

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**GENY CRISTINA DIAS RUIZ**

**Caracterização do perfil de dependentes químicos  
sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas**

**RIBEIRÃO PRETO**

**2019**

**GENY CRISTINA DIAS RUIZ**

**Caracterização do perfil de dependentes químicos  
sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

**Área de concentração:** Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. José Sebastião dos Santos

**RIBEIRÃO PRETO**

**2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Ruiz, Geny Cristina Dias

Caracterização do perfil de dependentes químicos sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas. / Geny Cristina Dias Ruiz; Orientador, José Sebastião dos Santos. Ribeirão Preto. - 2019.

77p.: 10il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) - Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

1. Comunidade Terapêutica. 2. Dependência Química. 3. Drogas. 4. Políticas Públicas. 5. Política de Saúde Mental. 6.Reinserção Social

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Aluno:** RUIZ, Geny Cristina Dias

**Título:** Caracterização do perfil de dependentes químicos sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

**Área de Concentração:** Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

*A minhã mãe, Maria, exemplo de vida, de mulher e de ser humano, presente nas horas decisivas da vida.*

*Ao meu querido Marco, marido, amigo, companheiro e eterno amor, que me apóia desde sempre.*

*Ao meu filho Pedro, luz dos meus dias, e razão da minha alegria, aquele que me move para ser melhor todos os dias.*

*E a todo dependente químico que ainda sofre com as drogas.*

## ***Agradecimentos***

Aos amigos de primeira hora Maria Sodré, Dora, Soninha e Frederico Mazzo, que me apoiaram desde o início dando coragem e condições para enfrentar o desafio.

Aos amigos que fiz no caminho, Danilo e Sayanne, companheiros de angústias, que saíram da sala e vieram para a vida.

À equipe do Serviço Social do Hospital São Francisco, pela torcida e paciência nos dias difíceis, em especial à Michele e Larissa.

Aos Profs. Drs. Lucieli Dias Pedreschi, Gerson Alves Pereira e Alessandra Mazzo, pelas contribuições valiosas no Exame de Qualificação, que iluminaram o caminho.

Aos funcionários do Mestrado, em especial à Maria Claudia, apoio fundamental durante todo o processo.

A todos aqueles profissionais, pesquisadores e voluntários, que diariamente se empenham na busca de caminhos, técnicas processos e instrumentos, que possam colaborar para o tratamento desta doença chamada dependência química, que destrói tantas famílias.

A todos os funcionários, voluntários, gestores e ex-acolhidos que participaram do estudo, sem a participação, o empenho e a contribuição de cada um, não seria possível.

Ao meu marido Marco e meu filho Pedro, por serem o meu chão, meu abraço nos momentos difíceis, por caminharem ao meu lado sempre.

E por fim, ao meu orientador, Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, pela generosidade, honestidade, pelo exemplo de profissional e ser humano. Por ter sido exigente, fazendo com que eu me superasse, e por acreditar em mim, em momentos que eu mesma não acreditei.

À Fundação Waldemar Barnsley Pessoa, pelo apoio no financiamento desta pesquisa.

A cada um e a tantos outros, minha eterna gratidão.

*Tudo evolui; não há realidades eternas: tal como não há verdades absolutas”.*

*Friedrich Nietzsche*

## RESUMO

RUIZ, G. C. D **Caracterização do perfil de dependentes químicos sensíveis ao acolhimento em comunidades terapêuticas**. 2019. 77f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

**Introdução:** As estratégias de abordagem para dependentes químicos ainda constituem desafios para a formulação das políticas públicas da saúde, da assistência social e do trabalho e, nesse contexto, o papel do tratamento em comunidades terapêuticas (CTs), como uma alternativa encontrada pelo poder público, ainda é objeto de controvérsia. **Objetivo:** Caracterizar o perfil dos dependentes químicos com remissão sustentada e reinserção social, mediante tratamento em CTs. **Casística e Método.** Realizou-se pesquisa avaliativa, retrospectiva, mista, destinada a caracterizar a estrutura, o processo e os resultados das práticas assistenciais desenvolvidas por CTs do município de Ribeirão Preto. A organização das CTs, bem como o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos dependentes químicos atendidos foram obtidos por meio de pesquisa documental e entrevista semiestruturada com os gestores e profissionais. Os fatores preditores de adesão, abstinência e reinserção social dos dependentes químicos foram obtidos por meio de estudo de múltiplos casos, considerando a perspectiva da equipe e dos acolhidos. **Resultados:** As CTs avaliadas estavam regulamentadas e aptas a ofertar o atendimento em saúde mental, com estruturas e processos amparados pela legislação. Dentre os 711 prontuários estudados, o acesso às CTs foi feito, predominantemente, a partir do Sistema de Assistência Social com 408 casos (57,40%), seguido da demanda espontânea em 168 (23,62%) e, finalmente, pelo Sistema de Saúde que encaminhou 135 (19,98%) pacientes. A internação foi motivada pelas dependências do crack em 341 (47,84%) pacientes, da cocaína em 226 (31,78%), do álcool em 138 (19,40%) e de outras drogas em 7(0,98%). Os homens negros e pardos representavam a maioria dos acolhidos: 428 (60,19%); 267(37,55%) estavam na faixa etária dos 30 aos 40 anos; 227(31,92%) possuíam apenas o ensino fundamental incompleto; 296 (41,63%) declararam receber até um salário mínimo; 226 (31,78%) não possuíam renda e 53% não tinham vínculos familiares. A alta terapêutica foi dada para 205 (28,83%) pacientes; 412 (57,94%) solicitaram alta; 81 (11,39%) deixaram a CT com alta administrativa e 13 (1,84%) abandonaram o tratamento. Após o processo de acolhimento, dentre os 47 pacientes em condição de remissão sustentada e reinserção social, verificou-se, de forma significativa, que a maioria recebeu alta terapêutica, a situação conjugal modificou-se, de 19,15% para 87,23% de casados/amasiados, o índice de vínculo familiar positivo passou de 55,32% para 97,87% e as faixas de renda de até 3 salários mínimos passaram de 23,4% para 48,94, e acima de 3 salários mínimos de 8,51 para 31,91%. **Conclusões:** As comunidades terapêuticas são pouco reconhecidas como componente da rede psicossocial pelo sistema de saúde, têm baixa adesão dos acolhidos, mas é um componente assistencial que pode favorecer a remissão sustentada por meio do estabelecimento de vínculos afetivos, do trabalho e da renda.

**Palavras-chave:** Comunidade terapêutica. Dependência química. Drogas. Políticas públicas. Política de saúde mental. Reinserção social.

## ABSTRACT

RUIZ, G. C. D. **Characterization of the profile of chemical dependents with response to the host in therapeutic communities.** 2019. 77f. Dissertação(Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2019.

**Introduction:** The strategies in order approaching chemicals dependents are still challenges for public health formulation, social assistance and labor policies in this context, the role treatment in a therapeutic community, as an alternative found by the public power, is still study object. **Objective:** To characterize chemical dependents profile with sustained remission and social reinsertion, through treatment in therapeutic communities. **Casuistic and Method:** It is an evaluation, retrospective, mixed research, designed to characterize the structure, process and results of care practices developed by Therapeutic Communities in the city of Ribeirão Preto. The organization of TCs, as well as the sociodemographic and epidemiological profile of the chemical dependents attended were obtained through documental research and semi-structured interview with the management team. Identifying predictors of adherence, abstinence and social reinsertion of the chemical dependents were obtained by means of a multiple case study, considering the team and hostages perspectives. **Results:** The evaluated TCs were regulated and able to offer mental health care, with structures and processes supported by legislation. Among the 711 charts studied, access to TCs was predominantly from the Social Assistance System with 408 cases (57.40%), followed by spontaneous demand in 168 (23.62%) and, finally, by the Health System which referred 135 (19.98%) patients. The hospitalization was motivated by crack dependencies in 341 (47.84%) patients, cocaine in 226 (31.78%), alcohol in 138 (19.40%) and other drugs in 7 (0.98%). Blacks and browns account for the majority of harbored: 428 (60.19%); 267 (37.55%) are between 30 and 40 years of age; 227 (31.92%) have incomplete elementary education only; 296 (41, 63%) reported receiving up to one salary; 226 (31.78%) had no income and 53% had no family ties. Higher therapy was recorded for 205 (28.83%) patients; 412 (57.94%) requested discharge, 81 (11.39%) left the TC with administrative discharge and 13 (1.84%) left the treatment. After the reception process, among the 47 patients in a condition of sustained remission and social reintegration, it was verified that the majority received high treatment, the marital situation changed from 19.15% to 87.23% of married/positive, family bond index went from 55.32% to 97.87% and the income brackets of up to 3 minimum wages increased from 23.4% to 48.94, and above 3 minimum wages from 8.51 to 31, 91%%. **Conclusions:** Therapeutic communities are little recognized as a component of the psychosocial network by the health system, have low adherence, but it is an assistance component that can induce sustained remission through the establishment of affective, work and income bonds.

**Keywords:** Community therapeutics. Chemical dependence. Drugs. Public policy. Mental health policy. Social reintegration.

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Média da composição das receitas das Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016 .....33
- Gráfico 2** - Situação habitacional durante o acolhimento dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016 .....38
- Gráfico 3** - Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto entre os anos de 2014 e 2016 .....39
- Gráfico 4** - Distribuição do uso de drogas na vida dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.....39
- Gráfico 5** - Dependência química que motivou a internação dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.....40
- Gráfico 6** - Frequência de admissão por origem da demanda dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.....41
- Gráfico 7** - Frequência da finalização do tratamento por tipo de alta dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos 2014 e 2016 .....41
- Gráfico 8** - Análise descritiva sobre o suporte familiar de 47 pacientes em remissão, com reinserção social atendida nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016 .....45
- Gráfico 9** - Desligamento do tratamento por tipo de alta de 47 pacientes em remissão, com reinserção social atendida nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminho da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016 .....46
- Gráfico 10** - Prevalência de substâncias psicoativas (SPAs) em 47 pacientes com remissão e reinserção social atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminho da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016 .....47

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Análise descritiva dos colaboradores por sexo e idade das Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, no ano de 2018 .....34
- Tabela 2** - Análise descritiva de 22 colaboradores, conforme categoria ocupacional, escolaridade e uso pregresso de drogas das Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, no ano 2018 .....35
- Tabela 3** - Distribuição das Características sociodemográficas dos 711 pacientes estudados da Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.....37
- Tabela 4** - Caracterização sociodemográfica de 47 pacientes em remissão, com reinserção social atendida nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016 .....44
- Tabela 5** - Manutenção do tratamento após a alta em 47 pacientes com remissão e reinserção social atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016.....47

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Análise dos discursos obtidos nas entrevistas realizadas com os três gestores e 22 profissionais das CT's Amostra, RAREV e Caminho da Paz de Ribeirão Preto, no ano de 2018.....49
- Quadro 2** - Análise dos discursos obtidos nas entrevistas realizadas com os 47 pacientes em remissão e reinserção social atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Casminho da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016.....50

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AA</b>	Alcoólicos Anônimos
<b>APA</b>	Associação Psiquiátrica Americana
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAPS-AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas.
<b>CEBAS</b>	Certificado Entidade Beneficente de Assistência Social
<b>CID</b>	Código Internacional de Doenças
<b>CNAS</b>	Conselho Nacional de Assistência Social
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Entorpecentes
<b>COMAD</b>	Conselho Municipal sobre Álcool e Drogas
<b>CONAD</b>	Conselho Nacional Antidrogas
<b>CONFENACT</b>	Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<b>CREAS POP</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social para População de Rua
<b>CT</b>	Comunidade Terapêutica
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
<b>FEBRACT</b>	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
<b>FLACT</b>	Federação Latinoamericana de Comunidades Terapêuticas
<b>HCV</b>	Vírus da Hepatite C
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INPAD</b>	Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Política de Álcool e outras Drogas

<b>LOAS</b>	Lei Orgânica da Assistência Social
<b>MDS</b>	Ministério do Desenvolvimento Social
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NA</b>	Narcóticos Anônimos
<b>OBID</b>	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PAIF</b>	Programa de Atenção Integral à Família
<b>PNAD</b>	Programa Nacional Antidrogas
<b>PSE</b>	Proteção Social Especial
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RDC</b>	Resolução da Diretoria Colegiada
<b>SCFV</b>	Serviço de Convivência e fortalecimento de vínculos
<b>SEAS</b>	Serviço Especializado em Abordagem Social
<b>SEMAS</b>	Secretaria Municipal de Assistência Social
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
<b>SISNAD</b>	Sistema Nacional de Política sobre Drogas
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>SPA</b>	Substâncias Psicoativas
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UAA-</b>	Unidade de Acolhimento Adulto
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1. Drogas e dependência química.....	18
2.2. Comunidade terapêutica e política pública.....	19
2.3. Avaliação em saúde.....	23
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
3.1. Objetivo geral .....	25
3.2. Objetivos secundários .....	25
<b>4. CASUÍSTICA E MÉTODOS .....</b>	<b>26</b>
4.1. Avaliação em saúde .....	26
4.2. População e amostra.....	26
4.3. Critérios de inclusão .....	26
4.3.1. Gestores .....	26
4.3.1.1. Profissionais .....	26
4.3.1.2. Dependentes químicos .....	27
4.4. Critérios de exclusão .....	27
4.4.1. Gestores.....	27
4.4.1.1. Profissionais .....	27
4.4.1.2. Dependentes químicos .....	27
4.5. Local de estudo.....	28
4.6. Coleta e análise de dados .....	28
4.7. Aspectos éticos .....	29
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
5.1. Estrutura.....	31
5.1.1. Constituição legal e credenciamento .....	31
5.1.2. Estrutura física.....	32
5.1.3. Financiamento e manutenção.....	33
5.2. Gestão de pessoas .....	34
5.2.1. Recursos humanos .....	34
5.2.2. Caracterização do trabalhador em comunidade terapêutica.....	34
5.3. Tratamento.....	36
5.3.1. Perfil sociodemográfico da população acolhida entre os anos de 2014 e 2016 .....	36
5.3.2. Perfil epidemiológico da população acolhida.....	39
5.3.3. Análise do fluxo de admissão e alta dos acolhidos entre 2014 e 2016 nas três comunidades terapêuticas .....	40
5.3.4. Caracterização do perfil dos pacientes acolhidos entre 2014 e 2016 nas três comunidades terapêuticas .....	42
5.3.5. Métodos e práticas no tratamento .....	42
5.3.6. Perfil dos ex-acolhidos em remissão.....	43
5.3.7. Avaliação qualitativa .....	48
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
6.1. Estrutura e financiamento.....	51
6.2. Relação com as políticas públicas.....	52
6.3. Perfil do usuário .....	53
6.4. Baixa adesão .....	54
6.5. Grupo em remissão.....	55

<b>7. CONCLUSÕES .....</b>	<b>58</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>60</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>66</b>
<b>10. APÊNDICES .....</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dependência química é uma das doenças que mais tem mobilizado e gerado grande interesse dos governos em razão das implicações econômicas, políticas, sociais e de saúde dela decorrentes (CAULKINS, 2014). O uso crônico de substâncias psicoativas (SPA) gera alterações moleculares e celulares que afetarão diretamente o comportamento e o estilo de vida do sujeito com este diagnóstico. (NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE-NIDA, 2010). Além disso, o uso de SPA's está associado ao aumento de comportamentos de risco, que incidem sobre as taxas de acidentes de trânsito e de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o Vírus da Hepatite C (HCV) (FREYBERG, 2008, SCHULDEN, 2012), dentre outros.

O relatório mundial sobre drogas, realizado pela *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) no ano de 2015, apontou que aproximadamente 243 milhões de pessoas, representando pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos, usaram substâncias psicoativas ilícitas no ano de 2013 (UNODC, 2015). O Brasil registrou nas duas últimas décadas, o aumento do consumo de drogas ilícitas, com destaque para o crack, que se tornou uma epidemia, com alto custo social, uma vez que afeta diretamente as pessoas no âmbito da vida pessoal e coletiva, nos espaços micro e macrosocial (GONÇALVES, 2002).

É necessário registrar que, concomitante ao avanço do crack no país, a política de saúde mental passa por profundas mudanças a partir da aprovação da Lei 10.216/2001, que institui um novo norte para a política, promovendo a redução de leitos psiquiátricos e substituindo-os por serviços especializados, ambulatoriais ou de internações curtas que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD). O Conselho Federal de Medicina estima que nos últimos 11 anos, o Brasil perdeu 38,7% dos leitos psiquiátricos da rede pública e, somente no estado de São Paulo, foram reduzidos 5.277, números compostos por leitos de hospitais psiquiátricos e hospitais gerais (CFM-2017).

Neste contexto de aumento da procura, com a redução da oferta, em face da incidência crescente da dependência química, e o caráter recidivo da doença, causando profundo impacto no sistema público de saúde, gestores e sociedade civil têm se movido para buscarem alternativas que dêem respostas à

questão, identificando possibilidades de tratamento da doença e sobre os serviços estruturados para este fim. A busca por resultados efetivos tem trazido discussões mais intensas acerca das Comunidades Terapêuticas (CTs), uma modalidade de cuidado, que embora regulamentada como serviço de promoção à saúde, não encontra legitimidade em grande parte dos profissionais, por supostamente contrariar o movimento de reforma psiquiátrica, ficando a margem dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Há poucos estudos acadêmicos sobre CT, relacionados ao funcionamento, alcance e limitações. Os estudos sobre a quantidade, qualidade e eficiência das CT's foram realizados principalmente nos EUA e na Europa. Somente nas últimas décadas é que têm surgido estudos na América Latina, que identificam e descrevem as características das pessoas que frequentam essas instalações, o padrão de uso de substâncias, a satisfação e a eficácia percebida desses tratamentos pelos usuários bem como o acompanhamento dos pacientes que cumpriram o plano terapêutico. (GOETHALS et al., 2011). Recentemente, um estudo mais amplo foi realizado em parceria com a Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT), com o objetivo de mapear e conhecer as CT's disponíveis no Brasil, Colômbia, México e Peru. O mesmo estudo a partir da percepção dos residentes registrou uma taxa de 79% de melhora da qualidade de vida após a saída da CT (RASTREPO et al., 2016).

Desse modo, considerando a CT, como um serviço de promoção à saúde, de caráter psicossocial para pacientes com diagnóstico de dependência química, que surge como alternativa de cuidados, que dispõe de reconhecimento e investimento público e privado, é fundamental avaliar suas práticas, identificando os fatores que favorecem a adesão ao tratamento, que facilitam a reinserção social e que motivam a manutenção da remissão após o tratamento. Espera-se contribuir para minimizar a lacuna de conhecimento sobre as CT's, partindo da perspectiva analítica institucional e dos casos de sucesso após a vivência do método, sob a ótica de profissionais e usuários, tendo como indicador de resultado as mudanças ocorridas na vida do dependente químico.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Drogas e dependência química

Ao longo da história da humanidade, as drogas foram adotando as mais diversas conotações, desde religiosas, culturais ao uso medicinal, foram sendo incorporadas ao cotidiano das civilizações, pois as drogas por si só não são más, a questão é a aplicabilidade que se dá a substância (ANDRADE; NICASTRI; TONGUE, 1993).

Neste sentido, o conceito de drogas mais abrangente foi formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que as define como substâncias psicoativas, naturais ou sintéticas que, absorvidas pelo organismo humano, seja pela ingestão, injeção, inalação ou absorção da pele, penetram na corrente sanguínea e alcançam o cérebro, afetando o seu equilíbrio e provocando alterações em seu funcionamento (OMS, 1993).

A droga também pode ser compreendida como um meio do sujeito interagir com o mundo, como um canal de comunicação entre o interior e o exterior, o que nos leva a considerar que a sua classificação em lícitas e ilícitas, ou quanto sua ação no Sistema Nervoso Central (SNC), em estimulantes, depressoras e alucinógenas ou perturbadoras (LEMOS; ZALESKI, 2006).

O uso de drogas ou substâncias psicoativas (SPA) é condição histórica estruturante da maior parte das sociedades e as formas de consumo problemático ou abusivo são menos frequentes do que os empregos para interações sociais construtivas e integrativas (UFSC-NUTES, 2016).

Os critérios diagnósticos da dependência química, que é uma doença crônica e recidivante, na qual o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro, com repercussões negativas em uma ou mais áreas da vida do indivíduo (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012), vem se construindo progressivamente, à medida que as pesquisas avançam envolvendo os efeitos físicos, psíquicos e sociais resultantes da relação entre usuário e substância.

Os dois principais sistemas de diagnóstico da dependência química na atualidade são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) que está em sua 5ª

Revisão e o Manual de Classificação Internacional de Doenças (CID), publicado pela OMS que está na 10ª Revisão (REZENDE; RIBEIRO, 2013).

O CID-10, segundo Organização Mundial da Saúde (1993) é o sistema adotado no Brasil, pelo SUS, uma vez que abrange todas as doenças, nas quais se incluem os transtornos mentais decorrentes do uso/abuso de SPA. A adoção do CID-10 é uma decisão prática frente à hierarquização do cuidado à saúde estabelecida no país, permitindo uma padronização entre os profissionais de múltiplas formações. O DSM-V (APA, 2014), é um sistema classificatório exclusivo de transtornos mentais, que por ser mais completo e detalhado, tem sido muito utilizado para fins de pesquisa (UFSC-NUTES, 2016), e será adotado como a referência para este estudo.

Embora com algumas diferenças na redação, as duas publicações, derivam de uma mesma base, com construções de conceitos e critérios elaboradas para diagnóstico da dependência química (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Em síntese, ambas convergem para a identificação dos sete critérios essenciais da confirmação diagnóstica: evidência de tolerância; forte desejo ou compulsão pelo consumo; perda do controle (não consegue reduzir ou cessar o uso); síndrome de abstinência; negligência de atividades e tempo gasto; uso apesar do prejuízo e reinstalação da doença.

Para os dois sistemas, não é necessário que todos os sinais ou sintomas estejam presentes ao mesmo tempo para que seja diagnosticada a síndrome da dependência química ou alcoólica. Basta que nos últimos 12 meses, tenham ocorrido pelo menos três sintomas. Por outro lado, não apenas os sintomas serão avaliados, mas a intensidade dos mesmos ao longo de um contínuo de gravidade (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2015).

É de fundamental importância que não só os médicos, mais todos os profissionais de saúde se apropriem dos critérios diagnósticos a fim de que se construa com o paciente um plano terapêutico mais eficaz (REZENDE; RIBEIRO, 2013).

## **2.2 Comunidade terapêutica e política pública**

Historicamente, registra-se o uso do termo Comunidade Terapêutica a partir da Segunda Guerra Mundial, quando os transtornos psiquiátricos e a dependência

do álcool e outras drogas surgem como uma relevante expressão da questão social, devido ao rebatimento nefasto dos efeitos pós-guerra na sociedade. O psiquiatra do exército inglês, Maxwell Jones, diante da superlotação dos manicômios, inovou com uma terapêutica pautada em abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões em um grupo com normas e regras, visando à participação efetiva do paciente no seu processo de cura (ANDREZZO, 2009).

Esta estratégia adotada por Maxwell, no cenário da psiquiatria, teve suas origens nas atividades do Grupo Oxford, que atuando na área das adições influenciou a criação do Grupo Alcoólicos Anônimos, nos EUA, em 1935, do método de Doze Passos, que foram os alicerces das primeiras Comunidades Terapêuticas, Minnesota e Synanon, tornaram-se modelos de tratamento e influenciaram as comunidades contemporâneas em todo o mundo.

- 1) Modelo de Minnesota: É uma versão institucional dos Alcoólicos Anônimos (AA). Baseia-se na ajuda mútua e nos doze passos. O tratamento em regime fechado poderia variar de 28 dias a vários meses, acontecem terapias de grupo, palestras e leitura. A equipe é formada por dependentes químicos que finalizaram os 12 passos.
- 2) Modelo Synanon: proposta por Charles Dederich, um ex- alcoólatra, que associou sua experiência de AA com outras filosofias e psicologia, resultando em um método que propunha o trabalho braçal como atividade terapêutica, e o confronto, a humilhação, atribuição de culpa e a intimidação como forma de treinar um contato real com o mundo (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2015).

Ainda na década de 1960, integrantes da Synanon associados a profissionais, fundaram em Nova York a Daytop Village, que rompe com a ideologia segregacionista existente, propondo a integração e ressocialização dos dependentes recuperados (DE LEON, 2003).

O método de tratamento em CT rapidamente se disseminou pela América do Norte, pela Europa, Ásia e América latina, chegando ao Brasil em 1968, com a fundação da Comunidade Desafio Jovem, na cidade de Goiânia - GO, a partir de um movimento evangélico, e da CT do Senhor Jesus, em Campinas - SP, sob a égide da Igreja Católica por meio da atuação do padre Haroldo Rham, inaugurando no país uma nova vertente de serviços confessionais (FRACASSO, 2009).

Há que se associar a chegada da CT ao Brasil, ao momento histórico em que o país se encontrava, vivendo os primeiros anos da ditadura militar, o que favoreceu a instalação das CT's em meio rural e estruturação do modelo brasileiro no tripé: trabalho, disciplina e oração. “No processo de nacionalização das CT's, privilegiou-se a instalação das comunidades em áreas rurais, o que as fez conhecidas como “fazendas de recuperação” (DE LEON, 2003)”.

A partir de 1998, com o avanço das discussões sobre a questão da drogadicção, a criação do SUS, do SUAS, e a intensificação do Movimento de Luta Antimanicomial, o método de tratamento em CT passa a ser discutido no âmbito no Ministério da Saúde (MS), no intuito de se normatizar uma estrutura mínima de funcionamento e tratamento, estabelecendo limites e regras que garantam aos usuários os direitos individuais e coletivos. As discussões resultaram na redação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que passou a dar forma ao modelo de CT.

No ano de 2011, novas mudanças implantadas pelo SUS, SUAS e SISNAD no tratamento da dependência química, motivaram a revogação da RDC101/2001, e sua substituição pela RDC 29/2011, que está em vigência atualmente e trouxe novas diretrizes sobre infraestrutura, recursos humanos e tratamento além da introdução do conceito de reinserção social (ANVISA, 2011).

Na sequência, foram publicadas, a Portaria 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e a Portaria 131/2012 que institui o incentivo financeiro aos municípios para o custeio de Serviços de Atenção em Regime residencial, incluídas as CTs, e por último a Portaria 1482/2016 que inclui na Tabela CNES, o Serviço de Comunidade Terapêutica, todas do MS, o que insere legalmente as CT's no SUS, embora sem a legitimidade do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Assim, neste estudo a CT é considerada como um Serviço de Promoção da Saúde, conforme o conceito expresso no Decreto 7179/2010 que institui o Programa “Crack é possível vencer”:

As CTs são instituições privadas e sem fins lucrativos, em parte financiados pelo governo, essencialmente abertas, de adesão exclusivamente voluntária voltada à pessoa que deseja ou necessita de um espaço protegido, um ambiente residencial para auxiliar na recuperação da dependência de droga. O tempo de acolhimento pode levar até 12 meses e, durante este período, os residentes devem manter seu

tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde, se necessário (BRASIL, 2013).

O processo de profissionalização das CT's, vivido nas duas últimas décadas é bem semelhante ao que ocorreu na Europa e nos EUA. Na Irlanda, ao longo de 40 anos, a CT Coolmine, pioneira no país, passou do modelo Minnesota, para o Daytop, enfrentou a crise e as críticas, quase encerrou as atividades quando o governo irlandês adotou a Redução de Danos como diretriz da Política Pública, e por fim, em razão da contratualização para subvencionamento, teve que se submeter às mudanças propostas pela agência reguladora, e reformular todo seu projeto terapêutico, introduzindo práticas clínicas baseadas em evidências, passando a compor a rede de serviços (BUTLER, 2016).

Nos EUA, a profissionalização e a qualificação dos atendimentos foram incentivadas por meio da contratualização com o Estado para prestação de Serviços. O método de CT é muito utilizado como “pena alternativa” para os atos infracionais e crimes em que o réu é dependente químico (TIBÚRCIO, 2011). Estudo recente indica que a estratégia é efetiva tanto na promoção da abstinência, quanto na redução de novas prisões, e que as taxas de recuperação se ampliam se houver um pós-tratamento efetivo (GALASSI, 2015).

Na Europa, países como Portugal e Espanha, as CT's encontram-se em estágio mais avançados e, atualmente, compõem a rede de saúde. Em Portugal, foi instituído o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), do Ministério da Saúde que inicialmente fechou várias CT's que não atendiam a legislação. As instituições que permaneceram foram capacitadas e incorporadas a rede, tendo seus leitos financiados e regulados pelo SICAD (SICAD, 2015).

A Espanha foi pioneira na qualificação dos recursos humanos e na mudança da proposta terapêutica das CT's, abandonando pressupostos ultrapassados no cuidado em saúde e se alinhando às diretrizes da Psiquiatria Social (ARNAU, 2006).

Já na China, as CT's não recebem financiamento governamental, cada paciente precisa arcar com os custos do tratamento, ainda que contra sua vontade, o que reduz o tempo de permanência. Há ainda um fator relevante que é a dificuldade de se expor em público, elemento cultural muito presente na cultura chinesa, que reduz as possibilidades de sucesso no tratamento, uma vez que o grupo é o cenário e o elemento terapêutico central na CT.

Sob a perspectiva do método, as CT's assumiram contornos próprios em cada país e de acordo com a cultura e a política observa-se que se mantém como alicerce a convivência entre os pares, a presença de adictos recuperados na equipe, a abstinência como diretriz e a espiritualidade. Observa-se também que em países onde o financiamento público motivou a profissionalização e a qualificação, os resultados são mais satisfatórios.

### **2.3 Avaliação em saúde**

A avaliação é um componente da gestão cujos resultados podem contribuir para tomada de decisão mais objetiva, possibilita a melhoria das intervenções e a reorganização das práticas em saúde, dentro de um contexto político, econômico, social e profissional (CHAVES; TANAKA, 2012). Ao lançar mão da pesquisa avaliativa em saúde mental é preciso considerá-la ainda mais complexa, uma vez que os sujeitos envolvidos, profissionais e usuários, de acordo com suas preferências, valores e expectativas atribuem significados diferentes às mesmas vivências, trazendo mais dificuldades ao pesquisador (CARVALHO; AMARANTE, 1996).

O julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes permite, por meio das várias estratégias, que diversos atores tenham voz no processo. A avaliação privilegia o impacto das ações e pode ser desenvolvida por método qualitativo, quantitativo ou misto (CRESWELL, 2010), (NOVAES, 2000). A pesquisa de métodos mistos, que associa abordagens quantitativa e qualitativa, vem se consolidando como uma importante estratégia no estudo de questões complexas, dada a legitimidade dos dois enfoques (CRESWELL, 2010).

Para avaliação em saúde mental, recomenda-se que ao sistematizar a coleta de dados, haja previsão e registro das medidas de resultado, bem como os indicadores de estrutura e processo (HANSSON, 2001). A associação entre estrutura, processo e resultados nos remete aos conceitos onde define-se estrutura como o conjunto de recursos físicos, financeiros, humanos e os arranjos organizacionais (DONABEDIAN, 1980). Por processo entende-se que sejam as atividades de atenção à saúde e a interação entre os recursos humanos e usuários. Os resultados por sua vez caracterizam-se pelas mudanças no quadro de saúde

promovidas pelos cuidados ofertados. Os resultados podem ainda abranger sintomas, metas dos pacientes referentes ao seu funcionamento social e qualidade de vida (MORENO KÜSTNER; TORRES GONZÁLEZ; GODOY GARCÍA, 2002).

## **3 OBJETIVO**

### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar o perfil dos dependentes químicos com remissão sustentada e reinserção social, mediante tratamento em comunidades terapêuticas.

### **3.2 Objetivos secundários**

- Caracterizar a organização das CT: espaço físico, equipe e abordagem terapêutica.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos dependentes químicos.
- Verificar a taxa de adesão, remissão sustentada e reinserção social.
- Identificar os fatores associados à adesão, remissão e reinserção social.

## **4 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, retrospectiva, mista, destinada a avaliar dados referentes à estrutura, processo e resultados das práticas assistenciais desenvolvidas por CTs do município de Ribeirão Preto.

### **4.2 População e amostra**

Foi considerado elegível para o estudo um grupo de (três) comunidades terapêuticas, com sede no município de Ribeirão Preto - SP, que atenderam aos seguintes critérios iniciais de inclusão: possuir cadastro ativo junto a Vigilância Sanitária, receber financiamento público/privado e ter sua sede em Ribeirão Preto.

A amostra foi composta por três gestores, 22 trabalhadores das CTs e 47 ex-acolhidos, dentre os 711 prontuários avaliados que atenderam aos critérios de inclusão elencados abaixo e aceitaram, voluntariamente, participar da pesquisa. O convite para participação foi efetuado por meio de contato pessoal ou por telefone.

### **4.3 Critérios de inclusão**

#### **4.3.1 Gestores**

- Ser o responsável legal pela instituição ou função equivalente.
- Ter acesso aos documentos e indicadores da instituição.
- Estar na função pelo menos há um ano.

##### **4.3.1.1 Profissionais**

- Trabalhar na CT remunerado ou voluntário com tempo superior a 1 (um) ano.
- Estar vinculado diretamente à elaboração e/ou execução do Plano Terapêutico.

- Estar envolvido no atendimento direto ao dependente químico acolhido.

#### **4.3.1.2 Dependentes químicos**

- Ter sido acolhido em uma das três CT's participantes entre 01/06/2014 e 31/06/2016.
- Estar em remissão sustentada.
- Estar reinserido na sociedade.

A delimitação do período de acolhimento permite reduzir o viés do perfil sociodemográfico e da metodologia de trabalho, uma vez que as três CT's foram inseridas no Programa Recomeço uma vida sem drogas, neste período, recebendo o mesmo público e respondendo às mesmas exigências legais e terapêuticas.

Estar em remissão sustentada: apesar de todos os critérios para transtorno por uso de substância terem sido satisfeitos anteriormente, nenhum deles foi preenchido em qualquer momento durante um período igual ou superior a 12 meses (com exceção do critério: "fissura", desejo ou necessidade de usar a substância, que pode ocorrer nessa classificação) (APA, 2016).

### **4.4 Critérios de exclusão**

#### **4.4.1 Gestores**

- Tempo na função inferior a 1(um) ano.
- Desconhecimento dos processos administrativos e informações financeiras.
- Estar afastado do trabalho por qualquer razão.

#### **4.4.1.1 Profissionais**

- Tempo na função inferior a um 1(um) ano.
- Estar afastado do local de trabalho por qualquer razão.

#### **4.4.1.2 Dependentes químicos**

- A impossibilidade de contato para realização da entrevista, após 3 (três) tentativas.
- Ter sido reinternado ou recolhido no intervalo da pesquisa.
- Estar em situação de rua.

#### **4.5 Local de estudo**

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, situado na região sudeste do país, a noroeste da capital de estado de São Paulo, com área territorial de 637 km<sup>2</sup> e teve em 2016 a população estimada de 674.405 habitantes (IBGE, 2016). O município dispõe de ampla rede de saúde pública e privada e de assistência social compatível com o porte populacional.

#### **4.6 Coleta e análise de dados**

A coleta de dados secundários foi obtida entre no ano de 2017 e a coleta de dados primários (entrevistas com gestores, profissionais e pacientes) ocorreu no ano 2018, após a anuência dos gestores e responsáveis legais pelas CTs e à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada nas próprias CT's. Em data e horário previamente agendados, os gestores procederam à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), ficando com uma via assinada em seu poder. As entrevistas estruturadas tiveram como roteiro o instrumento elaborado pela autora, com base nas determinações da RDC 29/2011 (BRASIL-2011), constante do APÊNDICE D.

A coleta de dados em prontuários inativos ocorreu a partir da aplicação de um formulário estruturado, tendo como diretriz os indicadores do perfil e de dependência dos referidos pacientes, tais como: idade, etnia, estado civil, nível de escolarização, drogas de uso e droga que motivou a internação. As informações foram sistematizadas em categorias que possibilitassem a análise e a construção do perfil dos sujeitos da investigação. Na sequência, com base nos monitoramentos das CT's, foi possível realizar o levantamento dos ex-acolhidos que preenchiam os critérios de inclusão e foram realizados o contato e o convite para participação no

estudo. Neste momento, foram realizadas também as entrevistas com os trabalhadores das CT's.

Todas as entrevistas foram realizadas nas sedes da Fundação RAREV, Associação AMOSTRA e Associação Caminho da Paz, em salas reservadas previamente, conforme agendamento, sem barulho ou interferência externa, todos os participantes leram, assinaram e receberam uma via do TCLE. As entrevistas foram realizadas pessoalmente pelo pesquisador responsável seguindo roteiros prévios (APENDICES E, F), tiveram uma duração em média de 40 minutos, foram gravadas, com autorização, posteriormente transcritas para análise e o sigilo de informações foi totalmente resguardado.

Os dados referentes à estrutura das CT's foram agrupados por similaridade e comparados com o que preconiza a RDC 29/2011 (BRASIL, 2011) e da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001). As variáveis sociodemográficas, epidemiológicas das dimensões de estrutura, processo e resultado, foram categorizadas a fim de facilitar a análise descritiva e inferencial dos dados. Foram utilizados, para a realização das análises estatísticas, os *softwares Excel® e Minitab®*.

O teste de qui-quadrado (2) a 5% de probabilidade foi utilizado para verificar a associação dos períodos de admissão e condição atual com a situação conjugal, faixa de renda e situação profissional. As análises foram realizadas com o *software R* (R CORE TEAM, 2017).

As entrevistas de profissionais e ex-acolhidos em remissão foram tratados a partir da perspectiva qualitativa, seguindo o método de análise de conteúdo, onde as transcrições foram lidas, os dados separados por semelhança, categorizados e agrupados por tema, mediante regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade (BARDIN, 2011).

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP (Processo nº 10531/2018).

A coleta dos dados realizada somente após anuência formal das instituições envolvidas e concordância dos gestores, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O TCLE, foi elaborado em consonância com o disposto nas Resoluções CNS 466/2012 510/2016, esclarece os objetivos, a metodologia, os riscos/desconfortos, os benefícios, a garantia da voluntariedade, a retirada da pesquisa a qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo aos indivíduos solicitados para o estudo. O pesquisador e cada um dos participantes assinaram duas vias do TCLE, ficando cada um com uma via (APÊNDICES A, B e C).

Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a presente pesquisa, com o compromisso de manter a confidencialidade dos dados, preservando totalmente o sigilo dos pacientes/participantes.

## **5 RESULTADOS**

Os resultados serão apresentados por agrupamento em três eixos: Estrutura e Financiamento, Gestão de Pessoas e Tratamento, conforme a sequência dos objetivos propostos para o presente estudo. No agrupamento dos resultados sobre tratamento serão inseridos os achados qualitativos obtidos a partir das entrevistas e organizados por categoria de assunto.

### **5.1 Estrutura**

#### **5.1.1 Constituição legal e credenciamento**

##### **Comunidade terapêutica AMOSTRA**

Associação Privada, sem fins lucrativos, fundada em 2009 e administrada por Diretoria eleita, pelo voto direto dos associados, com mandato de quatro anos. Possui registro junto a Vigilância Sanitária Municipal, Alvará de funcionamento, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES, Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde- CEBAS, Certificado de Regularidade Cadastral de Entidades do Estado de SP. Dispõe ainda do Estatuto Social e Regimento Interno da Instituição, é inscrita na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

##### **Comunidade terapêutica Caminho da Paz**

Associação Privada, sem fins lucrativos, fundada em 2013 e administrada por Diretoria eleita, pelo voto direto dos associados, com mandato de quatro anos.

Possui registro junto a Vigilância Sanitária Municipal, Alvará de funcionamento, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES, Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde- CEBAS, Certificado de Regularidade Cadastral de Entidades do Estado de SP. Dispõe ainda do Estatuto Social e Regimento Interno da Instituição, é inscrita na Federação

Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e possui o título de utilidade pública municipal.

### **Comunidade terapêutica RAREV**

Fundação privada, sem fins lucrativos, criada em 1998, administrada por Diretoria eleita, pelo voto direto dos associados, com mandato de 4 anos. Possui registro junto a Vigilância Sanitária Municipal, Alvará de funcionamento, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES, Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área da Saúde- CEBAS, Certificado de Regularidade Cadastral de Entidades do estado de SP. Dispõe ainda do Estatuto Social e Regimento Interno da Instituição, é inscrita na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Possui ainda os títulos de utilidade pública, municipal, estadual e federal.

#### **5.1.2 Estrutura física**

Quanto à estrutura física das CT's, foi possível aferir que duas comunidades executam as atividades em imóveis alugados, uma comunidade executa sua atividade em imóvel próprio, porém mantém aluguel para administrativo em área urbana, as três entidades mantêm Alvará de Funcionamento, Alvará da Vigilância Sanitária e do Corpo de Bombeiros. As três entidades contratam o serviço de biólogo para emissão de laudo de potabilidade da água,

Resguardadas as particularidades, quanto à disposição e organização do espaço, todas possuem: Alojamentos que são quartos e sanitários coletivos para até quatro pessoas; setor de convivência, sala de atendimento individual (psicologia e serviço social), sala de atendimento coletivo, área para oficinas de trabalho, área para atividades laborais, área para prática esportiva, biblioteca/sala de estudo, despensa, almoxarifado, refeitório, sala para atividade administrativa, horta e pomar.

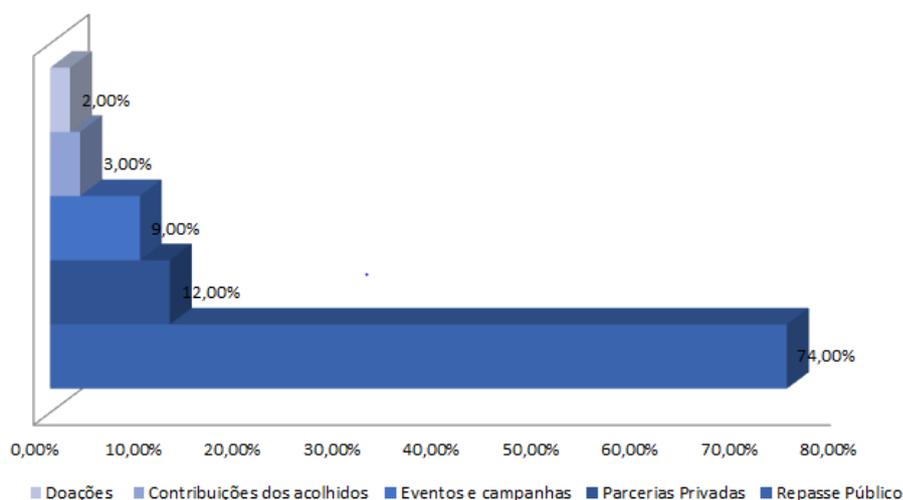
As instalações e a infraestrutura dos locais de atendimento estão de acordo com as atividades desenvolvidas e com as diretrizes fixadas na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) RDC 29, de 30/06/2011, na Resolução SS-SP 127 de 03-12-2013 e na Portaria do Centro de Vigilância Sanitária do estado de São Paulo – Portaria CVS 04, de 21-03-2011,

quanto aos requisitos de segurança sanitária para seu funcionamento em regime de residência.

### 5.1.3 Financiamento e manutenção

As três comunidades terapêuticas apresentaram um perfil similar quanto ao financiamento, manutenção e custos. A principal fonte de financiamento são os recursos públicos transferidos por meio de Termo de Parceria com o governo do estado de São Paulo, em complementação são aferidos recursos por meio de parcerias privadas, contribuição de usuários do serviço que não estejam custeados por programa governamental, doações de terceiros em espécie, em trabalho e em gêneros alimentícios. Também são realizados eventos beneficentes e campanhas para ampliar a arrecadação de fundos. A composição da receita destas entidades é de 74% repasse público, 12% parcerias privadas, 9% eventos e campanhas, 3% contribuições mensais de acolhidos e 2% doação de pessoas físicas e jurídicas.

**Gráfico1** - Média da composição das receitas das Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.



Os recursos são aplicados totalmente na execução do serviço e conforme balancete dos anos referência (2014, 2015, 2016) as despesas estão concentradas em dois grupos específicos: despesas com recursos humanos (CLT e prestadores de serviço) e manutenção (aluguéis, combustível, água, luz e telefone, *internet*, manutenção veicular). A folha de pagamento e provisões trabalhistas abarca 72.22%

dos recursos, a manutenção representa cerca de 24.75%, e 3,03 são destinados à capacitação, treinamento profissional e melhorias.

As principais parcerias são com empresas e grupos locais, que sistematicamente fazem doações de gêneros alimentícios, materiais de limpeza, insumos agrícolas e itens de higiene pessoal.

Tomando-se como referência os balanços anuais da Comunidade Terapêutica Caminho da Paz, associados ao número de acolhidos nos respectivos períodos, infere-se que o custo per capita diário de um acolhido na Instituição, teve um crescimento significativo no período referência deste estudo, R\$ 34,73 em 2014, R\$ 40,13 em 2015 e R\$ 42,08 em 2016.

## 5.2 Gestão de pessoas

### 5.2.1 Recursos humanos

A maior parte dos trabalhadores (59,09 %) é do sexo masculino e encontra-se na faixa etária dos 30-40 anos (50%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Análise descritiva dos colaboradores por sexo e idade das Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, no ano de 2018.

Variável	%	Quantidade
<b>Sexo</b>		
Mulheres	40,91	9
Homens	59,09	13
<b>Faixa Etária</b>		
20 - 30	9,09	2
30 - 40	50,00	11
40 - 60	31,82	7
Acima de 60	9,09	2

### 5.2.2 Caracterização do trabalhador em comunidade terapêutica

Os dados da Tabela 2 correspondem ao perfil profissional dos trabalhadores em CT; quanto ao vínculo empregatício, 77% estão em regime CLT, 14% voluntários e 9% são prestadores de serviço. Quanto à formação, 27% estão cursando uma pós-

graduação em dependência química, outros 22% concluíram a pós-graduação e 18% possuem curso superior completo. Quanto à função, 40,91% são conselheiros em dependência química, seguidos de assistentes sociais e psicólogos (18% cada).

Quanto ao tempo de trabalho com o método de CT, 54% trabalham há mais de 10 anos, e outros 31% estão na área entre 5 e 10 anos. Quanto às relações pessoais com o consumo de drogas, 59% se declaram dependentes químicos em remissão prolongada.

**Tabela 2** - Análise descritiva de 22 colaboradores, conforme categoria ocupacional, escolaridade e uso pregresso de drogas das Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, no ano 2018

<b>Perfil dos trabalhadores</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Tipo</b>		
Prestadores de serviço	9.09	2
Voluntários	13.64	3
Vínculo de trabalho formal	77.27	17
<b>Consumo de drogas</b>		
Não adictos	40.91	9
Adictos recuperados	59.09	13
<b>Grau de instrução</b>		
Fundamental completo	9.09	2
Médio completo	13.64	3
Superior incompleto (Direito, Serviço Social, Psicologia)	18.18	4
Superior Completo (Serviço Social)	4.55	1
Pós-Graduação em Curso Dependência Química	27.27	6
Pós-Graduação Completa Dependência Química	22.73	5
Pós-Graduação em outra área de Saúde	4.55	1
<b>Função</b>		
Psicologia	18.18	4
Assistente social	18.18	4
Motorista	9.09	2
Conselheiro em Dependência Química	40.91	9
Administrativo	9.09	2
Oficineiro/Artesão	4.55	1
<b>Tempo de trabalho com registro em Carteira</b>		
De 2 a 5 anos	13.64	3
De 5 a 10 anos	31.82	7
Mais de 10 anos	54.55	12

## **5.3 Tratamento**

### **5.3.1 Perfil sociodemográfico da população acolhida entre os anos de 2014 e 2016**

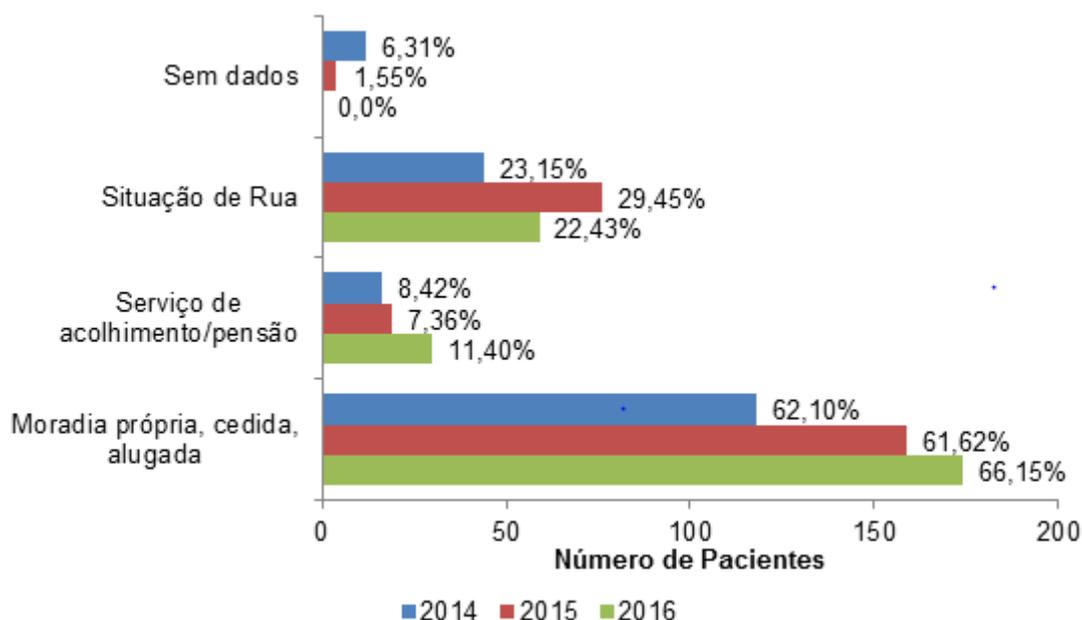
A maioria dos acolhidos, 429 (60,33%), eram pardos e negros; 267 (37,55%) estavam na faixa etária dos 30 aos 40 anos; 487 (68,49%) se declararam solteiros, 227 (31,92%) possuíam apenas o ensino fundamental completo; 296 (41,63%) recebiam até um salário mínimo e 226 (31,78%) se declaram sem renda, conforme demonstrado na Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição das Características sociodemográficas dos 711 pacientes estudados das Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.

Variável	Rarev		Amostra		Caminho da Paz	
	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	301		208		202	
<b>Etnia</b>						
Branca	97	32,23	88	42,31	97	48,02
Preta	65	21,59	32	15,38	37	18,32
Parda	139	46,18	87	41,83	67	33,17
Amarela	0	0,00	1	0,48	1	0,50
<b>Situação conjugal</b>						
Casado ou amasiado	41	13,62	57	27,40	38	18,81
Solteiro	237	78,74	112	53,85	138	68,32
Divorciado	23	7,64	29	13,94	26	12,87
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
18 a 24	33	10,96	36	17,31	33	16,34
25 a 29	49	16,28	38	18,27	67	33,17
30 a 40	105	34,88	89	42,79	73	36,14
41 a 50	84	27,91	27	12,98	16	7,92
51 a 60	10	3,32	6	2,88	7	3,47
Acima de 60	3	1,00	2	0,96	6	2,97
Sem dados	9	2,99	10	4,81	0	0,00
<b>Grau de instrução</b>						
Analfabeto	2	0,66	4	1,92	0	0,00
Fundamental incompleto	72	23,92	82	39,42	73	36,14
Fundamental completo	77	25,58	38	18,27	25	12,38
Médio incompleto	38	12,62	41	19,71	68	33,66
Médio completo	64	21,26	29	13,94	32	15,84
Técnico	0	0,00	3	1,44	2	0,99
Superior incompleto	13	4,32	6	2,88	0	0,00
Superior completo	1	0,33	5	2,40	0	0,00
Sem dados	31	10,30	0	0,00	2	0,99
<b>Faixa de Renda</b>						
Sem renda	103	34,22	38	18,27	85	42,08
Até um salário mínimo	130	43,19	114	54,81	53	26,24
Até 2 salários mínimos	41	13,62	32	15,38	32	15,84
Até 3 salários mínimos	20	6,64	17	8,17	20	9,90
Acima de 3 slarários mínimos	7	2,33	7	3,37	12	5,94

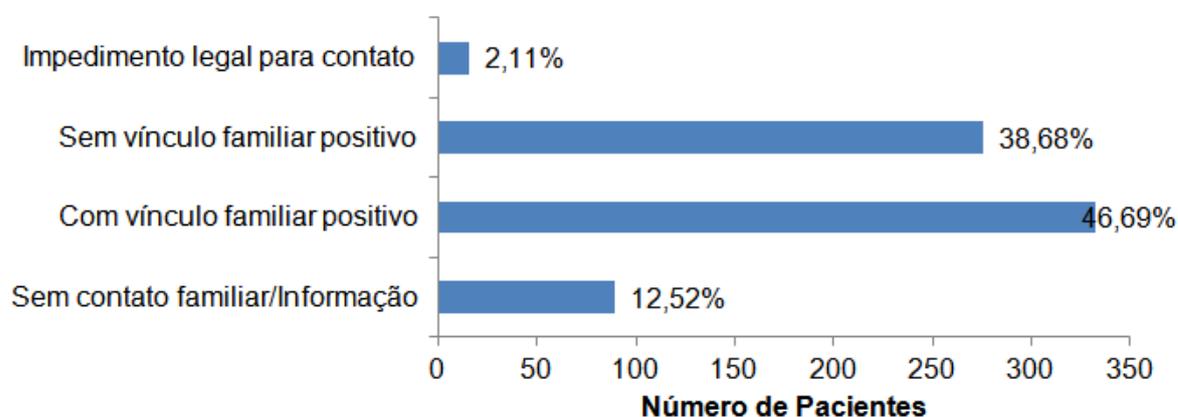
Quanto à situação de moradia, 451 (63,43%) declararam estar morando em imóvel próprio, alugado ou cedido, 179 (25,17%) estavam em situação de rua e 65 (9,15%) estavam vivendo em serviços de acolhimento públicos ou privados e em 16 (2,25%) prontuários não continham esta informação (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Situação habitacional durante o acolhimento dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.



Quanto aos vínculos e relações familiares, 332 (47%) tinham vínculos familiares positivos, 275 (39%) declaravam não ter vínculos familiares positivos, 89 acolhidos (12%) não tinham informações sobre a família, e 15 (2%) relatavam impedimento legal para aproximação da família.

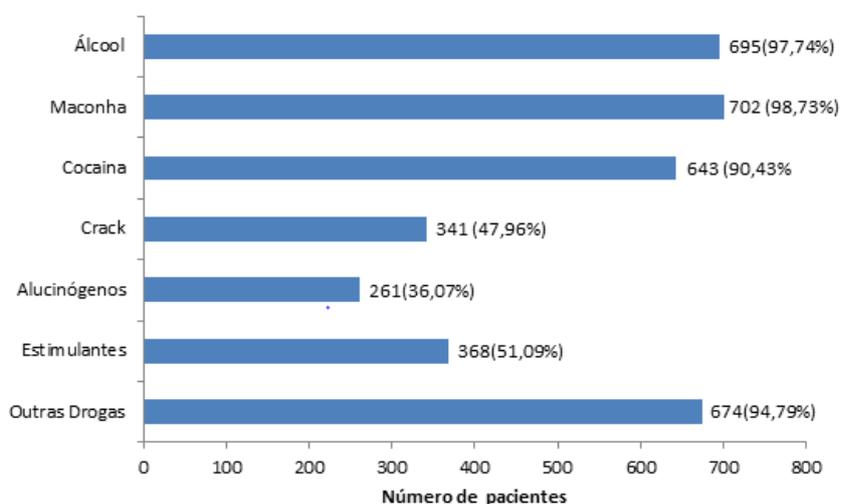
**Gráfico 3** - Qualidade das relações familiares dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto entre os anos de 2014 e 2016.



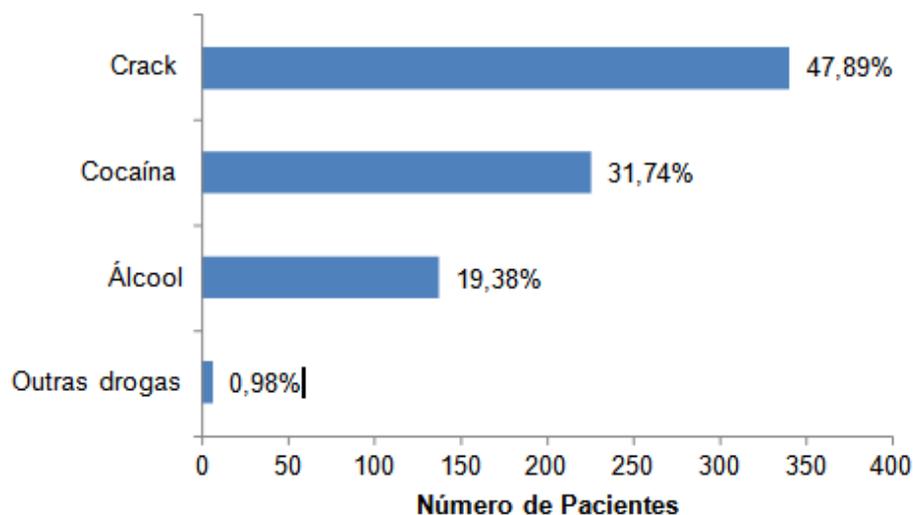
### 5.3.2 Perfil epidemiológico da população acolhida

Sobre o uso de drogas na vida identifica-se que 695(97,74%) usaram álcool, 702 (98,73%)maconha, 643(90,43%)cocaína, 341 (47,96%) crack; 368 (51,09%) estimulantes, 261 (36,07% )alucinógenos, e 674 (94,79%) utilizaram outras drogas, incluindo heroína e benzodiazepínicos (Gráfico 4).

**Gráfico 4** - Distribuição do uso de drogas na vida dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016



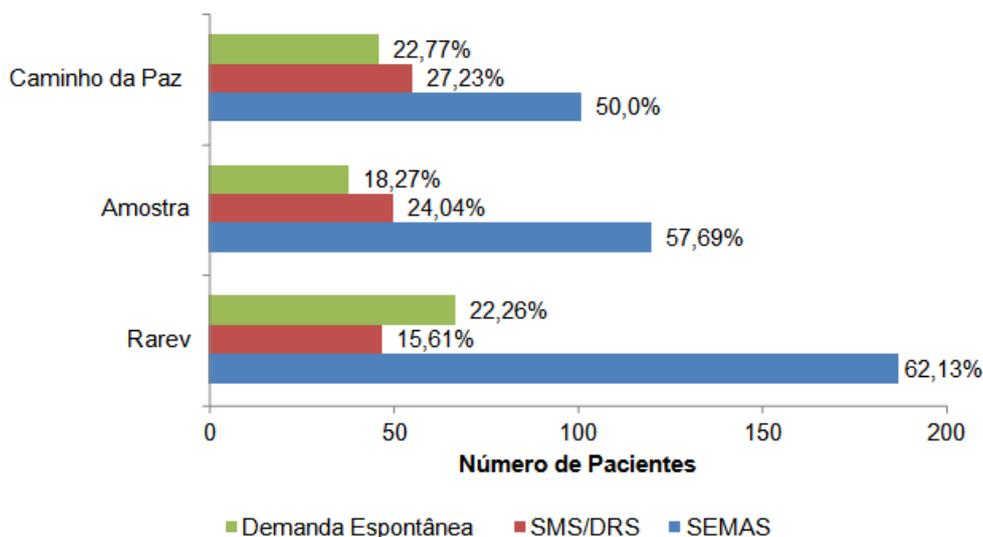
**Gráfico 5** - Dependência química que motivou a internação dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.



### 5.3.3 Análise do fluxo de admissão e alta dos acolhidos entre 2014 e 2016 nas três comunidades terapêuticas

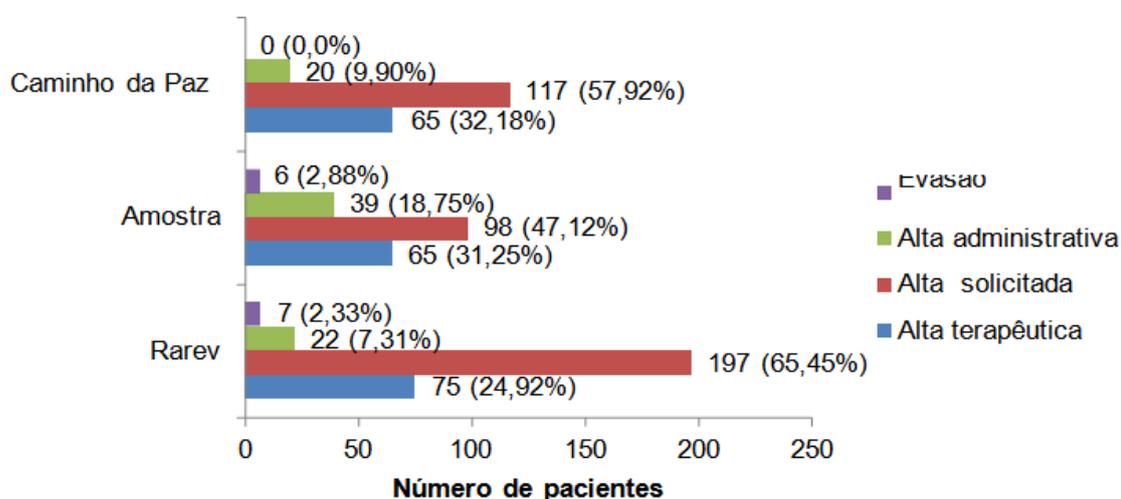
Durante o ano de 2014 verificou-se que as CT's acolheram 221 pacientes, em 2015 atenderam 223 e em 2016 foram atendidos 267. Deste total, observou-se que a porta de entrada que apresentou maior regulação para as CT's é a SEMAS, com 408 (57,40%) encaminhamentos, 168 (23,62%) chegaram às CT's por demanda espontânea e a Diretoria Regional de Saúde XIII encaminhou 135 (19,98%) casos (Gráfico 6).

**Gráfico 6** - Frequência de admissão por origem da demanda dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos de 2014 e 2016.



Do total da amostra (711), registrou-se que 205 pacientes (28,83%) receberam alta terapêutica, 412 (57,94%) solicitaram alta, 81 (11,39%) deixaram a CT com alta administrativa e 13(1,84%) abandonaram o tratamento (Gráfico 7).

**Gráfico 7** - Frequência da finalização do tratamento por tipo de alta dos pacientes atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, entre os anos 2014 e 2016.



### **5.3.4 Caracterização do perfil dos pacientes acolhidos entre 2014 e 2016 nas três comunidades terapêuticas**

A partir dos dados classificados, verifica-se que a maioria dos acolhidos são homens pardos e negros, na faixa etária dos 30 aos 40 anos, com baixa escolaridade e com renda de até um salário mínimo.

No que concerne à situação conjugal e às condições de moradia, observou-se que a maioria é solteira e vive em imóvel próprio 451(63,43%), cedido ou alugado, e 332 (47%) têm vínculos familiares.

Quanto ao uso de drogas, a maconha, 702(98,73) é a droga mais utilizada, entretanto o crack é a droga que mais motivou a internação, com 341 pessoas (47,89%). A porta de entrada mais utilizada para acesso a CT foi a SEMAS com 408 (57,40%) encaminhamentos, e do total, 412(57,94%) pacientes deixaram a CT com alta solicitada.

### **5.3.5 Métodos e práticas no tratamento**

As três comunidades mantêm o alicerce do método de comunidade terapêutica, como metodologia de trabalho, ofertando as atividades que compõe a tríade: trabalho, disciplina e oração. Em comum, ofertam atividades esportivas, lúdicas, de conscientização em dependência química, prevenção à recaída, uma rotina de atividades de cuidados pessoais e higiene, cuidados com o espaço das CTs, auxílio no preparo das refeições, atividades espirituais de participação voluntária, estudo dos 12 passos, reuniões semanais sobre a rotina de convivência entre os pares e aconselhamento individual.

Há atendimentos psicológicos em grupo e individuais, atendimento social para acolhidos e familiares, atividades de desenvolvimento de habilidades sociais, atividades de geração de renda, escolarização e profissionalização, ampliação das atividades externas de cultura e lazer, intensificando os esforços no processo de reinserção social do acolhido.

Destaca-se, ainda, a responsabilidade da CT, em viabilizar o acesso ou a manutenção do tratamento de qualquer doença do acolhido, providenciar toda documentação básica para sua vida civil, inscrevê-lo em programas governamentais

de transferência de renda, mediante preenchimento dos requisitos e ainda encaminhá-lo a Defensoria Pública em caso de alguma pendência legal.

Todas estas atividades são organizadas em um Plano Terapêutico, denominado pela Resolução 01/2015 CONAD como Plano de Acolhimento Singular.

Os serviços apresentam articulação com os recursos dos territórios onde estão localizados, notadamente nos serviços da rede básica de saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Unidades Especializadas em Doenças Sexualmente Transmissíveis- DST's, serviços de vacinação e cuidados em odontologia. Utilizam-se também dos serviços sócio assistenciais, inserindo os acolhidos em Programas, benefícios e atividades de formação profissional oferecidos. As três entidades acessam também os serviços da rede de educação para jovens e adultos.

Foi possível verificar, durante a pesquisa documental, que as três CT's possuem sistemas de referência e contra referência organizados com estes serviços.

### **5.3.6 Perfil dos ex-acolhidos em remissão**

Na Tabela 4 está demonstrada a caracterização de um grupo de pacientes em remissão e com inserção social após acolhimento nas CTs avaliadas.

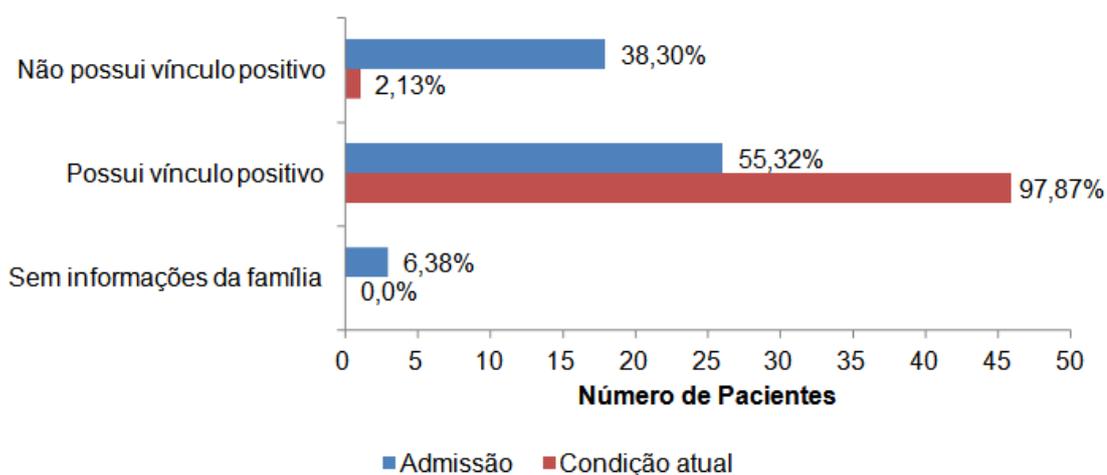
Após o processo de acolhimento, verificou-se uma inversão na situação conjugal, que passa a registrar 87,23% de casados/amasiados. As faixas de renda de até três salários mínimos subiram de 23,4% para 48,94, e acima de três salários mínimos de 8,51 para 31,91%. Todos os valores de p apresentados foram menores que 0,05 (nível de significância), pode-se afirmar com 95% de confiança que as variáveis situação conjugal ( $p=2,31 \times 10^{-11}$ ), faixa de renda ( $p=2,134 \times 10^{-5}$ ) e situação profissional ( $p=0,0005566$ ) sofreram alteração em função do período avaliado.

**Tabela 4** - Caracterização sociodemográfica de 47 pacientes em remissão, com reinserção social atendida nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016

Variável	Admissão		Condição Atual		p
	2014 - 2016		2018		
	N	%	N	%	
<b>Etnia</b>					
Branca	11	23,4			-
Preta	7	14,89			-
Parda	29	61,70			-
Amarela	0				-
<b>Situação Conjugal</b>					
Casado ou Amasiado	9	19,15	41	87,23	2,31 × 10 <sup>-11</sup>
Solteiro	31	65,96	4	8,51	
Divorciado	7	14,89	2	4,26	
<b>Faixa etária (em anos)</b>					
18 a 24	0	0			
25 a 29	2	4,26			
30 a 40	27	57,45			
41 a 50	13	27,66			
51 a 60	3	6,38			
Acima de 60	2	4,26			
<b>Grau de Instrução</b>					
Analfabeto	3	6,38			
Fundamental incompleto	2	4,26			
Fundamental Completo	17	36,17			
Médio Incompleto	9	19,15			
Médio Completo	4	8,51			
Técnico	2	4,26			
Superior incompleto	3	6,38			
Superior Completo	6	12,77			
Sem Dados	1	2,13			
<b>Faixa de Renda</b>					
Sem Renda	5	10,64	0	0	2,134 × 10 <sup>-5</sup>
Até 1 salário mínimo	8	17,02	4	8,51	
Até 2 salários mínimos	19	40,43	5	10,64	
Até 3 salários mínimos	11	23,4	23	48,94	
Acima de 3 salários mínimos	4	8,51	15	31,94	
<b>Situação Profissional</b>					
Desempregado	18	38,3	3	6,38	5,57 × 10 <sup>-4</sup>
Autônomo	17	36,17	21	44,68	
Trabalho com vínculo formal	4	8,51	15	31,91	
Aposentado/Beneficiário	8	17,02	8	17,02	

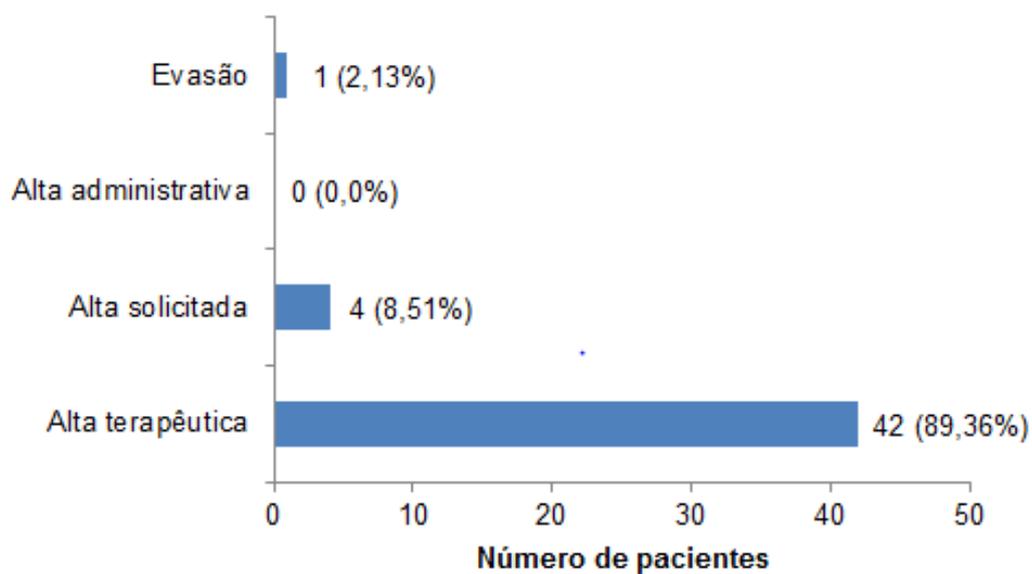
O suporte familiar, qualidade de vínculos, também foi registrado na primeira fase do estudo e posteriormente na entrevista. É importante notar no Gráfico 8, que durante o período de acolhimento, 55,32% mantinham vínculo positivo e após o tratamento este índice subiu para 97,87%.

**Gráfico 8** - Análise descritiva sobre o suporte familiar de 47 pacientes em remissão, com reinserção social atendida nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016



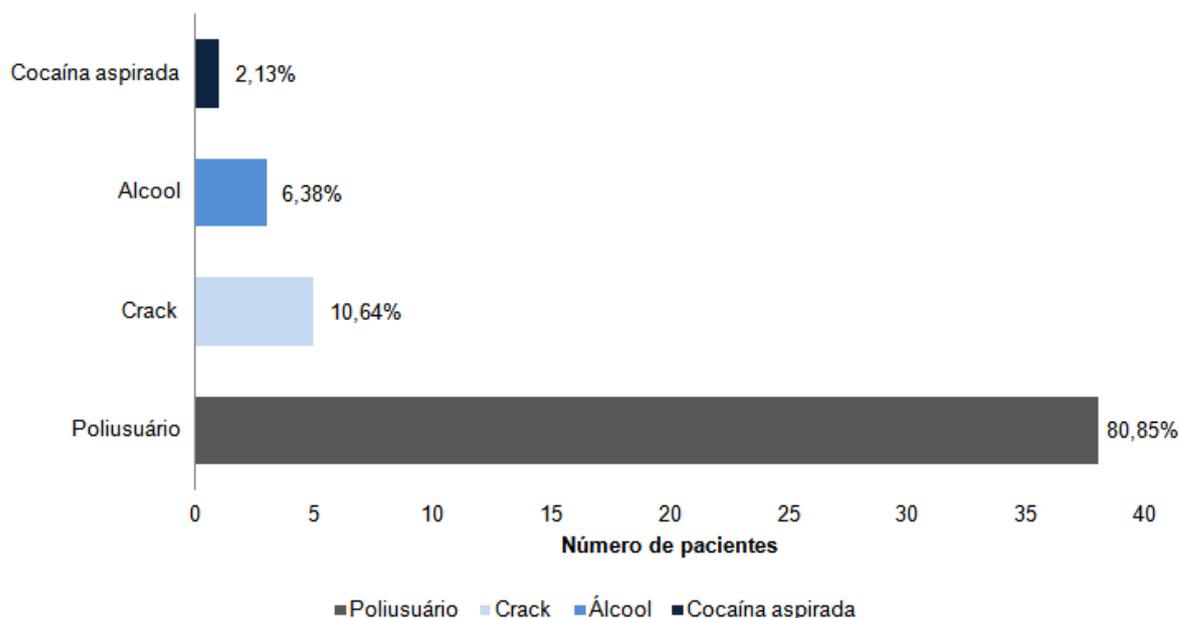
Dos 47 acolhidos com remissão mantida e reinserção social, 89,36% (n=42) receberam alta terapêutica, apenas um pequeno percentual 8,51% (n=4) solicitou alta, e somente 2,13% (n=1) abandonaram o tratamento (Gráfico 9).

**Gráfico 9** - Desligamento do tratamento por tipo de alta de 47 pacientes em remissão, com reinserção social atendida nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminho da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016



O grupo de acolhidos com remissão mantida e reinserção social é composto em sua maioria por poliusuários, ou usuários de múltiplas drogas (80,85%), ainda 10,63% são dependentes exclusivos do crack, 6,38% álcool e 2,14 de cocaína aspirada (Gráfico 10).

**Gráfico 10** - Prevalência de substâncias psicoativas (SPAs) em 47 pacientes com remissão e reinserção social atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminho da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016



A ajuda mútua, com 91,48% de adesão dos participantes, seguidos da psicoterapia 21,27% e psiquiatria 19,14 % são os recursos empregados pelos acolhidos com remissão mantida e reinserção social (Tabela 5).

**Tabela 5** - Manutenção do tratamento após a alta em 47 pacientes com remissão e reinserção social atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Caminhos da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016.

Variáveis	Admissão	
	2014 - 2016	
	N	%
CAPS/Ambulatório SM	6	13,76
Psicoterapia	10	21,27
Grupo Ajuda Mútua	43	91,48
Não faz acompanhamento	2	4,25
Psiquiatria	9	19,14

### **5.3.7 Avaliação qualitativa**

Os depoimentos de gestores e funcionários das CTs (Quadro 1) e dos pacientes (Quadro 2) oferecem subsídio para identificação de características associadas à organização institucional, processos de trabalho e terapêuticos que podem estar relacionadas à adesão, a remissão e reinserção social dos acolhidos.

**Quadro 1** - Análise dos discursos obtidos nas entrevistas realizadas com os três gestores e 22 profissionais das CT's Amostra, RAREV e Caminho da Paz de Ribeirão Preto, no ano de 2018.

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Contexto</b>
Comunidade terapêutica	Conceito	<p><i>“CT é um espaço protegido e terapêutico”</i></p> <p><i>É um serviço de saúde mental, que trata</i></p> <p><i>“Penso que hoje tem mais cara de assistência social, começa com RG e vai até o lugar de moradia...precisa resolver tudo”</i></p> <p><i>“É um serviço de saúde, para trabalhar pessoas com o mesmo propósito: mudar de vida”</i></p>
Processo de Trabalho	Diagnóstico Porta de Entrada	<p>Ele chega com outros problemas clínicos ou psiquiátricos que a rede não trata antes”</p> <p>“O diagnóstico e os exames para admissão são superficiais”</p>
	Articulação com a rede pública	<p>“O Caps-ad tinha que ter um dia só pra quem tá na CT, porque assim... a pessoa já mostrou que quer ajuda, e as vezes precisa medicar pra abstinência ne?! Muita gente vai embora por causa da fissura”</p>
	Cidadania	<p>“não é só droga, é documento, escola, profissão, casamento, aparência. a pessoa precisa ser olhada como um todo... ser cidadão de novo</p>
Fatores de adesão	Suporte Familiar Motivação Pessoal Sentimento de Pertença	<p>“Aprender a viver em comunidade, trocar experiência”</p> <p>“Quando é alcoólatra a família e a sociedade aceitam mais, quando passa a fase inicial a própria família leva embora”</p> <p>“se a pessoa ainda tem alguma coisa a perder, pra onde voltar, ela se empenha, se motiva sabe”</p> <p>“Quando o acolhido se integra e vive a CT, ele fica o tratamento todo e às vezes passa anos sem uso”</p> <p>“A maior dificuldade é se manter limpo, viver com o pé no chão, por isso muita gente desiste”</p>
Reinserção social	Positivos	<p>“Eu vejo que quando a família se trata também, os resultados “Eu vejo que quando a família se trata também, os resultados são melhores”</p> <p>“Quando a pessoa já tem profissão ou emprego, ela vê mais chances, daí se anima”</p>
	Negativos	<p>“Os cursos da Assistência Social, excluem os acolhidos, exigem materiais e escolaridade que eles não têm”</p> <p>“muitos tem dificuldade de assumir o controle da própria vida, medo da. responsabilidades”</p> <p>“o cara é alcoólatra em tratamento, vai pra casa, a família faz um churrasco... a família não se compromete”</p> <p>Ele faz um ótimo tratamento e volta pra rua, porque a rede não absorve, e família nem quer saber, pra que ficar limpo?”</p>
Manutenção do tratamento	Estratégias Suporte e	<p>“Manter-se ligado a algum grupo, tipo Narcóticos Anônimos, mais tem é que se comprometer”</p> <p>“Pode ser terapia, igreja, grupo, até esporte tem é que se manter comprometido”</p>

**Quadro 2** - Análise dos discursos obtidos nas entrevistas realizadas com os 47 pacientes em remissão e reinserção social atendidos nas Comunidades Terapêuticas Amostra, RAREV e Casminho da Paz de Ribeirão Preto, tratados entre os anos de 2014 e 2016.

Categoria	Subcategorias	Unidades de Contexto
Comunidade Terapêutica	Conceito	<p><i>“é o melhor lugar pra você pensar e rever a vida, e voltar consertando as coisas erradas”</i></p> <p><i>“foi o lugar onde aprendi a viver de novo, sorrir, comer na hora certa, cheguei já não tinha nem dentes”</i></p> <p><i>“É o lugar onde eu aprendi a falar, sabe?! Por as coisas pra fora dividir o peso da vida”</i></p>
	Vivência	<p><i>“aqui eu vi que o problema não era a droga, mais a droga de vida que eu levava, sem rumo, sem rotina, sem rumo...”</i></p> <p><i>“Ah é uma clínica né, quando eu cheguei no fundo do poço, descobri esse lugar, daí fiz todo o tratamento e me ajudou muito, mudou mesmo a minha vida...”</i></p>
Fatores de Adesão	Pertença	<p><i>“A minha família me apoiou em tudo, ligava, vinha pra visita, eles entenderam que é a doença né?”</i></p>
	Suporte familiar	<p><i>“Não dava mais pra viver como tava, parecia bicho pela rua, com casa e família em Ribeirão, escolhi a rua, a droga, mais todo dia eu queria parar.”</i></p>
	Querer mudar de vida	<p><i>“Dentro da CT todo mundo é igual, uns usam uma droga, outros só bebem, mais no fundo é todo mundo igual, a gente se ajuda”</i></p> <p><i>“A melhor coisa da CT é ninguém te julgar, lá ninguém atira pedra, porque todo mundo é vidraça, então a gente se ajuda”.</i></p>
Reinserção Social	Trabalho	<p><i>“Eu sabia que sem drogas, meu patrão ia me aceitar de volta, sempre fui bom funcionário.”</i></p>
	Auto-estima	<p><i>“No final do tratamento eu só pensava onde ia trabalhar, porque sou garçom, e trabalhar a noite já viu? Ai me aconselharam a procurar outra área, deu certo! Tô no serviço há 2 anos”</i></p> <p><i>“A melhor coisa de estar “limpo” é se olhar no espelho e não ter vergonha de você mesmo”</i></p> <p><i>“Quando a assistente ligou pra minha mãe, ela achava até que eu tava morto, já nem ligava pra ela uns 8 meses, foi só choro</i></p>
Manutenção do tratamento	Mudança de vida	<p><i>“Hoje eu nem passo na porta de buteco, aprendi a evitar lugares, pessoas e situações. “No começo me senti sozinho, porque todos os meus amigos eram usuários, mais depois comecei a namorar ...me adaptei”</i></p> <p><i>“Eu frequento salas de N.A e outros grupos também, toda semana, às vezes a gente sai e vai comer lanche, pizza, é outra vida, na sobriedade”</i></p> <p><i>“Uma coisa que eu não fazia era na verdade, duas: rezar e ir na academia. Hoje faço as duas coisas todo dia”</i></p> <p><i>“Aprendi a dizer não, quando eu quero dizer não, a terapia me ajuda muito, nunca tinha feito, aprendi na CT e trouxe pra vida”</i></p>

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Estrutura e financiamento

As estruturas e as organizações das CTs estudadas estão dentro dos padrões sanitários esperados, tanto em recursos materiais quanto humanos, entretanto há uma grande fragilidade, pois são alicerçadas, principalmente, sobre o financiamento governamental que é insuficiente. Ainda não há uma cultura de investimento em subsistência das CTs com recursos públicos e esta dependência do poder público implica nos riscos de sustentabilidade.

As CTs, assim como os demais serviços e programas de saúde precisam de um conjunto de atributos que inclui excelência profissional, emprego eficiente de recursos, mínimo risco ao paciente e alto grau de satisfação do usuário (DONABEDIAN, 2003).

Verificou-se que o método de acolhimento em CT, que historicamente era realizado por voluntários e com um viés religioso, tem passado por um processo de adequação de amplo alcance, que interfere tanto na estrutura física, como na organizacional. O processo, desencadeado a partir das contratualizações com o poder público, tem ocorrido gradualmente, rompendo com a rigidez e associando práticas clínicas ao modelo, a exemplo do processo ocorrido na Europa, sobretudo na Irlanda, Espanha e Portugal (BUTLER, 2016; SICAD, 2015).

A incorporação das CT's à RAPS deu visibilidade ao modelo, notadamente a partir do financiamento público federal, que condicionado a legalização destes serviços, passa a exigir o padrão mínimo de funcionamento, onde se destaca a obrigatoriedade de profissionais. A RDC 101/2001, que regulamentava o serviço, foi substituída pela RDC29/2011, que é ainda mais enfática quanto à obrigatoriedade, mais vaga em relação à quantificação e formação específica dos recursos humanos:

Art. 5º As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

Art. 9º As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

Entretanto, em nosso cenário de pesquisa, a legislação estadual, já determina a equipe mínima, bem como delimita as funções de cada profissional e carga horária

a ser cumprida. Por este motivo as três CT's estudadas possuem equipe de profissionais que estão intimamente integrados ao projeto terapêutico indicado para cada acolhido, estão adequadamente inseridos nas diretrizes estabelecidas e a multidisciplinaridade de profissionais inseridos na composição das equipes propicia a integração terapêutica, e uma abordagem mais ampla e rica em estratégias. Resultados semelhantes quanto a composição das equipes e a presença de psicólogos e assistentes sociais contratados em CT's, foi encontrado em pesquisa nacional realizada pelo IPEA (BRASIL,2017)

A padronização dos serviços prestados, leva a modelos organizacionais muito semelhantes, por isso apesar da interação entre todos os recursos da instituição afetarem o desempenho organizacional, em que pese as relações construídas durante a realização dos procedimentos, que são de fato intangíveis no momento da assistência à saúde (BONATO, 2007), aferiu-se que os resultados são aparentemente, equivalentes.

## **6.2 Relação com as políticas públicas**

A partir do movimento de legalização das CTS, sua saída do SUAS em 2009, e a incorporação á (RAPS), a identidade deste serviço enquanto politica publica, tem se associado aos serviços de saúde, mais recentemente como serviço de promoção á saúde. Entretanto, o estudo identificou que a porta de entrada os pacientes é predominante pela Assistência Social, o que sugere o contrário do preconizado pela legislação, talvez motivado por correntes ideológicas contrárias, fato é que, no município o recurso é subutilizado pela política de saúde e superestimado pela rede de assistência social. Há que se considerar o fato, de que a porta de entrada para o Programa Recomeço do governo estadual é a Secretaria de Assistência, entretanto a fragilidade da interação fica explicita, nos depoimentos de gestores e profissionais durante e após o período de acolhimento: a) *“Ele chega com outros problemas clínicos ou psiquiátricos que a rede não trata antes”*; b) *“O diagnóstico e os exames para admissão são superficiais”*;c) *“O CAPS-ad tinha que ter um dia só pra quem tá na CT, porque assim... a pessoa já mostrou que quer ajuda, e as vezes precisa medicar pra abstinência ne?! e d) Muita gente vai embora por causa da fissura”*,

Outro fator que corroboraeste apontamento é a constatação de que dentre os pacientes em remissão 91,48% optam pela frequência aos grupos de ajuda mútua,

enquanto que somente 12,76% estão inseridos em atendimento ambulatorial em CAPS ou equivalente.

Quanto a Política de Assistência Social, embora a CT's tenham adotado os protocolos de referência e contra referência, e o SUAS faça a previsão legal deste atendimento, na prática não há uma retaguarda de trabalho com as famílias dos acolhidos, seja para preservação de vínculos ou a reconstrução destes. A implantação de Programas de apoio familiar é fundamental, pois a família sofre o impacto direto do poder protagonizador das drogas na vida do dependente, sendo usual a quebra das relações de confiança, respeito, credibilidade acarretam outras repercussões negativas como a criminalidade e a situação de rua. A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua aponta os problemas de alcoolismo e/ou outras drogas como um dos principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua, onde 35,5% dos entrevistados declararam estar na rua em razão do consumo de álcool e drogas (BRASIL, 2009). Muitas vezes, é dentro do núcleo familiar que se inicia um processo de reducionismo, estigmatização, marginalização e exclusão, que será posteriormente ampliado pela sociedade.

Ainda outros segmentos como a educação, habitação, esporte e cultura, que necessariamente compõe a rede de serviços essenciais ao processo de recuperação, tem pouca informação e interface com as comunidades terapêuticas, dificultando o livre acesso, a circulação e a ocupação de espaços sociais, fundamentais na reconstrução da autoestima e cidadania dos dependentes químicos.

### **6.3 Perfil do usuário**

Os resultados obtidos quanto ao perfil sociodemográfico do usuário, representado pela maioria de negros, pardos, pobres, solteiros e com baixa escolaridade guarda relação entre a realidade histórica das desigualdades socioeconômicas do país e a dependência química. Esses achados são semelhantes, aos encontrados em outros estudos nacionais e internacionais (FERNÁNDEZ; MONTALVO, 2008; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Em relação ao estado civil, os achados do presente estudo corroboram com os dados da literatura que apontam para a dificuldade que essas pessoas têm em

manter relacionamentos, uma vez que os usuários de drogas passam a reduzir atividades com seus familiares para o uso de drogas (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010; GUIMARÃES et al., 2009).

Observa-se ainda que 428 (60%) dos usuários tem idade acima de 30 anos, o que se relaciona com a vulnerabilidade das mudanças causadas pelo consumo de substâncias psicoativas, levando o usuário à debilidade e a uma demanda maior aos serviços de saúde (BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO 2012). A associação da dependência a outras comorbidades (MIQUEL et al., 2016) influencia na busca pela recuperação e reforçam a necessidade de integração desse componente assistencial com os demais serviços do SUS.

Um fator relevante é a constatação da baixa escolaridade e baixa renda, entre os pacientes menores de 30 anos, o que pode ser atribuído aos efeitos nocivos do álcool e outras drogas, que dificultam a concentração, a pontualidade e assiduidade, o comprometimento e, conseqüentemente, trazem perdas significativas às funções sociais e produtivas dos indivíduos, que fortalecem o ciclo de pobreza, a exclusão e nova recaída, ou baixa adesão pela falta de perspectiva.

#### **6.4 Baixa adesão**

A organização Mundial de Saúde ao relacionar a não adesão ao tratamento de doenças crônicas, com o aumento de custos, e a diminuição das possibilidades do sucesso, e a reincidência de crises, elenca os fatores que influem diretamente na adesão: fatores próprios do paciente, questões do tratamento, fatores socioeconômicos e a própria doença (OMS, 2003).

Na modalidade de CT, os pacientes acolhidos são admitidos voluntariamente e estão cientes que podem deixar o tratamento a qualquer momento, conforme preconiza a política nacional de saúde mental, que tem como diretriz a autonomia e o direito de escolha do sujeito.

Nos achados deste estudo, relaciona-se a baixa adesão ao modelo à falta de suporte familiar, ao desconhecimento ou a negação da dependência química como doença e a vulnerabilidade socioeconômica. No âmbito das CTs, a não adesão é traduzida por vários comportamentos e atitudes, desde a negativa de participar de atividades, ausência de modificação comportamental, baixa interação com o meio e com os pares até às atitudes agressivas para provocar uma alta administrativa.

A adesão à proposta terapêutica das CTs representa uma oportunidade de convivência e mudanças no acolhido de quem se espera um engajamento pleno. O não entendimento da dependência química como uma doença, passível de manejo a partir dos mais diversos recursos e estratégias, tira do indivíduo uma perspectiva, e favorece o abandono do tratamento e uma conseqüente volta ao uso. O estresse, a depressão, a influência de amigos, a falta de apoio dos familiares e o contexto social em que vivem, associam-se ao abandono do tratamento a recaída. A baixa autoestima e viver em ambiente familiar instável induzem usuário a persistir no comportamento adictivo (CARVALHO et al., 2011).

A família como capacidade de prover um ambiente protetivo e de cuidado, mesmo quando disfuncional ou com outros membros usuários de drogas, desde que engajada, motivada e predisposta a mudanças comportamentais relacionadas ao uso de droga, é fator fundamental na adesão à proposta (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Os índices de abandono do tratamento em CT são equivalentes aos índices de não adesão ao tratamento de outras doenças crônicas no Brasil, superiores a 50%, principalmente, quando se trata do paciente adolescente (TAVARES et. al., 2016).

Considerando os fatores individuais e institucionais, o presente estudo nos permite afirmar que a adesão está diretamente ligada a fatores motivadores e perspectivas de futuro, sejam aqueles existentes na família, na moradia, no trabalho, na completude e bem estar sem as drogas, quanto àqueles que a instituição será capaz de prover ou fomentar através das atividades previstas no Plano Terapêutico, na própria instituição ou em articulação com a rede de serviços do SUS, do SUAS e da sociedade, em geral.

## **6.5 Grupo em remissão**

Dentre os 47 pacientes em remissão denota-se sucesso em conseqüência da estratégia de estabelecimento de vínculos afetivos e a educação dos dependentes químicos para as atividades da vida diária, tanto as atividades de rotina, quanto a novas possibilidades de trabalho, lazer, cultura e formação de vínculos, bem como o comprometimento com as atividades de manutenção do tratamento.

Tanto nos dados quantitativos, quanto na análise dos discursos fica evidente a importância da família, tanto no processo de doença, quanto na cura. A família constitui uma das principais fontes formadoras de comportamentos e de crenças sobre saúde, por este motivo o processo de tratamento deve incluir a sua participação (OLIVEIRA, 2001).

Em qualquer momento do desenvolvimento humano, o reconhecimento social, a participação em grupos, e a valorização são fundamentais para seu bem estar, sobretudo no grupo familiar. Ainda que este esteja comprometido pela dependência de álcool e outras drogas, é um referencial diante da vida.

Destaca-se no conteúdo das entrevistas que dentre os hábitos cultivados durante o período de tratamento, prevalecem a frequência a alguma religião e aos grupos de ajuda mútua como principais fatores de manutenção. Em estudo específico sobre a importância da religiosidade no processo de recuperação da dependência química, identificou-se que a ela impacta positivamente no processo e reduz os índices de recaída, não pela prática em si, mais pela valorização, a ausência de preconceitos, o acolhimento e o sentir-se iguais aos outros, e por ter um espaço de fala e escuta sem julgamentos (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Quanto aos grupos de ajuda mutua AA/NA, estudos apontam que a frequência está associada à melhora nos níveis de ansiedade e autoestima, perpassados pelo conceito de irmandade, pertença, e cuidados de um poder superior, que colaboram para a superação dos sentimentos de ruptura e exclusão, comuns aos dependentes químicos. Esses grupos atuam como motivadores do processo de mudança e fortalecem as estratégias de enfrentamento e habilidades sociais apreendidas durante o processo de acolhimento em CT (MARCONDES ARANTES; LOPES OLIVEIRA; DUALIB, 2012). E ainda que não configurem uma modalidade de tratamento, se destacam como uma ferramenta complementar eficaz, de fácil acesso, gratuita e anônima, que deve ser reconhecida e integrada a realidade dos profissionais e familiares.

O processo de recaída refere-se a um colapso ou revés na tentativa de uma pessoa para mudar ou modificar qualquer comportamento-alvo, no caso dos dependentes químicos, pode-se conceituar como o retorno ao padrão de consumo de substâncias psicoativas, existente antes de qualquer tratamento (MARLATT E GORDON, 1993). Considerando estes conceitos, observa-se que os discursos deste grupo estão alinhados às conclusões do estudo que identificaram que a manutenção

da abstinência é mais difícil que atingí-la, justamente porque trata da mudança de vários padrões que influenciam diretamente no retorno ao uso. E que estar envolvido com os grupos de autoajuda, ter planos de vida concretos e manter-se ocupado com alguma atividade prazerosa é fundamental para afastar o desejo de consumo e construir novas alternativas de enfrentamento (RIGOTTO; GOMES, 2008).

## 7 CONCLUSÕES

O presente estudo sobre a efetividade das Comunidades Terapêuticas, apesar das limitações impostas pelo método empregado que restringe o tamanho amostral e o tempo de observação da população de interesse, dentre outras, trouxe resultados interessantes e atingiu os objetivos principais.

Verificou-se que as CT's avaliadas estão legalmente constituídas apresentam estruturas físicas e organizacionais adequadas e compatíveis com o serviço e a capacidade de atendimento. Entretanto o financiamento predominante com verbas públicas e valores percapta aquém do custo se desdobram em uma situação econômica frágil, sem alternativas de sustentabilidade econômica.

O método de tratamento preserva algumas características originais, todavia têm incorporado progressivamente técnicas e práticas clínicas, identifica-se um momento de transição e profissionalização do método. O registro de dados, o pensamento científico, a idéia do trabalho em rede, o rompimento com o paradigma do isolamento, e a incorporação de práticas contábeis transparentes e orientadas pelos órgãos oficiais, são os principais indicadores deste processo de mudança.

A permanência no serviço é baixa, porém compatível com registros internacionais sobre CT e outras modalidades de tratamento para dependência química. O que sugere não uma fragilidade do método, mais uma constante no público dependente químico em se vincular e permanecer em algum serviço em longo prazo.

O perfil sociodemográfico está associado à extrema vulnerabilidade e à exclusão social, e o perfil epidemiológico constitui-se de poliusuários, com a prevalência de uso ao longo da vida, de maconha, álcool, crack e cocaína, mais que buscaram o tratamento devido aos danos do crack.

Os pacientes que estão em remissão sustentada têm o sucesso terapêutico associado diretamente à conclusão do programa terapêutico, ao suporte afetivo familiar e social, às estratégias públicas e pessoais para a reinserção no mercado de trabalho e a permanência em grupos de autoajuda ou outro recurso específico para o tratamento da dependência química.

A CT é uma estratégia de promoção à saúde do dependente químico, pois deve se considerar que além das pessoas em remissão sustentada, há um grande

número de pacientes melhorados, que reduzem o uso, retomam suas atividades laborais, voltam ao convívio familiar, e que de alguma forma iniciam o processo, levando a redução progressiva de danos.

As CTs precisam passar por alguns processos de reestruturação interna, porém é ainda mais urgente que haja uma incorporação ideológica e política dessa estratégia por parte do Sistema Único de Saúde. Espera-se que a partir da identificação do perfil com melhor prognóstico de tratamento em CT, os processos de avaliação diagnóstica e regulação sejam revistos, a fim de aperfeiçoar o atendimento nas Unidades de Saúde Mental.

A identificação dos fatores preditores de sucesso no tratamento, pode reorientar as ações dos gestores públicos, pois evidenciam que o enfrentamento e a motivação para mudança do comportamento associado ao uso de drogas, requerem a integração de recursos. A formação de redes de apoio públicas e privadas, composta por serviços em todas as áreas da vida, é condição fundamental para aumentar a efetividade dos resultados.

Conclui-se, portanto, que a CT é efetiva no objetivo que se propõe de promover a abstinência, olhando não para droga, mais para o indivíduo, porém para que seus resultados sejam mais expressivos, a rede precisa aprimorar a regulação, a interface durante o acolhimento e estruturar os serviços ambulatoriais de saúde e assistência para recebê-los. Devem-se deslocar os investimentos, hoje centrados na institucionalização, para serviços residenciais transitórios, programas de escolarização, profissionalização, acompanhamento familiar e atividades de cultura e lazer, que deem ao dependente químico, razões para manter-se em remissão.

A remissão sustentada dos usuários avaliados está associada à conclusão do programa terapêutico, ao suporte afetivo familiar e social, às estratégias públicas e pessoais para a reinserção no mercado de trabalho, uma vez que esses pacientes restabeleceram vínculos, apresentavam escolaridade acima da média, conseguiram trabalho e renda. Nesse contexto, esses achados podem orientar os processos de revisão das políticas e dos planos terapêuticos das CTS.

## 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. G.; NISCATRI, S.; TONGUE, E. **Drogas: atualização em prevenção e tratamento curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa**. São Paulo: Editora Lemos, 1993.

ANDREZZO, J. M. M. **Comunidade Terapêutica para recuperação da síndrome da dependência química**. 2009. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Curso de Graduação em Psicologia Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2009.

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5**. 5ª Ed. Tradução NASCIMENTO, M. I. C. et al. Revisão técnica: CORDIOLI, A. V. et al. Porto Alegre: Artmed Editora Ltda, 2014, 992p. Disponível em: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>

ARNAU, D. C. Comunidades terapêuticas: la trasformación invisible. **Rev Adicciones**. v. 18, nº 4, p. 323-325, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, L. S. S.; BATISTA, M.; CONSTANTINO, P. Perfil de usuários de substâncias psicoativas do CAPS AD em 2000 e 2009, Campos dos Goytacazes, RJ. **Persp (online) Biol & Saúde**. v. 7, n. 2, p. 23-38, 2012.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev Esc Enfer. USP**. v. 44, n. 1, p. 11-7, 2010.

BEYNON, C. M, McMINN, A. M.; MARR, A. J. Factors predicting drop out from, and retention in, specialist drug treatment services: a case control study in the North West of England. **BMC Public Health**. v. 8, p. 149, 2008.

BONATO, V. L. **Gestão em Saúde: Programas de Qualidade em Hospitais**. São Paulo: Ícone, 2007. 119 p

BRASIL. Lei No 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 18 de nov. 2017.

BRASIL. ANVISA. **Resolução - RDC nº 101**, de 30 de maio de 2001. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res\\_0101.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf) Acesso em 15 de Dez.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23/12/2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e**

**com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em 18 de dezembro de 2016.

BRASIL. ANVISA **Resolução - RDC Nº 29**, de 30 de junho de 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.htm). Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL. MS-Portaria Nº 131, de 26/01/2012. **Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). Acesso em: 07 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública - **Programa Crack é Possível Vencer.** 2013. Disponível em: [http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs\\_oficiais/1\\_D\\_2013\\_Crack%20possivel\\_vencer\\_estrategia\\_completa.pdf](http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20possivel_vencer_estrategia_completa.pdf). Acesso em: 03 jan. 2017.

BRASIL-MS-PORTARIA Nº 1.482, DE 25/10/2016. **Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde.** Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/outubro2016/dia27/portaria1482.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

BRASIL. **Resolução SEDS 08/2017.** Disponível em [https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento\\_11\\_4.aspx?link=/2017/executivo%2520secao%2520i/maio/05/pag\\_0011\\_04US2QLEPC3P3e1OA2DJ8TL11S6.pdf&pagina=11&data=05/05/2017&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100011](https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=/2017/executivo%2520secao%2520i/maio/05/pag_0011_04US2QLEPC3P3e1OA2DJ8TL11S6.pdf&pagina=11&data=05/05/2017&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100011). Acesso em 01 dez. 2018.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). Nota Técnica N. 21 Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras.** 2017, 50p. 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). Acesso em: 18 nov. 2018.

BRASIL. **Edital de Credenciamento - SENAD N 01/2018.** Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/chamamento-publico/chamamento-publico-senad-no-01-2018/edital.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** Brasília-DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009, 240p. Disponível em:

[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_apren\\_apren\\_a\\_contar.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_apren_apren_a_contar.pdf). Acesso em: 03 dez. 2018.

BUTLER, S. Coolmine Therapeutic Community, Dublin: a 40-year history of Ireland's first voluntary drug treatment service. **Addiction**. v. 111, n. 2, p. 197-203, 2016.

CARVALHO, A. L. L.; AMARANTE, P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. **Saúde em Debate**. v. 52, p. 74, 1996.

CARVALHO, F. R. M. et al. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Colomb Med**. v. 42, Supl 1, p. 57-62, 2011.

CAULKINS, J. P. P. D, KASUNIC, A. M. S, LEE, M. C. M. S. Societal burden of substance abuse. **Int. Public Health J**. v. 6 n. 3, p. 269-282, 2014.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. v. 45, n. 5, p. 1274-1278, 2012.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA). **Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria**. 2017. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3). Acesso em: 21 nov. 2018.

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: Comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.6, p. 1168-1175, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. A. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais prática na implantação de programas**. 3ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 29-46.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: LOPES, M. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

DE LEON, G. A. **Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Editora Loyola, 2003.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring. The Definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saude Debate [Internet]**. v. 38, n. spe, p. 13-33, 2014.

FERNANDES, S. S. et al. Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de busca ativa. **Cad. Saúde Colet.** v. 25, n. 2, p. 131-137, 2017.

FERNANDEZ-MONTALVO, J.; ECHEBURÚA, E. Personality disorders and psychopathy in men convicted for severe intimate partner violence. **Psicothema**. v. 20, n. 2, p. 193-198, 2008.

FERRANDO, S. J.; FREYBERG, Z. Neuropsychiatric aspects of infectious diseases. **Crit Care Clin.** v. 24, n. 4, p. 889-919, 2008.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3ª Ed. São Paulo: Roca, 2015.

FRACASSO, L. Características da comunidade terapêutica. In: **Drogas e álcool prevenção e tratamento**. 4ª ed. Campinas: Komedi, 2009.

GALASSI, A.; MPOFU, E.; ATHANASOU, J. Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: Post-release trends in re-arrest, re-incarceration, and drug misuse relapse. **Int J Environ Res Public Health**. v. 12, n. 6, p. 7059-7072, 2015.

GOETHALS, I. et al. Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. **Subst. Use Misuse**. 46, n. 8, p. 1023-1031, 2011.

GÓMEZ-RESTREPO, C. et al. Quality measurers of therapeutic communities for substance dependence: an international collaborative study survey in Latin America. **Subst Abuse Treat Prev Policy**. v. 12, n. 1, p. 53, 2017.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família**. 2002. 209p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

HANSSON, S. O. Philosophy as a Unifying Discipline. **Theoria**. v. 67, n. 2, p. 93-95, 2001.

LEMOS, T.; ZALESKI, M. As principais drogas: como elas agem e quais os seus efeitos. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2006. p. 16-30.

MARCONDES ARANTES, J. C.; LOPES OLIVEIRA, L. F.; DUALIB, L. B. Grupos de mutua ajuda. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 31, p. 468-482.

MIQUEL, L, et al. Detection and prevalence of alcohol use disorders in primary health care in Catalonia. **Aten Primaria**. v. 48, n. 3, p. 175-182, 2016.

MORENO KÜSTNER, B.; TORRES GONZÁLEZ, F.; GODOY GARCÍA, J. F. Mental health services evaluation. **Actas Esp Psiquiatr**. v. 30, n. 4, p. 253-258, 2002.

NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE (NIDA). **Drugs, brains, and behavior the science of addiction** [Internet]. United States: 2010. disponível em: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_2014.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf). Acesso em: jun 16.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**. v. 34, n. 5, p. 547-549, 2000.

OLIVEIRA, A. L. C. O papel da família na prevenção primária precoce do uso, abuso e dependência de drogas. **O mundo da Saúde**. v. 25, n. 3, p. 305-309, 2001.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10\\_ultimaversaodisponivel\\_2012.pdf](http://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf). Acesso em 03/11/2016.

ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS). **Relatório mundial sobre drogas**. 2006. Disponível em [http://www.unodc.org/unodc/en/world\\_drug\\_report.html](http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html). Acesso em: 10 nov. 2016.

PINHEIRO, R. S. et al. Gender, morbidity, access and utilization of health services in Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

R CORE TEAM R: **A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing**. Vienna, Austria, 2017. Disponível em: <https://www.R-project.org/>. Acesso em: 18 nov. 2018.

REZENDE, E. P.; RIBEIRO M. Critérios diagnóstico de uso nocivo, abuso e dependência de substâncias. In: LARANJEIRA, R.; ZANELATTO, N. A (Orgs.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 33-42.

RIBEIRO, M.; YAMAGUCHI, S.; DUALIBI, L. B. Avaliação de fatores de risco e proteção. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012. p. 226-238.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 664p.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação de dependência química. **Psic.: Teor. e Pesq. [online]**. v. 18, n. 1, p. 95-106, 2008.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Rev. Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. São Paulo: **Rev. Saúde Pública [online]**. v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.

SCHULDEN, J. D.; LOPEZ, M. F.; COMPTON, W. M. Clinical implications of drug abuse epidemiology. **Psychiatr Clin North Am.** v. 35, n. 2, p. 411-423, 2012.

SHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SICAD (SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS): Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. **Relatório Anual, 2014 - A Situação do país em matéria de drogas e toxicodependências**. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências Morada: Ed. 2015, 181p. Disponível em:

[http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/77/Relat%C3%B3rio%20Anual%20a%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pa%C3%ADs%20em%20Mat%C3%A9ria%20de%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202014.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/77/Relat%C3%B3rio%20Anual%20a%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20do%20Pa%C3%ADs%20em%20Mat%C3%A9ria%20de%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202014.pdf). Acesso em: 05 jul. 2017.

SOUZA, A. J. G. et. al. Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 16, n. 1, p. 191-198, 2014.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev Saúde Pública.** v. 50, Supl 2, p. 1s-11s, 2016.

TIBURCIO, N. J.; KRESSEL D. An Enhanced Understanding of Therapeutic Communities World wide. **Rev Adicción Cienc.** v. 1, n. 4, p. 1-18, 2011.

UFSC (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA). Centro de Ciências da Saúde. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. 2016. Disponível em <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>. Acesso em: 12 de Ago.de 2017.

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. **Lancet.** n. 382, n. 9904, p.1575-1586, 2013.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. **Bull World Health Organ.** v. 78, n. 4, p. 413-426, 2000.

## 9 ANEXOS

## ANEXO A - COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



OFÍCIO Nº 3294/2018  
CEP/MGV

RIBEIRÃO PRETO, 21 DE NOVEMBRO DE 2018

PREZADOS SENHORES,

O TRABALHO INTITULADO “ESTUDO SOBRE A EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA DE ACOLHIMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS” – VERSÃO DE 22/10/2018, FOI ANALISADO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SUA 481ª REUNIÃO ORDINÁRIA, REALIZADA EM 19/11/2018 E ENQUADRADO NA CATEGORIA: **APROVADO**, BEM COMO O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VERSÃO DE 22/10/2018, DE ACORDO COM O PROCESSO HCRP Nº 10531/2018.

*DE ACORDO COM CARTA CIRCULAR Nº 003/2011/CONEP/CNS, DATADA DE 21/03/2011, O SUJEITO DE PESQUISA OU SEU REPRESENTANTE, QUANDO FOR O CASO, DEVERÁ RUBRICAR TODAS AS FOLHAS DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – APONDO SUA ASSINATURA NA ÚLTIMA DO REFERIDO TERMO; O PESQUISADOR RESPONSÁVEL DEVERÁ DA MESMA FORMA, RUBRICAR TODAS AS FOLHAS DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – APONDO SUA ASSINATURA NA ÚLTIMA PÁGINA DO REFERIDO TERMO.*

*ESTE COMITÊ SEGUE INTEGRALMENTE A RESOLUÇÃO Nº 466/12 CNS/MS. LEMBRAMOS QUE DEVEM SER APRESENTADOS A ESTE CEP, O RELATÓRIO PARCIAL E O RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA.*

ATENCIOSAMENTE.

**DRª. MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DO HCRP E DA FMRP-USP

Ilustríssimos Senhores  
**GENY CRISTINA DIAS RUIZ**  
**PROF.DR.JOSÉ SEBASTIÃO DOS SANTOS(ORIENTADOR)**  
Depto. de Cirurgia e Anatomia

## ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA CT CAMINHO DA PAZ



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu Dora Salomão Caldo responsável pela  
Comunidade Terapêutica Assoc. Acolhimento Dep. Quím. Caminho da Paz,  
declaro que tenho ciência e aceito a Sra. Sra. Geny Cristina Dias Ruiz, orientada pelo  
Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, vinculados ao curso de Mestrado Profissionalizante  
em Gestão das Organizações da Saúde da FMRP/USP, desenvolver nesta entidade o  
projeto de pesquisa: **“Estudo sobre a efetividade da estratégia de acolhimento de  
dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas”**, previamente aprovado pelo  
CEP.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência  
para seu desenvolvimento, com pleno acesso a dados, profissionais, prontuários e  
rotinas, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

1. O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012  
CNS/CONEP.
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do  
desenvolvimento da pesquisa.
3. Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da  
participação dessa pesquisa.
4. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha  
anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Dora Salomão Caldo

Assinatura do responsável

Ribeirão Preto/ 2017.

Assoc. de Acolh. p/ Dep. Químicos  
Caminho da Paz  
Dora Salomão Caldo

## ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA CT RAREV



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu Luiz Guimarães Júnior responsável pela  
Comunidade Terapêutica Fundação RAREV,

declaro que tenho ciência e aceito a Sra. Sra. Geny Cristina Dias Ruiz, orientada pelo Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, vinculados ao curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão das Organizações da Saúde da FMRP/USP, desenvolver nesta entidade o projeto de pesquisa: **"Estudo sobre a efetividade da estratégia de acolhimento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas"**, previamente aprovado pelo CEP.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, com pleno acesso a dados, profissionais, prontuários e rotinas, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

1. O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3. Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
4. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Assinatura do responsável

Ribeirão Preto/ 2017.

**Luiz Guimarães Júnior**  
**Orientador Sócioeducativo**  
**Gerente de Terapia**

## ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA CT AMOSTRA

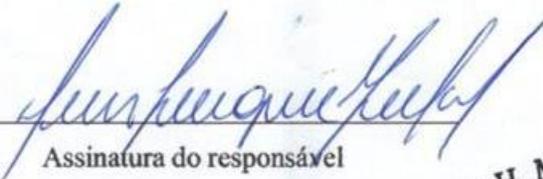
**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO****CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu DENIS HENRIQUE MUNHOL responsável pela  
Comunidade Terapêutica AMOSTRA,

declaro que tenho ciência e aceito a Sra. Sra. Geny Cristina Dias Ruiz, orientada pelo Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, vinculados ao curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão das Organizações da Saúde da FMRP/USP, desenvolver nesta entidade o projeto de pesquisa: **“Estudo sobre a efetividade da estratégia de acolhimento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas”**, previamente aprovado pelo CEP.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, com pleno acesso a dados, profissionais, prontuários e rotinas, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

1. O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP.
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.
3. Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
4. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

  
Assinatura do responsável

Ribeirão Preto/ 2017.

**Denis H. Munhol**  
Assistente Social  
CRESS nº 54920 - 9ª Região

## 10 APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTOR)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Estudo sobre a efetividade da estratégia de acolhimento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas**” sob a responsabilidade da pesquisadora Geny Cristina Dias Ruiz, orientada pelo Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, vinculados ao curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão das Organizações da Saúde da FMRP/USP. A pesquisa tem como objetivo identificar se Comunidade Terapêutica é efetiva no tratamento da dependência química, e qual o perfil apresenta melhores resultados. Considerando sua função de Gestor na Entidade e atende aos critérios da pesquisa, gostaria de realizar uma entrevista com você a fim de complementar as informações colhidas previamente, na fase preliminar da pesquisa, conforme Carta de Anuência. Informo que caso autorize a entrevista será gravada em áudio, posteriormente transcrita e analisada. Todas as informações por você fornecidas serão mantidas em sigilo, e se estiver cansado ou desconfortável a entrevista pode ser interrompida e retomada em outro momento. Caso entenda que as informações podem causar algum prejuízo pessoal, profissional ou institucional, você está livre para desistir a qualquer momento. Você poderá consultar o(a) pesquisador(a) responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo telefone (16) 99795xxxx, para esclarecimento de qualquer dúvida.

Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados fornecerão informações para indicar as adequações a serem feitas no modelo de tratamento e direcionar os investimentos financeiros. Os resultados serão utilizados para fins de divulgação em revistas, cursos e reuniões científicas.

Diante das explicações, se você concordar em participar deste projeto, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura. O documento será assinado em duas vias de igual teor e uma será entregue a você.

Participante: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura; \_\_\_\_\_

Pesquisador/Entrevistador: Geny Cristina Dias Ruiz RG:6.956.944

E-mail: [genycruiz@usp.br](mailto:genycruiz@usp.br) Telefone: (16)99795-xxxx

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura; \_\_\_\_\_

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP-USP "Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2222

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (EQUIPE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Estudo sobre a efetividade da estratégia de acolhimento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas**” sob a responsabilidade da pesquisadora Geny Cristina Dias Ruiz, orientada pelo Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, vinculados ao curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão das Organizações da Saúde da FMRP/USP. A pesquisa tem como objetivo identificar se Comunidade Terapêutica é efetiva no tratamento da dependência química, e qual o perfil apresenta melhores resultados. Considerando sua função de Gestor na Entidade e atende aos critérios da pesquisa, gostaria de realizar uma entrevista com você a fim de complementar as informações colhidas previamente, na fase preliminar da pesquisa, conforme Carta de Anuência. Informo que caso autorize a entrevista será gravada em áudio, posteriormente transcrita e analisada. Todas as informações por você fornecidas serão mantidas em sigilo, e se estiver cansado ou desconfortável a entrevista pode ser interrompida e retomada em outro momento. Caso entenda que as informações podem causar algum prejuízo pessoal, profissional ou institucional, você está livre para desistir a qualquer momento. Você poderá consultar o(a) pesquisador(a) responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo telefone (16) 99795xxxx, para esclarecimento de qualquer dúvida.

Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados fornecerão informações para indicar as adequações a serem feitas no modelo de tratamento e direcionar os investimentos financeiros. Os resultados serão utilizados para fins de divulgação em revistas, cursos e reuniões científicas.

Diante das explicações, se você concordar em participar deste projeto, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura. O documento será assinado em duas vias de igual teor e uma será entregue a você.

Participante: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Pesquisador/Entrevistador: Geny Cristina Dias Ruiz RG:6.956.944

E-mail: [genycruiz@usp.br](mailto:genycruiz@usp.br) Telefone: (16)99795-xxxx

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP-USP "Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2222.

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (DEPENDENTE QUÍMICO)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Estudo sobre a efetividade da estratégia de acolhimento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas**” sob a responsabilidade da pesquisadora Geny Cristina Dias Ruiz, orientada pelo Prof. Dr. José Sebastião dos Santos, vinculados ao curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão das Organizações da Saúde da FMRP/USP. A pesquisa tem como objetivo identificar se Comunidade Terapêutica é efetiva no tratamento da dependência química, e qual o perfil apresenta melhores resultados. Considerando que você foi um acolhido e atende aos critérios da pesquisa, gostaria de realizar uma entrevista com você. Informo que caso autorize a entrevista será gravada em áudio, posteriormente transcrita e analisada, porém todas as informações por você fornecidas serão mantidas em sigilo. Se estiver cansado ou desconfortável a entrevista pode ser interrompida e retomada em outro momento.

Você poderá consultar o(a) pesquisador(a) responsável em qualquer época, pessoalmente ou pelo telefone (16)99795xxxx, para esclarecimento de qualquer dúvida. Você está livre para, a qualquer momento, deixar de participar da pesquisa.

Você será informado de todos os resultados obtidos, independentemente do fato de estes poderem mudar seu consentimento em participar da pesquisa. Você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa. Este estudo é importante porque seus resultados fornecerão informações para indicar as adequações a serem feitas no modelo de tratamento e direcionar os investimentos financeiros. Os resultados serão utilizados para fins de divulgação em revistas, cursos e reuniões científicas.

Diante das explicações, se você concordar em participar deste projeto, forneça os dados solicitados e coloque sua assinatura. O documento será assinado em duas vias de igual teor e uma será entregue a você.

Participante: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura; \_\_\_\_\_

Pesquisador/Entrevistador: Geny Cristina Dias Ruiz                      RG:6.956.944

E-mail: [genycruiz@usp.br](mailto:genycruiz@usp.br)                                              Telefone: (16)99795-xxxx

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura; \_\_\_\_\_

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMRP-USP "Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2222.



<b>IV) Da Gestão De Recursos Humanos:</b>
Possui Política de Rh Definida ( ) sim ( ) Onde esta previsto? _____ Oferece Capacitação Inicial Para Os Funcionários ( ) Sim ( ) Não Quem Executa? _____ Dispõe De Quadro De Voluntarios: ( ) Com Contrato ( ) Sem Contrato Oferece Capacitação Inicial Para Voluntários ( ) Sim ( ) Não Quem Executa _____
<b>V) Condições organizacionais</b>
A instituição possui regimento interno em consonancia com política de direitos humanos ( ) sim ( ) não ( ) sim, mais esta desatualizado A instituição possui plano terapeutico atualizado? ( )sim ( ) não Os acolhidos possuem fichas individuais(prontuários) ? ( )sim ( ) não Quem evolui nos prontuários: ( ) assist.social ( ) psicólogo ( ) terapeuta ocupacional ( ) coordenador ( ) outros _____ Instituição possui manual de procedimentos/protocolos ( ) sim ( ) não
<b>VI) Relações com a rede SUS/SUAS</b>
A comunidade participa de discussões de caso no Caps-ad ( )sim ( ) não A comunidade é convidada para discussão de caso no Caps-ad ( ) sim ( ) não A CT participa de discussões de caso na rede de saude mental ( )sim ( ) não A comunidade participa do comad local ( ) sim ( ) não A comunidade possui ficha de referência e contra-referência SUS/SUAS ( )sim ( ) não A comunidade recebe acolhidos com ficha de referencia SUS/SUAS ( )sim ( ) não A comunidade participa de reuniões em ( ) cras ( ) creas ( ) centro pop ( ) acolhimentos Os acolhidos são encaminhados durante o tratamento para ( ) cras ( ) creas ( ) Os acolhidos são encaminhados durante o tratamento para ( ) caps ( ) caps-ad ( )
<b>VII) Tratamento</b>
Quais atividades são ofertadas durante o tratamento? Qual a peridiocidade da oferta? Quem executa: funcionários, voluntários ou o próprio acolhido? ( ) atividades da vida diaria ( ) 12 passos ( ) programa de prevenção a recaída ( ) espiritualidade ( ) grupos aa, na ( ) atividades terapia ocupacional ( ) atendimento psicologico inividual ( ) atendimento psicologico em grupo ( ) atendimento social individual ( ) grupos socio educativos ( ) oficinas de artes/artesanatos ( ) atividades externas de cultura e lazer ( ) atividades de profissionalização ( ) atividades de escolarização ( ) recolocação no mercado de trabalho ( ) acesso a documentação ( ) inserção ou manutenção do atendimento em saude mental ( ) inclusão no cadunico do gov. Federal ( ) encaminhamento de questoes legais (mp, defensoria, delegacias) ( ) atendimento familiar ( ) referenciamento para rede suas



**APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTORES E TRABALHADORES**

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Formação profissional: \_\_\_\_\_ Tempo de formado \_\_\_\_\_

Pós Graduação \_\_\_\_\_

Outros cursos em dependência química \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho em CT \_\_\_\_\_ na CT atual \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo \_\_\_\_\_ Adicto em Recuperação ( ) sim ( ) não

- 1) Qual a sua definição de Comunidade Terapêutica?
- 2) A partir da sua vivência profissional, quais são os fatores que você acredita dificultarem a adesão ao tratamento?
- 3) Existe um perfil de dependente químico mais difícil de ser trabalhado?
- 4) Quais os fatores, na sua opinião, favorecem a adesão ao tratamento?
- 5) Na sua percepção qual a maior contribuição do método de Comunidade Terapêutica, para a reabilitação de um dependente químico?
- 6) O que você entende que ainda precisa ser modificado na metodologia de trabalho em CT?
- 7) Você acredita que a articulação com a rede de saúde mental do município, influi nos indicadores de adesão e ressocialização? Como?
- 8) Você acredita que a articulação com a rede de Assistência Social do município, influi nos indicadores de adesão e ressocialização? Como?
- 9) Como é avaliado que o acolhido está apto para ter alta?
- 10) Quais são os fatores que dificultam o processo de reinserção social?
- 11) A que você atribui os casos de múltipla internação/acolhimento sem sucesso?
- 12) Em sua opinião profissional a Comunidade Terapêutica, tem mais características de um serviço da Política de Saúde ou de Assistência Social?
- 13) O que você julga fundamental para manutenção dos ganhos obtidos, após a alta?
- 14) Se alguém que procura tratamento para a dependência química te pedisse uma opinião sobre qual tipo de tratamento seguir, qual você sugeriria e por que?

## APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA DEPENDENTE QUIMÍCO

Nome: \_\_\_\_\_ data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comunidade terapêutica do ultimo tratamento \_\_\_\_\_:

Data inicio do último tratamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ conclusão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de alta: ( ) terapêutica ( ) solicitada ( ) administrativa ( ) evasão

Tempo em remissão a partir da alta \_\_\_\_\_

- 1) O que te levou a procurar tratamento?
- 2) Quais os tipos de tratamento você já realizou?
- 3) Qual o tratamento você se adaptou melhor e por quê?
- 4) Como você conheceu a Comunidade Terapêutica pela primeira vez?
- 5) Defina com suas palavras o que é uma Comunidade Terapêutica?
- 6) Você poderia ir embora a qualquer momento?
- 7) O que você acha que foi fundamental para você permanecer na comunidade Terapêutica?
- 8) O que te deu mais motivação para continuar em tratamento?
- 9) Como eram os relacionamentos dentro da Comunidade Terapêutica?
- 10) De tudo que a comunidade oferece no Plano Terapêutico o que foi mais importante para a sua recuperação?
- 11) Na sua opinião, quais são os pontos negativos da Comunidade Terapêutica?
- 12) Durante o período de acolhimento você fazia algum tratamento psiquiátrico ou clínico fora da CT, na rede pública ou privada?
- 13) Quando você foi acolhido como estava a relação com a sua família?
- 14) Quando você foi acolhido como estava sua vida profissional/escolar?
- 15) Quando você foi acolhido, havia alguma pendência legal?
- 16) O que a Comunidade Terapêutica mudou na sua relação com o mundo?
- 17) Após o acolhimento você fez ou ainda faz algum tipo de acompanhamento? Quais?
- 18) Você participa de algum Grupo de Ajuda Mútua? Qual?
- 19) Você teve algum lapso? Quando? Quantas vezes?
- 20) A que você atribui o sucesso no seu processo de tratamento e sua reinserção social?