

# SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Thiago Galdino de Souza<sup>1</sup>

## RESUMO

Objetivou-se compreender a dinâmica da saúde mental em cidades de pequeno porte. Realizou-se a pesquisa bibliográfica com abordagem crítica de artigos de 2008 a 2018, em língua portuguesa, acessíveis em bases de dados Scielo online e em bases de dados nacionais. Foram utilizados os descritores: drogas/pequeno/município; álcool/drogas/municípios; álcool/drogas/internação e álcool/drogas/caps, sendo extraídos relatos de experiência e revisões bibliográficas. Verificou-se que a internação em locais isolados, sem profissionais de saúde, e juntamente com a falta de fiscalização, tem sido o recurso para a alta complexidade em saúde mental. Concluiu-se que faz-se necessário um olhar mais abrangente para a regulamentação e fiscalização das entidades, que se impliquem as conturbações necessárias de uma reforma, bem como a elaboração de leis que atendam a diversidade territorial brasileira.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Municípios de pequeno porte; Reforma Psiquiátrica.

## MENTAL HEALTH, ALCOHOL E OTHER DRUGS IN SMALL TOWNS: A LITERATURE REVIEW

### ABSTRACT

The purpose of this study was to understand the dynamics of mental health in Brazilian small towns. The bibliographical research was carried out with a critical approach to articles from 2008 to 2018, in Portuguese, accessible in Scielo online databases, and in national databases. The descriptors used were: drugs/small/towns; alcohol/drugs/towns; alcohol/drugs/hospitalization and alcohol/drugs/caps (Brazilian Centers of Psychosocial Attention, being extracted reports of experience and bibliographical reviews. It was verified that the hospitalization in isolated places, without health professionals and together with the lack of inspection, has been the resource for high complexity in mental health. It was concluded is necessary to look more comprehensively for the regulation and supervision of the entities, that implies the necessary disturbances of a reform, as well as, the elaboration of laws that meet the Brazilian territorial diversity.

**Keywords:** Mental health; Small towns, Brazilian Psychiatric Reform.

---

<sup>1</sup>Pós-graduado em Saúde Mental Coletiva - CRP 04/36869.

# **SALUD MENTAL, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EM PEQUEÑOS MUNICIPIOS: UMA REVISIÓN DE LA LITERATURA**

## **RESUMEN**

Se objetivó comprender la dinámica de la salud mental en ciudades pequeñas. Se llevó a cabo la literatura con el enfoque crítico de los artículos de 2008 y 2018, en portugués, accesibles en la bases de datos Scielo en línea y bases de datos nacionales. Se utilizaron los descriptores: drogas/pequeño/municipio; alcohol/drogas/municipios; alcohol/drogas/internación y alcohol/drogas/caps, siendo extraídos relatos de experiencia y revisiones bibliográficas. Se verificó que la internación en lugares aislados, sin profesionales de la salud, y junto con la falta de fiscalización, ha sido el recurso para alta complejidad en salud mental. Se concluyó que se hace necesario una mirada más amplia para la regulación y fiscalización de las entidades, qué implica las conturbaciones necesarias de una reforma, así como la elaboración de leyes que atiendan a la diversidad territorial brasileña.

**Palabras-clave:** Salud Mental; Municipios de pequeño porte, Reforma Psiquiátrica.

---

## **SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

### **Introdução**

O descaso que impacta de forma histórica e contínua as pessoas que sofrem exclusão pelos serviços de saúde mental fomenta a necessidade de um olhar sobre as reais demandas da população. A fim de enfrentar essas questões, a Reforma Psiquiátrica teve o seu marco legal inicial na Lei nº 10.216, de 2001. Ela sistematiza a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Na referida lei, previu-se o término de longos períodos de internações asilares e a implementação dos serviços de base territorial, sem a exclusão do convívio da sociedade, definindo a internação psiquiátrica em voluntária (solicitada pelo paciente) e involuntária (sem o seu consentimento). Posteriormente, na Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, foram definidas as diretrizes no acompanhamento aos usuários de álcool e outras drogas, os quais, na condição de cidadãos dotados de direitos e deveres, e, sobretudo, direito à dignidade, possuem direito ao tratamento de suas enfermidades e de inserção social.

A ampliação do acesso à rede de tratamento por meio da implantação das Comunidades Terapêuticas, das equipes de Consultório de Rua e Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas são os principais dispositivos dessa nova abordagem em saúde mental, a fim de intervir no próprio território do usuário (BRASIL, 2011). Torna-se necessário, então, um olhar crítico sobre os elementos centrais na proposição dos serviços de saúde mental, sendo o contexto, os sujeitos e as drogas observados de forma dinâmica (SLUZKI, 1997).

Diante desse cenário, Bezerra Junior (2007) afirma:

Num país como o Brasil, de dimensões continentais e enorme diversidade cultural, não é possível construir um modelo assistencial que sirva igualmente para as megalópoles

e as pequenas cidades do interior, para grandes concentrações populacionais e regiões de população escassa, como em certas áreas amazônicas (p. 244).

Assim, a rede e o território são centrais na proposta da Reforma Psiquiátrica e, por isso, não podem ser pensadas de forma idêntica em contextos socioculturais tão diferentes.

O uso problemático de álcool e outras drogas é um problema grave de saúde pública e que se agrava ainda mais com a ausência de políticas que impliquem nas reais demandas de cada região e nas suas especificidades (TRONCOSO, ALVAREZ e SEPÚLVEDA, 1996). Vale assinalar que, na ausência do estabelecimento e de uma clara política de saúde voltada para esse segmento, surgiram no Brasil diversas *alternativas de atenção* com um único objetivo a ser alcançado: a abstinência. Tal proposta segrega e exclui qualquer possibilidade de inserção social, já que a retirada do indivíduo da convivência social e o rompimento dos seus vínculos familiares é a principal característica desse serviço dito alternativo (RIBEIRO, 2012).

Existem leis e propostas que norteiam a ação no tratamento do usuário de álcool e outras drogas em sofrimento mental com base em portarias e diretrizes que mantêm o usuário em seu território, com suporte das equipes de saúde, de seus familiares e inserido socialmente. A reabilitação psicossocial e a inserção social se compõem pela implantação e exercício no cotidiano dos serviços da definição das responsabilidades dos atores envolvidos no processo de inclusão social na comunidade, pensada na singularidade do trabalho em rede territorial e do indivíduo (ANDRADE e VAISMAN, 2002).

O discurso dominante, no qual o usuário de drogas deve ser segregado para a manutenção da abstinência, não deve ser compreendido como forma de tratamento. A Lei 10.216/01 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, em seu Artigo 2º elenca os direitos dos pacientes e familiares, que inclui, dentre outros, o melhor tratamento de saúde e o tratamento humano e respeitoso (BRASIL, 2001). Mesmo assim, a referida Lei, em seu Artigo 6º, prevê a possibilidade de internação compulsória mediante a apresentação de um laudo médico pontual, seguido de uma determinação judicial (BRASIL, 2001).

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Não há uma análise mais profunda do estado do paciente, baseando-se o juiz apenas em um laudo médico que, na maioria das vezes, foi elaborado no momento de crise do usuário. Não se levam em conta os demais aspectos de sua vida, especialmente sua condição social e relações familiares (PEREIRA, 2012).

Tal internação fere os direitos e garantias fundamentais da Constituição da República como, por exemplo, no *caput* do Artigo 5º, inciso II, “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de Lei” ou inciso III, “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 1988, p. 17). As internações que vêm ocorrendo podem ser equiparadas à tortura, com repetidas situações de maus tratos, cárcere privado e trabalhos forçados, como se constatou na última fiscalização do Conselho Federal de Psicologia com participação de outras entidades.

Segundo o Relatório de Inspeção Nacional do CRP em Comunidades Terapêuticas realizado em outubro de 2017, foram visitadas 28 instituições em todas as regiões do país, em 12 unidades da federação (11 estados e o Distrito Federal), estimando-se em torno de duas mil dessas instituições Brasil afora.

As Comunidades Terapêuticas enquadradas na Portaria nº 1.482 de 25 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde criaram o seu próprio Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e, com a Lei 12.868/13, essas instituições foram classificadas como Entidades Beneficentes de Assistência Social (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas [FEBRACT], 2018). Nessa regulamentação, as Comunidades Terapêuticas passaram a integrar a rede complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro do tipo 83, que significa que não oferecem atendimento clínico ou qualquer outra função hospitalar.

Em nota, a FEBRACT contesta o relatório produzido pelo CFP e Ministério Público Federal (MPF). Segundo seus representantes, as Comunidades Terapêuticas não são instituições psiquiátricas de internação (FEBRACT, 2018). Para a Federação, o CFP e o MPF não teriam competência ou jurisprudência para fiscalização, enfatizando que “os estabelecimentos fiscalizados no último relatório usam de má fé o título de Comunidade Terapêutica para realizarem maus tratos, cárcere privado, trabalhos forçados ou tortura”.

No entanto, a Lei Federal nº 10.216/01 é ambígua e paradoxal: prevê como principal objetivo a desospitalização e, ao mesmo tempo, torna regra a internação compulsória. Ela deve ser aplicada somente para os casos de doentes mentais que cometam alguma infração criminosa, como espécie de medida de segurança, não se aplicando aos dependentes químicos. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) incluíram equipes de Saúde Mental. Porém, pacientes em situações de crise eram, e ainda são, encaminhados para internação nos hospitais de referência e, depois, encaminhados para internação em Comunidades Terapêuticas (LUZIO e L’ABBATE, 2009).

No entanto, observa-se que em cidades com até 15 mil habitantes, nas quais o Ministério da Saúde não indica a implantação do CAPS, não existem dispositivos para acompanhamento em rede ao usuário de álcool e outras drogas como previsto na Portaria nº 3088/2011. Dessa forma, as internações agregadas ao tratamento asilar de longa duração em Comunidades Terapêuticas são o único suporte oferecido em cidades de pequeno porte, geralmente disponível em cidades distantes, com instalações em zona rurais (BRASIL, 2007).

Uma vez que a atenção primária à saúde promovida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) não oferece serviços de alta complexidade, o atendimento de média e alta complexidade é realizado majoritariamente nos hospitais (BRASIL, 2007). Contudo, os

municípios com menos de 15 mil habitantes ainda podem fazer pactuações intermunicipais para a implantação de Centros de Atenção Psicossocial Regionais ou em Consórcio.

Orientamos que sejam organizadas ações de saúde mental, em cada Município participante desta pactuação, na atenção básica, por meio dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) ou pela implantação, por parte do município, de equipes de saúde mental que façam apoio matricial às equipes de Saúde da Família/UBS (INSTRUÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS, 2011, p. 2).

Assim, são três as possibilidades de implantação de serviços substitutivos em saúde mental em municípios de pequeno porte: pactuações intermunicipais para implantação de CAPS Regional ou Consórcio, internação ou o matriciamento na UBS.

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar o atendimento especializado de equipes e profissionais encarregados da atenção de problemas de saúde de maneira personalizada e interativa. É uma forma de articular a lógica interdisciplinar com o poder organizacional (CAMPOS, 1998). O Apoio Matricial é um trabalho complementar. Ele pretende oferecer suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (FURTADO, 2007).

A principal crítica é em relação ao atendimento realizado em outra cidade, quando realizado. Perde-se a lógica territorial, o acompanhamento e a disponibilidade diária do serviço. Perde-se também a possibilidade de evitar a internação, visto a inviabilidade do acolhimento na crise ou pré-crise (PEREIRA, 2012). Além disso, a fragmentação do trabalho em saúde realizado pelo matriciamento dificulta o vínculo da equipe. A superposição de várias chefias produz mais conflitos em uma atividade corporativa, além de reforçar eventuais rivalidades: o time dos médicos, dos enfermeiros, dos nutricionistas, e assim por diante (CUNHA, 2011).

O presente artigo, dessa forma, visa a analisar como a rede substitutiva aborda usuários de álcool e outras drogas em cidades de pequeno porte com base em uma revisão de literatura. Para isso, identificaram-se as pesquisas desenvolvidas no Brasil relacionadas aos serviços substitutivos a usuários de álcool e outras drogas e analisaram-se as propostas de tratamento em cidades de pequeno porte, em situações onde não é indicado o CAPS.

## Métodos

A pesquisa realizada valeu-se do referencial metodológico de revisão integrativa dos estudos publicados referentes a drogas e municípios de pequeno porte, tendo como finalidade compreender o que está sendo produzido referente ao tema central. A pesquisa foi realizada recorrendo-se às bases de dados eletrônicas da plataforma *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), considerando-se publicações entre os anos de 2008 a 2018, em cidades com menos de quinze mil habitantes. Foram selecionadas revisões bibliográficas e relatos de experiência com textos em português. Mendes *et al.* (2008) discutem que este método de revisão permite “reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado” (p. 759).

O processo consistiu em definição do tema e escolha da hipótese ou problema de pesquisa para a preparação da revisão integrativa, determinação dos critérios para inclusão e/ou exclusão dos estudos e delimitação das informações a serem apropriadas dos estudos selecionados. Posteriormente, foi realizada a categorização da revisão e análise dos estudos envolvidos na revisão, de forma crítica e explicativa. Em seguida, foram discutidos os resultados obtidos a partir de uma avaliação crítica dos estudos, relacionando-os com o levantamento teórico e possibilitando indicação de possíveis pesquisas importantes para o tema. Por fim, produziu-se o relatório de pesquisa, contemplando sistematicamente as seis etapas realizadas e apresentação dos principais resultados (MENDES *et al.*, 2008).

Na coleta dos dados utilizou-se como referência a análise temática. Ela permite conhecer os núcleos de sentido presentes nos estudos, sendo a análise fracionada em três etapas, conforme Minayo (2008). Primeiro realizou-se a pré-análise, que consiste na seleção do material a ser analisado e no estabelecimento de descritores, com base em leitura flutuante, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. No segundo momento, a exploração do material se deu por meio da elaboração de categorias emergentes na etapa anterior, sendo essas expressões ou palavras significativas em relação ao objetivo da pesquisa, com classificação e agregação dos dados, selecionando as categorias teóricas ou empíricas. Por fim, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, permitindo interrelacionar as informações obtidas.

A revisão integrativa teve como critério de inclusão o número de habitantes do município em que cada pesquisa foi realizada, desde que não ultrapassasse quinze mil habitantes. No caso das revisões de literatura, essas deveriam contemplar em seu critério de inclusão pesquisas empíricas e relatos de experiência também realizadas em municípios de pequeno porte. Em relação ao banco de dados SciELO, o material presente na busca, e enquadrado segundo os critérios de inclusão adotados, está demonstrado no Quadro 1:

<b>Ano e autor(es)</b>	<b>Título</b>	<b>Local/ Habitantes</b>	<b>Descritores</b>
GABATZ (2013)	Percepção do usuário sobre a droga em sua vida.	Comunidade Terapêutica de um município de pequeno porte. RS, Brasil.	Drogas/ Pequeno/ Município.
Ano e autor (es)	Título e objetivo(s)	Local/ Habitantes	Descritores
SCADUTO (2015)	Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento.	Cidade do interior do Estado de São Paulo. Localização na zona rural.	Álcool/ Drogas/ Interação.
ALVAREZ (2012)	Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas.	Cidade do extremo sul do Brasil. 10 familiares.	Álcool/ Drogas/ Interação.

TEIXEIRA (2017)	Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016.	Normativos: os modelos hegemônicos, as influências na organização dos serviços e intersetorialidade.	Álcool/ Drogas/ Internação.
PERRONE (2014)	A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?	Documentos oficiais e sites institucionais, sem um recorte temporal específico.	Álcool/ Drogas/ Internação.
ALVAREZ (2012)	Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas	Cidade do extremo sul do Brasil. Não	Álcool/ Drogas/ CAPS

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Foram identificados um total de cinco artigos enquadrados nos critérios de acordo com ano, autor, título, local, número de habitantes e tipo de pesquisa. Destes, três são relatos de experiência: Gabatz (2013), Scaduto (2015) e Alvarez (2012), sendo o último verificado em duas formas de descritores: álcool/drogas/caps (01 de 35 artigos) e álcool/drogas/internação (01 de 27 artigos). Dois artigos foram de revisão bibliográfica: Perrone (2014) e Teixeira *et al.* (2017). Mesmo os artigos não enquadrados foram categorizados. Ao todo, foram 79 encontrados, muitos sobre o tema central, contudo, sem compor o critério de ausência de CAPS e municípios de pequeno porte.

## Resultados e Discussão

A partir da tríade de descritores associados ao assunto, foram selecionados e descartados os artigos que se enquadravam e não se enquadravam na pesquisa, sendo todos lidos completamente.

O estudo bibliográfico realizado permitiu identificar duas categorias ao final: artigos a favor das Comunidades Terapêuticas e artigos contra as Comunidades Terapêuticas. Pode-se concluir, antecipadamente, a respeito da escassa produção científica sobre a temática abordada.

Para os descritores drogas/pequeno/município, foram identificados cinco artigos, sendo apenas um enquadrado nos critérios de inclusão. Trata-se de uma pesquisa realizada em uma Comunidade Terapêutica de um município de pequeno porte da Região Noroeste do Rio Grande do Sul. A pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo realizado por psicólogos analisa a percepção do usuário sobre a droga em sua vida, enfatizando a importância da família na assistência ao tratamento, como auxílio à mudança de comportamento e adoção de um estilo de vida com abstinência de substâncias psicoativas (GABATZ, 2013).

O relato foi concluído, enfatizando a equipe multidisciplinar e a importância do rompimento dos estigmas e preconceitos com o usuário de álcool e outras drogas a fim de aumentar a adesão ao tratamento (GABATZ, 2013). Nota-se uma contradição nesse processo, uma vez que a proposta das Comunidades Terapêuticas é a segregação do usuário em locais isolados, muitas vezes na zona rural. No entanto, o artigo reforça a participação familiar como parte importante no processo de recuperação (BEZERRA JR., 2017).

Na consulta que recorreu aos descritores álcool/drogas/municípios, foram retornados dez artigos, porém, nenhum deles correspondeu aos critérios de inclusão. Todos os artigos para esses descritores se relacionaram a pesquisas ou experiências realizadas em cidades com mais de 15 mil habitantes, ou seja, em cidades indicadas para implantação de serviços substitutivos como CAPS.

O CAPS é referência para o tratamento de transtornos mentais severos e persistentes, os quais justificam a permanência do paciente em um lugar de atendimento intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde (BRASIL, 2004). A rede é um conceito fundamental para a compreensão do papel do CAPS, já que torna-se um dispositivo estratégico no cuidado em saúde mental fora do hospital, articulado à rede básica de saúde e com o território, em contato com comunidade (BRASIL, 2004).

Segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), o território é um “espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, o espaço de laços sociais, de qualidade de vida, e de exercício político dos cidadãos” (p. 38). A mudança de paradigma na atenção em saúde mental implica não só em práticas relacionadas à saúde, mas também em debates sobre o sistema de saúde e socioassistencial como um todo (LEÃO e BARROS, 2008).

Sabe-se que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde, pode ser implantado em qualquer município brasileiro, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2018). Nessa perspectiva, alguns questionamentos podem ser realizados com base na revisão de literatura realizada: por que o município, mesmo com o NASF, UBS e CRAS implantados e todos seus profissionais capacitados na atuação com usuários de álcool e outras drogas, e suas respectivas crises, enviam pacientes para internações em Comunidades Terapêuticas por longos períodos?

Se a proposta dos serviços substitutivos é o trabalho multidisciplinar com articulação na rede e com foco no fortalecimento dos vínculos sociais e familiares, a internação compulsória em Comunidades Terapêuticas deveria ser compreendida como uma conduta que deveria ser adotada excepcionalmente pelo serviço substitutivo? Ou, no máximo, ser a última opção do processo de tratamento? Será que a internação compulsória, realizada por uma autoridade ou por um terceiro, segregando o indivíduo do convívio social por uma condição de saúde, junto de pessoas que possuem o mesmo diagnóstico com a possibilidade de prorrogação do prazo de internação a critério de outrem, difere do modelo asilar dos hospitais psiquiátricos do século XX? Trata-se de um fenômeno intrigante em plena vigência da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para os descritores álcool/drogas/internação, foram identificados 28 artigos, sendo quatro enquadrados nos parâmetros citados na metodologia: Scaduto (2015), Alvarez (2012), Teixeira *et al.* (2017) e Perrone (2014). Os dois primeiros artigos são relatos de experiências e, os dois últimos, pesquisa documental e bibliográfica, respectivamente. A pesquisa bibliográfica é mais específica em relação às leis e resoluções que norteiam a saúde mental. O artigo de Scaduto (2015) defende a concepção de Comunidade Terapêutica como instituição que oferece importante contribuição para a compreensão e tratamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas:

O tratamento na CT consiste em um modelo estruturado de relacionamentos interpessoais estabelecido em um ambiente isolado do contexto sociofamiliar, ordenado por regras que visam a favorecer relações francas e abertas entre os indivíduos (SCADUTO, BARBIERI e SANTOS, 2015, p. 783).

Para isso, segundo os autores, tais instituições dependem de adaptações às necessidades dos indivíduos atendidos e equipe multidisciplinar. Além disso, devem oferecer atenção em diferentes níveis e visar ao tratamento de pessoas e não de problemas, a partir de um modelo teórico coeso, com implicações práticas claramente definidas. Scaduto, Barbieri e Santos (2015) apontam que tais desafios não são apenas das Comunidades Terapêuticas, mas de todo o sistema de atenção à saúde mental no Brasil. No entanto, o último relatório realizado pelo CFP e MP demonstra “as deficiências do tratamento decorrentes do pouco preparo das equipes e do não cumprimento dos requisitos da ANVISA na maioria das CT” (SCADUTO, 2015 *apud* RAUPP e MILNITISKY-SAPIRO, 2008). E ainda contrariando as diretrizes da Lei nº 10.216, o modelo de tratamento é alicerçado em atividades religiosas e baseado no método dos 12 passos.

Na pesquisa de Alvarez (2012), a ênfase é dada ao papel do enfermeiro no grupo durante a atividade grupal. Segundo o autor, a escuta é a principal ferramenta do enfermeiro no grupo de apoio, estabelecendo o processo de comunicação e relacionamento terapêutico. Conforme considera, a humanização no grupo acontece por meio de atividades, podendo estimular a construção de um projeto de vida na medida do possível.

O artigo de Teixeira (2017) chama a atenção para o percurso legal da saúde mental no Brasil no intervalo de tempo referido e suas implicações. Essa pesquisa foi realizada por uma equipe da Escola Nacional de Saúde Pública e FIOCRUZ, apresentando os paradigmas do proibicionismo e antiproibicionismo. O movimento antiproibicionista busca romper com a visão de falha de caráter atribuída aos dependentes de álcool e outras drogas. Já o movimento proibicionista tem base na concepção da dependência como doença, como no século XVIII, no qual comportamentos como vício eram considerados sinais de fraqueza e de falha moral (TEIXEIRA *et al.*, 2017).

O texto faz duras críticas ao proibicionismo e aponta a política de Redução de Danos como medida mais adaptada aos direitos humanos. Segundo a autora, o caminho para a diminuição do consumo de substâncias psicoativas deve se dar por investimento em educação, com informação sobre o consumo de álcool e outras drogas e seus respectivos efeitos (TEIXEIRA *et al.*, 2017). Conclui enfatizando a redução de danos como melhor medida para o usuário crônico de substâncias psicoativas, sem cerceamento de direitos, com garantias de dignidade no tratamento e dentro de seu território.

Finalmente, o artigo de Perrone (2014) aborda o crescimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil sem fiscalização ou adequação ao modelo proposto pela ANVISA. O modelo das Comunidades Terapêuticas é equiparado ao modelo hospitalocêntrico quando se refere ao tratamento, para além das instalações:

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência

de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução (Resolução - RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011).

Perrone (2014) reforça a ausência de políticas públicas que de fato assumam esse problema com contundência. Esclarece que na maioria desses locais acontecem práticas desumanas, muito semelhantes às criticadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, o que tem desqualificado o modelo das Comunidades Terapêuticas. Cabe ressaltar, finalmente, que das 68 instituições vistoriadas pelo CFP em outubro de 2017, apenas quatro fazem parte da relação das CT filiadas fornecida pela FEBRACT, o que evidencia, mais uma vez, a necessidade de regulamentação e fiscalização que esta abordagem de trabalho exige, a fim de que seja realizado com seriedade e eficácia (PERRONE, 2014).

Dos cinco artigos incluídos nos critérios da pesquisa, pode-se observar que dois são, de modo geral, a favor das Comunidades Terapêuticas e três contra elas. A Portaria que fomenta as diretrizes das CT registra que:

Art 9º. São pontos de atenção na Rede de Atenção Psicossocial na atenção residencial de caráter transitório os seguintes serviços:

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Portaria nº 3088. BRASIL, 2011).

Uma vez renovada a internação depois de nove meses, quais vínculos tal usuário teria após o regresso depois de anos isolado com seus *pares*? A meta do serviço asilar é a abstinência, sem perspectiva pela via da redução de danos, sem oportunidade de recaídas. Nessa perspectiva, o cidadão é condicionado à abstinência ou à segregação (LEÃO e BARROS, 2008).

Em uma análise inicial a partir dos descritores e das categorias, percebe-se a escassez de pesquisas relacionadas à saúde mental e usuários de substâncias psicoativas em municípios com menos de quinze mil habitantes. Nem um princípio da luta antimanicomial se aplica nesses territórios pois, em situações de crise, tais usuários são internados de seis a nove meses. Não há preocupação com vínculo, subjetividade ou individualidade. O indivíduo passa a ser sujeito, sujeitado à crença e determinação de terceiros (LEÃO e BARROS, 2008).

Talvez a maior discrepância seja o fato de as Comunidades Terapêuticas serem financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça, sem a cobrança de profissionais da saúde inseridos no quadro de colaboradores (Portaria nº 834, de 26 de abril 2016 e Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012). No Art. 2º da Portaria nº 131 consta incentivo financeiro de custeio instituído no Art. 1º, que é da ordem de 15 mil reais mensais para cada módulo de 15 vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de dois módulos por entidade beneficiária.

Ambas as Portarias não preveem equipe profissional de saúde inserida na Comunidade Terapêutica. O serviço disponibiliza um coordenador, profissional de saúde de nível

universitário com pós-graduação *lato sensu*, com jornada das sete às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados e dois profissionais de saúde de nível médio, presentes nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. São classificadas como Entidades Beneficentes de Assistência Social (Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012).

Como essas entidades podem contribuir para a prestação de serviços de alta complexidade sem a exigência de profissionais de saúde inseridos na equipe técnica? Segundo os artigos selecionados e enquadrados nas categorias a favor das Comunidades Terapêuticas, elas reforçam o rompimento dos estigmas e preconceitos dos facilitadores em relação ao usuário de álcool e outras drogas, aumentando a adesão ao tratamento dos mesmos. O que não implica em um tratamento clínico, de ordem integrada, como exige a demanda de alta complexidade.

De acordo com as diretrizes vigentes na Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, a dependência química seria da ordem de baixa complexidade com indicação de acompanhamento em Unidade Básica de Saúde em municípios de pequeno porte. No entanto, toda a dinâmica que compõe a vida de um usuário de álcool e outras drogas enquadra-se nos requisitos de apoio integrado e de alta complexidade, como previsto pelo Ministério da Saúde:

O serviço de Alta Complexidade atende às necessidades dos eventos agudos e crônicos, manifestados no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos de atenção à saúde, que presta uma atenção contínua à população – no lugar certo, com o custo certo e a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população (MENDES, 2005, p. 19).

No entanto, a realidade da atenção à saúde mental no Brasil em municípios de pequeno porte é diferente das propostas teóricas (CAIAFFA *et al.*, 2001). Nesses municípios não há investimento no trabalho integral aos usuários de álcool e outras drogas; não existe repasse financeiro do estado ou da federação. A alegação de falta de recursos financeiros para a contrapartida exigida é soberana, relatada pela maioria dos gestores públicos quando questionados sobre investimentos em saúde mental (LUZIO e L'ABBATE, 2009).

Os relatos do segundo artigo a favor das Comunidades Terapêuticas redigido por Scaduto (2015), tratam de uma lógica predominante na maioria desses serviços: o modelo de tratamento alicerçado em atividades religiosas e baseadas no método dos 12 passos. Nota-se que a maioria da clientela é adulta e masculina, com tempo de internação entre sete e nove meses, baixa presença de profissionais de saúde e predomínio de voluntários e monitores; esses últimos são, em sua maioria, ex-internos (GABATZ, 2013). De acordo com o parágrafo anterior, a internação em locais isolados, sem profissionais de saúde e juntamente com a falta de fiscalização, tem sido o recurso utilizado para a *alta complexidade* em saúde mental.

## Considerações Finais

Enfrenta-se um paradoxo: de um lado o crescimento das Comunidades Terapêuticas sem fiscalização ou regulamentação clara para o tratamento de pessoas em sofrimento mental e, do outro, o descaso do Estado para as reais demandas de um município de pequeno porte. O ponto convergente entre o descaso do Estado com cidades com menos de 15 mil habitantes e o crescimento do número de instituições irregulares de caráter asilar é a falta de pesquisas relacionadas ao assunto.

A Reforma Psiquiátrica está em andamento com uma nova realidade. A descentralização do hospital psiquiátrico agora dividido em pequenos grupos, pequenas comunidades, denominadas terapêuticas. A dinâmica das internações ainda é a mesma, ou seja, uma autoridade, seja ela familiar ou não, é quem determina ao sujeito, outrora indivíduo, a situação de asilo social. Assim como no século XX, tudo previsto em lei, ao mesmo tempo em que tudo fica à mercê da subjetividade.

O Art.4º, §2º, da Lei nº 10.216, de abril de 2001, prevê um tratamento em regime de internação estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, psicológicos, assistência social além de entretenimento e atividades religiosas, previstos no próprio estatuto de legislações que regem a FEBRACT. No entanto, as Comunidades Terapêuticas enquadradas na Portaria nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde disponibilizam atividades como: práticas corporais, artísticas e culturais; práticas integrativas e complementares; atividades físicas e promoção da alimentação saudável ou educação em saúde. O que se percebe nesta pesquisa são os novos modelos de diretrizes com os velhos problemas de aplicabilidade. Propostas que são irrefutáveis quando apresentadas em documentos que são distantes da realidade e da diversidade das minorias.

Conclui-se que os estudos correlacionando Saúde Mental em cidades de pequeno porte ainda são iniciais, assim como nas Comunidades Terapêuticas. Faz-se necessário um olhar mais abrangente, não apenas para a regulamentação e fiscalização das entidades, sejam elas governamentais ou não. Mas um olhar que abranja as conturbações necessárias de uma Reforma, bem como a elaboração de leis que atendam efetivamente a diversidade territorial brasileira, no sentido de atender as peculiaridades que envolvem os tratamentos de usuários de álcool e outras drogas e também dos doentes mentais. É importante manter-se a memória social acerca das atrocidades da *indústria da loucura* em evidência, porque, há poucas décadas, fazia-se lobotomia para tratar um *paciente* com a mesma convicção de uma internação compulsória em isolamento de hoje.

E ainda, a internação compulsória de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas é ilegal por falta de previsão legal. A referida Lei nº 10.216, considerada marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira, não inclui o usuário de substância psicoativa. Ela prevê diretrizes para doentes mentais, sendo aplicada à conveniência das autoridades ao cumprir as internações involuntárias e compulsórias ilegítimas, e não seguem o quadro de técnicos e os procedimentos que compõem esta regulamentação. Assim como na Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, que são aproveitados apenas os artigos sobre o financiamento das Comunidades, negligenciando as demais diretrizes.

Portanto é fundamental lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. Retirar o conceito de sujeito do lugar de sujeitoado, para uma implicação na qual ele se perceba inserido num contexto territorial e de possibilidades de reconstrução de sua identidade e participação comunitária. E é neste contexto que a abordagem da redução de danos oferece um caminho promissor em cidades de pequeno porte, juntamente como a implementação do CAPS e os dispositivos dos serviços territoriais, a fim de desenvolver estratégias para promoção da saúde em busca da garantia de direitos de qualquer cidadão com suas particularidades e demandas, independente do número de habitantes ou região do país.

## Referências Bibliográficas

- ALVAREZ, Simone Quadros *et al.* Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, jun. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200015>.
- ANDRADE, G. R. B. e VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2002, v. 7, n. 4, p. 925-34.
- BEZERRA JR., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 de outubro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000200002>.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 17 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Rede do SUS. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001.
- 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. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília, 09 abr. 2001, p. 2. ]
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_caps.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf).
- BRASIL. **UBS - Unidade Básica de Saúde - Programa de Aceleração do Crescimento**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: núcleo de Apoio à Saúde da família. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2018. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf\\_perguntas\\_frequentes.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php)

CAIAFFA, W. T. *et al.* **Projeto AJUDE-Brasil**: avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pelo CN-DST/Aids. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajud.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2004.

CAMPOS, G. W. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CUNHA, Gustavo Tenório e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricular e de Atenção Primária em Saúde. **Saude Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Inspeção Nacional - Coordenação Nacional da Inspeção**. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas\\_web.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf)

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Nota da CONFENACT**. 2018. Disponível em: <http://febract.org.br/portal/nota-da-confenact-sobre-acao-da-procuradoria-federal-dos-direitos-do-cidadao-pfdcmpf-e-o-mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-tortura-mnpct/>

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, maio/ago. 2007.

GABATZ, Ruth Irmgard Bartschi *et al.* Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, agosto de 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300520&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300520&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 de dezembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300016>.

LEÃO, A. e BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, 17(1), 95-106. 2008.

LUZIO, Cristina Amélia e L'ABBATE, Solange. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, Fev. 2009 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso) Acesso em 19 de novembro de 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016>.

- MENDES, K. D. S., SILVEIRA, R. C. C. P. e GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.758-764, dez. 2008.
- NUNES, M., JUCÁ, V. J. e VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, 23(10), 2375-2384, 2007.
- RIBEIRO, M. M. **Drogas e redução de danos**: análise crítica no âmbito das ciências criminais. 2012. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.
- PEREIRA, A. P. S. Alguns apontamentos sobre a obrigatoriedade do acolhimento de crianças e adolescentes em situação de rua e usuário de drogas. In: LOPES, C. S.; JATAHY, C. R. C. (Coord.). **Ministério Público**: o pensamento institucional contemporâneo. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2012.
- PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da Reforma Psiquiátrica? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 569-580, fev. 2014 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso). Acesso em 21 de janeiro de 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>.
- RELATÓRIO da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Conselho Federal de Psicologia; **Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura**; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão -Ministério Público Federal. Brasília, 2018.
- SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SCADUTO, Alessandro Antonio, BARBIERI, Valéria e SANTOS, Manoel Antônio dos. Adesão aos Princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 781-796, set. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000300781&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300781&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de janeiro de 2019.. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000792013>.
- TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, maio, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=en&nrm=iso) Acesso em 21 de janeiro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>
- TRANCOSO, M., ALVAREZ, C., e SEPÚLVEDA, R. Redes sociales, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema. **Rev. Psiquiatr.** Chile. 1996, v. 2, n. 2, p. 67-73.