontal practices based on the historical-theoretical, legal, technical and ethical references that have been shared here. In this way, these TCs as a psychosocial approach to the practice of welcoming and caring as a strategic equipment to promote health, well-being and citizenship, act by confronting the conditions of inequality and social exclusion by assuming a commitment to the National Promotion Policy of Health (PNPS) and with social bioethics, where they aim to provide as a final goal a psychosocial repositioning of people in harmful use of drugs that, generally, are in a state of conflicts, risks, vulnerabilities and / or social exclusion.

**Key words:** Therapeutic Communities. Reception. Health Promotion. Psychosocial Approach. Drugs.

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO:</b>	<b>12</b>
1.1. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E EPISTEMOLÓGICOS DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA	22
1.2. SINERGIA DO ACOLHIMENTO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA DE ABORDAGEM PSICOSSOCIAL COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE	31
<b>2. OBJETIVOS:</b>	<b>39</b>
2.1. OBJETIVO GERAL:	39
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	39
<b>3. MÉTODO:</b>	<b>40</b>
3.1. Desenho do estudo	40
3.2. Local do estudo	42
3.3. Período do estudo	42
3.4. População do estudo	43
3.5. Critérios de elegibilidade	43
3.6. Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes	44
3.7. Coleta dos dados	44
3.8. Processamento e análise dos dados	45
3.9. Riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa e comunidade	46
3.10. Limitação do estudo	47
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES:</b>	<b>48</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:</b>	<b>76</b>
<b>6. REFERÊNCIAS:</b>	<b>78</b>
<b>7. ANEXOS:</b>	<b>82</b>
7.1. Anexo – Instrumento de Coleta dos Dados (Diário de Campo e Entrevista)	82
Instrumento de Coleta – Diário de Campo	82
Instrumento de Coleta – Entrevista	85
7.2. Anexo – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
7.3. Anexo - Carta de Anuência:	88
<b>8. APÊNDICES:</b>	<b>90</b>
8.1. Apêndice - Artigo científico:	90
8.2. Apêndice - Normas da Revista:	112
8.3. Apêndice - Produto Técnico – Projeto Básico Educacional:	116

**LISTA DE SIGLAS:**

CT/CTs	Comunidade/s Terapêutica/s
IPEA	Instituto de Pesquisa Aplicada
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
UA	Unidades de Acolhimento
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas
EFTC	Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
PNH	Política Nacional de Humanização
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
IES	Instituição de Ensino Superior
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
AA	Alcoólicos Anônimos
CBSM	Caderno Brasileiro de Saúde Mental
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

## 1. INTRODUÇÃO:

Trazer à tona a memória do encontro e da vivência de mais de uma década com o objeto aqui estudado é, além de recordar as tantas histórias dramáticas que marcaram a trajetória pessoal, uma oportunidade de reviver lembranças de dias longos, intensos, de trocas e conquistas com os residentes da Comunidade Terapêutica (CT) que pessoalmente foi coordenada.

A proposta de um ambiente residencial em meio à natureza e longínquo do perímetro urbano era, para cada residente, uma oportunidade desafiadora e nem sempre de sucesso. Algumas experiências foram frustrantes diante do delicado processo de adaptação que, às vezes, não era possível e resultava no abandono, mesmo sendo para alguns dos residentes, a única opção vislumbrada e/ou por vezes, imposta pelo envolvimento com o tráfico de drogas que colocava em risco a própria vida.

O primeiro encontro com o ambiente da CT ao som do canto das cigarras foi estranho e o clima exótico, nunca vivenciado antes por quem sempre viveu na agitação de uma grande metrópole. Aos poucos foi se absorvendo o quanto se fazia importante o lugar, como moradia provisoriamente às pessoas com a vida, geralmente, ameaçada de morte pelo tráfico de drogas ou em extremas situações de conflitos, riscos, vulnerabilidades e/ou exclusão social, devido a eventual vivência de uso prejudicial de substâncias psicoativas que, por este estudo, é compreendida como um quadro mórbido de adoecimento psicossocial que pode ser resultante de um processo histórico-singular das experiências humanas com o uso de drogas.

A eventual vivência de uso prejudicial de drogas que se refere como forma de considerar a complexidade e singularidade das experiências humanas de consumo dessas substâncias, tem um sentido para a reflexão do campo que parece compartilhar em alguns casos, de uma compreensão generalista de que toda pessoa que consome drogas estão sob os ditames de uma lógica que limita as experiências de uso de drogas ao diagnóstico de uma doença interminável ou incurável, normalmente, descrita ou nomeada como dependência química.

Visto que para o que se propõe este estudo, entende-se as experiências de uso prejudicial de drogas como durabilidade relativamente imprevisível, em que os critérios para categorização são improváveis e impossíveis de generalização, o que torna a tentativa de qualquer que seja o diagnóstico não hipotético, circunstancial ou

descontextualizado de situações, insuficiente. O que cada vez mais aponta-se para sua inutilidade, conforme se localizou em um estudo inglês<sup>1</sup>.

O recente estudo da Universidade de Liverpool no Reino Unido publicado na Hypescience, fez uma descoberta chocante depois de examinar o manual que a maioria dos profissionais de psiquiatria utiliza para realizar diagnósticos. Apesar do estudo não abordar diretamente possíveis transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e sim, transtornos que geralmente estão associados a esse uso, descobriu-se que o manual examinado não segue padrões, cada diagnóstico usa raciocínios diferentes para a tomada de decisão<sup>1</sup>.

Esse estudo concluiu que quase todos os diagnósticos não levam em conta o papel do trauma e de eventos adversos na vida do “doente”, o que significa dizer muito pouco sobre cada paciente como indivíduo e sobre qual tratamento esse indivíduo necessita, representando assim, os diagnósticos do manual, “um sistema categórico falso”, de forma que ele é virtualmente inútil<sup>1</sup>.

A experiência de convivência na CT se tratava de um grupo de pessoas com algumas características e demandas em comum, acomodadas num único lugar para conviver temporariamente. A cada experiência com as histórias narradas e que se faziam conhecidas nos espaços circulares de encontros, havia mais do que uma identificação pessoal, houve muita sensibilidade e solidariedade que fortemente motivou num percurso extenso de trabalho e de transformação das práticas e do espaço onde ele acontecia.

A CT que pessoalmente foi coordenada, ao menos no período em que se esteve à frente, passou de uma superficial e utópica sensação terapêutica e educativa de um construto ambiental pouco condizente com a realidade psíquica e social de seus transeuntes, para uma atmosfera de estimulação psicossocial que provocava importantes reflexões do mundo interno e externo.

Assim, compreendeu-se que não se deve limitar o modelo da CT aos arranjos que se produzem no ambiente com rotina de atividades voltadas apenas à manutenção dos espaços, aos horários de recreação e práticas esportivas, e aos grupos e reuniões que geralmente eram de abordagens cerimonialistas, de dogmas religiosos ou de literaturas sem nenhuma relação com a produção de saúde e cidadania.

É preciso que seja garantido um construto ambiental favorável à constante reflexão individual e coletiva, baseado em evidências e relativamente compatível com o contexto ambiental, social, político e econômico dos residentes.

Wilmer apud Badaracco<sup>2</sup> et al. (1994) sugere como reflexão histórica, que uma CT pode ser catalogada segundo seja sua orientação como direita, esquerda e centro. Localizou-se como opinião política que a últimas são terapeuticamente mais flexíveis e afetivas, e menos dogmáticas, dando maior ênfase na capacidade individual de cada residente.

Podendo assim indicar que, os arranjos do ambiente de uma CT só terão algum sentido se houver significados claros, capazes de promover reflexões que visem o desenvolvimento pessoal através da capacitação individual, ignorando a superficialidade natural do condicionamento ambiental. Além, da evidente necessidade de articulação intersetorial da CT como estratégia de cooperação à modificação dos determinantes sociais da saúde e para o desenvolvimento das habilidades adquiridas com a capacitação.

Assim, independentemente de qualquer que seja a orientação política de uma CT o que se busca refletir como ética, é a possibilidade da abordagem psicossocial como enfoque na promoção da saúde, do bem estar e da cidadania, em que o construto e a organização do ambiente de uma CT possam, frente às condições biopsicossociais de vida dos seus transeuntes, levar em conta o contexto sociopolítico deles, assumindo um compromisso constante à garantia da informação, da participação, da reflexão, da resolutividade e da promoção da autonomia. Evitando, desta forma, correr o risco de configurar-se como um ambiente asilar ou de mera assistência religiosa, fadado ao estabelecimento de rotina descontextualizada da efetividade de ações terapêuticas e educativas.

Para não se ter o risco da irresponsabilidade ou da estupidez com as impressões iniciais do objeto aqui estudado e que se considera representativa do campo, recorre-se às reflexões Natalino<sup>3</sup> sobre se os indicativos das violações de direitos e os “traços e pressupostos” totalizantes, e tantas outras questões que implicam no tema da CT no Brasil, geralmente resultantes de trabalhos técnicos-científicos ou políticos, seriam uma caracterização generalizada do conjunto, ou se devido à falta de informações gerais ou sistemáticas localizadas como sendo as dificuldades do campo, algumas particularidades não poderiam ser consideradas em sua idiossincrasia?

Para o autor mencionado acima podem-se sim as particularidades relevantes serem consideradas e não como mera fortuidade, mas como fenômeno dentro do campo do possível e, portanto, pertencente ao rol das características do objeto<sup>3</sup>.

Assim, a tentativa é de apresentar e articular com outros embasamentos teóricos uma fundamentação baseada na pesquisa bibliográfica, usada como parte da metodologia deste estudo que, poderá de uma certa forma, além de retratar o enquadramento da vivência pessoal ao longo dos anos com o campo, ser pertinente à contribuição de informações e à sinergia com a CT de acolhimento às pessoas em uso prejudicial de drogas. Sugere-se, assim, um aporte teórico que aponte para a necessidade de se (re)criar tecnologias de acolhimento em CT, baseadas numa concepção irrestrita e sem fronteiras da promoção da saúde, pelo viés da abordagem psicossocial.

Visto que o paradigma da CT é heterogêneo em si e para discutir a contribuição da experiência de CT brasileira de acolhimento, sugere-se a observação dos contextos condicionantes ou determinantes do uso prejudicial de drogas relacionados, principalmente, às condições precárias de vida no que tange a violações de direitos básicos, a desigualdades sociais e a pouca ou quase nenhuma oportunidade de acesso à saúde e educação de qualidade.

Quando se considera que o uso prejudicial de drogas não é proveniente da ideia de malignidade da droga, mas, do esquecimento afetivo e social ou da silenciada experiência de humilhação pública sem uma palpável explicação, percebe-se bem a necessidade de consideração dos contextos, que podem servir como justificativa para a formulação de programas de acolhimento de CT apoiada na abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde<sup>4</sup>.

O consumo da droga pode ser uma tentativa desesperada de se fugir de uma rotina intragável, ainda que o consumo só aumente gradativamente o desprezo social e a degradação subjetiva e objetiva. Nota-se, assim, que as demandas que o público da CT apresenta, remetem a problemas de conflitos e/ou abandono familiar e social, bem como baixo nível no exercício de cidadania<sup>4</sup>.

O estudo do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), que traçou o perfil da CT brasileira de uma amostra significativa, revelou que aquelas pesquisadas declararam que mais de 80% das pessoas acolhidas são usuárias de *crack*, do sexo masculino, com 18 anos ou mais de idade<sup>5</sup>.

Em sua maioria esmagadora, o usuário de *crack* faz parte daquilo que se chama de “ralé brasileira”, não no sentido de insultar a humilhação, mas de denunciar a iniquidade do abandono já conhecida. E que parece ser os usuários dessa substância, produtos da sociedade e da socialização familiar, em que todas as suas escolhas e opiniões podem refletir essa herança<sup>4</sup>.

Souza<sup>4</sup> sugere-se que todo o processo de cura ou reinserção social deve levar em conta, a necessidade de se refazer o que a socialização familiar incompleta ou abertamente violenta e destrutiva não foi capaz de realizar: a construção de um ser humano com um mínimo de capacidade de ação no meio social à sua volta.

O que reforça para a necessidade da abordagem psicossocial como estratégia de promoção da saúde no acolhimento das CTs, que deverá atuar intersetorialmente na cooperação da modificação dos determinantes da saúde e no desenvolvimento pessoal por meio da capacitação das pessoas que se encontram em uso prejudicial de drogas, de forma que elas possam desenvolver habilidades para modificar o meio social à sua volta em favor da melhoria de sua saúde e, conseqüentemente, de sua qualidade de vida.

O existir como pessoa social é pertencer à sociedade em certo nível mínimo nas relações sociais, sendo digno de receber recursos e credibilidade, em possíveis situações extremas de dependência para a vida social, é ser digno de ter investimentos afetivos<sup>6</sup>.

Diante dessas reflexões, é possível reafirmar que o público da CT apresenta demandas de problemas graves e extremos de sociabilidade e que parece tornar-se um agravante muito maior, o fato de que estar em “sociedade” já não comporta ou suporta mais. E que como efeito, os programas de CT que se destinam a acolher e cuidar, devem reconhecer a necessidade de contribuição para um reposicionamento psicossocial.

Por isso, levando em consideração a perspectiva da loucura, muitos constroem, eles próprios, algo que possa dar sustentação ao que não se conseguem suportar ou comportar, o que se pode justificar a criação de locais de convivência ou cenas de consumos em partes específicas isoladas nas cidades, em geral, às margens da sociedade ou em locais extremos das periferias, onde dificilmente as políticas de cuidado são alcançáveis<sup>7</sup>.

O III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira entre 12 a 65 anos de idade realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), apresentou prevalência de 16,5% do consumo de álcool, correspondendo a aproximadamente 25 milhões de pessoas no padrão de consumo *binge drinking* que se refere aos últimos 30 (trinta) dias de uso e que provoca intoxicação, estando associado à violência, acidentes, comportamento sexual de risco, doenças crônicas, dependência, dentre outros problemas agudos e crônicos. E considerando critérios específicos do manual de diagnóstico utilizado na pesquisa, estima-se que aproximadamente 2,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos apresentaram dependência de álcool nos 12 meses anterior ao estudo<sup>8</sup>.



Já o consumo de alguma substância ilícita nos últimos trinta (30) dias, que tem o *crack* próximo da segunda mais consumida, foi reportado por 2,5 milhões de brasileiros. Em relação ao quadro de dependência de alguma substância ilícita que levou em consideração também critérios de diagnóstico do manual, estimou-se que 1,2 milhões de indivíduos apresentaram dependência<sup>8</sup>.

O estudo deixa claro que em relação ao *crack*, sua utilização é marcadamente extradomiciliar (seja por parte de populações vivendo em situação de rua, seja por parte de entrevistados) que declararam passar parte substancial das suas vidas cotidianas longe dos seus domicílios e família, e que, portanto, não poderiam, obviamente, estar ausentes e presentes nestes mesmos domicílios<sup>8</sup>.

Considerando ainda os achados do último levantamento sobre drogas no Brasil, estima-se que 1,6 milhões de indivíduos entre 12 e 65 anos receberam algum tipo de tratamento na vida, o que corresponde a 1,1% da população geral e 1,4% dos indivíduos que reportaram o uso de tabaco, álcool ou alguma outra substância na vida<sup>8</sup>.

O álcool, a cocaína em pó e o *crack*, aparecem como substâncias prevalentes que levaram os usuários a buscar tratamento na vida, e a Comunidade Terapêutica aparece como sendo o tipo de serviço que os usuários se referiram ter recebido tratamento com maior frequência na vida, seguindo de Unidades de Acolhimento (UA) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)<sup>8</sup>.

Frente ao cenário do consumo de drogas no Brasil e das condições de vida dos brasileiros usuários dessas substâncias, observa-se a relevância que tem o serviço de acolhimento da CT para a proteção, para o apoio psicossocial e à promoção da saúde das pessoas em uso prejudicial de drogas, quando se reconhece a exigência ética de estar se atualizando e adaptando suas práticas às demandas complexas e delicadas apresentadas por parte significativa do seu público.

Para melhor contribuição do campo no acolhimento das pessoas em uso prejudicial de drogas, este estudo baseou-se nos dados da nota técnica do IPEA que identificou as CTs como sendo de abordagem de autodisciplina e autocontrole baseada no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, para propor reflexões críticas que apontasse para a necessidade de se (re)formular possíveis práticas de acolhimento pelo viés da abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde<sup>5</sup>.

É observado, também, o momento de transição que vem passando a CT no Brasil quando verifica-se o nível da qualidade do debate que vem ganhando maior fôlego com a adesão do Estado nas políticas públicas sobre drogas, e a produção de estudos que

passam a identificar o paradigma original da CT, numa perspectiva isenta de valores viesados por distorções de diversas ordens, sejam elas políticas partidárias, fundamentalistas religiosas, moralistas, policialescas; que poderão corromper a possibilidade de reconhecimento de seu caráter de atualização ou inovação no cuidado prestado a pessoas em uso prejudicial de drogas.

As recomendações de órgãos internacionais de representação e de eventos científicos, podem servir simbolicamente para que o cenário local seja repensado. Por exemplo, a Declaração de Mallorca destaca que as intervenções de CT devem ser adaptadas às necessidades dos participantes e à sua diversidade cultural, econômica, social e religiosa, e que a inovação reconhece a eficácia dos elementos essenciais da CT, bem como a ampla gama de metodologias adaptadas e abordagens modificadas em todo o mundo à pesquisa e às práticas baseadas em evidências<sup>9</sup>.

A participação de De Leon no XV Congresso Europeu de Comunidades Terapêuticas, referência teórica internacional no campo, destacou a necessidade de se discutir “A Comunidade Terapêutica Hoje: Adaptações, Modificações e Desafios”; O congresso avaliou o paradigma da CT como método, propondo a aprovação das práticas baseadas em evidências e, em larga escala, o plenário do congresso debateu os seguintes temas: “Reverendo uma comunidade terapêutica em mudança”; “A comunidade terapêutica como uma ferramenta criativa, eficiente e inovadora para uma população cada vez mais complexa”; ou “Conduzindo as comunidades terapêuticas para o futuro: novas ideias, novas conexões e velhos problemas”<sup>10</sup>.

A 17ª Conferência da Federação Europeia de Comunidades Terapêuticas (EFTC) realizada na Grécia, foi uma tentativa de determinar sobre quais mudanças precisam ser feitas para melhorar os serviços prestados nas Comunidades Terapêuticas, e, apesar de ser um evento europeu, houve participantes de todo o mundo. Para isso, é preciso compreensão de que a CT não é uma entidade imutável, mas estando em constante adaptação às necessidades dos residentes<sup>11,12</sup>.

Esses indicativos parecem retratar um plano de “pós-contemporaneidade” da CT no mundo, frente a preocupações com as especificidades das demandas e relações humanas com o consumo de drogas e, com a necessária exigência ética de atualização constante das práticas de acolhimento e cuidado.

Trazê-los como parte desta reflexão introdutória para a realização deste estudo, é uma demonstração de seriedade, responsabilidade, compromisso e de conexão com a globalização do debate, motivada para o desenvolvimento daquela CT que busca estar

implicada com o aperfeiçoamento constante de suas práticas, que se destinam às delicadas e complexas questões humanas apresentadas como demandas para o campo.

A pretensão não é provocar autocrítica. Trata-se de um convite à maior responsabilização com a vida humana e para o compromisso de se produzir paradigma de acolhimento coerente com o significado propriamente dito do termo, e baseado em evidências científicas e em princípios éticos de dignidade humana, de autonomia e liberdade.

Tais indicativos quando introduzidos no debate brasileiro que às vezes parece insistir pelo caminho do antagonismo, potencializarão a política de organização da sociedade civil, (re)alinhando e (re)posicionando como estratégia adicional aos dispositivos da rede do sistema público de políticas sobre drogas.

A conclusão da nota técnica do IPEA já mencionada, referiu-se à abordagem da CT brasileira como sendo de autodisciplina e autocontrole ancorada pelo tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, revelando certa incompatibilidade com a noção do que se pode compreender terminologicamente por acolhimento<sup>5</sup>.

Apesar disso, não se pretende dizer que as atividades que se configuram de trabalho, de espiritualidade ou de disciplina, tenham ausência de sentido terapêutico, precisando assim serem abolidas da organização do modelo da CT.

No marco jurídico brasileiro, a CT é compreendida como sendo uma entidade sem finalidade econômica que oferece acolhimento residencial transitório para a reinserção social e familiar de seus residentes. É apenas regulamentada em um determinado momento, pela Resolução nº 29 de 30 de junho de 2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre questões sanitárias de funcionamento, da qual emitiu uma compreensão da CT como sendo um serviço de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas em regime de residência<sup>13,14</sup>.

Pode ser reconhecida como entidade urbana, rural, pública, privada, comunitária, confessional ou filantrópica<sup>13</sup>. Este estudo se volta essencialmente a localização àquelas enquadradas como natureza jurídica privada do terceiro setor em parceria ou não com a esfera pública, que geralmente são organizadas por grupos ou movimentos religiosos, onde o que se busca com o estudo é uma investigação da prática do acolhimento enquanto programa ou projeto terapêutico.

Percebe-se nesse entendimento jurídico de institucionalização da CT com suas limitações, a finalidade principal do acolhimento à reinserção social e, quando possível,

familiar. Mas há questões do acolhimento e dos seus objetivos que precisam ser decodificadas à luz de uma lógica conceitual de CT baseada na abordagem psicossocial.

Fica como urgência o rompimento com as brumas da lógica biomédica predominante, com o reducionismo ou totalitarismo, ancorando-se numa perspectiva de promoção da saúde para a produção de programas e serviços que abarquem uma compreensão biopsicossocial do fenômeno do uso prejudicial de drogas.

O universo da CT brasileira ganhou outros contornos específicos frente a Resolução nº 01 de 19 de agosto de 2015 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) e a Lei Federal nº 13.840 de 5 de junho 2019, que representam um arcabouço jurídico que, além de personalizá-la como organização não governamental filantrópica ou entidade privada e posicioná-la politicamente no Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), como um serviço adicional de acolhimento que deve funcionar de forma integrada com os demais serviços da rede de atenção, cuidado, tratamento, proteção, promoção e reinserção social, pode indicar um conjunto de atributos que poderão contribuir à necessidade (re)atualização teórico-conceitual<sup>14,15,16</sup>.

Enfatiza-se o acolhimento como chancela da experiência de CT brasileira, podendo os parâmetros prescritos pelas normativas específicas, sinalizar para uma reorientação teórica-conceitual que possibilite maior clareza do desígnio e prática do serviço de acolhimento. Destacando-se ainda, a inclusão de um subtítulo como forma de simbolização da experiência brasileira, conforme se pode verificar na seção VI da lei acima citada, que trata “Do acolhimento em Comunidade Terapêutica **Acolhedora**”<sup>15</sup>.

Nesse sentido e, apesar do reconhecimento da contribuição limitada do marco jurídico brasileiro ao nomear de acolhimento o serviço da CT e destacar sua finalidade à reinserção social, torna-se necessário revelar a discrepância entre a homogeneia do modelo da CT de abordagem fundamentada na autodisciplina e autocontrole pelo viés do trabalho, disciplina e espiritualidade conforme revelou o estudo do IPEA, com a noção propriamente dita do significado ou sentido de acolhimento. Esses dados reveladores demonstram ser oportunos para se refletir o aperfeiçoamento do campo e o (re)alinhamento com as políticas públicas<sup>5</sup>.

No Dicionário Aurélio compreende-se o acolhimento como o ato ou efeito de acolher; recepção. Acolher, significa dar acolhida, agasalho, receber, dar crédito, ouvidos, tomar em consideração. Nessa perspectiva, a noção de acolhimento poderá ganhar dois sentidos no campo da CT que merecem aqui destaque: o acolhimento como ato e efeito de acolher tanto pela acolhida num determinado ambiente, como pela receptividade

durante seu processo ou desdobramento; e o acolhimento pela via do ouvir e tomar em consideração a demanda trazida enquanto disposição e compromisso com à sua resolutividade<sup>17</sup>.

Na Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é conceitualmente refletido pelo reconhecimento daquilo que o outro traz como legítima e singular necessidade através do relacionamento e da escuta, com o objetivo de construir relações, compromisso e vínculo<sup>18</sup>.

Ou seja, acolhimento enquanto paradigma de autodisciplina e autocontrole baseado pelo tripé referido anteriormente, além de retratar intencionalidade de condicionamento ou ajustamento de conduta pela moralidade, revela um caráter de padronização, generalização e negação de subjetividade, principalmente quando não suscitado de uma explicação lógica que garanta minimamente, algum sentido frente àquilo que ainda não se conhece de demanda singular trazida pelo outro. Também, explicitamente, parece configurar-se como um acolhimento de contrapartida e condicionado a altas exigências, o que pode inviabilizar desde a adesão ao resultado almejado.

Nem todas as pessoas em uso prejudicial de drogas tem em si a necessidade de autodisciplinar-se ou autocontrolar-se no sentido oposto ou genérico dos termos. De acordo com as normativas citadas acima, as pessoas que precisarem acessar o serviço de acolhimento da CT devem apresentar quadro clínico estável e condição de risco e/ou vulnerabilidade social devendo, desta forma, se submeter a avaliação médica e psicossocial prévia<sup>13,14,15</sup>.

Não sendo possível prever quais necessidades singulares serão demandadas sem uma avaliação individual médica e psicossocial prévia, torna-se, então, o acolhimento não uma exigência de autodisciplina e autocontrole fundamentado pela noção moralizante, por vezes trivial, no contexto do álcool e outras drogas, mas uma condição delicada e estratégica à produção de cuidado compartilhado.

Talvez sejam necessários para (re)criação do paradigma de acolhimento no âmbito da CT, olhares que compreendam definitivamente que os problemas humanos decorrentes do uso prejudicial de drogas estão na ordem do campo social e da saúde, e não da moralidade. Precisa-se, desta forma, romper com as brumas do ideologismo moral e dogmático, transformando-se em acolhimento e cuidado ético com práticas e ações voltadas à promoção da saúde, do bem-estar e da cidadania, visto que o paradigma do acolhimento não precisa de modificação, mas apenas acontecer no contexto da CT.

Para tanto, não se faz necessário para a inovação do modelo da CT brasileira a incorporação de um caráter de acolhimento democrático, criativo e dinâmico, capaz principalmente, de garantir a corresponsabilização, oferecendo um acolhimento como um ato incondicional que proporcione reflexão, participação e resolutividade?

Acolher as diferenças alheias é no mínimo preservar a delicadeza, é paulatinamente ir construindo vínculo, é saber relacionar-se e assumir compromisso com cada singularidade que se apresenta, só assim, parece que o acolhimento terá algum sentido para o outro que o busca.

A motivação do presente estudo se segue para a proposta de um paradigma de acolhimento à luz do arcabouço teórico da promoção da saúde, na tentativa de se refletir o acolhimento da CT como uma abordagem psicossocial. Para isso, foi preciso propor uma reatualização teórico-conceitual.

Não se pretende apresentar um detalhamento histórico da CT neste estudo, pois no percurso em que foi sendo revisada a literatura, percebeu-se que vários estudos abordavam o aspecto da historicidade em detalhe.

Para o alcance dos objetivos num plano inicial de investigação bibliográfica, será utilizada as principais referências teóricas encontradas na literatura possíveis à articulação e o forjamento de um aporte teórico que sirva, à apresentação de um paradigma de CT baseado em conceito e em evidências. O mesmo pode ser dito sobre a (re)formulação de uma noção de acolhimento fundamentado absolutamente na ética da abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde, bem-estar e cidadania.

## **1.1. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E EPISTEMOLÓGICOS DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

O esforço deste estudo parte da necessidade de uma compressão teórica e coerente ao paradigma da CT, como também, sua inferência como um modelo técnico assistencial de abordagem psicossocial aos moldes do processo da reforma psiquiátrica e da universalização do debate atual no campo, que vem apontando à necessidade do movimento constante de inovação ou reinvenção.

Desse modo, tal perspectiva vem demonstrar responsabilidade e compromisso com o aperfeiçoamento e a qualificação permanente, que precisa ser considerada como uma exigência ética de conduta de qualquer que seja o serviço que se preste ao acolhimento e cuidado de seres humanos complexos em sua própria natureza.

Ao longo do texto acima, a referência feita em vários momentos à CT no sentido singular foi intencional, apesar de se reconhecer, claro, o seu caráter heterogêneo institucional, religioso, político, organizacional etc. - como também as suas diversas formas de se operacionalizar na contemporaneidade.

A intencionalidade de se fazer uso da terminologia da CT num sentido singular se deu pelo reconhecimento e a necessidade de apresentação e sustentação da ideia original, de forma a proporcionar reflexão sobre as adaptações feitas à aplicabilidade em diferentes territórios, não tecendo invalidar qualquer que seja as iniciativas organizacionais ou institucionais que fazem uso da CT como um modelo técnico.

Mas há emergência em redirecionar os olhares para os pressupostos iniciais, fazendo-se necessário para o momento tanto como, à necessidade contínua da CT estar se reinventando para reviver-se a cada geração de forma responsável e ética.

Numa perspectiva da ideogenia e etiologia da CT, constatou-se que foi a partir do psiquiatra Maxwell Jones que a noção ou ideia de CT foi praticamente consagrada, se popularizando mundo afora, apesar dos pressupostos teóricos indicarem que o uso do termo já havia sido mencionado antes, inclusive, por alguns psiquiátricos do grupo da qual Jones fazia parte<sup>2,19,20,21</sup>.

Os principais pressupostos que incisam a noção jonesiana de CT, questionam a prática clássica da psiquiatria que se preocupava apenas com os sintomas e os problemas de agrupá-los e classificá-los em categorias médicas a doença mental, afirmando que assumir o sofrimento mental ou seu papel de doença, pode ser o último recurso de um indivíduo que perde o adequado apoio social<sup>22</sup>.

Trata-se nessa perspectiva, no contexto da instituição psiquiátrica, do aparecimento de uma psiquiatria social ou comunitária que amplia o enfoque dado aos sintomas e conflitos, que nem sempre tinham origens fisiológicas exclusivas, mas, psíquica e, por vezes, de fatores sociais, à compreensão bem mais ampla da dinâmica de grupo, da teoria social e da organização social em geral<sup>22</sup>.

Outro pressuposto pode se referir ao fato do conceito de CT ter despertado em seu surgimento considerável angústia em muitas pessoas, e merece destaque a causa que reside da ameaça à tradicional estrutura hierárquica das instituições sociais, implicando numa redistribuição do poder da autoridade e capacidade de decisão nas organizações. Isso sugere, além do objetivo principal de humanização das estruturas institucionais de

atendimento em saúde mental, uma estrutura social extremamente democrática e igualitária<sup>22</sup>.

Na teoria jonesriana de CT é possível encontrar ainda, um processo de várias mudanças às inovações institucionais, e a distinção entre CT e outros centros semelhantes de “tratamento” foi significativamente importante, residindo no modo consciente de incorporação dos recursos da instituição, da equipe, do “paciente” e da família<sup>22</sup>.

Significa, acima de tudo, uma mudança de *status* dos usuários da instituição, tornando-os em colaboração com a equipe e como protagonistas em sua própria terapia, na do outro e em muitos aspectos, nas atividades gerais da CT, indo de encontro ao notável papel passivo e receptivo do “tratamento” convencional<sup>22</sup>.

Todo esse conjunto de ideias prescindiram de um percurso baseado em evidências que indicavam a mudança, ou seja, a reforma institucional psiquiátrica, que deveria acontecer no sentido de uma “terapia comunitária” à princípio, num sentido de modificar a experiência de convivência no ambiente hospitalar, devendo assim, ser todo hospital psiquiátrico transformado em uma CT, de acordo com a conclusão do estudo em 1953 do comitê de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>20</sup>.

Os princípios de uma CT como se pode compreender na perspectiva desses pressupostos teóricos iniciais, partem da garantia e sustentação das subjetividades, da convicção de que os “pacientes” são dignos de confiança, do reconhecimento de que eles têm capacidade de assumir responsabilidades e iniciativas, podendo assumir determinados tipos regulares de ocupação<sup>20</sup>.

Essa ideia original de CT pode ser considerada unânime na literatura, apesar de ser possível encontrar outras experiências. Para tanto, algumas, podem ter recebido influência ou se distanciado dela, nem sempre propondo uma ideologia assemelhada que levasse em consideração a importância da democratização nas relações de cuidado, da autonomia e da liberdade.

Os pressupostos teóricos reatualizados, representam um marco do modelo e indicam a importância para a melhoria assídua da humanização e da qualidade da CT nos tempos de hoje. E a teoria jonesriana de CT foi precisa num projeto de inovação institucional e de inspiração no modo de lidar com o sofrimento psíquico, levando Basaglia, referência à reforma psiquiátrica brasileira, a ir bem mais além do ambiente da CT do hospital psiquiátrico de Gorizia onde trabalhava<sup>23</sup>.

Preocupado com a situação de violência e exclusão no interior das instituições, e apesar de reconhecer que a experiência inglesa de Jones apresentava um atrito menor com



a sociedade externa, Basaglia coloca em discussão algumas questões voltadas, principalmente, ao poder latente que ainda existia no interior das instituições e a necessidade de transformação no modo em que a sociedade compreendia o sofrimento mental<sup>23</sup>.

Ainda assim, Basaglia<sup>23</sup> contribuiu com a conceituação da CT quando considerou importante, o aspecto terapêutico da vivência dialética das contradições do real que pareciam ser ignoradas, na tentativa de se criar um mundo ideal. Para ele, no local da CT os “componentes precisam estar unidos em um total comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica”. Questionando ainda que:

Se o doente não tem alternativas, se sua vida lhe aparece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem outra saída possível, ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico da mesma maneira como estava aprisionado no mundo externo<sup>23</sup>.

É nessa concepção compartilhada com as noções teóricas de Jones<sup>22</sup>, que acontece a passagem da assistência institucional tutelar àquela mais terapêutica com um enfoque ampliado que, revela a caracterização de uma abordagem psicossocial pela necessidade de articulação entre o campo do psíquico com o social na assistência em saúde mental, considerando ainda, a transformação das relações interpessoais entre aqueles que atuam no campo<sup>23</sup>.

Em uma de suas obras, verifica-se outras fontes teóricas através da psicologia social, especificamente do método de resolução dos conflitos sociais aplicado à CT. Nessa teoria, qualquer conflito pode ser resolvido por meio da participação de todos na discussão<sup>23</sup>.

Apesar da existência de contradições mínimas entre os autores, consideradas como irrelevantes para o que se propõe estudo, esses são os pressupostos teóricos possíveis à concepção de uma CT inconfundível com a tradição psiquiátrica manicomial, visto que ambos almejavam uma transformação no âmbito da assistência em saúde mental através de uma abordagem que compreendesse as questões de saúde mental de forma ampliada.

Não se pode negar o mérito da CT nessas perspectivas teóricas, com relação ao processo de reforma estabelecido nas instituições psiquiátricas. Visto que sua contribuição ressignificou, como constatado nesses pressupostos teóricos, numa

compreensão articulada de elementos psíquicos e sociais no contexto da saúde mental quando, principalmente, ampliou o enfoque dado apenas aos sintomas ou aos aspectos biológicos e comportamentais do sofrimento psíquico, e quando contestou os modos autoritários do saber médico limitado à doença e da assistência institucional psiquiátrica tradicional.

É possível considerar que podem existir, ainda, contradições no interior das instituições de assistência em saúde mental, sejam elas estatais ou privadas, podendo serem ressignificadas pela tomada de consciência que pode ser estimulada pelas considerações das obras dos autores ou por estudos que o tenham como base bibliográfica<sup>20</sup>.

Como provocação inicial sugere-se o que se encontrou em Basaglia para a transformação das instituições totais que deveriam consistir, essencialmente, da ruptura do sistema coercitivo e da problematização, em todos os níveis da situação geral, operando dentro do intercâmbio que une os termos opostos da relação, negando-lhe a nítida oposição. Isso significa dizer que termos contraditórios, como escravidão e liberdade, dependência e autonomia, não podem ser entendidos como opostos<sup>20</sup>.

É dada para este estudo a importância que tem os referenciais teóricos encontrados em Jones e Basaglia, símbolos do processo da reforma psiquiátrica, da assistência psicossocial e da luta pela emancipação das pessoas mentalmente desorganizadas, para o esforço que se faz em delinear o paradigma da CT brasileira numa perspectiva de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde. Os autores, apesar de sua decisão em colocar as contradições na instituição psiquiátrica, propõem como exemplo importante a ser considerado radicalmente, uma CT como completamente livre e aberta<sup>22,23</sup>.

Incomodado com a possibilidade de limitação da reforma, Basaglia<sup>23</sup> questionou naquele momento a CT como único paradigma que poderia parecer apenas como um aperfeiçoamento técnico da psiquiátrica tradicional e do sistema sociopolítico. Em discussão, Basaglia<sup>23</sup> levantou a possibilidade de recusa da CT como um modelo institucional ou uma técnica de resolução de conflitos, limitada a contestação no interior do sistema psiquiátrico e político, tentando (nos limites do possível, pois reconheceu que fazia parte do poder e da violência que ele próprio questionava) enfrentar o problema do poder da psiquiatria, que produz violência e exclusão, de modo radical, exigindo que fosse englobado uma discussão em conjunto sem que se encontrasse soluções parciais ou místicas.

Outra questão colocada para a ampliação da reforma psiquiátrica, seria seguir por meio da CT desfazendo as estruturas de poder enquanto origem de regressão, patologia, exclusão e institucionalização de forma generalizadas e, mais adiante, através de outras formas de protesto e rechaço<sup>23</sup>.

Dentro dessas compreensões, a ideia central do autor estaria relacionada ao fato de se propor alternativas de assistência em saúde mental na comunidade externa. Sendo essa posição na qual diferenciou Basaglia de Jones<sup>23</sup>. Apesar da diferença, percebe-se o quanto se tornam complementares quando se considera a complexidade que é o sofrimento psíquico ou o adoecimento psicossocial por uso prejudicial de drogas.

Na época, Jones considerou um futuro incerto essa possibilidade, considerando a impossibilidade para determinados quadros clínicos da doença mental e tendo como base o contexto de sua sociedade questionou: até que ponto esse desenvolvimento tem uma tendência positiva? Até que ponto isso não passa de uma ideia não comprovada? Não desconsiderando a possibilidade, sugeriu que isso ainda merecia muito estudo. E concluiu que a CT para determinados casos específicos, é uma experiência ao vivo muito melhor do que seria possível no mundo externo<sup>22</sup>.

Um dado importante encontrado na obra jonesiana diz respeito ao fato de se destacar que um tipo de CT ou de um determinado modelo, estaria relacionado à própria personalidade do(s) formulador(es), ou seja, das próprias convicções e preferências políticas por exemplo e, com o treinamento que recebeu. E tendo em vista também as diferenças sociais e culturais, são aplicados de forma diferente nos territórios<sup>22</sup>.

Essas afirmativas precisam servir de indicativos sobre o qual a questão dos problemas de contradições não é do modelo em si, estando relacionados com a visão de ser humano e de mundo dos formuladores dos espaços de assistência em saúde mental. Significa, assim, uma considerável aceitação do modelo da CT e uma total recusa dos formuladores ou operadores que desconsideram as ideias centrais e a cientificidade ética na produção assistencial em saúde mental, propondo ideologias retrógradas, obscurantista ou totalizadoras.

Reatualizar essa discussão teórico-conceitual do início da reforma psiquiátrica europeia incitada pelo surgimento da CT, pressupõe refletir atualmente sobre a organização dos diferentes polos destinados à assistência em saúde mental no campo do álcool e outras drogas que, considerando as reflexões aqui produzidas, parecem que tais polos nem sempre estão aptos a atender as especificidades populacionais ou a diversidade humana.

Refere-se, assim, aos questionamentos que ainda precisam ser feitos acerca das contradições que continuam perpassando o interior das instituições públicas e privadas de assistência em saúde mental álcool e outras drogas nos tempos atuais. A CT foi um norte para o desenvolvimento da reforma psiquiátrica europeia e para produção de novos paradigmas assistenciais em grande parte do mundo, sendo reconfigurada de acordo com os territórios e arenas políticas em diferentes tempos.

Atualmente, baseado no contexto brasileiro, insere-se fortemente num jargão ideológico de duas vias opostas, podendo ser (re)considerada entre os diferentes caminhos, a partir de uma posição de distanciamento dos ideários antagônicos e de um reposicionamento capaz de colocar em evidências, as novas contradições existentes nas narrativas e práticas que constituem evidentemente e lamentavelmente, o antagonismo no cenário brasileiro.

Os referenciais teóricos tinham em comum o objetivo de extinguir o obscurantismo da instituição psiquiátrica e uma das divergências principais, se deu do aspecto geográfico que constituía os polos de assistência. Para isso, é preciso que seja considerado nessa reflexão, as especificidades territoriais onde se localizam ou se produzem, as condições sociais de vida das pessoas que buscam pelo acolhimento nas CTs. Isso chama atenção para a possibilidade de proximidade da instalação de paradigmas assistenciais em áreas efetivamente coberta por equipamentos públicos diversos de garantia de direitos, como forma de funcionar numa perspectiva intersetorial para que a integralidade da assistência seja garantida e para que contribua na modificação dos determinantes sociais da saúde.

Parece que a sociedade ainda não é inclusiva por naturalidade e para melhores efeitos terapêuticos, frisando que isso dependente de cada caso, o modelo da CT de abordagem psicossocial é uma solução interessante para determinados grupos e populações em conflitos, vulnerabilizadas ou excluídas.

As Comunidades Terapêuticas originais baseiam-se no paradigma da democracia das relações, em que todos os participantes têm uma função terapêutica em busca da (re) aprendizagem social que, na perspectiva deste estudo, pode-se conduzir a um reposicionamento psicossocial deles e numa resignificação das CTs contemporâneas<sup>24</sup>.

Em todos os tempos há arenas legítimas de contradições de ideias que pluralizam ou pluralizaram diferentes formas de assistência em saúde mental, o que parece colocar em evidência o caráter de complementação quando ambas considerarem a complexidade dos casos e a diversidade humana. Espera-se que a generalização da esfera pública ou

privada possa evitar a espetacularização de ideários radicais e totalizantes que poderão ser considerados como antagônicos à vida humana em sua diversidade.

Com as reflexões que aqui se constroem, a rivalidade fortemente presente no campo da saúde mental álcool e outras drogas no país, quando protagonizada de discursos com pretensão anulante ou intelectualmente controlador, que podem caracterizar-se como uma possibilidade que trabalha pela aniquilação das diferenças e não pela sua sustentação, poderá desmascarar-se em sua própria intencionalidade de tentativa homogênea e desumanizante, a qual desconsidera as especificidades populacionais de uma sociedade.

Parece ser fato que as contradições nas origens e desenvolvimento da CT e das instituições de assistência em saúde mental de um modo geral, ainda não foram absolutamente resolvidas, causando a impressão que dificilmente serão. Entretanto, as instituições governamentais e não governamentais que se inspiram na noção de CT para justificarem suas práticas, deverão debruçar-se em referências teóricas que dialoguem com a historicidade da reforma na assistência em saúde mental e com os princípios dos direitos humanos.

Observa-se que no contexto das políticas públicas brasileiras a CT é uma realidade presente e, junto com tantas outras políticas de assistência em saúde mental álcool e outras drogas que emergiram de iniciativas da sociedade civil, se diversificaram-se num sentido dicotômico de apropriação política e, por vezes, partidária. O que pode, assim, tornar um sistema público de políticas sobre drogas vulnerável, desestabilizado, inconsistente e inconstante com a virada de cada ciclo da gestão pública, podendo trazer prejuízos significativos para quem de fato e de direito precisa de acolhimento e cuidado.

A pretensão é sustentar a ideia originária de CT, mesmo ciente do aspecto variante do paradigma, de forma que a tentativa de identificação e categorização do fenômeno tornou-se um fato impossível. O que se faz aqui reverberar é a necessidade de inovação do paradigma baseada em referencial histórico-teórico-conceitual coerente com os pressupostos apresentados neste estudo.

Isso porque um modelo único de CT é inexistente, por se tratar de uma modalidade de aplicabilidade variada devido ser uma estrutura constantemente em progresso, impossibilitando qualquer que seja a tentativa de esquematização<sup>20</sup>.

Indaga-se então, se há a possibilidade de coesão num plano sólido de efetivação pluralizada de rede dos diferentes paradigmas de acolhimento e cuidado existentes no campo das políticas brasileiras sobre o álcool e outras drogas? Havendo tal possibilidade, qual paradigma de CT interessa às políticas públicas? É uma emergência de exame de

projetos terapêuticos ou de programas de acolhimento. Compartilhando Sudbrack<sup>25</sup> “ao invés de colocarmos barreiras ou apenas delimitarmos fronteiras, estamos nos propondo a edificar pontes, formar elos, articular saberes, em uma construção conjunta de modelos que amplie cada vez mais nossa visão de mundo”.

Trata-se do desenvolvimento de políticas de iniciativa de parte da organização da sociedade civil e da gestão pública, como cada vez mais qualificadas e inovadas em base de referência histórica-teórica, científica e de direitos humanos, que garantam acesso a serviços de qualidade para o cidadão ou cidadã. Isso é válido, principalmente, quando tais políticas se destinam ao cuidado da diversidade da pessoa humana, do sujeito marcado pela falta de privilégios ou extremamente desorganizado psiquicamente e/ou socialmente.

Reatualizando, o surgimento da CT parte do questionamento da prática médica limitada à classificação dos sintomas para a categorização da doença e da assistência institucional psiquiátrica, propondo uma perspectiva social e comunitária que amplia o enfoque dado as origens do sofrimento mental, democratizando e igualizando as relações entre equipe e as pessoas psiquicamente adoecidas. Parte ainda, do destaque dado aos usuários da assistência institucional em saúde mental como protagonistas em sua própria terapia, na do outro e em muitos aspectos, nas atividades gerais do ambiente, enfatizando que os aspectos terapêuticos e educativos dependem para o seu devido efeito, que todos os construtos e arranjos sejam unidos no comprometimento de colocar em evidências as contradições da realidade, evitando assim que um mundo ideal seja criado, em que todos os participantes assumam como função terapêutica e educativa, a reaprendizagem social ao vivo<sup>22,23,24</sup>.

Todo o aporte teórico aqui refletido, conduz conceitualmente à compreensão da CT como um paradigma técnico de abordagem psicossocial, organizado e exercido em um ambiente institucional livre e aberto, com função terapêutica e educativa que tem como base principal à reaprendizagem social ao vivo, a vivência de contradições da realidade que precisa ser considerada como aspecto importante do adoecimento mental.

Esse paradigma contribuiu num processo histórico de reforma na saúde mental e na emancipação da vida violentada e enclausurada nos tempos obscuros da tradição psiquiátrica manicomial. Espera-se então, que com a conclusão deste estudo, assegure-se um caráter humanizador e evolutivo de qualquer que seja o modelo da esfera pública ou privada, através do paradigma compartilhado como forma de orientar práticas de acolhimento e cuidado na atualidade.

## **1.2. SINERGIA DO ACOLHIMENTO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA DE ABORDAGEM PSICOSSOCIAL COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

A partir dos pressupostos teóricos e dos marcadores jurídicos, reafirma-se as concepções conceituais da CT original ou acolhedora como um modelo técnico baseado na abordagem psicossocial, que se constitui em um ambiente socioresidencial institucional que combina a experiência residencial transitória com o maior nível possível de reflexão e estimulação de sociabilidade, servindo como estratégia para o desenvolvimento pessoal e o reposicionamento psicossocial, através da prática de acolhimento. Para corroborar com essas afirmativas, constata-se que a CT é apresentada numa moldura social e psicológica, pois para fins terapêuticos e educativos indicam metas nos dois campos<sup>19</sup>.

Legalmente não sendo dispositivo de saúde ou de assistência social enquanto política pública no Brasil, compreende-se a CT numa perspectiva de rede como um equipamento social da política de iniciativa das organizações da sociedade civil do terceiro setor, que através do acolhimento institucional enquanto serviço de abordagem psicossocial de proteção e apoio psicossocial às pessoas em uso prejudicial de drogas, precisa funcionar como uma estratégia intersetorial à promoção da saúde, do bem estar e da cidadania.

Os estudos que caracterizam a CT como um modelo de atenção à doença numa lógica biomédica são diversos e em muitos deles, encontra-se com frequência a terminologia “dependência química” que costuma fazer referência à pessoa como dependente químico, que quando considerada algumas definições equivocadas ou contraditórias do termo, pode-se eternizar uma condição de doença ou contribuir para o preconceito ou discriminação tão evidentes para esse caso.

Geralmente, baseiam-se em manuais de diagnósticos que costumam focar apenas nos aspectos biológico e comportamental do problema, como se pode verificar em estudo recente sobre a bioética no acolhimento da CT que considera o conceito de dependência química como controverso e confuso<sup>26</sup>.

Sobre bioética não há conceito único, podendo ser entendida de acordo com o objeto de estudo ou finalidade. Seu campo de conhecimento pode estar voltado a ética aplicada que no contexto da CT e de seus possíveis problemas éticos, o estudo sugere como conceituação da bioética: uma sensibilização humana nova de cuidar, zelar, promover dignidade e qualidade de vida. O conceito primordial conhecido como bioética

individual da relação clínica médico-paciente, precisou transformar-se para se adaptar às realidades sociais sob um escopo que se enfatiza para a bioética social<sup>26</sup>.

O estudo reflete que a bioética tem relação de encontro enorme com as desigualdades, pobreza e exclusão, pois é nesses contextos sociais que há as causas dos principais problemas de saúde, e é nessas perspectivas que a bioética social contribui orientando condutas de proteção e intervenção social através da preocupação com o bem comum, com a justiça e a equidade<sup>26</sup>. Aqui, reforça-se o quanto se torna necessário e urgente o papel e o compromisso das CTs em atuar de forma articulada e intersetorial, para a modificação dos determinantes sociais da saúde das pessoas em uso prejudicial de drogas.

Considerando ainda as contribuições da bioética no acolhimento das CTs, sugere-se com base também em normativas legais, que a relação institucional e profissional de acolhedor com acolhidos, seja norteadada por valores e atitudes condizentes com a ética, onde se tenha a capacidade mínima de compreensão e de proteção e respeito com a condição humana da pessoa em uso prejudicial de drogas<sup>26</sup>.

Para além da reflexão de princípios e referências bioéticas para o ambiente de acolhimento da CT como: compartilhamento, honestidade, horizontalidade das relações de convivência, autonomia, privacidade e confidencialidade, alteridade, espiritualidade, solidariedade e cuidado respeitoso. Recomenda-se como relevante contribuição da bioética para o que vem se propondo este estudo e conseqüentemente para o campo, que as CTs possam adotar como postura ética na organização de suas práticas de acolhimento, a orientação de relações pessoais por meio de ação e reflexão das pessoas em uso prejudicial de drogas diante da realidade social em que elas estão inseridas, considerando para isso, suas fragilidades e vulnerabilidades<sup>26</sup>.

Um estudo que caracterizou os residentes de uma CT, faz referência a uma geração de CT como uma modalidade de atenção à saúde, destinada ao tratamento dos transtornos psiquiátricos, que se adaptou ao tratamento da dependência química<sup>27</sup>.

Aqui, mesmo localizando a CT numa perspectiva de atenção à saúde, ainda há um enfoque dado ao patológico sob uma ótica clínica exclusiva, limitada aos aspectos biológico e comportamental dos transtornos, apesar dos autores observarem na conclusão do estudo, que os residentes estavam expostos a diversas situações de risco e vulnerabilidades sociais, apresentando assim uma compreensão ampliada sob a égide do patológico pela CT mais tradicionalista.



A questão que se insere acima parte da tendência biomédica no campo da CT, que explora as mais diversas compreensões contraditórias do transtorno da dependência química indo, por exemplo, da lógica de uma doença interminável à alternativa hegemônica de controle por meio da abstinência total, desconsiderando assim outras possibilidades de acolhimento e cuidado psicossocial. Portanto, programas de CT são organizados a partir desses entendimentos cheios de controvérsias e desarticulados do conceito atual de saúde e da promoção da saúde.

Propõe-se reflexões importantes sobre os possíveis ambientes institucionais não profissionalizados como uma CT teoricamente e cientificamente fundamentada quando se verifica, por exemplo, a predominância do fundamentalismo religioso, a exploração do trabalho que distorce o conceito de laborterapia e a gestão de atividades terapêuticas por pessoas mentalmente adoecidas. Porém, destaca-se que nem toda CT pode ser considerada como instituição total, e que a dependência química por si só, cria rótulos, estigmas e preconceitos<sup>28</sup>.

No decorrer deste estudo, espera-se lançar luz a nesses dilemas considerados desnecessários na atualidade, com os avanços das ciências humanas, sociais e da saúde, propondo assim, indicadores pertinentes à qualidade técnica dos programas de acolhimento nas CTs.

Quando considerado o marco jurídico legal das CTs com seus pequenos detalhes de desencontros e lacunas, verifica-se que para adesão ao acolhimento é necessária uma avaliação médica e psicossocial prévia, cujos dados basicamente deverão indicar a caracterização do consumo e o comprometimento biopsicossocial, o que se faz compreender que o problema de uso prejudicial de drogas é assunto, sobretudo, de saúde mental e requer intervenção qualificada de abordagem psicossocial. Fica como compromisso da CT a oferta de um programa de acolhimento terapêutico, com garantia da singularidade da demanda e da integralidade, tendo como finalidade principal a reinserção social e econômica<sup>13,14,15</sup>.

Desta forma, contata-se a necessidade de introdução do cuidado como componente que fará com que o acolhimento não se limite à mera oportunidade de estar em um ambiente residencial cumprindo normas e tempo.

O acolhimento norteado por uma avaliação individual ampla e pela necessidade de eficácia terapêutica, exigirá um conjunto de estratégias voltadas para o cuidado integral que, a depender das limitações do paradigma e das demandas singulares apresentadas, poderá flutuar por outros territórios setoriais, exigindo assim, certa competência de

articulação e atuação intersetorial da CT à garantia, também, da integralidade do acolhimento e cuidado.

Precisa-se que o cuidado seja reconhecido como estratégia essencial de manejo que dará sentido ao processo de acolhimento no contexto da CT, reorientada aqui pela lógica da abordagem psicossocial que considera o uso prejudicial de drogas a partir de uma perspectiva biopsicossocial.

Compartilha-se o cuidado “como uma atitude produzida da experiência particular de vida e delineada por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, traduzido em práticas de espaço e na ação de cidadãos sobre os outros em uma dada sociedade”<sup>29</sup>.

O cuidado é tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em sofrimento – em grande parte resultado de sua fragilidade social. É também uma ação integral e uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, em que se compreende o acolhimento e cuidado como escuta do sujeito e respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Afirma-se ainda que se o cuidado pode diminuir o impacto do adoecimento, a falta dele, ou seja, o descaso, o abandono e o desamparo, pode agravar ainda mais o sofrimento<sup>29</sup>.

Por abordagem psicossocial, este estudo entende como articulações entre o campo do psíquico e social, onde se considera a multidimensionalidade da interação dos aspectos físico, psíquico, meio ambiente e o social, sendo a dimensão histórica do ser humano marcada em redes de relações e manifestadas no cotidiano pelas estruturas social, familiar e cultural<sup>30</sup>.

A intervenção nessa perspectiva, ancora-se em polos teóricos diversos que sustentam os elementos empírico, histórico, cultural e científico, como forma de conhecer a realidade e os contextos, em busca de possibilidades. Assim, o sujeito além do movimento intrapsíquico, é concebido como ser histórico, político, singular e coletivo, que afeta e é afetado no mundo<sup>30</sup>.

Desta forma e, considerando os referenciais teóricos, jurídicos e éticos apresentados por este estudo, a CT como um modelo técnico operacionalizado em espaço institucional, deve constituir-se em práticas de acolhimento e cuidado de abordagem psicossocial com característica específica de promoção do reposicionamento psíquico e social.

O acolhimento e o cuidado de abordagem psicossocial no âmbito da CT apresentam enorme sinergia com a promoção da saúde. Ainda extraindo dados do marco jurídico da CT, o estar em acolhimento na CT significa para o residente a garantia do

cuidado com o bem-estar físico e psíquico; a observância das necessidades inerentes ao direito à cidadania; a alimentação nutritiva; os cuidados de higiene; a acomodação em alojamentos adequados; e a manutenção da saúde<sup>13,14,15</sup>.

Configura-se, aqui, o serviço de acolhimento e cuidado da CT de abordagem psicossocial, uma estratégia de promoção da saúde que devem utilizar-se de uma escuta atenta, sensível e solidária para a admissão ao acolhimento enquanto medida de proteção e apoio psicossocial.

Devendo a CT reconhecer, como forma de ampliação ou extensão do serviço para melhor eficiência e eficácia, a exigência de se assumir um papel sociopolítico para a transformação da sociedade na mudança dos determinantes sociais da saúde através de estratégias e ações conjuntas e articuladas com diferentes setores.

Na perspectiva da abordagem psicossocial acolher e cuidar deve ser entendido como escuta do sujeito e respeito pelo seu sofrimento e história de vida, a escuta como porta de entrada e prática constante durante o processo de acolhimento e cuidado na CT, é aqui colocada como [...] “uma tecnologia leve que envolve relações do tipo diálogo, vínculo, acolhimento. Que possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano”<sup>31</sup>.

Para a compreensão de saúde enquanto campo teórico de articulação do acolhimento da CT de abordagem psicossocial, corrobora-se com a OMS que definiu na Carta Magna de 7 de abril de 1948 o conceito de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença<sup>32</sup>.

Apesar da ampliação conceitual, observa-se criticamente que é utópico o conceito e inatingível, “a utopia sustenta-se no termo bem-estar, definindo como o estado de perfeita satisfação física e moral. Aqui, o perfeito escapa por meio das possibilidades e imperfeições humanas, inviabilizando a conquista plena de satisfação”<sup>33</sup>.

Destaca-se a crítica baseada nas questões de desigualdades, que são geralmente efeitos das sociedades capitalistas e que levam uma parcela significativa das pessoas ao sofrimento e às condições de vulnerabilidade e/ou exclusão, impossibilitando a definição de completo bem-estar nesses contextos<sup>33</sup>.

E para o campo deste estudo, se faz pertinente o conceito mais ampliado que propõe os autores, como possibilidade de inclusão de mais pessoas a essa caracterização, “acredita-se que a saúde é a habilidade que o indivíduo tem de superar incapacidades

utilizando o meio onde vive a seu favor, tendo a aptidão de responder satisfatoriamente a certas variações do mesmo”<sup>33</sup>.

Afirma-se que a saúde não se limita a contrapor à doença, sendo algo bem mais amplo e complexo, compreendendo o binômio saúde-doença como um processo dinâmico, que tem sua manifestação em qualquer ambiente onde os múltiplos fatores inerentes a própria condição humana possam estar presentes<sup>32</sup>.

Onde se considera que a relação entres os fenômenos saúde-doença e os fatores psicológicos, sociais, econômicos e ambientais são inegáveis, sugere-se então o modelo de abordagem psicossocial por compreenderem que o problema do uso prejudicial de drogas vai além das questões orgânicas e psicológicas, envolvendo um conjunto de aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais<sup>32</sup>.

Na Carta de Ottawa encontra-se a ideia de saúde como sendo construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida. E considera que o cuidado, assim como outros temas, é essencial no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde<sup>34</sup>. Por fim, com bases nesses raciocínios, entende-se a promoção da saúde como uma intervenção ou conjunto de intervenções que tem como meta a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, aqui, do adoecimento psicossocial das pessoas em uso prejudicial de drogas, buscando então, atingir as causas mais básicas do problema de forma articulada e intersetorial<sup>35</sup>.

Referindo-se a promoção da saúde não como uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, justamente por considerar neste estudo, o uso prejudicial de drogas uma questão social e de saúde pública, visto que a área da saúde não tem conseguido sozinha dar conta dos problemas, principalmente quando eles são resultantes ou determinados por condições extra-sanitárias<sup>35</sup>.

Desta forma, a promoção da saúde no contexto do acolhimento da CT onde o estado de adoecimento é evidente, pode estar em abolir sua manifestação ou agravamento. Seja numa abordagem individual ou por meio de atividades coletivas de acolhimento e cuidado, a promoção da saúde pode ser verificada nos modos de operação à mudança de comportamento e para a construção de estilos de vida saudáveis, ou, para a identificação e modificação de fatores determinantes ou condicionantes das condições de adoecimento, através da informação, reflexão, conscientização e articulação intersetorial.

Como estratégia e intervenção do acolhimento e cuidado, a promoção da saúde se destaca ainda no interior da CT, como um processo de capacitação voltado para a

promoção da autonomia e do empoderamento com foco à melhoria da qualidade de vida, de forma que as pessoas acolhidas possam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Visto que os fatores políticos, econômicos, sociais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde<sup>35</sup>.

Propõe-se então, o acolhimento da CT de abordagem psicossocial como um ato e efeito de um modo dinâmico e interdisciplinar, de operacionalização de estratégias de promoção da saúde. Como ato por compreender o acolhimento como um aparelho estruturado e instrumentalizado, que manifesta ação protetiva e preventiva pela estrutura ambiental de residência, onde o efeito instrumentaliza-se por recursos terapêuticos de produção de cuidado, resultante na promoção do desenvolvimento pessoal e do reposicionamento psicossocial.

Esse último termo vem sendo utilizado neste estudo, por entender-se que o acolhimento baseado nas concepções das experiências teóricas e empíricas aqui produzidas, ao favorecer eficácia terapêutica e educativa caracterizadas pela mudança ou transformação no estilo de vida, reposiciona psicossocialmente às pessoas em uso prejudicial de drogas.

Para fins de que seja legitimada uma CT de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde, um exame do programa de acolhimento é fundamental para verificação conceitual e das evidências científicas de sua proposta terapêutica.

Constatou-se uma publicação na revista internacional de CT que foi motivada pela preocupação com os questionamentos acerca da evidência científica da abordagem da CT, que compilou um resumo de descobertas e conclusões de estudos, incluindo, trabalhos de efetividade de campo com vários programas, estudos controlados, pesquisas estatísticas meta-analíticas e estudos de custo-benefício<sup>36</sup>.

Essa publicação evidenciou que a CT é uma abordagem eficaz e econômica para certos subgrupos de usuários de drogas. Porém, a total aceitação da CT como uma abordagem baseada em evidências exigirá uma geração de estudos que incluam ensaios clínicos randomizados, bem como outros desenhos quantitativos e qualitativos<sup>36</sup>.

A partir da produção que aqui se insere e que caracterizou a CT como um modelo técnico baseado no paradigma e na prática de acolhimento de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde, espera-se contribuir para essa geração de estudos. E a CT como sinérgica para a promoção da saúde deve reorientar basicamente seu acolhimento, a procurar em primeiro plano a sociedade no mal-estar do corpo e da

mente, da pessoa adoecida em uso prejudicial de drogas, buscando entender como esse mal-estar reflete o estar mal da civilização ou como revela a sociedade<sup>37</sup>.

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1. OBJETIVO GERAL:**

- Investigar o processo de acolhimento de Comunidades Terapêuticas no estado de Pernambuco e sua relevância para a promoção da saúde.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Entender o desdobramento do acolhimento das CTs, para refletir o reposicionamento psicossocial das pessoas em uso prejudicial de drogas.
- Compreender a CT de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde, para a possibilidade de reflexão teórica do processo de acolhimento.
- Alcançar parâmetros éticos e técnicos que possibilitem o fomento de princípios à elaboração de propostas terapêuticas inovadoras e um curso de capacitação e educação permanente.

### 3. MÉTODO:

#### 3.1. Desenho do estudo

A questão do estudo que acendeu luz à investigação do fenômeno aqui pesquisado, teve como ponto de partida o questionamento acerca de como acontece o processo de acolhimento das CTs e qual a sua relevância para a promoção da saúde.

Optou-se por fazer uso do método de estudo de caso que se baseou ainda, na abordagem técnica de investigação etnográfica para coleta dos dados, utilizando instrumento de entrevista não estruturada e de diário de campo.

Trata-se então, de uma abordagem qualitativa do tipo de estudo de caso descritivo que além de apresentar os elementos característicos das instituições pesquisadas, procurou ampliar o conhecimento e buscou criar proposições e refletir teorias que poderão, inclusive, ser utilizadas para comprovações futuras<sup>38</sup>.

Apesar da abrangência do método de estudo de caso no campo da pesquisa, a investigação etnográfica foi utilizada por contribuir de uma forma mais ampliada e profunda com o campo de pesquisa, e que através do contato real com o ambiente do estudo, viabilizou uma profunda e detalhada compreensão<sup>40</sup>.

Além disso e para melhor riqueza metodológica, este estudo foi desenvolvido baseando-se também para a análise dos dados, nas referências teóricas de Minayo<sup>40</sup>, suscitando numa combinação de referências metodológicas que levou em consideração a complexidade do fenômeno do estudo e as variedades das evidências.

Originado inicialmente na sociologia e antropologia, o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que compreende um método abrangente, além de ser considerado também como um recurso didático, sendo utilizado bastante em diversas áreas do conhecimento, entre elas, das ciências da saúde, das ciências sociais etc. Vale destacar que o método de estudo de caso quando destinado para a finalidade didática não deve se preocupar com a justa apresentação e o rigor dos dados empíricos, porém, quando destinado à pesquisa deve ser exatamente ao contrário<sup>38</sup>.

Diante disso, complementa-se também, que o estudo de caso como estratégia de pesquisa é usado em diversas situações organizacionais, gerenciais, institucionais, políticas, dentre outras. E no campo dos projetos sociais, esse tipo de estudo tornou-se um método utilizado para o aprimoramento das Organizações Não Governamentais (ONG) e o levantamento sobre novas propostas de intervenção social<sup>38,41</sup>.



A complexidade das CTs como organizações do terceiro setor no gerenciamento de programas institucionais direcionados ao acolhimento, que se configuram atualmente como entidades não governamentais, foi crucial para a escolha do método e que, considerando outras características desse tipo de estudo e a ausência significativa de estudos no campo apontada pela literatura, percebeu-se a necessidade de uma produção científica completa e literal da situação investigada, que pudesse revelar descoberta de novos significados, entender a experiência ou confirmar a já conhecida. Mais do que averiguar ou predefinir suposição, a tentativa foi pela descoberta de novas relações e conceitos<sup>41</sup>.

Logo, a estratégia de pesquisa escolhida se deu, ainda, pela sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências e de examinar acontecimento contemporâneo. Afinal, o acolhimento no contexto das CTs brasileiras é percebido como um fato recente, como pode ser verificado nas datas de aprovação dos documentos regulatórios instituído pela resolução da ANVISA e do CONAD apresentadas anteriormente.

A escolha também foi feita pelos objetivos do método que permitem compreender e desenvolver teorias acerca do fenômeno estudado. Além de descrever fatos ou situações, permite produzir conhecimento, buscando explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar o fenômeno pesquisado<sup>38</sup>.

Como um método amplo, distinto e autônomo em relação a outros tipos de pesquisas, o estudo de caso é compreendido como uma estratégia de investigação empírica que envolve desde o planejamento da pesquisa, especialmente quando se busca investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, geralmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos; indo da questão da pesquisa, que para utilização do método deve iniciar-se com uma pergunta do tipo “como”, “por que” e “o que”, no caso deste estudo se deu a partir da questão de como acontece o acolhimento das CTs; até as estratégias específicas de coleta e análise dos dados<sup>38</sup>.

A apropriação do método de estudo de caso para a realização deste trabalho, foi essencialmente relevante e fundante de uma lógica de planejamento que permitiu investigar o acontecimento contemporâneo do acolhimento no contexto das CTs, especialmente pela necessidade de melhor compreensão e definição do fenômeno e do contexto<sup>38</sup>.

Ainda com base nos referenciais teóricos do método de estudo de caso, o presente trabalho parte da motivação em refletir uma teoria com base em proposições testadas a

partir dos dados extraídos representados pelas características comuns das instituições pesquisadas, como forma de buscar evidências à possível generalização do seu serviço de acolhimento enquanto produto de promoção da saúde, sem necessariamente atentar-se para suas diferenças contextuais para fins de rígidas comparações<sup>38</sup>.

Por generalização sugere-se que seja compreendida independentemente do caso ou conjunto de casos, a partir das descobertas da pesquisa para a teoria, considerando como exemplo analógico a maneira como os cientistas generalizam resultados de experimentos à teoria, sendo possível observar que os cientistas não tentam selecionar experimentos "representativos"<sup>38</sup>.

No caso aqui pesquisado que envolveu diferentes fontes de evidências utilizadas para a coleta dos dados em três (3) unidades de CTs, os resultados semelhantes encontrados de acordo com o autor, pode-se dizer que ocorreu uma replicação, neste caso, literal. Ou seja, nessa perspectiva teórica de estudo de casos múltiplos, a lógica deve seguir por uma replicação e não de amostragem<sup>38</sup>.

### **3.2. Local do estudo**

Para a realização do estudo, observou-se o processo de acolhimento em três instituições no estado de Pernambuco, denominadas de Comunidade Terapêutica: uma na região metropolitana de Recife e duas no interior do estado. Esse quantitativo equivale a quase 10% (dez por cento) do total de CTs no estado segundo o relatório do IPEA que aponta para existência de cerca de quarenta (40) CTs<sup>5</sup>.

A amostragem foi pela conveniência do pesquisador em relação à facilidade ao acesso e a disponibilidade das CTs à realização da pesquisa, tendo em vista, ainda, ser uma quantidade significativa frente a necessidade de cumprimento do prazo estabelecido no organograma do Programa de Mestrado da Instituição de Ensino Superior (IES), pela qual está vinculado o estudo, bem como, posteriormente, a ocorrência da pandemia da Covid-19 que ocasionou numa crise sanitária mundial.

A amostra extraída foi submetida a critérios de inclusão e exclusão, não havendo necessidade de substituição das unidades amostrais por apresentarem compatibilidade suficiente com os critérios pré-estabelecidos.

### **3.3. Período do estudo**

O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2019 a dezembro de 2020, e dados foram coletados por instrumentos específicos (Diário de Campo e entrevista não

estruturada anexo nº 7.1), sendo as entrevistas realizadas apenas com os trabalhadores disponíveis no momento da atividade de campo.

Os dados foram captados num período de aproximadamente vinte e quatro horas (24) *in loco* de cada CT, com o intuito de acompanhar um dia de rotina, exigindo assim, a acomodação noturna no ambiente pesquisado. Considerando as particularidades de cada ambiente institucional, o tempo da atividade etnográfica para a coleta dos dados variou para pouco mais do previsto em dois (02) campos e para menos em um (01) deles, tendo as especificidades de cada local e o esgotamento da coleta dos dados, como principais fatores de contribuição para a variação.

### **3.4. População do estudo**

Ocupavam o ambiente dessas instituições em geral, pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os trabalhadores do local, com idade estimada acima de dezoito (18) anos, do sexo masculino. Desta forma, observou-se aspectos relevantes do processo de acolhimento, ou seja, as atividades realizadas e as narrativas das pessoas que estavam no ambiente pesquisado.

### **3.5. Critérios de elegibilidade**

A resolução do CONAD que regula o processo de acolhimento das CTs especifica que elas são caracterizadas como entidades que realizam acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependências de substância psicoativa. O estudo se interessou pelas CTs caracterizadas por essas definições, ou seja, as clínicas médicas, ou outras instituições similares, não foram objetos de interesse deste estudo. Sendo assim, é nessa perspectiva que os critérios de inclusão e exclusão foram organizados, baseando-se nas normativas propostas pela resolução.

#### **5.5.1. Critérios de inclusão**

- Instituições juridicamente reconhecidas pelo Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).
- Podendo ser ou não de organização religiosa.
- Que realizam atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.
- Voltadas para o público adulto maior de dezoito (18) anos, podendo ser do sexo feminino ou masculino.

- Com sede no estado de Pernambuco.
- E tempo mínimo de dois anos de existência.

### **5.5.2. Critérios de exclusão**

- Instituições juridicamente reconhecidas como equipamento de saúde, voltadas para procedimentos clínicos de alta complexidade;
- Sendo filial de sede registrada em outro estado.

### **3.6. Procedimentos para captação e acompanhamento dos participantes**

Para ter acesso às instituições, foram feitas comunicação prévia por telefone com o responsável legal informando que a pesquisa seria realizada no ambiente institucional quando autorizada através de Carta de Anuência por algum dos responsáveis pela instituição. Quanto à utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 7.2), os trabalhadores que estavam presentes no momento da atividade de campo e que desejaram participar da pesquisa, foram convidados a assinar o TCLE após leitura e esclarecimento de dúvidas acerca da pesquisa.

Um agendamento presencial com o responsável pela instituição foi necessário, inclusive para explicar sobre os objetivos da pesquisa e sua relevância para o setor, e, sobre a lista de checagem que contém os critérios de inclusão e exclusão para adesão da instituição à pesquisa.

### **3.7. Coleta dos dados**

Por se tratar de um estudo de caso de base etnográfica foi realizada a observação participante no campo do estudo, com registro das impressões em diários de campo (anexo nº 7.1) para cada ambiente pesquisado e as entrevistas não estruturadas realizadas a partir de uma pergunta disparadora, com os trabalhadores presente no momento da atividade de campo. Usou-se aparelho de gravador durante as entrevistas.

O diário de campo é um instrumento de investigação que permitiu realizar os registros e anotações no momento da atividade de campo onde foi realizado o estudo, descrevendo rigorosamente tudo que era observado e relevante para a pesquisa. No diário de campo constaram: a data da observação participante; a identificação da CT pesquisada (nome, endereço, contato, o número do cadastro nacional de pessoa jurídica e nome do responsável); o tema abordado na pesquisa; o início da observação; o término da

observação; o tempo de duração; e os campos relativos sobre o que foi ouvido, sobre o que foi visto no ambiente (anotações sobre questões relacionadas a qualidade do ambiente, as áreas construídas e as mobílias), detalhamento das atividades e os comentários, reflexão, opiniões e sentimentos surgidos no momento da observação do campo, bem como, as anotações de diálogos e falas referidas que chamarem a atenção frente ao objeto do estudo.

### **3.8. Processamento e análise dos dados**

A ida ao campo exigiu um planejamento pessoal devido à localização das instituições e à necessidade de permanecer no campo num período flexível de vinte e quatro horas (24) que incluiu a permanência no turno da noite. Ao chegar em cada campo foi feita uma apresentação do espaço por um dos trabalhadores presentes, com a finalidade principal de ambientação e, também, para conhecer as pessoas que estavam no ambiente no intuito de interação e de comunicação acerca da pesquisa.

O período das vinte e quatro (24) horas incluiu os intervalos necessários para alimentação e outras necessidades indispensáveis. Esses intervalos foram registrados no diário de campo. Os dados foram coletados por três (3) fontes de evidências, a saber: instrumento de diário de campo, de entrevistas não estruturadas e através de documentos de registro de regras de convivência, da programação diária e de projeto terapêutico institucional, que foi fornecido apenas por duas (2) das três (3) instituições pesquisadas.

Os dados coletados em campo foram submetidos a análise qualitativa que considerou os referenciais teóricos de técnicas analíticas dominantes de Yin<sup>38</sup> que combinou para a categorização dos dados, com referencial teórico dos estudos de Minayo<sup>40</sup> sobre o processo de análise em pesquisa qualitativa. Desta forma, os dados coletados nas entrevistas foram categorizados conforme sugere a autora citada por último, e os dados coletados no diário de campo e os documentos fornecidos pelas instituições, em diferentes séries como propõe o primeiro autor, seguindo ainda duas estratégias gerais como orienta o mesmo: a) baseando-se em proposições teóricas e b) desenvolvendo uma descrição de caso. E especificamente na adequação ao padrão e na construção da explanação.

As categorias principais, organizadas para a análise dos dados coletados, foram criadas com base na compreensão organizacional do campo e das finalidades de suas práticas de acolhimento e dos objetivos do estudo, possibilitando compreender o processo de acolhimento das CTs da seguinte forma: a) como **um aparelho**, sendo tal estruturado

e instrumentalizado, entendido como um ato devido sua capacidade estrutural de operacionalizar acolhida no sentido do atender, receber e hospedar o público para uma finalidade literal de (re) inserção social e específica quando consideradas as demandas singulares no curso do processo de acolhimento; b) como **produção de cuidado** que abrange a dinâmica de convivência, os relacionamentos, os sentidos terapêutico e educativos das atividades e as intervenções singularizadas; c) como **reposicionamento psicossocial**, que favorece uma mudança de autopercepção e de sociabilidade.

Outras categorias criadas que tiveram os mesmos embasamentos acima, consentiram da possibilidade de compreensão do acolhimento acerca da concepção de pessoa, do construto ambiental para verificar teorias e códigos de linguagem, do fluxo em rede e do espaço e temporalidade do acolhimento, podendo ser possivelmente apresentadas a depender da necessidade para o alcance dos objetivos deste estudo. Quanto às evidências armazenadas em série, algumas poderão aparecer nos resultados como tópicos, subtópicos ou no próprio corpo texto, como forma de compreender ou refletir sobre o acolhimento.

Os achados serão a seguir apresentados preferencialmente conforme as categorias destacadas acima, e seguiram a fórmula de análise e construção de relatório de acordo com Yin<sup>38</sup>, sendo articulados preferencialmente a partir das referências teóricas da promoção da saúde e os autores já mencionados de que tratam sobre o tema das CTs.

Ressalta-se que a utilização de outra fonte teórica de embasamento para a categorização dos dados, deu-se preferencialmente, também, pela necessidade de implementar melhor qualidade ao estudo, com a incorporação do método de análise acima mencionado, e salienta-se que se considerou para a coleta dos dados três (3) princípios fundamentais e extremamente importantes para a realização de um estudo de caso de alta qualidade como sugere Yin<sup>38</sup>: a) a utilização de várias fontes de evidências (como entrevistas, diário de campo e documentos institucionais; b) a criação de um banco de dados para o estudo de caso; c) a manutenção de um encadeamento de evidências.

### **3.9. Riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa e comunidade**

O estudo seguiu ao rigor ético da Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais do Conselho Nacional de Saúde (CNS), submetendo-se ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e aprovado através do parecer nº 3.691.307. E o Termo de

TCLE foi lido para os participantes da pesquisa, a fim de resguardar sua segurança e o sigilo das informações prestadas<sup>42</sup>.

Considerou-se os riscos mínimos em relação à finalidade da pesquisa em observar o processo de acolhimento das CTs, enquanto os benefícios foram maiores frente aos objetivos da pesquisa e sua relevância para o setor que, conseqüentemente, pode contribuir para a produção do conhecimento científico no campo das CTs.

### **3.10. Limitação do estudo:**

A amostra para realização do estudo de caso levou em consideração a conveniência do pesquisador em relação a facilidade de articulação e acesso ao campo, e considerando algumas limitações do método em Yin<sup>38</sup>, e apesar do rigor científico no desenvolvimento de pesquisa com sua utilização e do favorecimento no achado de variadas evidências, a generalização da amostragem do estudo é comprometida porque o que se busca é a realização de expansão e generalização de teorias.

Mas, quando se compartilha as reflexões de Natalino<sup>3</sup> a amostra pode ser considerada como particularidades relevantes em sua idiossincrasia e, portanto, pertencente ao rol das características do objeto aqui estudado.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Os resultados alcançados que serão apresentados e discutidos levam em consideração à apresentação, as orientações teóricas do método utilizado no desenvolvimento deste estudo. No entanto, para o cumprimento das exigências do Programa de Mestrado da IES na qual está vinculado o estudo, que tem como base o manual de pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), os resultados serão também apresentados em formato de artigo onde seguirá em apêndice juntamente com o produto técnico do presente estudo.

Como informado no início deste trabalho, compreende-se como um quadro mórbido de adoecimento psicossocial, o uso prejudicial de substâncias psicoativas que, geralmente, é determinado por fatores ambientais, sociais, econômicos, políticos etc. O assunto apesar de propriedade do campo da saúde mental, álcool e outras drogas, ramifica-se por tantas outras importantes e necessárias áreas das políticas públicas.

E as CTs como personalidade institucional de iniciativa da sociedade civil aqui no Brasil, ofertam acolhimento com *status* de produção de cuidado quando institui um processo terapêutico com foco na abordagem psicossocial às pessoas mentalmente e socialmente desorganizadas, fragilizadas ou adoecidas com o uso prejudicial de drogas.

A CT em sua origem foi aqui refletida como um modelo técnico-clínico-terapêutico de abordagem psicossocial utilizado inicialmente na reforma psiquiátrica, e bordar os pressupostos teóricos da CT como modeladora da assistência institucional em saúde mental apesar de memorável e emblemático, é uma importante oportunidade de se refletir sobre os desafios atuais e futuros das práticas de assistência em saúde mental álcool e outras drogas, como também, de se incentivar à continuidade da reforma que atualmente vem passando por impasses de tentativas retrógradas.

Parafraseando Frances Yates apud Vieira<sup>43</sup> quando diz que “se a memória não se exercita desaparece a recordação e a coisa deixa de existir”, é que a noção jonesiana de CT continua atribuindo sentidos e significados na construção e resultados deste estudo, e nas possibilidades de inovação de programas de acolhimento e cuidado de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde, no campo das CTs.

Apesar de na historicidade haver outro registro do surgimento da CT nos Estados Unidos influenciada pelo método de autoajuda dos Alcoólicos Anônimos (AA) chamada de *Synanon*, a experiência inglesa que se recorda e aqui se faz reexistir em sua



autenticidade, apresenta-se junto ao sistema público brasileiro de garantia de direitos e produção de cidadania, compatibilidade e coerência teórica-prática<sup>43</sup>.

Isso porque a experiência exclusivista da abordagem de autoajuda em formato residencial fundamentada em princípios limitados a ideários generalistas, padronizadores e normatizadores, justificados de dogmas religiosos fundamentalistas ou ritualistas que podem ter sido utilizados na produção da tríade trabalho, disciplina e espiritualidade que foi questionada anteriormente, apresentam limites de compreensão epistemológica e de compatibilidade com as diretrizes do sistema público de garantia de direitos. Os fundamentos históricos-epistemológicos da experiência jonesiana, são aqui o construto teórico de coesão com a promoção da saúde por acentuar na prática, a experiência de aprendizagem ao vivo como forma de capacitação ou reaprendizagem social.

Em De Leon<sup>19</sup> encontra-se de forma mais específica, mesmo ele considerando em uma de suas obras, que o uso inicial do termo CT se deu na prática para descrever a experiência inglesa jonesiana, um movimento na América do Norte especificamente nos Estados Unidos, de programas de tratamento da “dependência química” nomeados em parte de CT.

Isso ocorreu, devido a movimentos que tentavam assemelhar-se com a forma ideológica e metodológica da CT que vinha se estruturando institucionalmente na Inglaterra, a partir dos resultados de alguns estudos científicos do psiquiatra Maxwell Jones que estava entusiasmado com a reforma no campo da saúde mental.

De Leon<sup>19</sup> refere-se a programas que se disseminaram com rapidez a partir da experiência da *Synanon* (1958) e da *Daytop Village* (1963), apontando que as fontes utilizadas diretamente para implantação, são notadamente atribuídas ao grupo *Oxford*, a associação AA e a *Synanon*. O grupo *Oxford* era uma organização religiosa fundada pelo ministro evangélico luterano Frank Buchman, que propunha o renascimento espiritual através do relacionamento espiritualista de cada pessoa com o Deus dos cristãos.

Semelhantes e alinhadas enquanto proposta de recuperação de auto-ajuda através de grupos de encontros e, distanciadas mais tarde das influências do grupo *Oxford*, a AA e a *Synanon* desenvolviam suas reuniões programadas a partir das experiências específicas dos seus membros que devido aos prejuízos que adquiriam com o uso de drogas, tendo o álcool como substância predominante, decidiam fazer a interrupção do uso através dos encontros para o cumprimento rigoroso dos 12 passos e tradições, à

partilha de suas experiências e para a entrega a qualquer poder superior e não mais aos dos cristãos como pregava o grupo *Oxford*<sup>19</sup>.

Na obra do autor, a *Synanon* é em parte nomeada como uma CT e genericamente reconhecida como tal, e seu fundador Charles Dederich membro da AA resolve encerrar, um ano após o início, as reuniões semanais que aconteciam em seu apartamento para fundar oficialmente uma comunidade residencial com a finalidade de tratar os usuários abusivos, independentemente da substância consumida. No entanto, ainda de acordo com o autor, a *Synanon* prosperou de forma independente como organização empresarial de tratamento da “dependência química”, distanciando-se do movimento nacional e internacional das CTs<sup>19</sup>.

É possível encontrar alguns questionamentos que colocam em dúvida o fato da experiência da *Synanon* ser considerada uma CT quando, principalmente, se considera a perspectiva dos pressupostos teóricos aqui partilhados e, abordá-los junto com essa parte da historicidade em detalhes é, além de propor uma (re)atualização teórica-conceitual da CT como uma modalidade técnica emancipatória e modeladora de qualquer que seja a instituição assistencial na área da saúde mental, uma propositura de desmanipulação da história e uma indicação para o reconhecimento de experiência de CT compatível com os referenciais teóricos e éticos da promoção da saúde e da bioética, e com as diretrizes do sistema público de políticas sobre drogas.

Apesar disso, é inegável a existência de uma variedade de experiências de CT e de entidades que tentam se assemelhar como, também, sua tendência territorial que abarca o componente religioso de diferentes formas. Cabe então, compreender sua relevância para a promoção da saúde e às políticas públicas, a partir de exame do programa de acolhimento da CT.

Mesmo a AA e *Synanon* apresentando forte influência em vários programas de CT com a ideia de entrega a qualquer poder superior e do cumprimento rigoroso e ritualista dos passos e tradições, representando assim um modelo de recuperação normativo, padronizador e geralista, o grupo *Oxford* da linhagem evangélica luterana que era um movimento reformista e subversivo à forma de relacionamento com Deus imposta por parte da igreja dogmática às pessoas, tendo como um dos seus princípios a eliminação rigorosa da tradição e rituais nos cultos religiosos, apontando o caminho da liberdade através do acesso livre, independente e particular de cada pessoa com o Deus dos cristãos que, na tradição religiosa do cristianismo se refere ao Deus criador e da história judaica

de Jesus Cristo - é simbolicamente destacado neste estudo para se refletir a experiência espiritualista e/ou religiosa de boa parte das CTs brasileira que são em sua maioria, organizadas por grupos religiosos<sup>19,44</sup>.

No cristianismo, o caminho da espiritualidade mais frequente no Ocidente e, particularmente, na América Latina, há uma singularidade: Deus, que circunda toda a realidade, revelou-se de forma especial em um homem concreto, significando que a condição humana, assumida da forma como Jesus o fez, é divina<sup>45</sup>.

Tal movimento pode revelar significados que poderão marcar posicionamento e justificar motivações dos grupos religiosos organizadores de CTs, que em sua maioria são de natureza evangélica luterana e católica, de acordo com os dados encontrados no relatório do IPEA<sup>5</sup>. Serve, ainda, como notável justificativa dada pela preferência ao modelo por parte da maioria da sociedade brasileira, considerada prevalentemente religiosa/cristã segundo o censo de 2010<sup>46</sup>.

Mas é possível encontrar experiência de CT que combinam diversas naturezas religiosa/espiritual em sua identificação e proposta de atuação, como a que foi localizada abaixo por este estudo.

(...) tem o dia que é um culto de oração, da igreja evangélica, a comunidade é católica, temos um terço para rezar no momento da espiritualidade, essas coisas, mas vem evangélico, qualquer outra religião pode vir aqui dar uma palestra, sexta-feira de 15 em 15 dias tem um culto aqui com a Igreja Batista. (Presidente conselheiro, 58 anos, caso 2).

Verificou-se que o componente religioso e/ou espiritual estava presente em todas as CTs pesquisadas. No entanto, para que as especificidades populacionais ou a diversidade humana sejam contempladas em seus programas, é necessário para uma atuação sob a égide dos direitos humanos e das políticas públicas, certa clareza do fenômeno na proposta terapêutica do acolhimento.

As práticas religiosas podem acontecer como uma alternativa não impositiva, na qual o componente religioso e/ou espiritual, devam ser estimulados essencialmente conforme a singularidade de cada residente.

Os programas devem ser construídos sob respaldo dos aspectos histórico, técnico-científico e de direitos humanos, precisando terem como base os referenciais teóricos, jurídicos e éticos compartilhado por este estudo e, quando incorporado aspectos religiosos ou espirituais numa perspectiva da promoção da saúde, devem-se levar em consideração

formas de abordagens que enfatizam sempre o caráter singular e as possibilidades de melhoria e benefício para a saúde e o bem estar individual e coletivo, sempre atentando para o consenso dos participantes de forma respeitosa e sem aliciamento.

Seguindo para a contribuição da abordagem religiosa e/ou espiritual do fenômeno, localizou-se que mesmo depois da separação entre a medicina e religião na modernidade, o componente religioso não desapareceu e sua perda de influência na vida política, culminou num processo de individualização, ficando sua importância, concentrada na vida privada das pessoas<sup>45</sup>.

E sua revalorização na contemporaneidade não diz respeito ao retorno das formas antigas de organização da vida religiosa, acontecendo atualmente por meios variados de busca pessoal da transcendência, entendida como abertura e atração pelo infinito e caracterizada por uma dimensão capaz de romper barreiras, superar proibições e ir além dos limites<sup>45</sup>.

Propõe-se ainda, que estudos antropológicos atuais mostram o quanto a visão religiosa continua presente nos estratos sociais e na importante compreensão do processo saúde/doença. A vivência religiosa é reconhecida por muitos profissionais de saúde como relevante para a estruturação do sentido e significado de suas práticas, servindo também para os usuários dos serviços como forma, reconhecidamente por eles, de enfrentamento das crises pessoais e familiares que acompanham as doenças mais graves<sup>45</sup>.

Foi o que se verificou na narrativa de um residente que lamentava a ausência da família frente ao conflito experienciado, quando participação de uma atividade religiosa expressando sua fé na divindade cultuada coletivamente na CT descrita abaixo como caso dois (2).

Eu sei que vou passar seis meses aqui e não vou ter uma visita, mas quem sabe e eu tenho fé, que durante esse tempo a minha visita possa passar por aquele portão. (Diário de campo, anexo n° 7.1).

Como dito acima, verificou-se em campo o componente religioso presente em todas as CTs, tanto na narrativa dos residentes como na expressão dos profissionais que revelavam certos sentidos e significados em sua escolha e prática profissional.

As atividades religiosas que foram presenciadas, apesar de fazerem parte da grade de programação diária das CTs, não eram impostas como obrigatoriedade à participação e os participantes demonstravam satisfação e entusiasmo, como também expressavam

sentimentos e emoções no momento das oportunidades de partilhar sua fé e crenças, o que culminava numa demonstração de sensação de bem-estar, alívio e fortalecimento da relação religiosa e/ou espiritual.

(...) Todos os dias a gente tem um cronograma diário, pela manhã, logo na parte da manhã, nós temos um momento de espiritualidade, deixamos claro que aqui não, o estado é laico, cada um professa a sua fé e sua religião, mas naquele momento nos reunimos ali, no momento de comunhão e fé. (Assistente social, 35 anos, caso 2).

Esse momento de espiritualidade referido trata-se das experiências de atividades religiosas que são praticadas na CT, de rituais que foram nomeados como missas e cultos evangélicos. Podendo, de acordo com o entrevistado, os residentes professarem sua fé e/ou religião livremente.

Ainda partilhando Vasconcelos<sup>45</sup> com seu trabalho que aborda a espiritualidade no cuidado e na educação em saúde, a espiritualidade propriamente dita é abordada como um conceito distinto de religião, apontando que a religião se trata da organização institucional e doutrinária de determinada forma de vivência religiosa, ou seja, que está relacionada a uma crença para a salvação através da aceitação de uma realidade metafísica ou sobrenatural, associada a ensinamentos, doutrinas, rituais, orações, conduzindo os fiéis a uma vivência espiritual nos moldes de uma determinada religião.

A espiritualidade, no entanto, para Vasconcelos<sup>45</sup> “seria a arte e o saber de tornar o viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência” referindo à experiência de contato com algo que transcende a realidade, que vai além das realidades consideradas normais da vida humana, tendo a grande capacidade de transformar a vida.

Ela é assumida também pelo autor, na maneira como a psicologia junguiana entende o inconsciente e compreendida como religiosidade ou religião, quando o encantamento com a transcendência repercute para além do individual e quando ela é assumida como divina<sup>45</sup>.

Desta forma, o tema da religião e/ou espiritualidade é refletido como aspecto importante que deve ser considerado na dimensão humana que, ainda de acordo com os estudos abordados pelo autor, para além de mostrar a potência terapêutica que tem o tema, considera-se como instrumento importante de humanização do trabalho em saúde e da melhoria dela na vida humana<sup>45</sup>.

Reconhecidamente a CT especificamente voltada para o “tratamento” da dependência de drogas surge quando um membro da *Synanon* conhecedor da teoria

jonesriana, chamado de David Deitch, decide dirigir a CT *Daytop Villagem* para toxicodependentes em Nova York<sup>43</sup>.

A experiência da CT *Daytop Villagem* combinada com as referências teóricas jonesriana permitiu de acordo com Vieira<sup>43</sup>, compreender três (3) elementos comuns de mudança paradigmática que ocorre na saúde mental, que dizem respeito ao modo como é vista a pessoa adoecida e a instituição que a acolhe: a) a relevância dada ao grupo enquanto modalidade terapêutica, b) o assumir de que o paciente/toxicodependente possui potencialidades de mudança, c) a relação intersubjetiva e a análise da mesma como fator potencializador da transformação pessoal.

Para o autor mencionado anteriormente que desenvolveu um estudo avaliativo na CT Arco-Íris que compõe parte da rede assistencial em Portugal e, buscou saber a situação de 150 ex-residentes da qual obteve 71% de resposta por meio de questionário voltado aos indicadores de uso de drogas ilegais, uso de bebidas alcoólicas, coabitação, emprego e justiça, a CT como uma modalidade técnica de organização social que vem sendo referida neste estudo, projeta suas atividades (psicoterapêuticas, ocupacionais e formativas) para a reaprendizagem e integração individual e social, como também, para o bem estar físico e psíquico<sup>43</sup>.

Pode-se constatar também aqui, o embasamento teórico à utilização do termo reposicionamento psicossocial que vem sendo mencionado como forma de se refletir e compreender a CT de abordagem psicossocial, que integra suas atividades numa concepção ampliada, fazendo articulações entre o campo do psíquico com o social e com outros aspectos inerentes à condição humana.

O autor reforça as referências jonesriana baseada, principalmente, no conceito de aprendizagem ao vivo que ocorre nas situações grupais e que reflete a capacidade de aprender a ouvir os outros, levando em conta os pensamentos e sentimentos, compartilhando com o grupo numa perspectiva mais integrada da situação e/ou da vida das pessoas/comunidade. Ligado a este aspecto está o conceito de *feedback*, fundamental nas modalidades terapêuticas grupais do tipo comunitária<sup>43</sup>.

A concepção jonesriana de CT funda-se também nas preocupações com os fatores iatrogênicos das instituições psiquiátricas de estrutura rigidamente hierarquizada e autoritária, ao estabelecer a comunicação livre entre equipe/residente por meio de reuniões<sup>2</sup>.

Convém especialmente propor, ainda, que o residente da CT possa fazer uso de papéis sociais e vocacionais por considerar que esses aproximam, na medida do possível, os residentes da comunidade externa, sendo os recursos instrumentalizados no programa terapêutico, fundamental para a confrontação e à interpretação das motivações<sup>2</sup>.

Desta forma, a teoria busca dissolver radicalmente alguns fatores que atentam contra a efetividade terapêutica, a saber, por exemplo: a estrutura administrativa autoritária da equipe e a hierarquia rígida que supervaloriza *status*. Esses fatores revelam aspectos autoritário e de passividade, por meio do enfoque diretivo de autoridade do tratamento e da organização da instituição<sup>2</sup>. Em campo, verificou-se a garantia da participação e das possibilidades de interferências dos residentes na estrutura e organização da CT.

(...) nesse momento a gente se reúne para discutirmos esses assuntos, pois trabalhamos com os acolhidos na prática do diálogo (...) a gente acredita que a mudança ela só surge quando o corpo da equipe está aberto ao corpo de acolhidos, quando eu falo corpo é quando estamos interligados, ou seja, estamos com os nossos ouvidos atentos ao que o acolhido diz e, também, valorizando aquilo que ele diz. (Coordenador, 38 anos).

Numa perspectiva de instituir nas instituições uma noção de CT enquanto grupos de pessoas que convivem e trabalham, e não mais que se encontram separados entre o estado de adoecimento e o saber profissional, a teoria considera que toda estrutura social instituída e o modo de vida na CT, deve ser terapêutica.

Assim, aumenta-se a liberdade dos residentes e estimula-se a autonomia, posicionando-se sempre como de portas abertas, organizando uma rotina cheia e ativa de atividades psicoterapêuticas, ocupacionais e formativas, que proporcione melhoria e organização no modo de vida dos residentes, favorecendo nesta perspectiva um reposicionamento psicossocial como efeito, devido à integração de recursos psicoterapêuticos e educativos sob um olhar dos fatores ambientais, sociais, políticos etc<sup>43</sup>. Em relação as portas abertas, todos os campos dispunham de acolhimento exclusivamente voluntário com a possibilidade de interrupção a qualquer momento pelos residentes.

Como se vê em geral, a noção de CT inclui uma ideia democrática, criativa, dinâmica e de respeito com as pessoas adoecidas que podem, nessa perspectiva teórica-técnica, (re)aprender a desempenhar papéis sociais de forma intercambiável. Do ponto de

vista terapêutico, a proposta essencial é reforçar as partes saudáveis como forma de incentivar o empoderamento, enquanto os aspectos adoecidos ou fragilizados devem ser contidos, evitando assim sua evolução, ou, podendo ser ressignificados<sup>2</sup>.

É possível, também, encontrar o desenvolvimento institucional da CT centrado na terapia psicanalítica e na tentativa de organizar a vida social dentro dela. A partir da análise dos processos sociais, transforma-se a clínica psiquiátrica tradicional em uma CT, essa última, entendida como um modelo técnico organizacional complexo gerida em conjunto por residentes e equipe, podendo ser fundamentada na psicanálise e agregando novos enfoques<sup>2</sup>.

Sendo assim, a CT é reafirmada como um modelo metodológico que tem um caráter clínico-terapêutico. No contexto das relações de uso prejudicial de drogas, autores como Marthe Ottenberg apud Badaraco<sup>2</sup> et al (1994) enfatiza a importância dos modelos de CT trabalharem com a psicoterapia individual e grupal por considerar que as questões das drogas em si não seriam os problemas mais difíceis, mas os aspectos psicopatológicos ou, até mesmo, da psicopatossociologia encontrada na obra de Souza<sup>4</sup> e ligados, por exemplo, às condições de abandonos ou de destruição cumulativa da condição pessoal e social, o que reforça ainda mais à necessidade da abordagem psicossocial no contexto das CTs.

Sua prática deverá ser orientada a partir de uma multidimensionalidade da interação dos aspectos físico, psíquico, meio ambiente e o social, ancorando-se em polos teóricos diversos que sustentam os elementos empírico, histórico e cultural, como forma de conhecer a realidade e os contextos em busca de possibilidades. Assim, o sujeito além do movimento intrapsíquico, precisa ser concebido como histórico, político, singular e coletivo, que afeta e é afetado pelo mundo<sup>30</sup>.

E, considerando ainda a teoria jonesiana, em que a forma mais predominante é a terapia de grupo, o principal trabalho da CT é o de estabelecer uma psicoterapia intensiva de grupo, estimulando diversos tipos de interações da vida real e analisando conflitos e situações de estresse durante o período de estadia<sup>2</sup>.

Nessa perspectiva, e mesmo os marcos legais das CTs brasileiras não exigindo de forma específica ou explícita, a presença do profissional de psicologia se torna imprescindível e extremamente importante, principalmente para o respaldo clínico-terapêutico, sendo desta forma a CT um campo epistemológico e de prática profissional



das diferentes faces da psicologia, sobretudo, da articulação entre a psicologia clínica, social e da saúde.

As declarações e proposições que aqui se partilham, evidenciam com clareza o modelo de CT como uma abordagem psicossocial que vem se propondo este estudo e sua importante relação com a promoção da saúde e a bioética. Considera-se ainda como importante acervo teórico-prático as obras de Badaraco<sup>2</sup> da qual suas relevantes contribuições vêm sendo mencionadas e que, também, retoma os ensinamentos da teoria jonesriana para fundamentar suas práticas.

Badaraco<sup>2</sup> em sua experiência de CT Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar datada em 1965, propõe que todas as contribuições e experiências de CT devam estar subordinadas ao conceito de *processo terapêutico*. Em sua concepção, a ideia é de que cada residente pode realizar seu processo terapêutico e a CT deve funcionar como o contexto real dessa experiência, sendo o processo terapêutico entendido como crescimento e desenvolvimento pessoal, devendo a CT através da sua equipe, comportar-se como continente adequado nas diversas etapas do percurso e nas suas distintas vicissitudes.

Para que isso aconteça, o autor propõe como fundamental contraponto à tríade revelada pelo IPEA que tem como base a abordagem de autocontrole e autodisciplina questionada por este estudo, que seja o funcionamento de uma CT de abordagem psicossocial baseada no seguinte tripé: *a integração de recursos terapêuticos, o trabalho em equipe e a co-terapia*<sup>5,2</sup>.

Fica evidente com base nos referenciais teóricos, técnicos, legais e éticos a definição do modelo de CT e sua relevância para promoção da saúde, bem como os parâmetros que fundamentam suas práticas de programa de acolhimento e, baseado no arcabouço teórico que se compartilha, o estudo de caso do acolhimento das três (3) CTs pesquisadas será apresentado adiante. Buscou-se coletar evidências que identificasse características em comum do processo de acolhimento das CTs etnografadas a partir das proposições teóricas e do tripé de funcionamento proposto, que fundamentam como parâmetro técnico o modelo de CT de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde.

Antes, busca-se incrementar melhor a compreensão do processo terapêutico e do tripé que embasa o adequado e coerente funcionamento da CT, como um modelo técnico

clínico-terapêutico de abordagem psicossocial e de relevante contribuição para a promoção da saúde, que opera por meio de práticas de acolhimento e cuidado ordenadas pelo compromisso com as diretrizes da bioética.

Por processo terapêutico, o autor define, sobretudo, como um conceito clínico no qual se refere à um conjunto de transformações que pode experimentar um indivíduo através da psicoterapia<sup>2</sup>. Isso deixa claro que a intenção não é descrever um processo terapêutico típico, até porque não existe, mas transmitir a experiência clínica da relação de alguns aspectos do processo terapêutico.

O processo implica numa sucessão de mudanças apresentadas na forma de variadas realizações, que tem coerência interna e sentido progressivo na direção da condição humana, formulada como integração da personalidade, maturação, harmonia da pessoa, saúde mental, equilíbrio emocional etc<sup>2</sup>.

Como conjunto, conceitua-se como as mudanças sucessivas que não devem ser entendidas como lineares, sendo concebidas como sucessivos momentos de desestruturação e reestruturação das partes como um todo. A ideia de sucessão de mudanças se refere àquelas objetiváveis, ou seja, das relações interpessoais em suas realizações concretas, e de mudanças em suas vivências subjetivas consideradas como transformação interna e profunda das relações objetivas, da natureza dos objetos internos ou da modalidade de elaboração que realiza de sua relação dialética com a realidade<sup>2</sup>.

Considerando ainda essa perspectiva e de todo construto teórico que se produz, afirma-se que o processo terapêutico tem o sentido de estabelecer um processo de crescimento e desenvolvimento pessoal, que apesar do caráter grupal de uma CT, precisa ser entendido como algo essencialmente e necessariamente individual<sup>2</sup>.

Adentrando na tríade de funcionamento da CT proposta pelo autor, **a integração de recursos terapêuticos** a que se refere, trata-se das atividades propostas em função da evolução do residente e das vicissitudes ou das dificuldades que se apresentam, bem como, do projeto terapêutico previsto para cada residente. **O trabalho em equipe**, é visto como indispensável devido à própria natureza do adoecimento que se considera como psicossocial, devendo ser elaborado e integrado de forma a possibilitar um conhecimento das pessoas residentes e uma coerência que, talvez, eles mesmo não possam ter<sup>2</sup>.

E por fim, **a co-terapia** considerada para processos especialmente difíceis ou para implementação estruturante em determinado processo terapêutico, refere-se à inclusão de

um terceiro que gera a possibilidade de estabelecer uma situação triangular, que permita a saída do residente com ou sem seu terapeuta<sup>2</sup>.

A estrutura de organização social e as atividades cotidianas da CT, permitem variadas situações da vida comunitária e nas dinâmicas relacionais, e as experiências dos residentes reforçam o conceito de aprendizagem ao vivo da teoria jonesiana. Ao se discutir a CT como método, corrobora-se que as situações e experiências devem servir para que os residentes sejam observados em todas as suas dimensões e múltiplas interações, servindo como exemplo que reforça o conceito de aprendizagem ao vivo, vinculado às situações de padrões emocionais, narrativas e comportamentos, que deverão ser objetos de análise e intervenção. E de rotina propriamente dita de atividades, servem para organizar a vida, restabelecer ou adquirir hábitos, atingir metas, desenvolver responsabilidade com a própria vida e com a dos outros e (re) aprender a cuidar da saúde<sup>43</sup>.

Compreendeu-se o modelo de CT baseado no conceito de aprendizagem ao vivo que tem como parâmetro técnico para o seu funcionamento, o processo terapêutico e o tripé que foram compartilhados, sendo elementos que podem formatar as práticas de acolhimento e cuidado no sentido da ação e atividades.

Como ato em atender, receber e hospedar, o acolhimento é inicialmente refletido como um aparelho estruturado e instrumentalizado que possui capacidade de acolher os casos mais emergentes de uso prejudicial de drogas, assumindo uma roupagem que tem o aspecto sociopolítico como compromisso crucial à proteção da vida humana e para o apoio psicossocial.

Podendo representar sentidos para casos de esgotamento pelos conflitos, riscos, vulnerabilidades e/ou exclusão social com quase ou nenhuma chance de serem revertidos nos contextos ambientais ou sociais de origem. O que se faz importante à admissão ao acolhimento, certa flexibilização de protocolos ou a desapropriação de exigências que não seja apenas o desejo da pessoa em uso prejudicial pelo acolhimento, como foi verificado na narrativa da psicóloga do caso um (1).

(...) outros que vêm, às vezes é questão de vulnerabilidade muito intensa, então ele já procura o serviço junto com a família já nas últimas, diz assim: esse é o último lugar que eu venho. E muitas vezes esse sujeito ele está em um lugar escondido e ele é tirado justamente nesse dia, que é para poder ir à sede, e às vezes a gente vai reservar um horário específico melhor, para facilitar que o serviço chegue a esse sujeito de um jeito mais leve. (Psicóloga, 43 anos, caso 1).

O acolhimento como produção de cuidado está em sua abrangência que inclui a dinâmica de convivência, os relacionamentos e os sentidos terapêutico e educativos dados as atividades e intervenções individuais e coletivas. Isso pela via da receptividade, da tomada de consideração da demanda, da construção de relacionamento, vínculo e compromissos, que esbarra na prática do compartilhamento de cuidado como atitude que se traduz em espaço de ação de cidadãos sobre os outros, que quando articula-se com o conceito de aprendizagem ao vivo da teoria jonesiana, incisa da vivência grupal e do compromisso coletivo em utilizar-se das experiências vivenciadas para a (re) aprendizagem social<sup>2,29</sup>.

No espaço de acolhimento a dinâmica de convivência que envolve situações grupais e interrelacionais de produção de cuidado, representa o princípio geral orientador da promoção da saúde para grupos ou comunidades, quando inspirada no encorajamento à ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente<sup>33</sup>.

O acolhimento e cuidado como prática da CT e ordenado pelo conceito de aprendizagem ao vivo envolve uma projeção de programa com atividades psicoterapêuticas, ocupacionais e formativas que, além de fomentarem participação e autonomia que são considerados princípios essenciais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), produz melhoria na qualidade de vida e (re) integração social individual e coletiva como estratégia de acesso a direitos básicos<sup>47</sup>.

Pois bem, a questão, no momento que a gente acolhe a pessoa aqui é suas diversas vertentes, o que é que a gente pode fazer enquanto instituição para melhorar a situação daquela pessoa? Primeiro ela foi acolhida, ela já tem um lugar para ficar, tem uma estrutura, então a gente vê essa situação de saúde, se tá precisando imediatamente encaminhamos, utilizamos a rede de saúde local, o PSF local, para que se faça uma bateria de exames para saber se algum tem problema que requeira iminência no tratamento ou se realmente é só uma questão de acompanhamento, daí então a gente já utiliza também a situação da documentação, se ele tem ou deixa de ter, para que nós possamos providenciar. (Assistente social, 35 anos, caso 2).

Nessas evidências o acolhimento representa relevância para a promoção da saúde como uma intervenção e um conjunto de intervenções onde o que se busca como meta é abolir a manifestação ou agravamento do uso prejudicial de drogas, cooperando com valores fundante da PNPS como a justiça e inclusão social, através do posicionamento sociopolítico que organiza o acolhimento como um espaço de proteção da vida e de apoio

psicossocial, onde se estrutura e se instrumentaliza práticas de cuidado que são inerentes às necessidades básicas da vida humana e coerentes com o objetivo geral da PNPS de promover a equidade e a melhoria das condições e modos de vive, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais<sup>47</sup>.

Em campo, verificou-se através da entrevista com o profissional de serviço social da CT do caso dois (2) que para alguns casos de uso prejudicial de drogas em estado de esgotamento psicossocial ou em condições extremas de conflitos, riscos ou vulnerabilidades, podem-se mirar na cala na calada da noite a porta de uma CT para acolhimento.

(...) às vezes chega aí até a noite, na madrugada, batendo na porta, ele pedindo socorro, pedindo ajuda (...) até porque a gente entende assim, Mauro. A pessoa que chega aqui na cidade ela chegou no uso abusivo (...) no momento que ela chega a gente acolhe, providência alimentação, banho, uma dormida (...) a gente fez a conversa, mas não temos vaga na instituição, imediatamente a gente usa a rede de CTs que nós temos em todo o estado para saber quem pode, quem tem vaga para acolher. (Assistente social, 35 anos, caso 2).

As práticas de acolhimento e cuidado no fazer da psicoterapia individual e coletiva e das atividades de aprendizagem ao vivo norteadas por um processo de capacitação, orientam à reflexão do acolhimento como um espaço que oportuniza num reposicionamento psicossocial ao favorece mudança de autopercepção e de sociabilidade, estando relacionadas com o compromisso de proporcionar que os indivíduos e grupos possam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em favor da melhoria de sua saúde e qualidade de vida<sup>33,34</sup>.

Dentre sua ampla cooperação e relevância para a promoção da saúde, o acolhimento e cuidado na CT de abordagem psicossocial permite, ainda, refletir sobre temas prioritários da PNPS que estão sob o escopo de suas práticas que envolve o enfretamento do uso prejudicial de drogas através do compromisso com a promoção, articulação e mobilização, que visam a eliminação ou a redução do consumo de drogas com a corresponsabilização e autonomia dos consumidores, incluindo em suas práticas ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais e sociais<sup>47</sup>.

Assim, numa perspectiva de CT de abordagem psicossocial o tema central de imposição da abstinência como meta única apoiada em diagnosticar a dita “dependência química” para “internação” e “tratamento” que parecem alimentar círculos viciosos na

maioria dos casos de uso prejudicial de drogas, é desconsiderado, desinteressante e ignorado na produção de acolhimento ético e humanizado que tem como base o respeito as escolhas e desejos pessoais, e princípios básicos de dignidade humana.

É significado ainda, para o residente de uma CT de abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde, o acesso incondicional a um acolhimento que garanta o cuidado com o bem-estar físico e psíquico; a observância das necessidades inerentes ao direito à cidadania; a alimentação nutritiva; os cuidados de higiene; a acomodação em alojamentos adequados; e a manutenção da saúde<sup>13,14,15</sup>.

### **Caso 1.**

Há mais de vinte e seis horas (26) de imersão em campo em meio a vinte e um (21) residentes e quase todos os membros da equipe, o local se trata do espaço de uma CT localizada na zona rural de um município no interior do estado de Pernambuco, com capacidade para acolher de forma voluntária até setenta (70) pessoas por até seis (6) meses e quatro (4) dias, tempo máximo de programa de acolhimento estabelecido pela CT.

As pessoas acolhidas, aparentavam ser em sua maioria jovens com idade entre dezoito (18) e vinte nove anos (29) que para serem admitidos no programa de acolhimento da CT, tiveram que passar por um processo de triagem num espaço de apoio da própria CT, localizado na capital do estado.

O processo de triagem foi compreendido como sendo um espaço multidisciplinar de escuta da demanda e de acompanhamento psicoterapêutico, ou seja, é um espaço de acolhimento independente do programa de acolhimento da CT, isso porque nem todas as pessoas atendidas no local (usuários e familiares) são encaminhadas para a CT, podendo a partir dos primeiros atendimentos, permanecerem no acompanhamento através da participação em grupos psicoterapêuticos.

Para os usuários que apresentam desejos e demandas, o espaço de escuta nessa modalidade de acolhimento e triagem, serve como estratégia de preparação deles para admissão no programa de acolhimento da CT, onde os cuidados de saúde e documentos pessoais são solicitados (sendo a admissão condicionada a uma série de exames e documentos) e os usuários informados quanto a realidade, normas e regras da CT.

A gente já encaminha e já prepara ele para esse momento (...) porque o sujeito ele vem de uma realidade e mesmo ele querendo estar

dentro de uma CTA é uma outra realidade (...) onde a porta está aberta, mas eu também preciso entender qual é o meu lugar ali, naquele canto, naquele espaço? Então assim, a gente já trabalha isso também antes para os que querem vir para a CTA, aí quando eles vêm para CTA já vem com todos os exames, tudo pronto, já vem com as orientações também do serviço social (Psicóloga, 43).

Neste caso, o acolhimento é colocado como porta de entrada para o serviço e como estratégia de escuta e criação de vínculo, na atuação da psicologia nesse contexto de acolhimento, a escuta serve para compreender o usuário, sua história e a relação de uso com a droga ou as múltiplas drogas, e o vínculo permite proporcionar um espaço de fala das angústias tanto dos usuários como dos familiares, para que a partir dessa escuta e compreensão da demanda, se possa construir as intervenções à mudança na qualidade de vida e para reflexão da relação familiar.

A maioria deles vem acompanhados com os familiares (...) porque a partir da própria história do sujeito, né? Na criação do vínculo durante esse período, desse acolhimento, se cria um vínculo onde o sujeito aos poucos ele vai conseguindo falar sobre ele e a relação dele com a substância (...) quando eles chegam no serviço que eles tem todo esse acolhimento, que são escutados, a família é escutada, muitas vezes chegam num nível as vezes desequilibrado e a gente faz esse acolhimento e nessa fala muitos deles já saem mais calmo, quando é na outra semana que eles retornam ao serviço, já retornam as vezes com o aspecto melhor, (...) a família as vezes já voltam também mais calma e isso tudo vai facilitando o dia a dia nosso com essa relação e esse vínculo que já é criado a partir desse momento de acolhimento (...) entender essa relação, para em cima disso trabalhar as intervenções (...) desenvolver mecanismo que o sujeito ele possa lidar com essa realidade né? Resignificando de um modo que ele possa (...) construir hábitos saudáveis e rotinas saudáveis que também vá refletir nessa relação com a família (Psicóloga, 43 anos)

Esse acolhimento quando resulta de encaminhamento para a CT, permite à equipe da unidade uma conversa com a pessoa e a realização de alguns procedimentos de anotações dos pertences trazidos, de apresentação das pessoas e dos compartimentos do ambiente. E o trabalho de acolhimento é para além da continuação do vínculo construído pelos profissionais no espaço da triagem, tendo como desafio inicial a vinculação da pessoa com a equipe restrita ao ambiente da CT e com as demais. Na visão da psicóloga isso favorece estabilidade emocional às pessoas no ambiente de acolhimento da CT, que quando inseridas no programa passam a ser referidos como acolhidos.

A concepção do acolhimento da CT é vista como um espaço ou lugar em que se facilita um processo de ressignificação do estar no mundo e da própria existência, tendo como base a confrontação com a própria história de vida e com as histórias de vidas alheias que se cruzam no ambiente da CT, que é estruturante e construtiva segundo a psicóloga entrevistada. É um espaço onde o acolhido é concebido como uma pessoa cidadã de direitos, onde se oferece oportunidades de acesso a diversos serviços assistenciais de garantia de direitos e produção de cidadania.

Dentro da minha compreensão seria um espaço (...) ele começa a ressignificar o seu lugar no mundo, o seu pensamento (...) ele vai se confrontar com a sua própria história e com histórias também de outros (...) porque esse espaço da CTA, ele tem a condição de favorecer para o sujeito serviços onde em outros lugares, talvez, não tenha (...) para poder dar assistência ao sujeito dentro dos direitos dele como pessoa e como cidadão, então eu vejo a CTA como esse espaço. (Psicóloga, 43 anos).

Trata-se de um lugar onde também se compreende a pessoa acolhida a partir de uma perspectiva integral, que envolve um olhar biopsicossocial, em que o cuidado no acolhimento pode se direcionar para variados aspectos fragilizados que demandem atenção específica.

(...) a gente ver que eles chegam totalmente debilitados sem estrutura nenhuma emocional, física, e até mesmo mental, (...) então eu vejo que o acolhimento tem esses aspectos. (Coordenador, 38 anos).

(...) precisa ter cuidado também sobre esse sujeito que é biológico, que é físico, que é emocional. (Psicóloga, 43 anos).

O espaço de acolhimento da CT organiza-se em uma rotina que se inicia às 06h da manhã, indo até às 21h da noite. As atividades na programação da CT são as seguintes: reunião matinal, cooperatividade, diário do acolhido, recreação, orientação espiritual, dinâmica de grupo, dinâmica educacional, oficina de leitura, palestra educacional, estudos sistemáticos, celebração, partilha (só por hoje), pequenos grupos, 12 passos e atendimento individual (duas vezes na semana) com a psicóloga ou assistente social. As pessoas acolhidas fazem seis (6) refeições diárias e os compartimentos do ambiente apresentavam boas condições para acomodação ou uso. As refeições eram preparadas pelas próprias pessoas acolhidas sob supervisão de um membro da equipe responsável pelo setor.



As atividades apresentam finalidades ocupacionais e de organização da vida e, servem para estabelecer uma rotina que vai ajudar no modo desregrado que se acredita ter a pessoa em uso prejudicial de drogas.

Atividades a gente tem uma rotina, né? A gente acredita que o dependente químico quando ele começa o uso, ele deixa de praticar alguns costumes, algumas regras, deixa de praticar até mesmo horários, de respeitar normas (...) então a gente tem toda a rotina. (Coordenador, 38 anos).

(...) então existem várias atividades (...) atividades em que eles têm a oportunidade também de se manterem ocupados (...) vai ajudar também eles a pensarem sobre essa realidade, uma rotina (...) organização do sono, os horários das refeições. (Psicóloga, 43 anos).

A equipe da CT era composta por uma (1) psicóloga, um (1) assistente social, um (1) coordenador e cinco (5) monitores. Em reunião apenas com os monitores, o coordenador aborda assuntos relacionados aos acontecimentos da semana e a convivência na CT para discussão e avaliação a partir da valorização do diálogo como oportunidade de fala e prática de escuta, em que as pessoas acolhidas têm voz ativa nos assuntos da CT como um todo, o que permite participação e protagonismo delas na sua dinâmica, facilitando assim, o processo de mudança no programa de acolhimento.

Vamos agora dar início a nossa reunião de equipe (...) onde a gente avalia os casos que foram acontecendo durante a semana com os acolhidos e com a própria equipe (...) nesse momento a gente se reúne para discutirmos esses assuntos, pois trabalhamos com os acolhidos na prática do diálogo (...) a gente acredita que a mudança ela só surge quando o corpo da equipe está aberto ao corpo de acolhidos, quando eu falo corpo é quando estamos interligados, ou seja, estamos com os nossos ouvidos atentos ao que o acolhido diz e também valorizando aquilo que ele diz. (Coordenador, 38 anos).

A equipe da CT é subdividida entre equipe de coordenador e monitores, e, equipe de profissional de psicologia e serviço social. No que tange à atuação do profissional de psicologia, a prática está relacionada a intervenções psicoterapêuticas às pessoas acolhidas e apoio psicológico à equipe.

Então tem esse lugar da equipe e enquanto setor também de psicologia (...) quando o setor de psicologia está presente eles já criam uma expectativa (...) mas tem esse serviço que eles começam a aproveitar (...) a partir disso que eles falam suas questões, suas instabilidades emocionais, a sua raiva, o seu ódio, a sua indignação,

a sua culpa, porque tudo isso vêm emergir nesse lugar e a gente vai trabalhando cada questão dessa de um modo individual, singular do sujeito, e muitas vezes também precisa trabalhar com todos os acolhidos (...) também o setor de psicologia precisa dar um suporte a própria equipe. (Psicóloga, 43 anos).

A possibilidade de reposicionamento psicossocial, tem a ver também com o efeito que é causado pelo acolhimento, quando as práticas da CT são desenvolvidas numa perspectiva da abordagem psicossocial e da estratégia de capacitação individual da promoção da saúde, que somam um conjunto de intervenções sob um olhar voltado à garantia da integralidade na abordagem e no empoderamento por meio da capacitação individual.

Quando direcionado para o reposicionamento social, termos como ressocialização ou reinserção social são muito utilizados para nomear algumas estratégias que visam o deslocamento das pessoas do ambiente de acolhimento da CT, até o retorno integral ao ambiente externo de origem e/ou pertencimento.

Quanto às estratégias usadas no sentido da ressocialização mencionadas pelo coordenador, elas se direcionam para a convivência gradual para o contexto familiar de origem ou através da oferta em alguma atividade de sociabilidade fora da CT.

(...) a gente trabalha com 184 dias e buscando a ressocialização (...) ele deveria passar um período em tratamento e outro período que ele seja ressocializado, por exemplo, final de semana para passar em casa (...) a gente tem trabalhado muito na oportunidade de cursos que são oferecidos pela rede (...) não é fácil essa volta então eu acredito que a gente tem que investir mais na ressocialização. (Coordenador, 38 anos).

Havia documentos de alvarás de funcionamento em validade fixados na parede do escritório da CT emitidos pelos seguintes órgãos: bombeiro, vigilância sanitária e prefeitura, o que configura que as práticas de acolhimento da CT foram inspecionadas pelas autoridades competentes.

## **Caso 2.**

Com quase uma década de funcionamento, a CT fundada por um grupo de voluntários tem capacidade para atender até quarenta e oito (48) pessoas com problemas de abuso ou dependência de drogas. Localizada também no interior de Pernambuco, sua missão

é pelo “atendimento integral ao dependente químico proporcionando sua recuperação” (Projeto terapêutico, p. 4).

Por mais de 25h de atividade etnográfica *in loco* no ambiente de compartimentos simples da CT, porém, muito organizado e agradável, presenciou-se cerca de trinta e oito (38) residentes em acolhimento em um clima harmônico e de expressiva satisfação com a experiência de convivência na CT.

De religião católica, o presidente da CT faz questão de enquadrar seu acolhimento como um dos melhores do estado, pela forma como trata seus residentes e como se organiza para atender as necessidades primárias deles para além da oferta do espaço residencial.

O atendimento aqui é um dos melhores de Pernambuco (...) porque o acolhido quando chega, ele é tratado com respeito, ele é valorizado (...) é passado todos os detalhes da casa, como funciona, depois eles recebem todo o material gratuito, sabonete, pasta de dente, escova, toalha, lençóis, roupa de cama, prato, talher (...) a partir do momento que ele entra daquele portão para cá, ele é tratado como uma família. (Conselheiro presidente, 58 anos).

O primeiro critério para admissão ao acolhimento é o desejo da pessoa, que precisa também ser maior de idade e apresentar demanda para o serviço e documentação mínima (pelo menos registro de nascimento). Os meios para entrada ao acolhimento são diversos, em geral, a CT recebe pessoas encaminhadas por diversos órgãos ou entidades, em especial, da esfera pública. Mas também, recebe por demanda espontânea, através de contato telefônico ou indo pessoalmente na CT.

A CT apresenta boa articulação em rede e tem a maioria de suas vagas financiadas pelo Ministério da Cidadania e por uma prefeitura do Estado. A procura pelo acolhimento tem um fluxo grande e formas de acesso variadas.

A gente tem convênio com o ministério da Cidadania (...) prefeitura de Recife (...) a gente tem demanda espontânea, hoje mesmo 11 ligaram atrás de uma vaga (...) aqui chegaram 3 do ATITUDE e hoje dois da SEPOD. (Conselheiro presidente, 58 anos)  
 (...) a gente trabalha com algumas redes de informação (...) fazer uma triagem para que quando esse acolhido chegue aqui, a gente já tem alguns subsídios para tentar acolher da melhor forma possível (...) nós temos a redes da secretaria de saúde, secretaria de assistência social, programa atitude, entre outros sempre há um contato muito fidedigno entre as partes (...) no ato do encaminhamento já é feito uma conversa entre profissionais (...) sobre o perfil do acolhido para saber se de fato o problema dele, nós temos como dar suporte

suficientes para um tratamento eficaz (...) essa triagem é feita pelas secretarias, pelos profissionais técnicos, pelos programas, instituição, e a gente procura antes da chegada dele aqui, a gente afina bem essa conversa, para a gente saber de fato, como poder ajudar no acolhimento dessa pessoa (...) por exemplo demanda espontânea hoje seria em torno de 10% do total (...) a pessoa que vier ou familiar e amigo, a pessoa que ligar nós tentamos dentro de uma conversa (...) absorver as informações necessárias para saber o perfil. (Assistente social, 35 anos).

A forma de acesso ao acolhimento é compreendida a partir de uma triagem realizada pelos próprios setores responsáveis pelo encaminhamento ou pelo profissional da entidade para os casos de demandas espontânea. No entanto a triagem é caracterizada por uma conversa tanto com o profissional que encaminha como com a própria pessoa que se apresenta espontaneamente, tendo como objetivo a coleta de informações sobre o perfil dos candidatos ao acolhimento, o melhor conhecimento e consideração da demanda apresentada por cada pessoa e a facilitação da acolhida no espaço da CT.

(...) a questão do acolhimento é um processo importantíssimo, a instituição ela preza por este acolhimento realmente, trazendo à tona a realidade do lado da pessoa que foi acolhido na casa. (Assistente social, 35 anos).

O acolhimento da CT considera as condições de vulnerabilidade das pessoas com o eventual problema do abuso ou da dependência de drogas e, se solidariza quando se posiciona de forma humanizada e afetiva, com a criação de um espaço de acolhimento em que a convivência se caracteriza de um ambiente familiar e de bem-estar. As vulnerabilidades, segundo o assistente social entrevistado, se constituem das relações de consumo abusivo de drogas que se configuram da perda de controle do próprio comportamento, desinteresse pela família e trabalho e da falta de apetite.

Esse acolhimento nesta instituição aqui a gente definiria da seguinte maneira, Mauro. O acolhimento realmente humanizado, bem familiar, haja vista que a pessoa que chega do uso abusivo na instituição ela já vem de situação de vulnerabilidades muito grande, então, aqui a gente tenta fazer esse ambiente familiar a ele, mostrando que aqui é um espaço aonde ele vai se sentir bem. (Assistente social, 35 anos).

O programa de acolhimento da CT são de seis (6) meses, dividido em três etapas nomeadas de adaptação e desintoxicação; conscientização e interiorização; e reinserção social. Com uma rotina que se inicia às 06h30 e se encerra às 22h30, a CT oferece em

sua programação diária atividade de: espiritualidade e espiritualidade baseada nos 12 passos do AA; atividades de manutenção do ambiente; atividades recreativas; atividades lúdicas e esportivas; psicoterapia em grupo e individual; grupo informativo, direitos humanos e protagonismo; e filme terapia.

De acordo com o projeto terapêutico institucional da CT, fornecido pelo presidente, todo o processo de acolhimento é norteado por um plano de atendimento singular que busca a garantia da especificidade de acordo com a necessidade de cada caso, em que se observa os seguintes aspectos na sua construção: história de vida; a gravidade e a caracterização da relação com o uso de drogas; a associação com outros transtornos mentais; a estrutura familiar de origem ou de atual convivência; histórico laborativo; nível de escolaridade e socioeconômico.

O profissional de psicologia tem suas atribuições delimitadas e estão relacionadas ao atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo, a elaboração de documentos técnicos, o registro do acompanhamento e das atividades no prontuário das pessoas acolhidas, o acompanhamento da elaboração e do desenvolvimento do plano de atendimento singular e a garantia dos direitos das pessoas em acolhimento.

Compõem a equipe da CT, além do profissional de psicologia, um (1) assistente social, cinco (5) monitores e um (1) coordenador conselheiro. Todos os trabalhadores têm suas atribuições descritas no projeto terapêuticos institucional.

A psicoterapia individual oferecida pelo acolhimento da CT acontece sem um período definido ou sem um tempo pré-estabelecido. E o processo tem como fundamentação a análise da fala como meio de proporcionar autoconhecimento e autonomia, como se pode verificar no trecho extraído do projeto terapêutico institucional da CT.

As sessões de psicoterapia são realizadas com um psicólogo capacitado e sua duração depende de cada acolhido, não há um período definido. Geralmente a frequência é semanal, em alguns casos pode ser feita em mais de uma vez por semana. Esse processo se baseia na análise da fala, fazendo com que os acolhidos tenham maior conhecimento sobre eles mesmos e tenham poder sobre suas próprias vidas e escolhas. (Projeto terapêutico, p. 4).

A psicoterapia de grupo é praticada como dinâmica que busca abordar temas relacionados ao aspecto social, familiar e profissional. E o psicólogo atua como mediador, realizando intervenções quando necessário. É um espaço também em que as

peças acolhidas podem expor seus problemas, angústias ou situações que estejam a enfrentar.

É por meio dessas e de outras atividades que a CT busca alcançar seu principal objetivo de reabilitação através do resgate da identidade do sujeito enquanto protagonista social e da sua cidadania, proporcionado assim, um reposicionamento psicossocial das pessoas acolhidas. Isso acontece também, pelo desenvolvimento de estratégias para o restabelecimento de vínculos familiares, em casos que foram rompidos, e pela inclusão em políticas públicas sociais de garantia de direitos e de saúde.

(...) às vezes vêm sem família, a gente procura a família dele, né? (...) todas as pessoas que chega, a gente leva para o CRAS e faz o programa bolsa família (...) tem uma vez por mês que a gente leva ao dentista e se precisar de médico, a gente leva a UPA imediatamente. (Conselheiro presidente, 58 anos).

O processo de acolhimento e cuidado na CT tem sua finalidade bem definida e clara, que se soma a uma variedade de recursos integrados e a diversas estratégias que buscam, além do desenvolvimento pessoal por meio da melhoria da qualidade de vida, reposicionar psicossocialmente seus residentes através da reintegração familiar e da inserção em políticas públicas.

(...) nós encaminhamos a nossa rede local, até porque essa pessoa no período de 6 meses que ele vai ficar aqui, ele vai ser acompanhado pelo médico local (...) as vezes a questão do nutricionista para saber o que ele precisa ou deixou de precisar (...) nós conseguimos diversas cirurgias para pessoas que estavam aqui, cirurgia de pequeno porte, com profissionais na área de ortopedia (...) a gente faz todo processo na rede, é bem interessante a rede de saúde local (...) E aí continua o contato com a família, tentando fazer essa reinserção dele, tanto na sociedade como na família, que é o processo de todo o tratamento que ele vai estar aqui (...) e a pessoa sai daqui com uma qualidade de vida muito melhor do que a que chegou. (Assistente social, 35 anos).

Todo esse conjunto de intervenções internas e externas ao ambiente da CT, revela o quanto se torna eficaz seu processo de acolhimento, na medida em que as intervenções dos recursos psicoterapêuticos e educativos, bem como as estratégias externas buscadas, vão reposicionando as pessoas acolhidas pelo efeito de transformação do acolhimento.

Apesar da CT ser organizada por grupos religiosos católicos, não há devoção a uma religião específica como obrigatoriedade e as práticas de religiosidade/espiritualidade exercida coletivamente de forma espontânea pelas pessoas que estavam acolhidas, servem para entrar em contato com a divindade da pessoa de Jesus Cristo através do clamor coletivo exercido em horário específico da oração que tem como finalidade a busca por salvação e, ou, como alternativa de expor a fé individualmente na esperança de alcançar alguma situação difícil como, por exemplo, reatar laços familiares prejudicados.

Jesus tem de piedade de mim, Jesus me cura, Jesus me salva, Jesus me liberta Se Jesus me libertar? Eu serei verdadeiramente livre.  
(Diário de campo, nº 9.3)

Constatou-se na parede localizada na entrada do escritório, documentos de autorização de funcionamento emitidos pelos principais órgãos de fiscalização. E a CT oferece cerca de cinco (5) refeições diárias que são preparadas por uma voluntária.

### **Caso 3.**

Com o objetivo de oferecer serviço de recuperação da dependência química com enfoque na inserção social pelo período de 12 (doze) meses de programa terapêutico em regime residencial, a CT localizada na região metropolitana de Recife possui uma estrutura física moderna e capacidade para atender até quarenta (40) pessoas.

Durante a atividade de campo que acompanhou o cotidiano da CT, apenas vinte e oito (28) das vagas estavam ocupadas. Seu método de abordagem baseia-se no tripé: espiritualidade, vida comunitária e trabalho. Tem sua concepção como um paradigma de atendimento psicossocial conforme descrito em seu programa terapêutico, porém, não foi possível visualizar fundamentos teórico-práticos que confirmassem tal paradigma, limitando a descrição do estudo nesse caso ao processo de admissão e reposicionamento psicossocial.

O processo de admissão ao acolhimento é feito por telefone, por meio do qual se solicita vários exames. Quando munidos (usuários ou familiares) de toda documentação exigida, é preciso que o candidato escreva uma carta de próprio punho expressando desejo para o acolhimento. Em seguida é marcada uma triagem no próprio

espaço da CT, entendida como uma entrevista que é realizada em dois momentos, em que a família e o candidato são entrevistados em momentos diferentes.

(...) no dia da triagem que a pessoa vem, a gente faz uma entrevista, nessa entrevista a gente tem um momento junto com a família (...) depois a gente faz questão de ter um momento particular com pessoa que quer entrar. (Seminarista, 36 anos).

Quando verificadas na entrevista algumas questões que podem impedir que a admissão ao acolhimento não ocorra como, por exemplo, transtorno mentais graves, medicação psiquiátrica sem receituário ou ausência de motivação, o acolhimento é então realizado e tanto o candidato como a família são orientadas de todo o processo de acolhimento. O cotidiano da CT é de uma jornada diária que se inicia das 05h30 e vai até às 22h00, com a oferta de cinco refeições e diversas atividades: reza do terço e meditação do evangelho; missa com meditação do evangelho; atividades de trabalho; esporte e lazer; grupo de partilha de experiência do evangelho; grupo para comunhão de alma; leitura de livro educativo; e grupo de formação humana.

As atividades de trabalho referem-se, por exemplo, à manutenção do espaço e à produção de biscoitos na padaria dentro da própria CT, usada como forma de oficina profissionalizante e de comercialização de produtos para arrecadação financeira.

A equipe da CT é formada por 1 (um) coordenador, um (1) monitor, um (1) seminarista e, uma (1) psicóloga e uma (1) médica clínica voluntárias, que realizam atendimentos uma (1) ou duas (2) vezes ao mês.

As possibilidades de saídas da CT, acontecem a partir das necessidades particulares de cada pessoa acolhida em situações de necessidades de saúde. Durante os dozes meses de programa, não foi localizado no programa terapêutico fornecido pela CT, outras possibilidades de ausências do tipo programadas para finalidades terapêuticas.

(...) unidade básica, PSF que são os postos tem aqui o loteamento (...) hoje mesmo eu levei dois né? Para tomar as vacinas que não estavam em dias. (Monitor, 36 anos).

Não foi possível constatar documentos de autorização de funcionamento da CT, porém, é provável que exista devido à declaração de parceria com o Ministério da Cidadania. A CT usa o método de trabalho há mais de trinta e cinco (35) anos.



Os três (3) casos apresentaram semelhanças e diferenças no processo de acolhimento. Sendo a diferença inicialmente marcada pela forma específica de admissão ao acolhimento, em que se compreendeu no caso um (1) uma estrutura externa ao ambiente da CT, com uma função de práticas de acolhimento através da triagem e escuta como porta de entrada, que serve como estratégia à criação de vínculo e para a preparação no sentido legal e psicológico à admissão ao acolhimento dentro da CT.

Diferentemente, o caso dois (2) e três (3) apresentaram semelhanças no processo de admissão ao acolhimento na CT pelo fato de acontecerem através de telefone ou presencialmente no próprio ambiente onde acontece o acolhimento na CT.

Como se verifica, as diferenças são claras entre os campos, podendo a admissão acontecer no caso dois (2) de forma instantânea, tendo as exigências flexibilizadas a depender de cada caso. Ao contrário, a admissão no caso três (3) fica condicionada ao cumprimento rígido dos protocolos exigidos pela CT.

Quando considerado o acolhimento como um ato sociopolítico de proteção e apoio psicossocial, o processo de admissão no caso um (1) e dois (2) pode representar maior agilidade e efetividade em seus protocolos admissionais, independentemente da forma de acesso, revelando importante contribuição para a promoção da saúde quanto ao efeito de se reduzir conflitos, riscos ou vulnerabilidades sociais, ou, abolir a manifestação ou agravamento do estado mórbido de adoecimento psicossocial por uso prejudicial de drogas.

No estudo de caso um (1) foi possível constatar a noção de CT partilhada por este estudo, quando compreendida como um modelo metodológico clínico-terapêutico onde a consideração dos aspectos psicopatológicos são evidentes e a dinâmica relacional de convivência como estruturante à aprendizagem ao vivo e para a (re) organização da vida, dentre outros aspectos. Concebeu-se a pessoa residente da CT como cidadã de direitos, para a qual se oportuniza acesso a diversos serviços assistenciais de garantia de direitos e produção de cidadania.

Dentro da minha compreensão seria um espaço (...) ele começa a ressignificar o seu lugar no mundo, o seu pensamento (...) ele vai se confrontar com a sua própria história e com histórias também de outros (...) porque esse espaço da CTA, ele tem a condição de favorecer para o sujeito serviços onde em outros lugares, talvez, não tenha (...) para poder dar assistência ao sujeito dentro dos direitos dele como pessoa e como cidadão, então eu vejo a CTA como esse espaço. (Psicóloga, 43 anos, caso 1).

Também, se compreendeu a pessoa acolhida a partir de uma perspectiva ampliada e integral, que envolve um olhar biopsicossocial, em que o cuidado no acolhimento pode se direcionar para variados aspectos fragilizados que demandem atenção específica.

(...) a gente ver que eles chegam totalmente debilitados sem estrutura nenhuma emocional, física, e até mesmo mental, (...) então eu vejo que o acolhimento tem esses aspectos. (Coordenador, 38 anos, caso 1).

(...) precisa ter cuidado também sobre esse sujeito que é biológico, que é físico, que é emocional. (Psicóloga, 43 anos, caso 1).

Nos 3 (três) campos verificou-se uma rotina que estrutura um conjunto de intervenções por meio de atividades terapêuticas, ocupacionais e formativas, com rigor nos horários específicos destinados para refeições e autocuidado pessoal como banho e lavagem de roupa pessoal.

Apesar da presença de uma rotina que estrutura várias atividades, revelando a integração de recursos terapêuticos em seu funcionamento, algumas atividades requerem certa autocrítica no que diz respeito à fonte histórica-epistemológica da CT de abordagem psicossocial e sua devida justificativa terapêutica, em todo os casos, é preciso maior ênfase à psicoterapia grupal e individual e à subordinação com mais clareza ao conceito de processo terapêutico.

Considerando o trabalho em equipe como o segundo elemento da tríade de funcionamento de uma CT, houve a presença de uma equipe em todos os campos. Porém, os profissionais de formação superior apresentaram participação reduzida a períodos, como se constatou no caso três (3) em que os profissionais comparecem apenas duas (2) vezes ou uma (1) vez por mês ou dias da semana, já nos casos um (1) e dois (2) os profissionais estão geralmente presentes um (1) ou (dois) dias da semana), o que impossibilita num melhor conhecimento das pessoas residentes acolhidas e, conseqüentemente, numa melhor elaboração e integração do trabalho com as finalidades e proposições do acolhimento.

O processo de acolhimento ficou gerenciado em maior parte pelos trabalhadores de outros níveis de escolaridade não declarados, exigindo assim, inversamente, maior participação dos profissionais de nível superior, inclusive na gerência das atividades cotidianas como forma de se fazer uso delas, das relações interpessoais e das dinâmicas de convivência, para proporcionar observações, análises e intervenções numa perspectiva de atuação interdisciplinar e transdisciplinar.

A coterapia como forma de utilizar-se de recursos externos no acolhimento e cuidado é, principalmente, presente nos campos um (1) e dois (2) e merece uma maior atenção no sentido da estruturação da prática no que diz respeito ao maior destaque na preparação das pessoas acolhidas ao mundo externo, não devendo limitar essa estratégia como possibilidade de articular cuidados externos apenas quando necessidades forem apresentadas.

Apesar da contradição encontrada na prática de acolhimento no caso três (3) que se apoia numa tríade diferente da que se propõem o estudo. Os campos apresentaram indicativos de funcionamento com o tripé que foi proposto como parâmetro técnico de funcionamento de uma CT.

Quando considerada as referências da bioética, todos os campos apresentaram certo nível adequando de estrutura física, ambiental e terapêutica na operacionalização do acolhimento, quando se observou a forma de cuidar, zelar e promover dignidade e qualidade de vida e, também, pelas atitudes profissionais e institucionais condizentes com a ética vislumbrada pela capacidade de compreensão, de proteção e respeito com a condição humana das pessoas em uso prejudicial de drogas no ambiente de acolhimento.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O presente estudo buscou descrever os elementos característicos comuns do acolhimento das CTs pesquisadas e produzir referenciais como forma de contribuir com a ampliação do conhecimento científico a partir das evidências encontradas, refletindo possibilidades de inovação das intervenções de acolhimento no contexto institucional das CTs.

A partir de dados bibliográficos extraídos de diferentes fontes da literatura, foi possível num plano teórico inicial produzir articulações e reflexões que evidenciam às práticas de acolhimento como promoção da saúde no contexto das CTs que se apoiarem numa perspectiva da abordagem psicossocial e, apesar das evidências encontradas no estudo localizarem CTs com a abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde, o aperfeiçoamento do campo que tem como tendência abordagens opostas à que se propões o estudo é evidenciado, se fazendo imprescindível e extremamente importante para a elevação do nível de qualidade do acolhimento e cuidado que precisam evidenciar práticas horizontais com base nos referenciais históricos-teóricos, legais, técnicos e éticos que foram compartilhados por este estudo.

Este trabalho tencionou e intencionou questionamentos quando se reatualizou questões históricas-teóricas, políticas e conceituais do processo de reforma na saúde mental com recorte específico para o campo do álcool e outras drogas, apontando para um modelo de CT baseado em conceito e evidências científicas que nenhuma relação tem com as práticas psiquiátricas manicomiais, com as empíricas limitada a autoajuda, e nem com as empresariais.

As CTs na abordagem psicossocial com prática de acolhimento e cuidado são equipamentos de promoção da saúde, do bem-estar e da cidadania, que se preocupam com as condições de desigualdades e exclusão social ao desejar assumir um compromisso com a PNPS e com a bioética social, visando oportunizar como meta final um reposicionamento psicossocial das pessoas em uso prejudicial de drogas que, geralmente, encontram-se em estado de conflitos, riscos, vulnerabilidades e/ou exclusão social.

O processo terapêutico e o tripé integração de recursos terapêuticos, trabalho em equipe e coterapia, são parâmetros técnicos essenciais para o coerente e adequado funcionamento de uma CT e podem nortear na elaboração de programas de acolhimento pautado na ética da abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde.

Em face ao contexto político no campo da saúde mental álcool e outras drogas a produção do estudo que se insere na contribuição do conhecimento científico, vislumbra um modelo de CT que evidencia finalidades dado ao destaque relacional com a abordagem psicossocial da atenção integral, lançando luz a caminhos que politicamente possam resultar na modificação da realidade política fortemente dicotomizada no cenário brasileiro, onde percebe-se atualmente o privilegiamento indiscriminado da iniciativa estatal que coloca “modelos de comunidade terapêutica” como fonte exclusiva de financiamento e alternativa única de proposta a ser ofertada pela população brasileira.

É preciso que toda construção histórica-política no contexto brasileiro seja considerada de forma que as diferentes faces do debate político e toda construção de saberes e práticas, caminhem em unidade pela continuação da reforma da saúde mental pelos mais diversos polos de produção assistencial, tendo a atenção psicossocial e os direitos humanos como fontes essenciais de apoio.

Isso significa dizer mais explicitamente e especificamente no campo álcool e outras drogas, que a lógica da redução de danos e das CTs devam ser consideradas como demandas das pessoas que fazem uso prejudicial de drogas devendo, portanto, pertencer ao Estado, o cumprimento do sistema normativo da política sobre drogas, constituindo uma rede de atenção psicossocial múltipla, diversa, eficiente, efetiva e garantidora de direitos.

O estudo resultou num produto técnico, onde se oferece um curso de capacitação e educação permanente, que tem como objetivo geral contribuir com a formação profissional e com o conhecimento científico na área da saúde mental álcool e outras drogas com ênfase no contexto das Comunidades Terapêuticas, a partir de uma perspectiva de inovação de propostas terapêuticas ou de (re)atualização das práticas de acolhimento e cuidado.

O artigo científico será publicado na revista Caderno Brasileiro de Saúde Mental (CBSM) da Universidade Federal de Santa Catarina, onde as normas básicas à publicação são: a norma “ABNT” para apresentação dos artigos científicos que incluindo suas regras para referências bibliográficas; e os manuscritos devem ser submetidos em arquivo formato “doc” ou “docx”, letra Arial tamanho 12, espaçamento 1,5 entre linhas, com margens de 2,0 cm para todos os lados, páginas numeradas no canto inferior direito de cada página. Em apêndice segue na íntegra todas as normas de publicação do artigo e a apresentação integral do produto técnico.

## 6. REFERÊNCIAS:

- 1 – Romanzoti N. Diagnóstico psiquiátrico é “cientificamente insignificante”: estudo. Hypescience [periódicos na Internet] 2019 Jul [acesso em 27 mar 2020] Disponível em: <https://hypescience.com/diagnostico-psiquiatico-e-cientificamente-insignificante-descobre-estudo/>
- 2 – Badaracco JEG. Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura familiar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
- 3 – Natalino MAC. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: Santos, MPG. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 37-60.
- 4 - Souza J. Crack e Exclusão Social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 29-37.
- 5 – Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota técnica nº 21 de março de 2017 Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Instituto de pesquisa econômica aplicada [acessado em 15 abr 2019]: Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf).
- 6 – Arenari B, Dutra R. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In: Souza J. Crack e exclusão social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 191-208.
- 7 – Lobosque AM. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 8 – Bastos FIPM, Vasconcellos MTL, De Boni RB, Reis NB, Coutinho CFS. III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Icict/Fiocruz; 2017.
- 9 - Declaration of Mallorca. [documento na Internet] 2016 Dez [acesso em 27 mar 2020] Disponível em: [http://wftc.org/wps/wp-content/uploads/2017/11/DECLARATION-OF-MALLORCA-2016-WFTC-INSTITUTE\\_english.pdf](http://wftc.org/wps/wp-content/uploads/2017/11/DECLARATION-OF-MALLORCA-2016-WFTC-INSTITUTE_english.pdf)
- 10 - Eftc- Proyecto Hombre. XV Congreso Europeo DE Comunidades Terapéuticas: Promoviendo un Modelo Integrador. [evento na Internet] [acesso em 27 mar 2020] Disponível em: <http://archivo.proyectohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/Avances.pdf>
- 11 - 17ª Conferência EFTC em Thessaloniki. [evento na Internet] 2019 Set [acesso em 27 mar 2020] Disponível em: <https://www.dianova.org/es/noticias/17a-conferencia-efc-entessalonica/>
- 12 – Goberna L. Adaptar os TCs às necessidades atuais. [acesso em 27 mar 2020] Disponível em: <https://www.dianova.org/es/noticias/adaptar-las-ct-a-las-necesidades-actuales/>
- 13 – Agência nacional de vigilância sanitária (Brasil). Resolução n. 29 de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os 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 [resolução na internet]. Diário Oficial da União 21 ago 2006 [acessado em 14 abr 2019] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html).

14 - Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Brasil). Resolução do CONAD Nº 1 de 16 de agosto 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. Diário Oficial da União 28 ago 2015; Seção 1.

15 – Brasil. Lei nº 13.840 de 5 de jun. 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. Diário Oficial da União 06 de jun 2019.

16 - Brasil. Lei n. 13.343, de 23 de ago. de 2006. Institui o sistema nacional de políticas sobre drogas. Diário Oficial da União 24 ago 2006.

17 - Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.p 27.

18 – Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013.

19 - De Leon GA. comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2003.

20 – Schittar L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: Basaglia F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 135-153.

21 – Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 21-50.

22 – Jones M. A comunidade terapêutica. Petrópolis: Vozes, 1972. p. 13-121.

23 – Basaglia F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

24 – Rameh-de-Albuquerque RC. Casas do meio do caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. Recife. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

25 - Sudbrack MFO. Construindo redes sociais: Metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda. São Paulo: Associação Nacional de Pesquisa e de Pesquisadores em Psicologia, 1996. p. 87-113.

26 – Junior Schlemper BR. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: referência para vigilância sanitária em comunidades terapêuticas; Bioética no acolhimento a dependentes de drogas psicoativas em comunidades terapêuticas. Rev Bioét 2017 25 (3) 462-72; 2018 mar; 26 (1): 47-57.

- 27 – Fernandes MA, Ribeiro MMM, Britto LB, Chaves JF, Carvalho CMS, Magalhães JM, et al. Caracterização de dependentes químicos em tratamento em uma comunidade terapêutica. *Ver Enferm UFPE on line* 2018 jun; 12 (6): 1610-7.
- 28 - Damas FB. Comunidade terapêutica no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Rev Saúde Públ* 2013 jan/mar; 6 (1): 50-65.
- 29 - Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005.
- 30 – Alves ES, Francisco AL. Ação psicológica em saúde: uma abordagem psicossocial. *Psic Ciên e Prof* 2009; 29 (4): 768-779.
- 31 – Maynard WHC, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm* 2014; 27 (4): 300-3.
- 32 - Pratta EMM, Santos MA. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Rev Psicologia: teoria e pesquisa* 2009 abr/jun; 25 (2): 203-211.
- 33 – Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Latino-am Enferm* 2005 jul; 13 (4): 576-82.
- 34 - Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. [documento na internet] Ottawa nov 1986. [acesso em 5 jun 2020] Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)
- 35 - Lefevre F, Lefevre NA. Promoção da saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.
- 36 – De Leon GA. comunidade terapêutica é um tratamento baseado em evidências? O que a evidência diz. [periódico na internet] 2010 summer [acesso em 5 jul 2020] Disponível em: <https://www.amityfdn.org/international-journal-of-therapeutic-communities-31-2summer-2010/>
- 37 - Lefevre F, Lefevre ANC. A promoção de saúde como oportunidade para a emancipação. *Rev Eletr de Com Inf Inov Saúde* 2007 jul-dez; 234-240.
- 38 – Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- 39 - Mattos CLG. A abordagem etnográfica na investigação científica. *Edupeb* 2011, p. 49 – 83.
- 40 – Minayo CS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
- 41 - Rocha JC. Estudo de caso metodologia e epistemologia. *Jusbrasil* [periódico na internet] 2016 [acesso em 20 ago 2019]; Disponível em: <https://joseclaudiorocha.jusbrasil.com.br/artigos/332690218/estudo-de-caso>
- 42 – Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial da União* 24 de mai 2016; Seção 1.



43 – Vieira CA. comunidade terapêutica: da integração à reinserção. Rev Toxicodepen 2007; 13 (3): ]-22.

44 – Ramos JEM. Reforma luterana [periódico na internet] 2020 nov. [acesso em 20 nov 2020] Disponível em: [https://www.suapesquisa.com/protestante/reforma\\_luterana.htm](https://www.suapesquisa.com/protestante/reforma_luterana.htm)

45 – Vasconcelos EM, organizador. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec; 2015.

46 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo demográfico 2010 amostra-religião. [acesso em 12 nov 2020] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>

47 – Ministérios da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2014.

## 7. ANEXOS:

### 7.1. Anexo – Instrumento de Coleta dos Dados (Diário de Campo e Entrevista)

#### Instrumento de Coleta – Diário de Campo

##### 1. Informações da Atividade em Campo:

Data da Atividade em Campo:	
Hora de Início da Atividade:	
Hora do Término da Atividade:	
Quantidade de Horas:	

##### 2. Dados de Identificação do Campo:

Nome Instituição:	
Nome do Responsável:	
Endereço Institucional:	
Número do CNPJ:	
Contato Telefônico:	
Email:	
Equipe de trabalho no local: (quantidade)	

##### 3. Descrição do ambiente (número de usuários / pessoas em tratamento), e número de quartos, aspecto normativo ANVISA; alimentação;

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

##### 4. Descrição da Rotina:







## 7.2. Anexo – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Faculdade Pernambucana de Saúde**

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**Título:** Por uma Abordagem Psicossocial no Acolhimento das Pessoas que Fazem Uso Prejudicial de Drogas: Experiência de Comunidades Terapêuticas do Estado de Pernambuco

**JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:** você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: Sobre o processo de acolhimento das Comunidades Terapêuticas que realizam atendimento às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Tendo como objetivo principal investigar o processo de acolhimento das CTs e sua relevância para promoção da saúde. Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: participaremos como observado do ambiente pesquisado e realizaremos entrevista com você trabalhador (a) presente na atividade etnográfica, a entrevista será conduzida a partir de uma pergunta disparadora que norteará toda conversa. Sua participação consiste frente a necessidade de colher informações sobre o acolhimento das CTs.

**DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:** caso alguma das pessoas que estiverem acolhida expressarem constrangimento ou apresentarem algum sentimento de indiferença com a presença do pesquisador, será adotada como medida a remarcação da observação e o fato comunicado para equipe técnica, que por sua vez, fará uso das diretrizes terapêutica necessária. Quanto a você trabalhador (a) que for participar da entrevista, o pesquisador evitará qualquer pergunta que coloque em risco sua integridade e conduta profissional, tendo em vista que as perguntas serão direcionadas à sua compreensão acerca do processo de acolhimento das CTs e de temas relacionados. E os riscos considerados dizem respeito ao esgotamento intelectual, físico, psicológico ou emocional, por se tratar de perguntas que irão requerer esforço cognitivo e que acontecerão dentro do espaço de rotina laboral. O pesquisador irá sugerir para realização da entrevista, a escolha do local e horário que o trabalhador (a) considere mais bem adequado. Também, a interrupção da entrevista a qualquer tempo desejar.

Enquanto os benefícios, considera-se maior frente aos objetivos da pesquisa e sua relevância para o setor, que conseqüentemente, contribuirá para a produção do conhecimento científico a respeito do processo de acolhimento às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Para o trabalhador (a), a entrevista irá proporcionar um espaço de diálogo pedagógico e oportunidade de fala acerca da sua temática de trabalho, caso haja necessidade o pesquisador irá sugerir fontes de literatura para melhor atualização do conhecimento.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

O TEMPO DE DURAÇÃO da entrevista será de 40 minutos no mínimo.

### **DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE**

Eu,

---

fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Mauro Barros Correia Neto e a Dra. Rossana Carla Rameh-de Albuquerque certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Dra. Rossana Carla Rameh-de Albuquerque, no endereço Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000. Bloco: Administrativo, através do telefone 81 99638-8497 ou endereço de email: [rorameh@gmail.com](mailto:rorameh@gmail.com); pelo Mauro Barros Correia Neto, através do telefone 81 98735-6008 ou endereço de email: [maurobarros.psi@gmail.com](mailto:maurobarros.psi@gmail.com); ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000. Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: [comite.etica@fps.edu.br](mailto:comite.etica@fps.edu.br)

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Impressão digital:



### 7.3. Anexo - Carta de Anuência:

#### CARTA DE ANUÊNCIA

Instituição. \_\_\_\_\_

Ilmo Sr. \_\_\_\_\_

Função. \_\_\_\_\_

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado **“Por uma abordagem psicossocial no acolhimento das pessoas que fazem prejudicial de drogas: experiência de Comunidades Terapêuticas do estado de Pernambuco”** coordenado pela pesquisadora Dra. Rossana Carla Rameh-de Albuquerque, Mestre em Ciências (Saúde Coletiva) pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM e Doutora em Medicina Preventiva, pela UNIFESP e tendo como pesquisador Mauro Barros Correia Neto, Psicólogo e Mestrando em Psicologia da Saúde. O objetivo geral da pesquisa é investigar o processo de acolhimento das Comunidades



Terapêuticas do estado de Pernambuco e sua relevância para promoção de saúde. E os objetivos específicos são: entender os desdobramentos do acolhimento das CTs enquanto espaço propício para o reposicionamento psicossocial das pessoas que fazem abuso de drogas; compreender a abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção de saúde, para a possibilidade de teorização do acolhimento das CTs às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas; alcançar parâmetros éticos e técnicos que possibilitem no fomento de princípios, na elaboração de propostas terapêuticas inovadoras e num curso de capacitação continuada. Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo. Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS. Aproveitamos para solicitar cópia do projeto terapêutico institucional.

Recife, ..... de ..... de 20.....

---

Carimbo/Assinatura do pesquisador

concordo com a solicitação       não concordo com a solicitação

---

Carimbo/Assinatura do responsável pela Instituição

## 8. APÊNDICES:

### 8.1. Apêndice - Artigo científico:

#### **POR UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL NO ACOLHIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

*For a Psychosocial Approach in the Accommodation of  
Therapeutic Communities*

#### **RESUMO:**

Este artigo é resultado de um estudo de caso baseado na investigação etnográfica e desenvolvido em programa de mestrado em psicologia da saúde, onde buscou-se investigar o processo de acolhimento das Comunidades Terapêuticas (CTs) e sua relevância para a promoção da saúde. Os dados foram coletados *in loco* de 3 (três) CTs em um Estado da Região Nordeste, utilizando instrumento de diário de campo e entrevista não estruturada com os trabalhadores. O artigo apresenta evidências à necessidade de se (re) criar programas de acolhimento em CTs que tenham como orientação, a ética da abordagem psicossocial enquanto estratégia de promoção da saúde. Buscou-se num plano teórico uma atualização histórica-epistemológica de um paradigma de CT, uma reflexão crítica que pudesse apresentar o significado de acolhimento em contraponto às CTs de abordagem baseada na autodisciplina e autocontrole e, uma proposição da sinergia do acolhimento na CT de abordagem psicossocial com a promoção da saúde. Percebeu-se que nas CTs estudadas a abordagem psicossocial vem se manifestando através da prática de acolhimento e cuidado de modo a caracterizá-las ou torná-las equipamentos de promoção da saúde. Essas CTs com a abordagem psicossocial atuam através do enfrentamento das condições de desigualdades e exclusão social ao assumirem um compromisso com a Política Nacional de Promoção da Saúde, visando oportunizar como resultado um reposicionamento psicossocial das pessoas em adoecimento por uso prejudicial de drogas.

**Palavras chaves:** comunidades terapêuticas; acolhimento; abordagem psicossocial; promoção da saúde.

#### **ABSTRACT:**

This article is the result of a case study based on ethnographic research and developed in a master's program in health psychology, where we sought to investigate the process of welcoming Therapeutic Communities (TCs) and their relevance to health promotion. Data were collected in loco from 3 (three) TCs in a state in the Northeast Region, using a field diary instrument and an unstructured interview with workers. The article presents evidence of the need to (re) create reception programs in TCs that have as a guideline, the ethics of the psychosocial approach as a health promotion strategy. Theoretical and historical epistemological update of a TC paradigm was sought, a critical reflection that could present the meaning of welcoming as a counterpoint to the TCs of approach based on self-discipline and self-control and a proposition of the synergy of welcoming in the approach TC psychosocial relationship with health promotion. It was noticed that in the studied TCs the psychosocial approach has been manifested through the practice of reception and care in order to characterize them or make them health promotion equipment. These TCs with a psychosocial approach work by tackling the conditions of inequality and social exclusion by assuming a commitment to the National Health Promotion Policy, aiming to provide as a result a psychosocial repositioning of people suffering from harmful drug use.

**Key words:** therapeutic communities; host; psychosocial approach; health promotion.

## **1 INTRODUÇÃO:**

O uso prejudicial de drogas está relacionado com as condições de esquecimento afetivo e social, onde o consumo gradativo agrava ainda mais o desprezo, conduzindo para a degradação subjetiva e objetiva, o que se caracteriza como uma tentativa desesperadora para fugir de uma rotina intragável (SOUZA, 2016).

Os diferentes contextos prejudiciais de consumo de *crack*, por exemplo, fazem parte das condições de vida de cerca de 80% das pessoas atendidas pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) no Brasil, segundo revelou a nota

técnica do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA, 2017) que traçou o perfil de uma amostra significativa dessas modalidades de atendimento.

Os usuários dessa droga fazem parte da concepção sociológica “ralé brasileira” produzida não para insultar humilhação, mas como forma de denúncia da iniquidade do abandono claramente conhecida, sendo considerados como produtos da sociedade e de sua socialização familiar, em que suas escolhas e opiniões visivelmente refletem essa herança (SOUZA, 2016).

Assim, o público atendido pelas CTs apresenta problemas complexos e graves de conflitos, riscos, vulnerabilidades e/ou exclusão social, e que parece tornar-se um agravante muito maior o fato de que estar em “sociedade” não comporta ou suporta mais, e os programas de CTs que se destinam ao acolhimento e cuidado precisam reconhecer a necessidade emergente de contribuição para um possível reposicionamento psicossocial das pessoas em adoecimento por uso prejudicial de drogas.

Levando em consideração a perspectiva da loucura, muitos constroem, eles próprios, algo que possa dar sustentação ao que não se consegue suportar ou comportar (LOBOSQUE, 1997). Aqui, justifica-se a criação de locais de convivência e cenas de consumo de drogas em áreas específicas e isoladas nas cidades, em geral, às margens ou em locais extremos de difícil acesso nas periferias, onde as políticas de cuidado parecem ser inalcançáveis.

No III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira entre 12 e 65 anos de idade realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2017), o consumo de alguma substância ilícita nos últimos trinta (30) dias, que tem o *crack* próximo da segunda mais

consumida, foi reportado por cerca de 2,5 milhões de brasileiros. Ao considerar critérios de diagnóstico de manual, estimou-se que 1,2 milhões apresentaram dependência.

Em relação ao *crack*, sua utilização é marcadamente extradomiciliar por parte de populações vivendo em situação de rua que declaram passar parte substancial das suas vidas cotidianas longe dos seus domicílios e família (FIOCRUZ, 2017).

O álcool, a cocaína em pó e o *crack*, aparecem como substâncias prevalentes que levaram os usuários a buscar tratamento na vida, e as CTs como o tipo de serviço que os usuários se referiram ter acessado com maior frequência (FIOCRUZ, 2017).

Diante do cenário de consumo de drogas no Brasil e das condições de vida dos brasileiros usuários dessas substâncias, observa-se a relevância que tem o acolhimento das CTs na proteção da vida, no apoio psicossocial e para a Promoção da Saúde (PS), quando reconhecida e considerada como conduta ética a necessidade de estar se atualizando e adaptando práticas baseadas em evidências, de forma a atender-se às questões delicadas e complexas que vem apresentando parte significativa do seu público.

As recomendações de órgãos internacionais de representação e de eventos científicos no tema das CTs, demonstram a necessidade de que no Brasil as CTs precisam (re) adotar certa conduta constante de atualização de saberes e práticas que se norteiem pela sua perspectiva modelar original.

A Declaração de Mallorca (2016), por exemplo, destaca que as intervenções de CTs devem ser adaptadas às

necessidades dos participantes e à sua diversidade cultural, econômica, social e religiosa, e que a inovação reconhece a eficácia dos elementos essenciais das CTs, bem como a ampla gama de metodologias adaptadas e abordagens modificadas em todo o mundo à pesquisa e às práticas baseadas em evidências.

A 17ª Conferência da Federação Europeia de CTs (EFTC) realizada recentemente na Grécia, foi uma tentativa de determinar sobre quais mudanças precisam ser feitas para melhorar os serviços prestados nas CTs, e apesar de ser um evento europeu houve participantes de todo o mundo. Goberna (2019) sugere para isso, que haja a compreensão de que as CTs não são entidades imutáveis, mas estando em constante adaptação às necessidades do seu público.

A participação de De Leon no XV Congresso Europeu de Comunidades Terapêuticas, referência teórica internacional no campo, destacou a necessidade de se discutir “A CT Hoje: Adaptações, Modificações e Desafios”; O congresso avaliou o modelo da CT como método, propondo a aprovação das práticas baseadas em evidências e, em larga escala, o plenário do congresso debateu os seguintes temas: “Revendo uma CT em mudança”; “A CT como uma ferramenta criativa, eficiente e inovadora para uma população cada vez mais complexa”; ou “Conduzindo as CTs para o futuro: novas ideias, novas conexões e velhos problemas.

Desta forma, o estudo desenvolvido se baseou no dados do IPEA (2017) que identificou CTs como sendo de abordagem de autodisciplina e autocontrole ancoradas no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, para propor reflexões críticas que apontasse à necessidade de se (re) formular práticas de acolhimento em CTs numa perspectiva da Abordagem Psicossocial (AP) enquanto estratégia de

PS, por considerar principalmente, os contextos ou as condições sociais, ambientais, políticas e econômicas como possíveis fatores determinantes do adoecimento por uso prejudicial de drogas.

### **Fundamentos históricos e epistemológicos da CT com enfoque na abordagem psicossocial**

Constata-se que foi a partir do psiquiatra Maxwell Jones que a noção ou ideia de CT foi praticamente consagrada se popularizando mundo afora (AMARANTE, 1985; SCHITTAR, 1985; BADARACCO, 1994; DE LEON, 2003).

A teoria de Jones sobre CT questiona a prática clássica da psiquiatria que se preocupava apenas com os sintomas e os problemas de agrupá-los e classificá-los em categorias médicas a doença mental, afirmando que assumir o sofrimento mental ou seu papel de doença pode ser o último recurso de um indivíduo que perde o adequado apoio social (JONES, 1972).

Refere-se ao fato da ideia de CT ter despertado em seu surgimento considerável angústia em muitas pessoas, e merece destaque a causa que reside da ameaça à tradicional estrutura hierárquica das instituições sociais, implicando numa redistribuição do poder da autoridade e capacidade de decisão nas organizações. Sugerindo além do objetivo principal de humanização das estruturas institucionais em saúde mental, uma estrutura social extremamente democrática e igualitária (JONES, 1972).

Encontra-se um processo de várias mudanças às inovações institucionais, e a distinção entre CT e outros centros semelhantes de “tratamento” foi significativamente importante, residindo no modo consciente de incorporação dos recursos da instituição, da equipe, do “paciente” e da família. O que significou numa mudança de *status* dos

usuários da instituição, tornando-os em colaboração com a equipe e como protagonistas em sua própria terapia, na do outro e em muitos aspectos, nas atividades gerais da CT, indo de encontro ao notável papel passivo e receptivo do “tratamento” convencional (JONES, 1972).

O mérito da CT nessas perspectivas de processo de reforma estabelecido nas instituições psiquiátricas é inegável, visto que sua contribuição ressignificou numa compreensão ampliada que articula elementos psíquicos e sociais no contexto da saúde mental, principalmente, da ampliação do enfoque dado aos sintomas ou aos aspectos biológicos e comportamentais do adoecimento psíquico e, também, quando contestou os modos autoritários do saber médico limitado à doença e da assistência psiquiátrica institucional.

Apesar de ser possível encontrar contradições teóricas mínimas e irrelevantes entre Jones (1972) e Basaglia (1985), referências na reforma da saúde mental, ambos propõem como exemplo importante a ser considerado radicalmente, uma CT como completamente livre e aberta.

O aporte teórico brevemente refletido, conduz conceitualmente à compreensão da CT como um modelo técnico de AP organizado e exercido em um ambiente institucional livre e aberto, atuando com função terapêutica e educativa, considerando para isso a ideia de aprendizagem ao vivo e as contradições da realidade como aspecto importante na intervenção do adoecimento mental (JONES, 1972; BASAGLIA, 1985).

Esse modelo de CT baseou-se em um paradigma que traz a democracia das relações, em que todos os participantes têm uma função terapêutica em busca da (re) aprendizagem social que, na perspectiva deste estudo,



compreendeu-se como a forma de se conduzir à um reposicionamento psicossocial das pessoas em atendimento.

### **O acolhimento das CTs em sinergia com a promoção da saúde**

Os dados do IPEA (2017) que localiza CTs como abordagem de autodisciplina e autocontrole ancoradas no tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, podem ser considerados oportunos para se refletir a necessidade de aperfeiçoamento do campo quando se apresenta as CTs brasileiras como *status* de práticas de acolhimento, o que implica numa notável contradição e discrepância com o significado do termo.

Em Ferreira (1975) o acolhimento é um ato ou efeito de acolher; recepção. Acolher, significa dar acolhida, agasalho, receber, dar crédito, ouvidos, tomar em consideração. Na Política Nacional de Humanização (PNH, 2013) o acolhimento é refletido pelo reconhecimento daquilo que o outro traz como legítima e singular necessidade, através do relacionamento e da escuta que tem o objetivo de construir relações, compromisso e vínculo.

Assim, o acolhimento ancorado no modelo autodisciplina e autocontrole do referido tripé, além de retratar intencionalidade de condicionamento ou ajustamento de conduta pela moralidade, revela um caráter de padronização, generalização e negação de subjetividade, principalmente quando não suscitado de uma explicação lógica que garanta minimamente, algum sentido frente ao que ainda não se conhece de demanda singular trazida pelo outro. Explicitamente configura-se como um acolhimento de contrapartida e condicionado a altas

exigências, o que pode inviabilizar desde a adesão ao resultado almejado.

Nem todas as pessoas em adoecimento por uso prejudicial de drogas tem em si a necessidade de autodisciplinar-se ou autocontrolar-se no sentido oposto ou genérico dos termos.

Nos marcos legais, as pessoas que precisam acessar o acolhimento das CTs devem apresentar quadro clínico estável e condição de conflitos, riscos, vulnerabilidades e/ou exclusão social, devendo submeter-se assim, a uma avaliação médica e psicossocial prévia (ANVISA, 2011; CONAD, 2015).

Não sendo possível prever quais necessidades singulares serão demandadas sem uma avaliação prévia, torna-se assim o acolhimento, não uma exigência totalitária de autodisciplina e autocontrole baseada por uma noção moralizante, por vezes trivial, no contexto do álcool e outras drogas, mas uma condição delicada e estratégica à produção de um cuidado compartilhado.

Sugere-se para (re)formulação de programas de acolhimento no contexto das CTs, olhares que compreendam definitivamente que os problemas humanos de adoecimento por uso prejudicial de drogas estão no campo social e da saúde, e não da moralidade, buscando o rompimento com as brumas do ideologismo moral e dogmático e, transformando-se em acolhimento e cuidado voltados à PS, visto que o paradigma do acolhimento não precisa de modificação, mas apenas acontecer em sua essência no contexto das CTs.

Em Pinheiro e Mattos (2004, p. 320) o cuidado é:

“uma atitude produzida da experiência particular de vida e delimitada por aspectos políticos, sociais, culturais e

históricos, traduzido em práticas de espaço e na ação de cidadãos sobre os outros em uma dada sociedade”.

Além de tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em sofrimento como resultado de sua fragilidade social é, também, uma ação de integralidade e uma postura interativa relacionada ao envolvimento e relacionamento entre as partes, onde se compreende como escuta do sujeito e respeito pelo seu sofrimento e história de vida. O cuidado pode diminuir o impacto do adoecimento e sua falta, ou seja, o descaso, o abandono e o desamparo, pode agravar ainda mais (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Precisa-se que o cuidado seja reconhecido como estratégia essencial de manejo que dará sentido ao processo de acolhimento no contexto das CTs, que se busca orientar aqui pela AP que considera o uso prejudicial de drogas a partir da dimensão biopsicossocial de ser humano.

Alves e Francisco (2009) propõe a AP como articulações entre o campo do psíquico e social, onde se considera a multidimensionalidade interativa dos aspectos físico, psíquico, meio ambiente e o social, em que a dimensão histórica do ser humano é marcada em redes de relações e manifestadas cotidianamente pelas estruturas social, familiar e cultural.

O acolhimento e o cuidado nessa perspectiva ampliada de AP para o contexto das CTs, apresentam enorme sinergia com a PS. Os dados dos marcos legais das CTs reforçam ainda mais quando destaca que o estar em acolhimento significa para o residente, a garantia do cuidado com o bem-estar físico e psíquico; a observância das necessidades inerentes ao direito à cidadania; a alimentação nutritiva; os cuidados de higiene; a

acomodação em alojamentos adequados; e a manutenção da saúde (ANVISA, 2011; CONAD, 2015).

Refere-se à PS não como uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, justamente por considerar o uso prejudicial de drogas como uma questão social e de saúde pública, visto que a área da saúde não tem conseguido sozinha dar conta dos problemas, principalmente quando eles são resultantes ou determinados por condições extra-sanitárias (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Entende-se a PS como uma intervenção ou conjunto de intervenções que tem como meta a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura. Aqui, do adoecimento psicossocial das pessoas em uso prejudicial de drogas, buscando assim atingir as causas mais básicas do problema de forma articulada e intersetorial (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

No contexto do acolhimento das CTs onde o estado de adoecimento por uso prejudicial de drogas é evidente, a PS pode estar em abolir sua manifestação ou agravamento, seja por meio de abordagem individual ou através de atividades coletivas, podendo ser verificada nos modos de operação à mudança de comportamento e para a construção de estilos de vida saudáveis ou, ainda, na identificação e modificação de fatores determinantes ou condicionantes das condições de adoecimento, através da informação, reflexão, conscientização e ações articuladas e intersetoriais.

Destaca-se ainda a PS, como um processo de capacitação voltado em promover autonomia e empoderamento com foco à melhoria da qualidade de vida, de forma que as pessoas residentes da CT possam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar

favoravelmente o meio ambiente em favor da sua melhora de vida. Visto que os fatores políticos, econômicos, sociais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Caracterizou-se as CTs como um modelo técnico de prática de acolhimento e cuidado pelo véis da AP enquanto estratégia de PS, devendo reorientar basicamente seu acolhimento, a procurar em primeiro plano, a sociedade no mal-estar do corpo e da mente da pessoa adoecida por uso prejudicial de drogas, buscando entender como esse mal-estar reflete o estar mal da civilização ou como revela a sociedade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2007).

## **2 OBJETIVO:**

Investigar o processo de acolhimento de Comunidades Terapêuticas do estado de Pernambuco e sua relevância para a promoção da saúde.

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO:**

A questão que acendeu luz à investigação do fenômeno aqui pesquisado foi saber: como acontece o processo de acolhimento das CTs e qual a sua relevância para a Promoção da Saúde (PS)?

Optou-se pelo método de estudo de caso baseado na investigação etnográfica, onde utilizou-se instrumento de entrevista não estruturada e de diário de campo para coleta dos dados.

Apesar da abrangência do método de estudo de caso no campo da pesquisa, a investigação etnográfica foi utilizada por contribuir de uma forma mais ampliada e profunda com o campo da pesquisa, e que através do contato real com o

ambiente do estudo, viabilizou numa profunda e detalhada compreensão do fenômeno (MATTOS, 2011; YIN, 2001).

Para melhor riqueza metodológica este estudo foi desenvolvido baseado também, para a análise dos dados, nas referências teóricas de Minayo (1994) que levou em consideração a complexidade do fenômeno e as variedades de evidências encontradas.

O método utilizado é usado em diversas situações organizacionais, gerenciais, institucionais, políticas, dentre outras, e no campo dos projetos sociais tornou-se estratégia muito utilizada para o aprimoramento das Organizações Não Governamentais (ONG) e no levantamento sobre novas propostas de intervenção social (ROCHA, 2016; YIN, 2001).

Investigou-se o processo de acolhimento das CTs de um Estado da região Nordeste. Os dados foram coletados através da vivência em um dia de rotina em cada CT.

Para ter acesso a elas, realizou-se comunicação prévia por telefone com o responsável legal, informando sobre a pesquisa e solicitando autorização por meio de Carta de Anuência assinada em encontro presencial que serviu para maiores esclarecimentos e informações sobre a relevância para o setor.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi assinado pelos trabalhadores que desejaram participar da entrevista, após leitura e esclarecimento de dúvidas acerca da pesquisa.

A observação participante teve registro das impressões em diários de campo, e as entrevistas aconteceram a partir de uma pergunta disparadora. Usou-se aparelho de gravador durante as entrevistas.

As categorias principais foram criadas com base na compreensão organizacional do campo, nas finalidades de suas práticas de acolhimento e na observação dos objetivos, o que possibilitou compreender o acolhimento das CTs como: um aparelho estruturado e instrumentalizado, entendido como um ato devido sua capacidade estrutural de operacionalizar acolhida no sentido do atender, receber e hospedar o público para uma finalidade literal de (re)inserção social, e específica quando consideradas as demandas singulares no curso do processo de acolhimento; b) produção de cuidado que abrange a dinâmica de convivência, os relacionamentos, os sentidos terapêutico e educativos das atividades e intervenções singularizadas; c) reposicionamento psicossocial, que favorece numa mudança de autopercepção e de sociabilidade.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES:**

É baseado em Frances Yates (apud VIEIRA, 2007 p. 16) quando diz que “se a memória não se exercita desaparece a recordação e a coisa deixa de existir”, que o paradigma da CT de Jones (1972) segue atribuindo sentidos e significados, inferindo possibilidades de inovação à (re)elaboração de programas de acolhimento e cuidado na AP enquanto estratégias de PS.

Existem outros paradigmas sem relação convincente com a cientificidade, utilizados na fundamentação de modelos de CTs de abordagem apoiada na autodisciplina e autocontrole do tripé trabalho, disciplina e espiritualidade, que apresentam limites de compreensão epistemológica e de compatibilidade com as diretrizes do sistema público de garantia de direitos, por se caracterizarem como um

formato exclusivo de autoajuda ou ajuda-mútua de ideários generalistas e totalitários.

Os fundamentos da experiência de Jones (1972), são aqui considerados o construto teórico da AP que tem coesão com a PS por, principalmente, acentuar na prática, a CT de aprendizagem ao vivo como forma de capacitação ou reaprendizagem social.

A CT como um modelo técnico de organização social projeta suas atividades (psicoterapêuticas, ocupacionais e formativas) para a reaprendizagem e integração individual e social, como também, para o bem-estar físico e psíquico (VIEIRA, 2007).

Reflete-se que a CT de AP integra suas atividades numa concepção ampliada em que se faz articulações entre o campo do psíquico com o social, e com outras dimensões inerentes a vida humana.

Foi evidenciado em campo a compreensão de integralidade no olhar às pessoas acolhidas, em que o cuidado no acolhimento se direciona para variados aspectos fragilizados que demandem atenção específica.

(...) a gente vê que eles chegam totalmente debilitados sem estrutura nenhuma emocional, física, e até mesmo mental, (...) então eu vejo que o acolhimento tem esses aspectos Coordenador, 38 anos).

(...) precisa ter cuidado também sobre esse sujeito que é biológico, que é físico, que é emocional (Psicóloga, 43 anos).

A aprendizagem ao vivo da teoria de Jones (1972) caracteriza-se da organização social e atividades cotidianas que permitem variadas situações de vida comunitária e dinâmicas relacionais, servindo para que os residentes sejam observados em suas dimensões e múltiplas interações vinculados, por exemplo, às situações



de padrões emocionais, narrativas e comportamentos que devem ser objetos de análise e intervenções (VIEIRA, 2007).

Compreendeu-se as práticas de acolhimento e cuidado no sentido da ação e atividades, inicialmente, pelo ato em atender, receber e hospedar, refletido como um aparelho estruturado e instrumentalizado que possui capacidade de acolher os casos mais emergentes de adoecimento por uso prejudicial de drogas, assumindo uma roupagem que tem o aspecto sociopolítico como compromisso crucial à proteção da vida humana e para o apoio psicossocial, dos casos em esgotamento diante da intensidade de situações de conflitos, riscos, vulnerabilidades e/ou exclusão social com quase ou nenhuma chance de serem revertidos nos contextos ambientais ou sociais de origem.

(...) outros que vêm, às vezes é questão de vulnerabilidade muito intensa, então ele já procura o serviço junto com a família já nas últimas, diz assim: esse é o último lugar que eu venho. E muitas vezes esse sujeito ele está em um lugar escondido e ele é tirado justamente nesse dia, que é para poder ir à sede, e às vezes a gente vai reservar um horário específico melhor, para facilitar que o serviço chegue a esse sujeito de um jeito mais leve. (Psicóloga, 43 anos).

No sentido da produção de cuidado, relaciona-se pela dinâmica de convivência, pelos relacionamentos e pelos sentidos terapêuticos e educativos das atividades e intervenções individuais e coletivas, que se caracteriza da receptividade, da tomada de consideração da demanda e da construção de relacionamento, vínculo e compromissos.

Onde conceitualmente esbarra-se na prática de cuidado como a atitude que se traduz em espaço de ação de cidadãos sobre os outros, e ao articular com o conceito de aprendizagem ao vivo, incisa da vivência grupal e do compromisso coletivo para utilizar-se das experiências

vivenciadas para a (re) aprendizagem social (BADARACCO, 1994; PINHEIROS; MATTOS, 2005).

A dinâmica de convivência que envolve situações grupais e interrelacionais de produção de cuidado, representa o princípio geral orientador da promoção da saúde para grupos ou comunidades, quando inspirada no encorajamento à ajuda recíproca onde cada um cuida de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente (PRATTA; SANTOS, 2009).

Como prática e ordenado pelo conceito de aprendizagem ao vivo, envolve na projeção de programa com atividades psicoterapêuticas, ocupacionais e formativas conforme anotações feitas em diário de campo que, além de fomentar participação e autonomia que são consideradas princípios essenciais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), produz melhoria na qualidade de vida pela (re) integração social individual e coletiva como estratégia de acesso a direitos básicos (PNPS, 2014).

Pois bem, a questão, no momento que a gente acolhe a pessoa aqui é suas diversas vertentes, o que é que a gente pode fazer enquanto instituição para melhorar a situação daquela pessoa? Primeiro ela foi acolhida, ela já tem um lugar para ficar, tem uma estrutura, então a gente vê essa situação de saúde, se tá precisando imediatamente encaminhamos, utilizamos a rede de saúde local, o PSF local, para que se faça uma bateria de exames para saber se algum tem problema que requeira iminência no tratamento ou se realmente é só uma questão de acompanhamento, daí então a gente já utiliza também a situação da documentação, se ele tem ou deixa de ter, para que nós possamos providenciar. (Assistente social, 35 anos).

Nessas evidências o acolhimento representa relevância para a PS como uma intervenção e um conjunto de intervenções onde o que se busca como meta é abolir a manifestação ou agravamento do adoecimento por uso prejudicial de drogas, cooperando com valores fundantes

da PNPS como a justiça e inclusão social, através do posicionamento sociopolítico que organiza o acolhimento como um espaço de proteção da vida e de apoio psicossocial (PNPS, 2014)

Onde se estrutura e se instrumentaliza práticas de cuidado que são inerentes às necessidades básicas da vida humana e coerentes com o objetivo geral da PNPS ao promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (PNPS, 2014).

Verificou-se através da entrevista com o profissional de serviço social que para alguns casos de adoecimento por uso prejudicial de drogas em estado de esgotamento psicossocial oriundo das condições extremas de conflitos, riscos ou vulnerabilidades, podem-se mirar na “calada da noite” a porta de uma CT para acolhimento.

(...) às vezes chega aí até a noite, na madrugada, batendo na porta, ele pedindo socorro, pedindo ajuda (...) até porque a gente entende assim, Mauro. A pessoa que chega aqui na cidade ela chegou no uso abusivo (...) no momento que ela chega a gente acolhe, providência alimentação, banho, uma dormida (...) a gente fez a conversa, mas não temos vaga na instituição, imediatamente a gente usa a rede de CTs que nós temos em todo o estado para saber quem pode, quem tem vaga para acolher. (Assistente social, 35 anos).

As práticas de acolhimento e cuidado no fazer da psicoterapia individual e coletiva e das atividades de aprendizagem ao vivo norteadas por um processo de capacitação, orientam à reflexão das práticas como um espaço que oportuniza num reposicionamento psicossocial ao favorecer mudança de autopercepção e de sociabilidade, estando relacionadas com o compromisso de proporcionar que os indivíduos e grupos possam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar

favoravelmente o meio ambiente em favor da melhoria de sua saúde e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005; OTTAWA, 1986).

Dentre sua ampla cooperação e relevância para a PS, o acolhimento e cuidado na CT de AP permitiu, ainda, refletir sobre temas prioritários da PNPS que estão sob o escopo de suas práticas que envolve o enfretamento do adoecimento por uso prejudicial de drogas, através do compromisso com a promoção, articulação e mobilização, que visam a eliminação ou a redução do consumo de drogas com a corresponsabilização e autonomia, através de práticas e ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais e sociais (PNPS, 2014).

## **5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO:**

A amostra para realização do estudo de caso levou em consideração a conveniência do pesquisador em relação a facilidade de articulação e acesso ao campo, e considerando algumas limitações do método em Yin (2001), e apesar do rigor científico no desenvolvimento de pesquisa com sua utilização e do favorecimento no achado de variadas evidências, a generalização da amostragem do estudo é comprometida porque o que se busca é a realização de expansão e generalização de teorias.

Mas, quando se compartilha as reflexões de Natalino (2018) a amostra pode ser considerada como particularidades relevantes em sua idiosincrasia e, portanto, pertencente ao rol das características do objeto aqui estudado.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Apesar das evidências encontradas onde se percebeu que nas CTs estudadas a AP vem se manifestando através da

prática de acolhimento e cuidado de modo a caracterizá-las ou torná-las equipamentos de PS, o aperfeiçoamento do campo que tem como tendência abordagens opostas à que se propões o estudo é necessário à elevação do nível de qualidade do acolhimento e cuidado que precisam evidenciar práticas horizontais com base nos referenciais históricos-teóricos, legais, científicos, técnicos e éticos compartilhados no estudo.

Desta forma, essas CTs como AP de prática de acolhimento e cuidado enquanto equipamento estratégico de PS, do bem-estar e da cidadania, atuam através do enfrentamento das condições de desigualdades e exclusão social ao assumir um compromisso com a PNPS, onde visam oportunizar como resultado um reposicionamento psicossocial das pessoas em adoecimento por uso prejudicial de drogas.

Com tudo, conclui-se como forma de ampliação ou extensão do serviço para melhor eficiência e eficácia, que as CTs possam assumir um papel sociopolítico para a transformação da sociedade na mudança dos determinantes sociais da saúde, através de estratégias e ações conjuntas e articuladas com diferentes setores.

## **7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1-AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 21-50.

2-ALVES, Edvânia Santos; FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação psicológica em saúde: uma abordagem psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (4): 768-779. Recife: Universidade Católica de Pernambuco, Mar-Abr.2009.

3-BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013.

4-BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 29 de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os 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. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html)>. Acesso em: 14 abr. 2019.

5-BRASIL. Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas. Resolução do CONAD Nº 1 de 16 de agosto 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.

6-BRASIL. Instituto de Pesquisa Estatística Aplicada (IPEA). Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. Nota técnica nº 21 de março de 2017 Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Instituto de pesquisa econômica aplicada [acessado em 15 abr 2019]: Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/20170418\\_nt21.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf)>. Acessado em: 24 mar. 2020.

7-BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

8-BRASIL. Ministérios da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2014.

9-BADARACCO, Jorge E. García. Comunidade terapêutica psicanalítica de estrutura familiar. Trad. Giselle Groeninga et al. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

10-BASTO, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al (Org). III levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. ICICT/Fiocruz; 2017.

11-BASAGLIA, F. A instituição negada. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

12-CARTA DE OTTAWA. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2020.

13-DE LEON, George Ph.D. Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2003.

14-DECLARATION OF MALLORCA. Disponível em: <[http://wftc.org/wps/wpcontent/uploads/2017/11/DECLARATIONOFMALLORCA2016WFTCINSTITUTE\\_english.pdf](http://wftc.org/wps/wpcontent/uploads/2017/11/DECLARATIONOFMALLORCA2016WFTCINSTITUTE_english.pdf)>. Acessado em: 27 mar. 2020.

15-EFTC- PROYECTO HOMBRE. XV Congreso Europeo de Comunidades Terapéuticas: Promoviendo un Modelo Integrador. Disponível em: <<http://archivo.proyectohombre.es/wpcontent/uploads/2011/11/Avances.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2020.

16-FERREIA, Aurélio Buarque Holanda. Novo Dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.p 27.

- 17-GOBERNA, L. Adaptar os TCs às necessidades atuais. Disponível em: <<https://www.dianova.org/es/noticias/adaptar-las-ct-a-las-necesidades-actuales/>>. Acesso em: 27 mar. 2020.
- 18-JONES, Maxwell. A comunidade terapêutica. Trad. Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.
- 19-LOBOSQUE, Ana Marta. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 20-LEFREVE, Fernando; LEFREVE, Ana Maria Cavalcanti. Promoção da saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.
- 21-LEFEVRE, Fernando; LEFREVE, Ana Maria Cavalcanti. A promoção de saúde como oportunidade para a emancipação. Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde. 1 (2): 234-240. Rio de Janeiro: Jul-Dez. 2007.
- 22-MATTOS, Carmem Lúcia Guimarães. A abordagem etnográfica na investigação científica. EDUEPB. 49 – 83. Campina Grande: 2011.
- 23-MINAYO, Cecília Souza. (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.
- 24- Natalino, Marco Antônio Carvalho. Isolamento, disciplina e destino social em comunidades terapêuticas. In: Santos, Maria Paula Gomes. (Org). Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018. p. 37-60.
- 25-PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3ª ed. São Paulo Hucitec-Abrasco, 2004. p. 320.
- 26-Rocha, J. C. Estudo de caso metodologia e epistemologia. Disponível em: <<https://joseclaudiorocha.jusbrasil.com.br/artigos/332690218/es-tudo-de-caso>>. Acesso em: 20 ago. 2019.
- 27-ROSA, Anderson Silva; CAVICCHIOLI, Maria Gabriela Secco; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-am Enfermagem. 13 (4): 576-82. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Jul-Ago. 2005.
- 28-SOUZA, Jesse. Crack e Exclusão Social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 29-37.
- 29-SCHITTAR, Lucio. A ideologia da comunidade terapêutica. In: Basaglia F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 135-153.
- 30-YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- 31-VIEIRA, Carlos. A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. Revista Toxicodependências. 13 (3): 15-22. Lisboa: 20º Encontro das Taipas, mai-jun. 2007.
- 32-17ª CONFERÊNCIA EFTC EM THESSALONIKI. Disponível em: <<https://www.dianova.org/es/noticias/17a-conferencia-eftc-entessalonica/>>. Acesso em: 27 mar. 2020.

## 8.2. Apêndice - Normas da Revista:

### CADERNOS BRASILEIROS DE SAÚDE MENTAL/BRAZILIAN JOURNAL OF MENTAL HEALTH

#### CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO:

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ O Autor(a) leu as normas de submissão da revista e já adequou seu texto ao formato estabelecido?
- ✓ O artigo enviado é inédito e não foi submetido a nenhuma outra revista científica.
- ✓ Todos os autores(as) participaram da elaboração do artigo.
- ✓ O Autor(a) leu o escopo da revista e tem certeza que seu texto se enquadra no mesmo?
- ✓ O Autor(a) certificou-se que as citações e referências estão de acordo com a política do periódico?
- ✓ O Autor(a) certificou-se que o resumo em português, inglês ou espanhol têm o tamanho permitido de 250 palavras?
- ✓ O Autor(a) tirou toda e qualquer identificação e ou referência que permita ser identificado no texto?

#### Diretrizes para Autores

##### CATEGORIAS DE ARTIGOS\* (SEÇÕES)

- Artigos originais: produtos de pesquisa empírica que não tenham sido apresentados concomitantemente a outro meio de divulgação científica (Entre 10 e 22 laudas. Máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações).
- Ensaio Teórico: análises conceituais, que tragam novas perspectivas ou interfaces (Máximo 20 laudas ou 6.000 palavras e 5 ilustrações).
- Revisões: revisões de literatura – revisões de livros, artigos, teses etc. (Mínimo 10 laudas. Máximo de 5.000 palavras e 5 ilustrações).
- Relato de experiência profissional ou de serviços: descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão (máximo de 4.000 palavras ou 13 laudas, 5 ilustrações).
- Debate: refere-se a artigo teórico, composto por manuscritos de autores de diferentes instituições, admitindo-se respostas do autor (máximo 4 artigos de 4.000 palavras e 5 ilustrações).
- Fórum: publicação de 02 a 04 artigos de autores diferentes articulados entre si, em tema de interesse (máximo 10 laudas por autor ou total de 10.000 palavras).

OBS: O limite máximo de páginas indicado para cada seção da revista tem como referência o padrão de formatação explicitado mais adiante e inclui resumo/abstract ou resumen, texto e referências bibliográficas. As ilustrações (figuras e quadros) são consideradas à parte (seguindo a quantidade especificada para cada categoria de artigo)



\*Todas as modalidades de apresentação poderão ser editadas para fins de adequação à natureza da publicação.

### **NORMAS PARA PUBLICAÇÃO:**

Será adotada a norma “ABNT” para apresentação dos artigos científicos, incluindo suas regras para referências bibliográficas. As normas ABNT estão disponíveis em <http://www.bu.ufsc.br/design/minicursonormalizacao.pdf>

Os manuscritos devem ser submetidos em arquivo formato “doc” ou “docx”, letra Arial tamanho 12, espaçamento 1,5 entre linhas, com margens de 2,0 cm para todos os lados, páginas numeradas no canto inferior direito de cada página.

**FONTES DE FINANCIAMENTO E CONFLITOS DE INTERESSES:** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo de natureza política e/ou financeira, associados ou não a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados para estudos originais ou para a confecção da publicação. Os autores devem declarar fontes de financiamento ou suporte, institucional, público ou privado, bem como fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, para a realização da publicação. Para estudos realizados sem recursos financeiros institucionais, públicos ou privados, os autores devem declarar que não receberam financiamento para a sua realização.

### **Página inicial do manuscrito**

- Título centralizado no idioma original (português, espanhol ou Inglês), em negrito, em letras maiúsculas, tamanho 12. Deve ser sintético e conciso, retratando os aspectos mais relevantes do conteúdo do manuscrito;
- Versão do título em inglês centralizado, em itálico, letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 11, imediatamente abaixo do título principal;
- **AUTORIA:** Todos os autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo e o nome completo de todos deve ser preenchido no sistema no momento da submissão e **NÃO NO DOCUMENTO**. Além de conter, pelo menos, um autor/co-autor doutor.
- **RESUMO** - em português, com no máximo 250 palavras, seguido de no máximo cinco palavras-chave;
- **ABSTRACT** – em inglês, com no máximo 250 palavras, seguido de no máximo cinco keywords.

**OBSERVAÇÃO:** A página inicial do manuscrito e as demais páginas **NÃO** devem conter informações de nomes e filiação do(s) autor(es). O arquivo enviado deve estar anônimo, para fins de avaliação pelos pareceristas da revista. Todas as informações de autoria (nome, filiação, e-mail etc.) devem ser cadastradas durante a submissão do manuscrito. Consulte o link "Submissão passo a passo" para informações.

### **Texto:**

- **LÍNGUAS:** Os textos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês. Devem ter título e resumo na língua original e abstract, sendo obrigatório resumo/português em caso de artigo estrangeiro.

- TEXTO sem espaços entre parágrafos, que deverão ser indentados na primeira linha e justificados. Um espaço para passar a cada nova seção.
- Em caso de Artigos baseados em pesquisas sugere-se estruturá-los em: "Introdução", "Objetivos", "Percurso Metodológico", "Resultados", "Discussão", "Limitações do Estudo", "Considerações Finais", "Referências bibliográficas".
- Para as demais categorias de artigo, admite-se maior liberdade de variação de estrutura, respeitando-se o estilo de redação empregado pelos autores;
- Os itens principais da estrutura do manuscrito deverão ter seus títulos em letras maiúsculas e em negrito e caixa alta. Usar numeração para as seções (sem ponto após o número).

### **Ex: 1 INTRODUÇÃO**

- Os sub-itens deverão ser destacados em negrito, com a primeira letra da palavra inicial maiúscula e o restante em letras minúsculas.
- **ABREVIATURAS:** A designação por extenso e completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.
- **CITAÇÕES** literais devem apresentar, além da fonte, número(s) da(s) página(s) onde está contida. Citações com mais de 40 palavras devem ser colocadas à parte e indentadas.
- **ÊNFASE** no texto: em itálico.
- A colaboração individual dos manuscritos com mais de um autor deve ser especificada já no processo de submissão, obedecendo às deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, disponíveis em [www.icmje.org](http://www.icmje.org).
- São permitidos agradecimentos às instituições, agências de fomento e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não se enquadrem nos critérios de autoria referidos no item anterior.
- Os "Agradecimentos", se pertinentes, devem constar entre os itens "Considerações Finais" e "Referências Bibliográficas".
- **REFERÊNCIAS:** Utilizam-se as normas gerais atualizadas da ABNT, obedecendo aos modelos das seções 7 e 8 da NBR6023:2002. Acesse <http://portalbu.ufsc.br/normalizacao-de-trabalhos-2/>

a) As **REFERÊNCIAS** são alinhadas somente à margem esquerda do texto, em espaço simples e separadas entre si por um espaço duplo.

b) Nome inicial de citação dos autores (geralmente último sobrenome) em letras maiúsculas, seguido dos nomes completos. Separar autores por ponto e vírgula.

c) Obras sem indicação de autoria ou de responsabilidade: o elemento de entrada é o próprio título, primeira palavra em letras maiúsculas, excluindo artigos definidos e indefinidos. Usar itálico para o título, exceto em caso de artigos de periódicos, quando o título do artigo deve ser em corpo normal e o do periódico em itálico. **OBS.:** Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de responsabilidade dos autores.

## EXEMPLOS DE CITAÇÕES DE REFERÊNCIAS

- a) Livro? FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 36-50.
- b) Livro traduzido: ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. História da psiquiatria. Uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. Trad. Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1980.
- c) Capítulo em livro: ARAÚJO, Guaracy. Foucault e a prática. In: PASSOS, Izabel Cristina Friche. Poder, normalização e violência: incursões para a atualidade., p. 75-81. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008 - (Coleção Estudos Foucaultianos).
- d) Artigo em periódico: BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Manifestação do sofrimento e resistência ao adoecimento na gestão do trabalho. Saúde e Sociedade, 18 (2): 237-47. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/Associação Paulista de Saúde Pública, abr.-jun. 2009.
- e) Dissertações e outros trabalhos de conclusão: ECKERDT, Neusa da Silva. Sofrimento psíquico da mulher: um estudo com profissionais de saúde do município de Florianópolis. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2009. 70 p.

## CASOS NÃO ESPECIFICADOS E OUTRAS DÚVIDAS, VERIFIQUE EM <http://portalbu.ufsc.br/normalizacao-de-trabalhos-2/>

- ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS E TABELAS – devem, a princípio, ser colocadas no corpo do texto, seguindo-se à sua citação. Aceita-se a colocação ao final do artigo, caso o autor assim prefira por motivo estilístico. a) IDENTIFICAÇÃO DAS ILUSTRAÇÕES: na parte inferior, precedida da palavra designativa do tipo de ilustração, seguida de seu número de ocorrência no texto em algarismos arábicos, do respectivo título e/ou legenda explicativa de forma breve e clara e da fonte. A ilustração deve ser inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere, conforme projeto gráfico. b) O NÚMERO DE MATERIAIS ILUSTRATIVOS deve ser de, no máximo, cinco (5) por texto, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor. O material ilustrativo compreende a) TABELAS (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens etc.). b) QUADROS (elementos demonstrativos com informações textuais). OBS: TABELAS e QUADROS no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Microsoft Word). c) GRÁFICOS - demonstração esquemática de um fato e suas variações. Podem ser apresentados também em programa Microsoft Excel. d) FIGURAS - desenhos, mapas, diagramas, fluxogramas ou fotografias. Devem ser salvos preferencialmente no programa Corel Draw. Alternativamente, nos formatos TIFF, JPG, PG, EPS ou BMP. Estes formatos de imagem podem prejudicar a qualidade do resultado. Nestes formatos salvar em maior resolução.
- Apesar da estrutura básica adotada pela CBSM, será respeitado o estilo de redação de cada autor, desde que contemple essencialmente os itens anteriormente mencionados.
- Os manuscritos enviados devem ser redigidos obedecendo-se as normas gramaticais e ortográficas do idioma de origem (português, inglês, espanhol ou francês).

- **PROCEDIMENTOS ÉTICOS:** O texto deve explicitar conformidade com os princípios contidos na Resolução CNS 196/96.
- **ENCAMINHAMENTO DOS TEXTOS:** Os textos devem ser submetidos através da página da revista em formato DOC ou DOCx conforme sua seção específica <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/index>

**OBSERVAÇÕES:** 1) Os artigos publicados serão de propriedade de Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista. 2) Não são aceitas submissões em formato PDF ou similares. 3) A presença da autoria no arquivo enviado anula imediatamente a submissão. 4) Todos os artigos passarão, inicialmente, por uma avaliação inicial onde serão verificadas as diretrizes indicadas acima, podendo ser invalidadas por qualquer não cumprimento dos critérios indicados.

### **Artigos de pesquisa**

Artigos de pesquisa originais.

### **Caderno de Arte**

Inauguramos esta seção, reconhecendo a importância dos eventos artísticos e das várias formas de arte nos processos ligados à saúde, particularmente à atenção psicossocial. Poderão aqui ser incluídos artigos originais especificamente direcionados para a seção, resenhas, comentários, notas, debates e outras formas de comunicação que envolvam a apreciação crítica de processos, eventos e criações ligadas a diversas formas de arte.

This new section recognizes the importance of arts in its various forms in health and particularly psychosocial processes. The section accepts original articles, commentaries, notes and debates as well as other forms of communication involving the critical appreciation of processes, events, and creations related to various forms of art.

### **Declaração de Direito Autoral**

Sendo o artigo aprovado para publicação, os autores deverão assinar termo de cedência dos direitos autorais do manuscrito à Revista, através do qual o autor transfere todos os direitos autorais do artigo para a Revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, fará constar o competente registro e agradecimento à Revista - CBSM.

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## **8.3. Apêndice - Produto Técnico – Projeto Básico Educacional:**

## **PROJETO BÁSICO EDUCACIONAL**

### **CURSO DE CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

#### **1. INTRODUÇÃO:**

O curso com ênfase preferencialmente no contexto das Comunidades Terapêuticas (CTs), busca abordar a temática da saúde mental álcool e outras drogas de forma cientificamente responsável e com postura crítica, reflexiva e ética, propiciando uma contribuição ampla com a formação, bem como a atualização das práticas profissionais e o desenvolvimento institucional.

Os temas abordados estão pautados na integração de conhecimentos teóricos e práticos que acompanham as transformações científicas, sociais, culturais e políticas na área da saúde mental álcool e outras drogas, e os modos de organizações institucionais de atendimento às pessoas em sofrimento mental com o uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Buscando produzir encontros através de diversas estratégias de ensino-aprendizagem, o curso aborda temas prioritários da área na qual se fundamentam, essencialmente, nas ciências da saúde, humanas e sociais, dispondo de corpo docente com qualificação acadêmica e profissional. Divide-se em módulo um (1) e dois (2), e deverá acontecer nas modalidades de ensino presencial ou semipresencial.

As aulas serão teóricas e teórica-prática e poderão ter as seguintes estratégias em sua aplicabilidade: aula expositiva dialogada, estudo de caso, fóruns de discussão, seminário, simpósio ou oficina. As estratégias serão definidas por cada docente em plano de aula. No módulo um (1) as aulas estão voltadas à exposição dos aspectos teóricos de cada temática e no módulo dois (2) as aulas serão teórica-prática, sendo realizadas mediante a análise de problemas, produção de projeto de intervenção e desenvolvimento de estudo de caso clínico ou de avaliação.

Espera-se que o curso proporcione exploração intelectual e do pensamento crítico, servindo ainda como orientador à ampliação ou aquisição de novos conhecimentos e na atualização das práticas profissionais e institucionais.

Podendo também, incentivar a gestores e profissionais da área da saúde mental álcool e outras drogas com atuação em Comunidades Terapêuticas (CTs), à formação técnica e prática de qualidade trazendo, sobretudo, importante reflexo na vida pessoal e na maneira como se compreende o ser humano e o mundo.

## **2. JUSTIFICATIVA:**

Baseado nas reflexões críticas e nos resultados alcançados pelo estudo apresentado no Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), o curso é idealizado com a intenção de problematizar práticas de atendimento em saúde mental álcool e outras drogas, tendo como norte a abordagem psicossocial como propulsora para a promoção da saúde.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) são em grande proporção, responsáveis pelo atendimento de uma parte significativa de pessoas em uso prejudicial de drogas, e o consumo dessas substâncias é enfrentado na atualidade como um problema social e de saúde.

Quando se observa as poucas iniciativas de capacitação e educação voltadas para essas entidades e para os trabalhadores que nelas atuam, consta-se mínima contribuição de temáticas que se aproximem de uma perspectiva ampliada de saúde e de promoção da saúde.

Diante disso, e considerando o complexo e delicado estado de adoecimento psicossocial das pessoas em uso prejudicial de drogas atendidos por essas entidades, o curso é uma estratégia de articulação e atualização das práticas de acolhimento das CTs com a abordagem psicossocial enquanto promoção da saúde.

## **3. OBJETO GERAL:**

- Contribuir com a formação profissional e com a ampliação do conhecimento científico na área da saúde mental álcool e outras drogas, no contexto das Comunidades Terapêuticas, a partir de uma perspectiva de atualização de saberes e de práticas profissionais e institucionais.

### **3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Propiciar espaço de discussões e reflexões críticas, que possibilitem no desenvolvimento do pensamento crítico e da qualificação da prática profissional.

- Oferecer oportunidade para o desenvolvimento institucional e profissional de gestores e trabalhadores.
- Promover estratégias que contribuam para a atualização de projeto terapêutico e para implantação e implementação da educação permanente no ambiente institucional.

#### **4. PÚBLICO-ALVO:**

O curso destina-se aos gestores e profissionais da área da saúde mental álcool e outras drogas, preferencialmente, com atuação no contexto das Comunidades Terapêuticas.

#### **5. CARGA HORÁRIA DO CURSO E MÓDULOS:**

O curso contempla as modalidades de ensino presencial e semipresencial, totalizando carga horária de 80h de duração total, dividido em dois módulos.

O módulo um (1) têm foco na exploração do conhecimento teórico e com carga horária de 40h, enquanto o módulo 2 busca enfatizar atualização de práticas e a importância da educação permanente no ambiente institucional por meio de estratégias educacionais de aprendizagens e avaliações, contabilizando também 40h de carga horária.

#### **6. PERÍODO DO CURSO:**

O curso terá duração de quatro (4) semanas, acontecendo de segunda-feira a sexta-feira nos horários das 08h às 12h com intervalo de 30 minutos para lanche.

#### **7. RECURSOS HUMANOS:**

Formação profissional	Qualificação/Perfil profissional
Psicologia	Pós-graduação em saúde ou saúde mental álcool e outras drogas; experiência em docência ou em gestão de projetos sociais e/ou serviço público.
Serviço Social	Pós-graduação em saúde ou saúde mental álcool e outras drogas; experiência em docência ou em gestão de projetos sociais e/ou serviço público.
Direito	Pós-graduação em saúde, saúde mental álcool e outras drogas ou no terceiro setor; experiência em docência ou em gestão de projetos sociais e/ou serviço público.

Medicina/Enfermagem	Pós-graduação em saúde, saúde mental álcool e outras drogas ou no terceiro setor; experiência em docência ou em gestão de projetos sociais e/ou serviço público.
Terapeuta Ocupacional	Pós-graduação em saúde, saúde mental álcool e outras drogas ou no terceiro setor; experiência em docência ou em gestão de projetos sociais e/ou serviço público.

## 8. RECURSOS MATERIAIS:

- ✓ 01 Pasta com bolso;
- ✓ 01 Folder do curso;
- ✓ 01 Bloco;
- ✓ 01 Crachá;
- ✓ 01 Caneta;
- ✓ Certificado

## 9. RECURSOS DIDÁTICOS:

- ✓ Projetor Multimídia/data show
- ✓ Tela de projeção
- ✓ Notebook
- ✓ Som com microfone

## 10. CONTEÚDO:

Módulo 1 - Perspectiva histórica-teórica do conhecimento em Comunidades Terapêuticas e em saúde e saúde mental.

Temas	Carga horária
Reforma Psiquiátrica: um projeto humanitário de infinitude <ul style="list-style-type: none"> <li>• História da loucura</li> <li>• Etapas da reforma psiquiátrica</li> <li>• Principais questionamentos</li> <li>• Análise do atual momento e sua necessidade de continuidade</li> </ul>	8h
Fundamentos históricos e epistemológico da Comunidade Terapêutica <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressupostos e conceitos</li> </ul>	8h



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento do modelo</li> <li>• Práticas baseadas em evidências</li> </ul>	
<p style="text-align: center;">Saúde e saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito</li> <li>• Prevenção em saúde e saúde mental</li> <li>• Promoção em saúde e saúde mental</li> </ul>	8h
<p style="text-align: center;">Prevenção e promoção no contexto das CTs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexões sobre drogas</li> <li>• Acolhimento e reinserção social</li> <li>• Programa e projetos terapêuticos</li> <li>•</li> </ul>	8h
<p style="text-align: center;">Intersetorialidade e participação nas políticas públicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexões sobre o SUS</li> <li>• Reflexões sobre o SUAS</li> <li>• Legislações</li> <li>• Redes</li> </ul>	8h

Módulo 2 – Perspectivas práticas nas Comunidades Terapêuticas com enfoque na abordagem psicossocial.

Temas	Carga horária
O modelo da Comunidade Terapêutica enquanto paradigma de cuidado: uma organização psicossocial?	8h
Processos de cuidado integral e a garantia do bem-estar físico e mental.	8h
Programa de acolhimento e projetos terapêuticos: conceituação, elaboração e atualização	8h
Desenvolvimento de estratégia de intervenção e método de avaliação (elaboração de projeto de intervenção e estudo de caso)	16h

## 11. RESULTADOS ESPERADOS:

O curso será certificado por instituição educacional interessada em promovê-lo ou por órgão público ou entidade privada financiadora. E a expectativa é de capacitar e incentivar à educação permanente de gestores e profissionais da área da saúde mental álcool e outras drogas, preferencialmente, no contexto das Comunidades Terapêuticas.

Espera-se, ainda, com a ministração do curso, contribuir com a transformação profissional e institucional e, conseqüentemente, com a responsabilidade social devido a

relevância que tem as práticas profissionais e institucionais da área da saúde mental álcool e outras drogas, para a sociedade como um todo.