

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM
GESTÃO HOSPITALAR**

**CLARICE KRÜGER
GRACELI JUNCKES**

**PERFIL DAS RESIDENTES ATENDIDAS NA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON –
UNIDADE I**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CLARICE KRÜGER
GRACELI JUNCKES**

**PERFIL DAS RESIDENTES ATENDIDAS NA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON –
UNIDADE I**

JOINVILLE, 2013

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**CLARICE KRÜGER
GRACELI JUNCKES**

**PERFIL DAS RESIDENTES ATENDIDAS NA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON –
UNIDADE I**

Submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientador: Marcia Bet Kohls

JOINVILLE, 2013

KRÜGER, Clarice. JUNCKES, Graceli. Perfil das Residentes Atendidas na Comunidade Terapêutica Rosa de Saron – Unidade I/ KRÜGER, Clarice. JUNCKES, Graceli – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. 58 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2013. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.
Orientador: Marcia Bet Kohls

1.Drogas. 2 Comunidade terapêutica. 3. Adolescente 4.Título

**PERFIL DAS RESIDENTES ATENDIDAS NA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON –
UNIDADE I**

**CLARICE KRÜGER
GRACELI JUNCKES**

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa Catarina.

Joinville, 16 de Julho de 2013.

Banca Examinadora:

Profª Marcia Bet Kohls
Orientador

Profª Andréa Heidemann
Avaliadora

Psicóloga Solane
Avaliadora

AGRADECIMENTOS

A Deus que está conosco todos os dias e nos dá força e ânimo para enfrentar as dificuldades do cotidiano. Aos nossos professores que tiveram paciência e capacidade de nos passar conhecimentos.

As nossas famílias que nos deram incentivo para continuar quando estávamos desanimados. A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron e a Assistente Social Leila que nos supervisionou durante o estágio.

Eu Clarice Kruger, agradeço a meu esposo Douglas da Silva e a minha irmã Cristina Krüger que me ajudou muito durante os três anos de curso me passando segurança nas dificuldades e companheirismo estando comigo todos os dias .

Agradeço todas as dificuldades e obstáculos que enfrentei, sem eles eu não teria caminhado para lado algum.

Eu, Gaceli Junckes, agradeço aos meus filhos que tiveram presentes em todos os momentos, e que sempre me deram força pra não desistir e assim como meu esposo souberam compreender minha ausência.

As amigas estrelas por todos os momentos, pela força e a presença brilhante a cada desafio. Aos professores e colegas que acrescentaram conhecimentos e experiência nesses três anos de convivência.”

RESUMO

O presente trabalho buscou a identificação do perfil sócio econômico e cultural das residentes da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, unidade I, localizada em Joinville no Estado de Santa Catarina. Para tanto, foram analisados os prontuários das residentes internadas na Comunidade, compreendendo o período de outubro de 2011 a dezembro de 2012. Este estudo é de natureza quantitativa e quanto à fonte de dados é considerado bibliográfico e documental. De uma forma geral essa pesquisa visa contribuir com dados que irão fomentar as ações na Comunidade Terapêutica Rosa de Saron e ainda ser referência de dados, para que órgãos públicos e privados possam conhecer os atendimentos realizados no ano de 2012, na Unidade I.

Palavras-chave: Comunidade terapêutica, perfil, adolescentes, drogas

ABSTRACT

The present study sought to identify the socio-economic and cultural profile of Therapeutic Community residents rose Saron, unit I, located in Joinville in Santa Catarina State. To this end, we analyzed the medical records of hospitalized residents in the community, including the period of October 2011 to December 2012. This study is quantitative in nature and the data source is considered bibliographic and documentary. Overall this research aims at contributing with data that will foster the actions in Therapeutic Community Rosa de Saron and still be data reference, so that public and private bodies to meet the calls made in the year 2012, in unit I.

Keywords: therapeutic Community, profile, teenagers, drugs

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - NATURALIDADE/ NACIONALIDADE (%)	31
GRÁFICO 2 - ESCOLARIDADE (%)	32
GRÁFICO 3 - QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES POR MÊS ...	33
GRÁFICO 4 - PERÍODO DE INTERNAÇÃO (%)	34
GRÁFICO 5 - QUANTIDADE DE SAÍDAS POR MÊS	35
GRÁFICO 6 - MOTIVOS DAS SAÍDAS REPRESENTADAS EM PORCENTAGEM	36
GRÁFICO 7 - IDADE DAS RESIDENTES (%)	37
GRÁFICO 8 - INÍCIO DA DEPENDÊNCIA (%)	37
GRÁFICO 9 - TIPO DE DEPENDÊNCIA (%)	38
GRÁFICO 10 - TEMPO DE CONSUMO (%)	39
GRÁFICO 11 - ÓRGÃO ENCAMINHADOR (%)	39
GRÁFICO 12 - RESPONSÁVEIS (%)	40
GRÁFICO 13 - BOLSA FAMÍLIA	41
GRÁFICO 14 - RECEBE BPC (BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA)	41
GRÁFICO 15 - INSCRITA NO CADASTRO ÚNICO	42
GRÁFICO 16 - DOCUMENTAÇÃO	43
GRÁFICO 17 - Situação jurídica (%)	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 OBJETIVO GERAL.....	16
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
1.3 JUSTIFICATIVA.....	16
2 METODOLOGIA.....	19
2.1 MÉTODO DE PESQUISA.....	19
2.2 PERÍODO DOS DADOS ENCONTRADOS.....	19
2.3 TIPOS DE VARIÁVEIS ANALISADAS.....	19
3 HISTÓRICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	21
3.1 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO MUNDO.....	21
3.2 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL.....	23
3.3 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM SANTA CATARINA.....	25
3.4 AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM JOINVILLE E REGIÃO.....	25
3.5 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON.....	26
3.5.1 HISTÓRICO.....	26
3.5.2 MISSÃO.....	27
3.5.3 POPULAÇÃO E ESTRUTURA.....	28
3.5.4 RECURSOS FINANCEIROS.....	28
3.5.5 INTERNAÇÃO E TRATAMENTO.....	28
3.5.6 O TRATAMENTO.....	29
4 PERFIL.....	31
4.1 NATURALIDADE/NACIONALIDADE.....	31
4.2 ESCOLARIDADE.....	32
4.3 QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES POR MÊS.....	32
4.4 PERÍODO DE INTERNAÇÃO.....	33
4.5 QUANTIDADE DE SAÍDAS POR MÊS.....	35
4.6 MOTIVOS DAS SAÍDAS REPRESENTADAS EM PORCENTAGEM.....	36
4.7 IDADE DAS RESIDENTES.....	37
4.8 IDADE DE INÍCIO DA DEPENDÊNCIA.....	37

4.9 TIPOS DE DEPENDÊNCIA.....	38
4.10 ÓRGÃO ENCAMINHADOR.....	39
4.11 RESPONSÁVEL PELA RESIDENTE DURANTE O TRATAMENTO.....	40

4.12 BOLSA FAMÍLIA	41
4.13 RECEBE BPC (BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA)	41
4.14 INSCRITA NO CADASTRO ÚNICO	42
4.15 DOCUMENTAÇÃO	42
4.16 SITUAÇÃO JURÍDICA	43
4.17 DEFINIÇÃO DO PERFIL	43
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

O trabalho exercido pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) no mundo e no Brasil teve e tem um papel muito importante para a sociedade, trabalhando ações de prevenção, tratamento e reabilitação de dependentes de substâncias psicoativas. O movimento das comunidades terapêuticas surgiu na Europa após o final da segunda guerra mundial e fundamentavam-se na ideia da humanização do tratamento dos doentes mentais com o objetivo de tratar seus doentes e não condená-los.

Este olhar de reforma surgiu após a guerra ter exterminado milhões de pessoas pela violência e a fome e não esquecendo os doentes mentais que eram abandonados nos hospícios durante a guerra. Após esse período o modelo de organização que a Europa adotou, privilegiou o Estado como provedor das condições de vida e saúde dos indivíduos, surge então um novo olhar em relação aos doentes mentais. O conceito Comunidade Terapêutica surgiu no final de 1940 e início de 1950. (TEIXEIRA, 2012).

A partir desse período e com a criação das CTs começaram a surgir ideias de tratamento mais humanizado, onde o dependente pudesse relatar suas experiências e perspectivas, convivendo com pessoas com a mesma realidade.

Leon (2003) acrescenta que a ligação entre elementos, experiências e resultados do tratamento tem de ser estabelecida para substanciar com solidez a contribuição específica da CT a recuperações a longo prazo.

O paciente é o principal responsável por sua internação sendo auxiliados por companheiros do grupo, assim como pelos profissionais da área da saúde. O processo terapêutico focaliza intervenções sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades aos indivíduos em tratamento.

Este estudo é de natureza quantitativa e a base bibliográfica quanto ao histórico das comunidades foi centralizada em artigos e livros com publicações de 2000 a 2013. Demais dados quanto as dependentes, foi embasado em documentos cedidos pela instituição.

1.1 Objetivo Geral

Identificar o perfil sócio econômico e cultural das residentes da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron – Unidade I.

1.2 Objetivos Específicos

- Conhecer o histórico das Comunidades Terapêuticas;
- Melhorar dos processos, busca de recursos, parcerias com instituições, levar ao conhecimento da sociedade a importância das CTs

1.3 Justificativa

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron é classificada como um estabelecimento de saúde. O objetivo da comunidade é oferecer ambiente digno, onde as internas possam através de tratamento com regime semi-interno e procedimentos psicossociais abandonar o uso de substâncias psicoativas recuperar sua autoestima e levar para sua vida e seus familiares os valores que o tempo de convivência na comunidade trouxe para sua existência.

Até o momento da realização dos estágios curriculares realizado pelas alunas do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar do IFSC Câmpus Joinville esta CT não possuía um levantamento do perfil de suas residentes. Frente à necessidade encontrada optou-se em mapear esta população a fim de desenvolver projetos e ações para um tratamento de qualidade visando à inserção social e recuperação dos valores éticos e valorização do trabalho junto as residentes.

Neste sentido, observou-se grande relevância na avaliação, conhecimento e controle do perfil de suas residentes com o objetivo de melhorar o gerenciamento dos processos, na busca de recursos junto aos órgãos governamentais, parcerias com ins-

tituições de ensino e empresas da região.

Acredita-se que com o perfil traçado aumentam as possibilidades de desenvolver ações junto a Secretaria de Saúde de e dessa forma levar ao conhecimento da sociedade a existência da comunidade, suas necessidades, público alvo e objetivos do tratamento.

Sendo assim buscou-se com este trabalho contribuir diretamente na ampliação do conhecimento desta unidade, possibilitando desta forma dar ferramentas aos gestores na tomada de decisões, captação de recursos junto aos órgãos governamentais e direcionar de forma mais eficaz os trabalhos feitos junto as residentes.

2 METODOLOGIA

2.1 Método de pesquisa

O presente estudo é de natureza quantitativa e quanto à fonte de dados é considerado bibliográfico e documental. Para identificar o perfil socioeconômico e cultural das residentes da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, unidade I, localizada na cidade de Joinville no bairro Nova Brasília foi realizada a pesquisa documental.

Para conhecer o histórico das CTs foi utilizada a pesquisa bibliográfica que foi concentrada em artigos e livros atuais, como publicações entre os anos de 2000 a 2013.

2.2 Período dos dados encontrados

Os dados foram levantados no período de outubro de 2011 a dezembro de 2012, junto às informações presentes nos prontuários das dependentes femininas de idade inferior a 18 anos usuárias de substâncias psicoativas. A análise foi composta de 36 prontuários, nas quais foi obtida uma amostra do perfil das residentes locadas nesta instituição.

2.3 Tipos de variáveis analisadas

Verificando através de gráficos as seguintes variáveis, (quantidade de internações por mês, período de Internação, quantidade de saídas por mês, motivos das saídas, idade das residentes, idade de início da dependência, tipos de dependência, tempo de consumo, naturalidade, órgão encaminhador, escolaridade).

3 HISTÓRICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

3.1 As Comunidades Terapêuticas no mundo

Segundo Leon (2003) o termo comunidade terapêutica é moderno apesar de já ser ter fontes antigas desde os anos de 1940 na Grã-Bretanha quando se descrevia as comunidades psiquiátricas que surgiam naquela época.

Ele ainda definiu que as comunidades são

Um grupo de pessoas, que seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento e os comportamentos inadaptados que causam sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que tem grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio. (LEON, 2003, p.30)

Dentro do que o autor coloca acima podemos entender comunidade terapêutica como um grupo de pessoas que mesmo que em conflito com seu eu, ajudam umas as outras a superar os obstáculos impostos pela dependência. Além da superação ao vício buscam sua inserção na sociedade no menor impacto possível.

Já Conceição (2012, p.1) conceitua comunidade terapêutica como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. Este, por sua vez, corresponde os serviços de atendimento alternativos ao hospitalar e ao ambulatorial convencional, como foco na área psicológica e

social da pessoa, e no atendimento multidisciplinar.

Teixeira (2012) relata que o surgimento das CTs deu-se na Europa ao fim da Segunda Guerra Mundial, como modelo tradicional do asilo psiquiátrico. Baseava-se na ideia de humanização do tratamento dos doentes mentais.

Macedo (1981, p.52) cita:

O movimento das comunidades terapêuticas, que se inaugura em meados dos anos 60, surge como um núcleo de resistência de psiquiatras vinculados ao projeto reformista da Psiquiatria Comunitária, que não encontrando condições de viabilidade no interior de uma estrutura social fragilizada em suas organizações da sociedade civil, concentram-se em torno do único espaço permitido para materialização do seu projeto político.

As comunidades, diferente ao que se foi idealizado no fim da guerra, não se trata de local para tratamento de doentes mentais, mas sim um local para tratamento de dependentes químicos. Tratamento para uma fragilidade deste mundo moderno. Este isolamento da sociedade é necessário para fortalecer as questões psicológicas e físicas das residentes, procurando conscientizá-las do como é prejudicial a sua recaída, não só para ela, mas para sua família e para todos os que o cercam.

O processo adotado pelas CTs tem seu foco no tratamento psicoterapêutico, diferente dos tratamentos até então utilizados, onde os dependentes eram internados em clínicas psiquiátricas e tratados como pessoas com transtornos psiquiátricos. Com a criação das CTs começaram a surgir idéias de tratamento mais humanizado, onde o dependente pudesse relatar suas experiências e perspectivas, convivendo com pessoas com a mesma experiência. É trabalhado a valorização humana e recuperação da auto-estima, os dependentes são incentivados a falarem dos seus problemas e dessa forma interagir com outros dependentes e buscarem ajuda mútua.

As experiências mostravam um novo caminho uma nova direção, a psiquiatria deveria tratar seus doentes, não condená-los ao isolamento em hospícios, as relações entre funcionário e

pacientes deveriam ser democratizadas; o tipo de contato entre pacientes e equipe de cuidado deveria ser reformulado. O hospital psiquiátrico, enfim, deveria ser transformado num lugar de tratamento eficaz, verdadeiro e sadio. As CTs apareceram num contexto de guerra, quando o continente europeu arrasado pela guerra e a economia devastada, privado de boa parte de sua mão de obra e marcado pela morte de milhões de pessoas junto da violência e pela fome.

Dessas mortes, não escapariam os doentes mentais. Devido a guerra eram comum o abandono de pessoas doentes nos hospícios onde morreriam de fome e maus tratos. Na França, por exemplo, mais de quarenta mil doentes morreram vítimas das precariedades e do abandono (Costa & Birman 1994).

A Europa do pós-guerra estava empenhada em sua reconstrução política. O modelo de organização que emergiu nessa reconstrução privilegiou o Estado como provedor das condições de vida e saúde dos indivíduos. Nesse contexto, surge um novo olhar em relação aos doentes mentais. (Teixeira, 2012)

3.2 As Comunidades Terapêuticas no Brasil

As comunidades terapêuticas surgiram no Brasil em um período posterior ao seu aparecimento na Europa, e recebeu várias influências das fontes originais. No Brasil o modelo de comunidade terapêutica de Maxwell Jones reuniram linhas de trabalho em torno das experiências sustentadas pelo projeto comum da renovação das práticas psiquiátricas no Brasil. (TEIXEIRA, 2012)

O mesmo autor destaca ainda que; O atendimento psiquiátrico no Brasil sempre fora destinado aos despossuídos da sorte: desempregados, indigentes, biscateiros, migrantes, negros, mestiços, bêbados, os herdeiros trágicos de uma sociedade escravagista que não incorporara boa parte da população no mercado formal de mão de obra e outros benefícios sociais.

O movimento das comunidades terapêuticas, que se inaugura em meados dos anos 60, surge como um núcleo de resistência de psiquiatras vinculados ao projeto reformista da psiquiatria comunitária, que não encontrando

condições de viabilidade no interior de uma estrutura social fragilizada em suas organizações da sociedade civil, concentram-se em torno do único espaço permitido para a materialização do seu projeto político. (TEIXEIRA, 2012 *apud* MACEDO, 1981, p.52)

No Brasil, as Cts são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural e que tem a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem das metodologias empregadas em tratamento de dependência química, onde algumas têm base no modelo religioso, outras a base é atividade laboral e em algumas prevalece o modelo assistencialista, médico podendo haver abordagem predominantemente psicológica, e também a mistura das abordagens. (DAMAS, 2013)

Existem comunidades especializadas em determinado tipo de dependência, outras focadas em grupos específicos (adolescentes, mulheres, etc). Nas Cts o processo terapêutico é pautado no rigor do cumprimento das normas internas e nas relações interpessoais ali desenvolvidas.

A primeira comunidade terapêutica no Brasil voltada diretamente para o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas foi o Movimento Jovens Livres, fundada pela Missionária Presbiteriana Ana Maria Brasil em 1968 em Goiânia – GO. O movimento evangélico de atenção ao dependente de substâncias psicoativas, no Brasil, teve grande influência do reverendo David Wiljkerson, que no princípio da década de 50 fundou, nos Estados Unidos, a comunidade Teen Challenge. Sua vinda ao Brasil em outubro de 1972, influenciou na abertura de centenas de Comunidades Terapêuticas em todo o território nacional. (CHAVES, 2007)

Chaves (2007) acrescenta que o movimento católico também teve um grande envolvimento na atenção a dependentes de substâncias psicoativas no Brasil, através dos trabalhos desenvolvidos pelo Padre Haroldo J. Rham a partir de 1978, quando fundou a Fazenda do Senhor Jesus e acabou influenciando na abertura de centenas de Comunidades Terapêuticas em todo o território nacional.

Podemos observar nos artigos encontrados referente as CTs que tanto no Brasil como nos países de origem as instituições religiosas tiveram uma importante participação na fundação

e desenvolvimento dessas comunidades. Com o passar do tempo e as experiências geradas no atendimento, o foco que até então era o atendimento psiquiátrico foi desenvolvendo novo rumo até chegar ao atendimento de dependentes de substâncias psicoativas. O desenvolvimento das CTs tem fundamental importância principalmente para as famílias que tem poucos recursos, porém muitas dessas comunidades dependem de doações e ajuda de projetos desenvolvidos pelos poderes públicos.

3.3 As Comunidades Terapêuticas em Santa Catarina.

O estado de Santa Catarina possui atualmente 101 comunidades terapêuticas em funcionamento, destas apenas 60 possuem alvará sanitário, o que significa que 44% estão atuando irregularmente. (VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2012)

Apenas 54% das comunidades possuem alvará do corpo de bombeiros e apenas 43% possuem um responsável técnico, profissional de nível superior disponível em tempo integral na instituição. Estas CTs atendem pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

3.4 As Comunidades Terapêuticas em Joinville e Região

Em Joinville temos as Comunidades Terapêuticas Vale da Luz; Comunidade Terapêutica Rosa de Saron e Comunidade Terapêutica Essência de Vida, que possuem inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social. (PEREIRA, 2012)

A Comunidade Terapêutica Vale da Luz, está localizada na rua Parana,419,Bairro Anita Garibaldi, Joinville/SC.Fundada em 31 de janeiro de 1989, é uma organização social sem fins lucrativos e de caráter filantrópico. Seu público são homens com idade entre 18 (dezoito) a 65 (sessenta e cinco) anos e sua capacidade de atendimento é de 45 (quarenta e cinco) dependentes químicos. (PEREIRA, 2012)

A Comunidade Terapêutica Essência de Vida está localizada na Rua Adolar Kasulke, nº 49, Bairro Colégio Agrícola, em Araquari SC. Fundada em 4 de setembro de 1994, é uma entida-

de privada sem fins lucrativos, uma organização não governamental. Esta instituição atendem pessoas do sexo masculino, com idade entre 15 (quinze) a 60 (sessenta) anos. Hoje sua capacidade de atendimento é de 30 (trinta) residentes. (fazer a citação de todos que informaram isso)

Estas comunidades segundo a resolução RDC ANVISA nº 29/11:

Prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. (BRASIL, 2011)

3.5 A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron

3.5.1 Histórico

A comunidade Rosa de Saron (Apêndice 1) nasceu em 1982 partindo do princípio da filantropia e da necessidade de ajuda ao próximo. A idealizadora desta comunidade foi Maria Marlene Ritzmann que buscava de forma humanitária atender e dar apoio aos detentos e suas famílias. Anos depois Marlene tem um novo desejo, de fundar uma Comunidade Terapêutica voltada ao atendimento de pessoas do sexo masculino que faziam uso de substancias psicoativo. Ainda não satisfeita percebeu a necessidade de fundar uma casa para mulheres/adolescentes do sexo

feminino que fazem uso de substâncias psicoativas onde foi inaugurada a comunidade Terapêutica Rosa de Saron localizada no bairro nova Brasília, Rua Wally Wollmann na cidade de Joinville / Santa Catarina. (SARON, 2013).

Passados 40 anos do início da primeira Comunidade terapêutica no Brasil, varias outras comunidades foram fundadas com o objetivo de realizar tratamentos eficazes e ajudar os dependentes químicos a se socializar. O modelo que originou a criação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron veio da Cidade de Jacareí, do Estado de São Paulo que existe há 15 anos. Desde este período, a legislação em defesa dos direitos assistenciais mudou muito, destacando a possibilidade da realização de um serviço que contemple o tratamento e a reinserção social do usuário de substância psicoativa. É possível se optar por outros modelos, mas é importante se adequar a realidade local, esse foi o caso da Instituição Comunidade Terapêutica Rosa de Saron em Joinville.

3.5.2 Missão

Sua missão consiste em oferecer estrutura física e psicossocial de qualidade para adolescentes do sexo feminino e mulheres quimiodependentes, promovendo a reinserção social-familiar-ocupacional e educacional das usuárias, utilizando-se dos princípios que norteiam as Comunidades Terapêuticas onde os indivíduos tornam-se protagonistas das ações, ajudando e sendo ajudado. Como objetivo possibilitar que através da abstinência em regime de semi-internato adolescentes e adultas do sexo feminino, possam abandonar o uso e abuso de substâncias psicoativas por meio de metodologia que contemple desde a desintoxicação até sua reinserção ao meio social.

3.5.3 População e Estrutura

O atendimento na unidade é exclusivo a adolescentes do sexo feminino. As internas atendidas na Comunidade Terapêutica unidade I tem a idade de 12 (doze) a 18 (dezoito) com a capaci-

dade de atendimento de 25 (vinte e cinco) adolescentes dependentes químicos.

A estrutura física está distribuída da seguinte forma: 11 (onze) dormitórios, 6 (seis) banheiros, 1 (uma) sala de estar, 1 (uma) sala de vídeo, 1 (uma) sala de estudos, 1 (uma) sala digital, 1 (uma) sala de atendimento Psicossocial, 1 (um) ambulatório odontológico, 1 (um) refeitório, 1 (uma) área de convivência, 1 (uma) lavanderia, 1 (uma) cozinha e jardim.

3.5.4 Recursos financeiros

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron unidade civil de direito privado, sem fins lucrativos possui convênios com os municípios, e dependendo da situação financeira a instituição adota métodos diferenciados de pagamentos.

A Instituição possui convênios/co financiamentos com a Secretaria Municipal de Assistência Social de Joinville/SC; Secretaria Municipal de Saúde de Joinville/SC; Convênios com outros Fundos; ao exemplo do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente; convênios com outros municípios de Santa Catarina, além de receber doações.

3.5.5 Internação e Tratamento

As internações ou as informações sobre a comunidade terapêuticas são feitas por telefones ou e-mails, havendo a possibilidade de vaga, a adolescente é encaminhada para o início do tratamento que é em média de 6 a 9 meses. A adolescente ao chegar na casa é recepcionada pela assistente social ou psicóloga que fala sobre o tratamento e a apresentação da casa. A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron unidade civil de direito privado, sem fins lucrativos possui convênios com os municípios, e dependendo da situação financeira a instituição adota métodos diferenciados de pagamentos.

3.5.6 O tratamento

O tratamento da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron unidade I está baseada no que preconiza a Resolução Nacional da ANVISA (RDC nº 29, de 30 de junho de 2011) que é a convivência entre os pares e a abordagem baseada no tripé: disciplina, espiritualidade e trabalho. O tempo de tratamento é de 9 (nove) meses em regime de residência, onde a adolescente passa a maior parte do tempo na Comunidade e, conforme seus avanços no tratamento, recebe autorização para realizar visitas familiares que podem ser de até uma semana. Nos primeiros três meses, é trabalhado a adesão ao tratamento; é o momento que a adolescente se habitua à rotina da casa, aceitando ou não o tratamento. Do terceiro ao sexto mês a equipe trabalha a conscientização dos efeitos das drogas, a autoestima, a identidade, o pertencimento; é hora da adolescente descobrir novas formas de prazer longe das drogas, chamada de fase de conscientização. Os últimos três meses são focados na reinserção desta adolescente, procurando inseri-la ao seu meio social, proporcionando cursos para o desenvolvimento de novas habilidades e o maior convívio com seus familiares. Esta é a fase da reinserção social.

4 PERFIL

4.1 Idade das Residentes

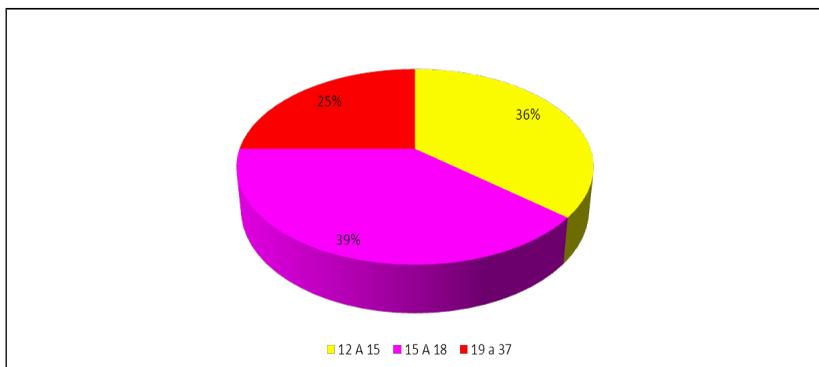


GRÁFICO 1 - Idade das residentes (%)
Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Quanto à idade das residentes 36% são adolescentes entre 12 a 15 anos, 39% entre 15 e 18 anos, e 25% são mulheres entre 19 e 37 anos.

4. 2 Idade de início da dependência

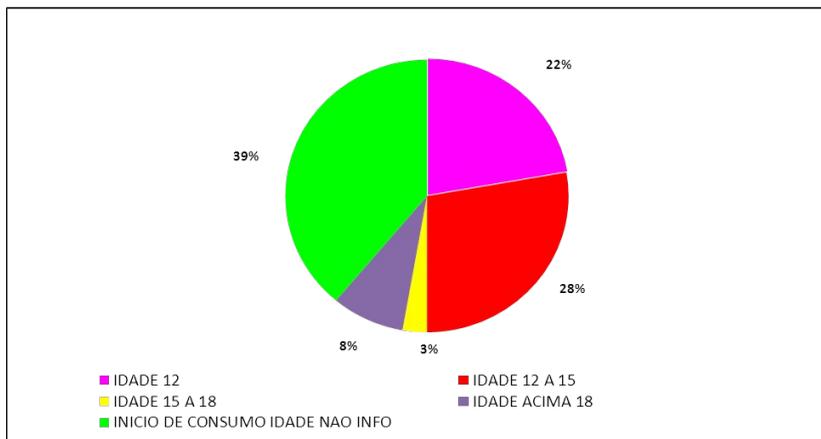


GRÁFICO 2 - Início da dependência (%)

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Analisando o gráfico observou-se que o índice maior do uso de psicoativos prevaleceu com as pessoas de 12 a 15 anos totalizando 28%. Em seguida foram as de 12 anos com 22%, e com um número menos representativo as de 15 a 18 anos com 3%. Acima de 18 anos 8%. Infelizmente por falta de informações cadastrais o gráfico aponta 39% de pessoas que deixaram de preencher corretamente o formulário. Inclusive umas das dificuldades encontradas no desenvolvimento da pesquisa foram à falta de informações nos documentos fornecidos para análise.

4.3 Escolaridade

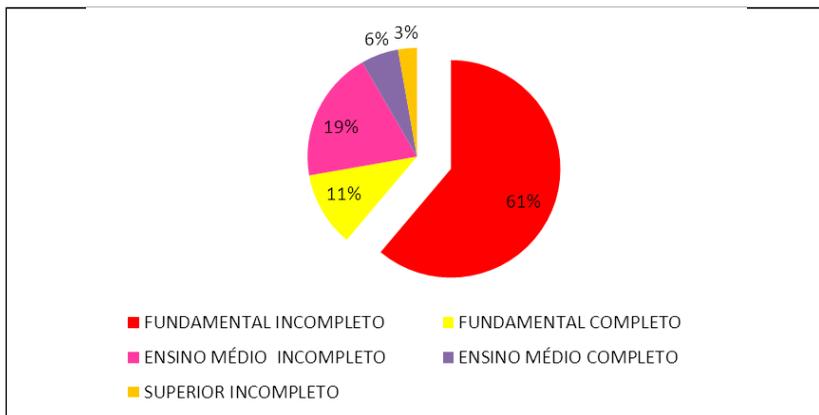


GRÁFICO 3 - Escolaridade (%)
Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

O nível de escolaridade das residentes é muito baixo onde 61% possuem o ensino fundamental incompleto, 11% completo, 19% ensino médio incompleto, 6% completo e 3% superior incompleto.

4.4 Naturalidade/Nacionalidade

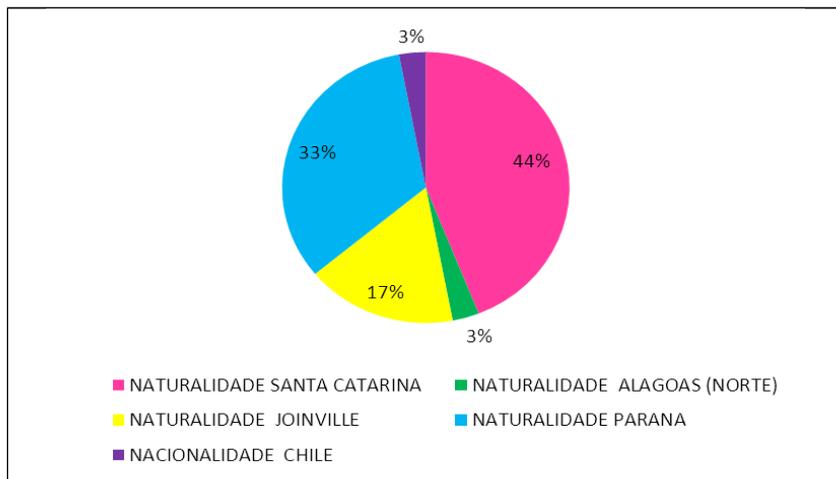


GRÁFICO 4 - Naturalidade/ nacionalidade (%)

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Este levantamento busca identificar de quais localidades são as residentes que se encontram na comunidade. A maior parcela ficou com naturais de dentro do próprio estado representando 44%, Alagoas com 3%, Paraná com 33%, Chile com 3% e a cidade de Joinville onde a Comunidade está instalada representa 17% do total de internadas.

4.5 Documentação

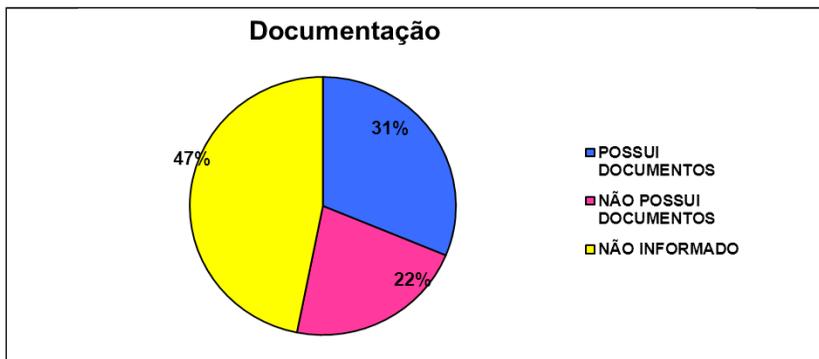


GRÁFICO 5 – Documentação

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Quanto às questões documentais apenas 31% das residentes possui algum documento, 22% destas não possui documentos e 47% não havia informações nos prontuários analisados.

4.6 Responsável pela residente durante o tratamento

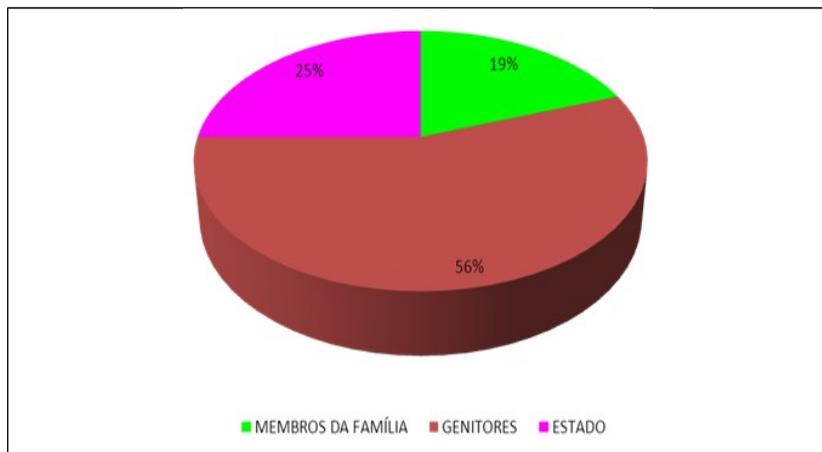


GRÁFICO 6 - Responsáveis (%)

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

São responsáveis por estas residentes em sua maioria os pais (genitores) representando 56%, 19% são outros membros da família e 25% o estado

(Vale ressaltar que mesmo sendo os pais aqui representados na grande maioria só aparece na CT Rosa de Saron no momento da internação, muitos pais não tem participação ativa durante o tratamento.)

4.7 Tempo de Consumo

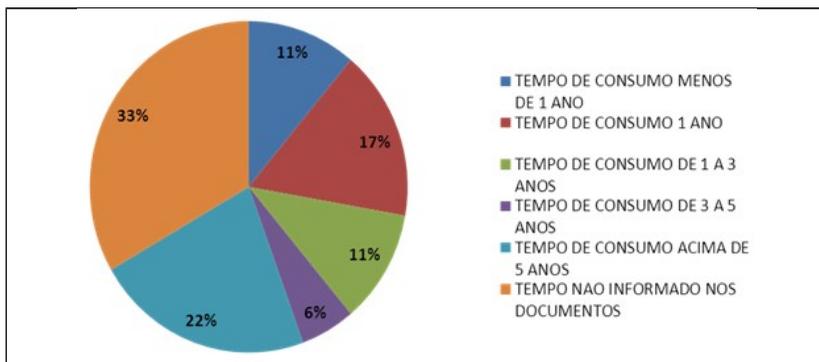


GRÁFICO 7 - Tempo de consumo (%)

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

O tempo de consumo de psicoativos pelas residentes variam muito. 22% já fazem uso da droga por mais de 5 anos, 6% entre 3 a 5 anos, 11% de 1 a 3 anos, 17% a pelo menos 1 ano e 11% a menos de 1 ano iniciaram a utilização. Destes percentuais 33% das residentes não informou o tempo de dependência.

4.8 Tipos de dependência

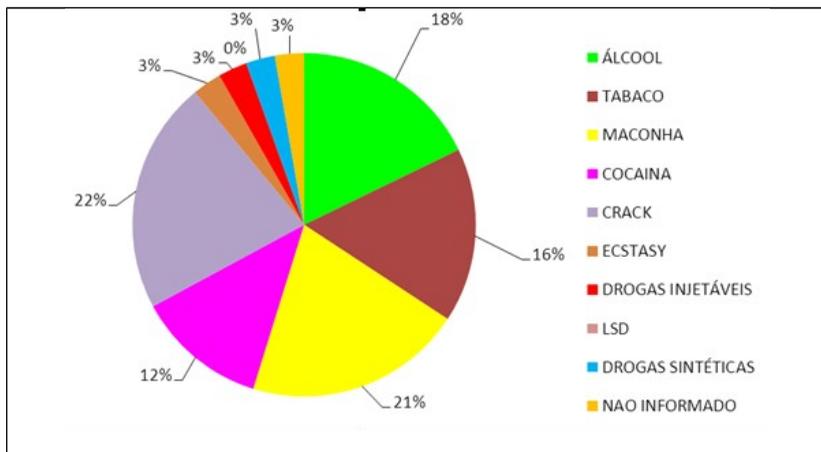


GRÁFICO 8 - Tipo de dependência (%)

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Quanto ao tipo de substância psicoativa que as residentes usavam em 2011 e 2012, 60% destas se tornaram dependentes de mais de um tipo de droga. Dentre elas a prevalência para crack e maconha com 22 e 21%.

4.9 Órgão encaminhador

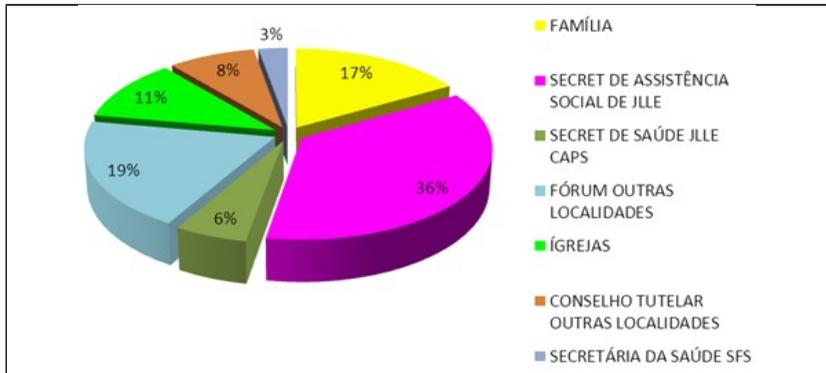


GRÁFICO 9 - Órgão encaminhador (%)

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Outro levantamento de suma importância é quanto aos órgãos encaminhadores. O levantamento apresentou os seguintes resultados. 36% das residentes são encaminhadas para a comunidade através da secretaria de assistência social de Joinville; 19% são encaminhadas através do fórum de outras localidades; 17% das residentes são encaminhadas para a Comunidade através da família; 11% das residentes são encaminhadas através das igrejas; (CAPS-Centros de Atenção Psicossocial); 8% encaminhadas pelo conselho tutelar de outras regiões; 6% são encaminhadas pelo (CAPS-Centros de Atenção Psicossocial) 3% são encaminhadas pela secretaria de São Francisco do Sul.

4.10 Situação jurídica

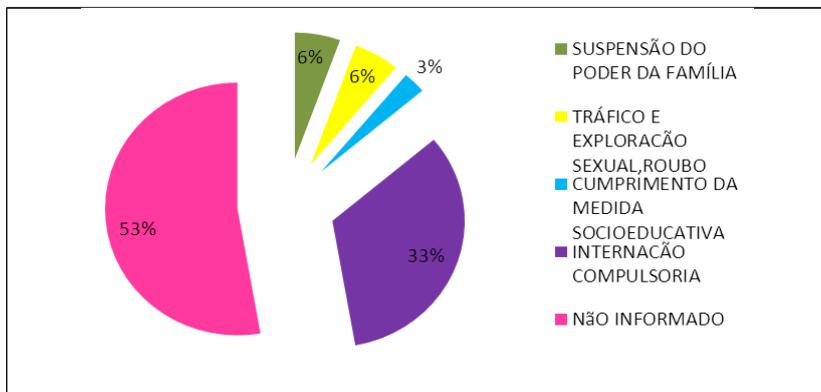


GRÁFICO 10 - Situação jurídica (%)
 Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

A situação jurídica das residentes apresentaram os seguintes resultados. 6% das residentes tem suspenso o poder familiar; 6% das residentes estavam ligadas a tráfico e exploração sexual, roubo; 3% estão cumprindo medida socioeducativa/ ou medida protetiva; 33% internação compulsoria determinada judicialmente; 53% não há informações sobre a situação jurídica.

4.11 Bolsa Família

(O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País.) (Brasil,2004)

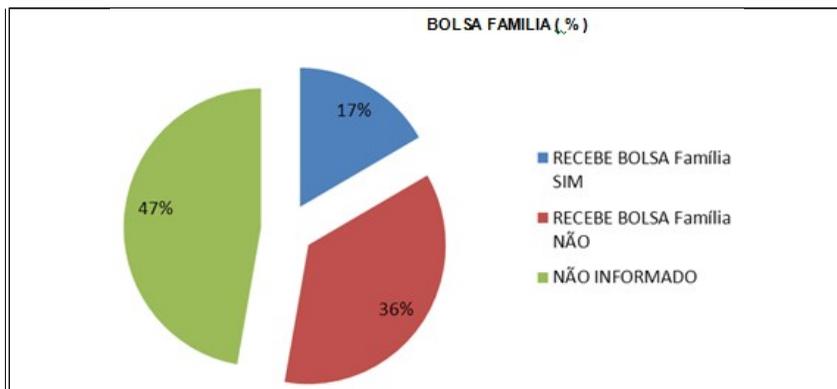


GRÁFICO 11 - Bolsa Família

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Das residentes pesquisadas 17% destas possuem auxílio do programa Bolsa Família, 36% não participam do programa e 47 % não informou.

4.12 Recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada)

Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS, é um benefício da assistência social, integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja a operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado por lei, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. (Brasil)

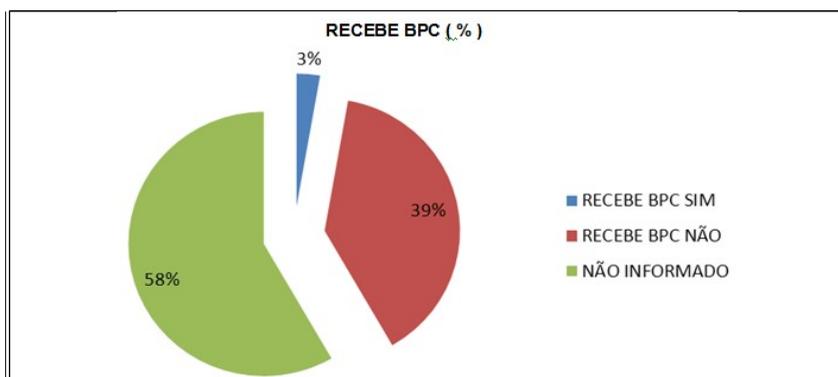


GRÁFICO 12 - Recebe BPC (Benefício de Prestação Continuada)

Fonte: Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Estão cadastradas para o recebimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social 3% das residentes, 39% não recebe e 58% não souberam informar ou não informaram.

4.13 Inscrita no cadastro único

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que têm:

- Renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou
- Renda mensal total de até três salários mínimos. (Brasil,2007)

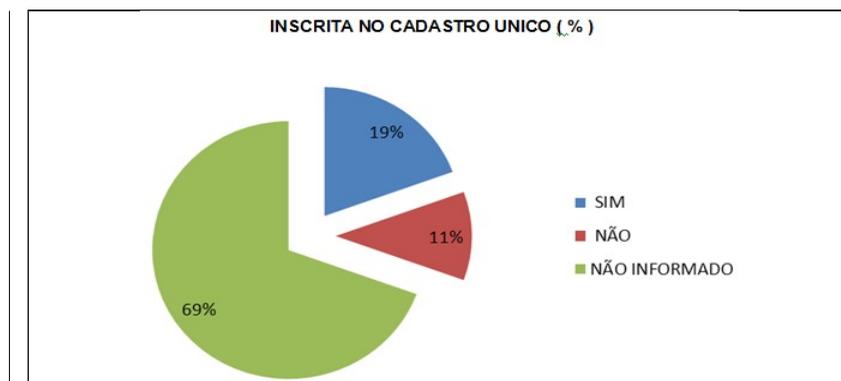


GRÁFICO 13 - Inscrita no cadastro único
Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

As residentes estão inscritas no cadastro único representam apenas 19% do total.

4.14 Quantidade de internações por mês

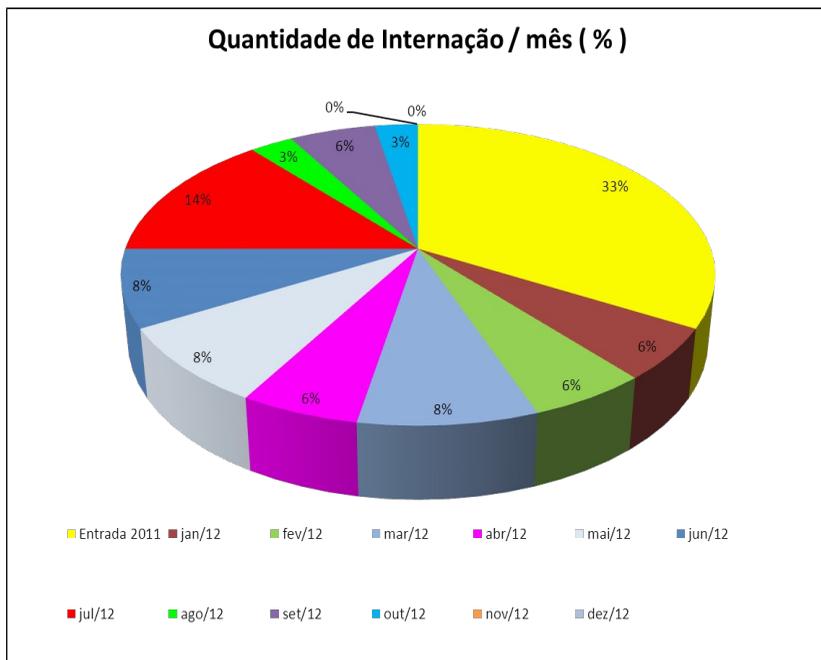


GRÁFICO 14 - Quantidade de internações por mês

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

No período de outubro a dezembro de 2011 houve a entrada de 33% das internas equivalendo a 12 pessoas. Este índice aumentou se comparado ao mês de julho de 2012 por se tratar apenas de um mês. No geral manteve-se a média de 6% a 8% que significa que variou de duas a três pessoas ao mês.

4.15 Período de Internação

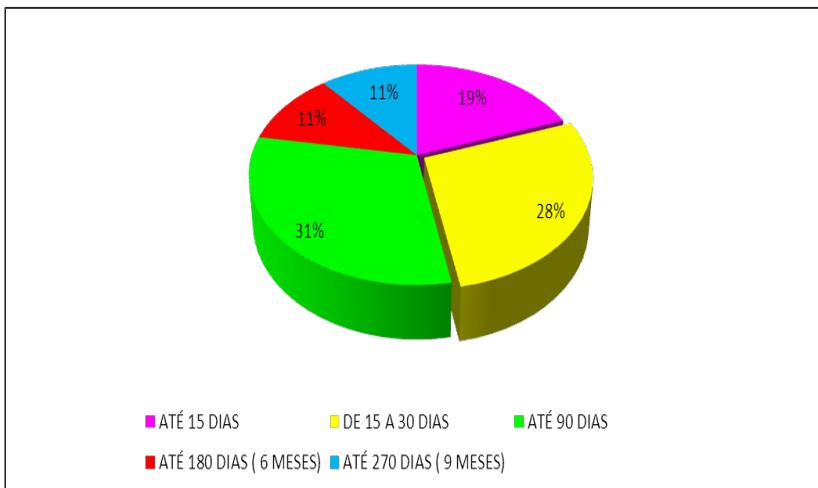


GRÁFICO 15 - Período de Internação (%)

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Conforme o gráfico acima, permaneceram na casa até 15 dias 19% das residentes (sete pessoas); de 15 a 30 dias 28% das residentes (dez pessoas). Até 90 dias, 31% das residentes (11 pessoas). Ao completar seis meses, receberam alta terapêutica 4 pessoas representando os 11% do gráfico. Completaram 9 meses 4 residentes representando 11% no gráfico. Dessa forma houve um total de 22% de alta terapêutica. Ênfatisa-se que a média mundial para recuperação em dependência química é de 10% e a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron teve 22% de sucesso no tratamento das residentes.

4.16 Quantidade de Saídas por mês

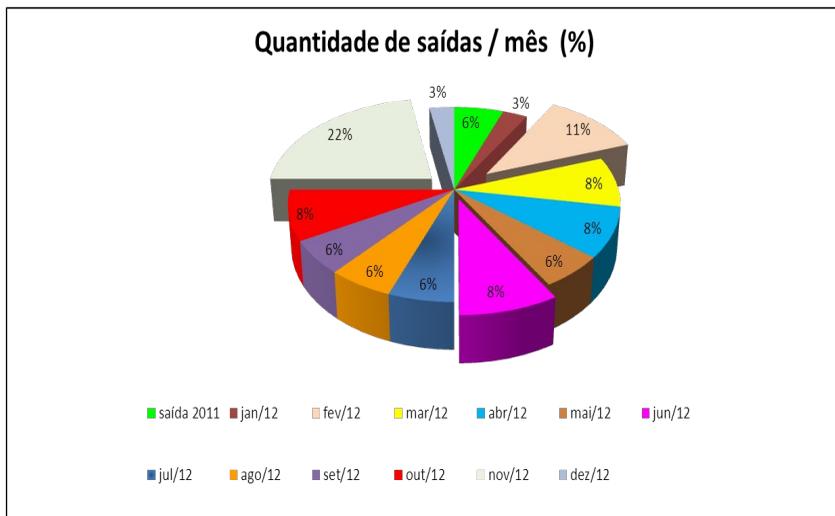


GRÁFICO 16 - Quantidade de Saídas por mês

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Já o gráfico quanto a quantidade de saídas por mês mostra que no mês de fevereiro saíram 11% das residentes e no mês de novembro 22% que demonstra uma saída significativa. Nos demais meses os percentuais ficaram entre 6% e 8% de saídas.

4.17 Motivos das Saídas representadas em porcentagem

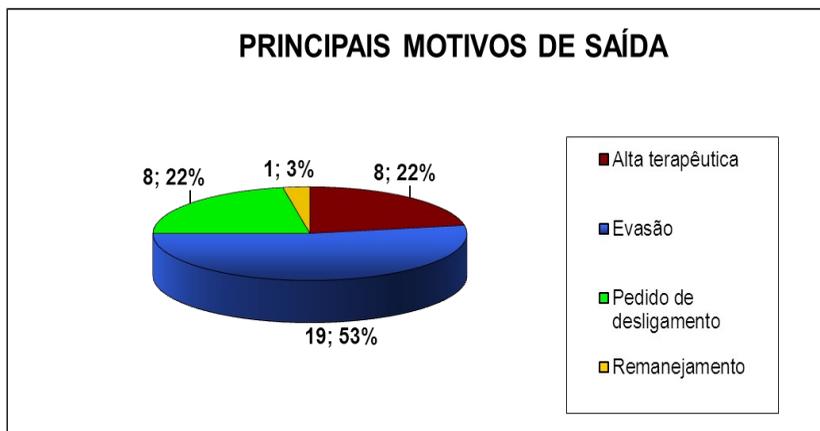


GRÁFICO 17 - Motivos das Saídas representadas em porcentagem

Fonte: Comunidade Rosa de Saron (2013)

Entre os principais motivos de saída 53% que representa 19 residentes evadiram-se durante o tratamento, dessas 32% representando 6 residentes retornaram a Comunidade e deram continuidade ao tratamento. Houve 22% (8 pessoas) de pedido de desligamento por vontade própria, 3% (1 pessoa) foram remanejadas dando continuidade ao tratamento em outra Instituição. E 22% das residentes receberam alta terapêutica, representada por 8 residentes, sendo que 4 tiveram alta terapêutica com 6 meses e 4 alta terapêutica com 9 meses, superando a média mundial de recuperação que é de 10%.

4.18 Definição do Perfil

O perfil das residentes internas na Comunidade Terapêutica Rosa de Saron Unidade I no período entre outubro de 2011 a dezembro de 2012. Fica assim constituído: A média de internações mensais ficou entre duas e três pessoas representadas por 6% e 8% ; 31% das residentes permanecem em tratamento por até 90 dias; os meses de maior número de saídas é fevereiro e novembro; 22% das residentes receberam alta terapêutica sendo 11% com 6 meses de tratamento e 11% com 9 meses de tratamento; 39% das residentes tem idade entre 15 a 18 anos; 28% das residentes iniciaram o consumo de substâncias psicoativas entre 12 a 15 anos;

As drogas mais consumidas pelas residentes são: crack com 22%; maconha 21% e álcool 18%, havendo também o uso combinado dessas substâncias; 22% das residentes afirmam consumir drogas a mais de cinco anos; 44% das residentes são natural de Santa Catarina; 36% das residentes são encaminhadas pela Secretaria de Assistência Social de Joinville; em 56% das internações os pais são os responsáveis durante o período de internação; 19% das residentes estão inscrita no cadastro único sendo que 3% recebem o BPC e 17% recebem bolsa família; referente a escolaridade 61% das residentes possui o ensino fundamental incompleto; 42% das residentes possui algum tipo de documentação sendo que 36% possui o RG, e 52% das residentes possuem questões jurídicas.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nos 36 (trinta e seis) prontuários analisados foi possível constatar que 61% das residentes possui ensino fundamental incompleto, 36% destas são enviadas às comunidades através das secretarias de assistência social. 39% das dependentes estão entre 15 e 18 anos e pelo menos 28% iniciou o consumo entre 12 e 15 anos e 17% já são usuárias a pelo menos um ano. Um dos dados coletados e que preocupa foi em relação ao tipo de psicoativo utilizado, onde 21 % é dependente de maconha e 22% consomem crack. A naturalidade das dependentes surpreendeu. Apenas 44% das residentes são naturais de Santa Catarina, o que mostra que a Comunidade atende 66% de mulheres provenientes de outros estados, onde atualmente só recebe recursos de dentro do Estado.

Foi possível perceber com esta pesquisa a necessidade de intensificar as ações com as internas de forma mais direcionada. A questão da drogadição é uma questão de saúde pública e necessita de um acompanhamento e políticas próprias para este fim. O lidar com as questões psicológicas e físicas ao mesmo tempo é muito complexo e exige atenção redobrada dos profissionais de saúde. A Comunidade Terapêutica sozinha não suprirá todas as necessidades provenientes da drogadição.

É preciso trabalhar em rede, articular as ações, buscar parcerias com órgãos públicos e privados. Os Estados precisam assumir seu papel garantindo de forma não só teórica mas prática que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. As responsabilidades atualmente estão sendo repassadas para as comunidades e o estudo feito é prova disso.

A baixa escolaridade encontrada no levantamento é prova de que as necessidades básicas não estão sendo supridas, o que acaba ocasionando em uma sociedade exposta aos vícios e tornando-as dependentes, como forma de preencher o vazio proporcionado pelo Estado, por não promover uma política de educação mais efetiva no país.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, os resultados da pesquisa realizada no Perfil Sócio econômico e Cultural das adolescentes dependentes de substâncias psicoativas atendidas na Comunidade Terapêutica Rosa de Saron – Unidade I, do município de Joinville/SC, revelam dados que a instituição poderá utilizar para adequações no Plano de Ações permanentes e complementares da Instituição.

Pode-se observar que a maior incidência no uso de substâncias tóxicas ocorre entre adolescentes. Esta é a fase que o cérebro está em pleno desenvolvimento e por este motivo, o comprometimento direto de suas funções é mais evidente e a dependência torna-se mais intensa. O tratamento busca a reinserção social e a integração com a família, resgatando o interesse na busca da dignidade e estima, dessa forma podendo voltar para a sociedade com objetivos mais saudáveis.

A evasão escolar ocorre muito cedo na vida dessas jovens, como mostra o gráfico 14 onde a maioria não terminou o ensino fundamental, assim sendo, um nível de instrução precário. O início da dependência geralmente começa pelo álcool, dentro dos próprios lares onde acontecem reuniões de família e o consumo de bebidas é visto de uma forma natural. As companhias na vida social também influenciam no início do consumo para serem aceitos no grupo e ganharem destaque social, nesta fase seus maiores ídolos deixam de serem os pais, e os amigos é que começam a ter maior influência em suas vidas. Quando procuram tratamento a sua dependência já está avançada.

Das internas em tratamento a responsabilidade dos lares na maioria das vezes é da mãe, seguido pelo estado, quando os genitores perdem a guarda de seus filhos por motivos diversos. Muitas famílias não entendem a gravidade do problema e não enxergam como uma doença e dessa forma a parceria família/instituição fica comprometida e a sequência do tratamento pós alta não tem a eficiência necessária.

Sugere-se desenvolver um estudo sobre a importância da família para as residentes, há um grande desafio em inserir a participação destas no tratamento durante e após a alta. Em casos mais extremos de resistência da família na participação deste processo, deve-se desenvolver um trabalho individualizado.

Percebemos com esta pesquisa que as adolescentes sentem a necessidade da participação de suas famílias, e isso acaba levando mais cedo a procura de algo que preencha o que estava faltando dentro de seus lares. Criam a ilusão que na rua e que encontrarão o apoio necessário, e dessa forma acabam se envolvendo com pessoas de má intenção que as levam a evasão escolar provocando um baixo nível de instrução dando espaço a marginalidade e uso de substâncias psicoativas abalando seu desenvolvimento e levando a dependência.

Incluir nos planos de ações que já estão em andamento a participação das famílias e com isso reintegrando as adolescentes para o mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. **Um ambiente tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil.** Comunidades terapêuticas. Programa Álcool e Drogas - Hospital Israelita Albert Einstein. Site "Álcool e Drogas sem Distorção", 15 de agosto de 2003. Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm. Acesso em: 30 mai. 2013.

[BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: Amarante \(Org.\). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994 \(p. 41-71\).](#)

[BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011**. Disponível em: \[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html\]\(http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html\)> Acesso em 15 jan. 2013 às 10:33](#)

[CENTRO TERAPÊUTICO VALE DA LUZ. 2012. **Clínicas de Recuperação**. Disponível em: <http://www.clinicasderecuperacao.com.br/lista-de-clinicas/entro-erapeutico-ale-da-uz-1129>> Acesso em 05 fev. 2013](#)

[COMUNIDADE TERAPÊUTICA ESSÊNCIA DE VIDA. **Clínica de Recuperação**. Disponível em: <http://essenciadevida.org.br/>> Acesso em 05 fev. 2013](#)

[COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON, Unidade I. **Prontuários**. 2012 a 2013.](#)

[CONCEIÇÃO, Maria. C.M.D. **Educação Restaurativa**. 2012. Disponível em: <http://educacaorestaurativa.blogspot.com/http://>](#)

educacaorestaurativa.blogspot.com.br/2012/03/foto-comunidade-terapeutica-esquadrao.html > Acesso em 20 fev. 2013 às 20:32

[LEON, De George. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. 2003. São Paulo. Edições Loyola. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=xU8Wo0vcnAQC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22DE+LEON,+George%22&hl=pt-BR&sa=X&ei=T2dxUeCkDZCO9ATP1oGwAw&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false> > Acesso em 15 fev. 2013 às 19:40](http://books.google.com.br/books?id=xU8Wo0vcnAQC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22DE+LEON,+George%22&hl=pt-BR&sa=X&ei=T2dxUeCkDZCO9ATP1oGwAw&ved=0CDQQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false)

[MACEDO, Mauricio Roberto Campelo. **Políticas de saúde mental no Brasil**. Tese de Mestrado em Medicina Social. Rio de Janeiro: UERJ, 1981.](#)

MINISTÉRIO DA SAÚDE . [VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Avaliação das Condições Higiênico-Sanitárias das Comunidades Terapêuticas no Estado de Santa Catarina**. Florianópolis. 2012. Disponível em: \[http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1050\]\(http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1050\) > Acesso em 12 abr. 2013 às 13:07](#)

[MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo/Brasília: Cortez/UNESCO, 2000 . Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/8813027/Edgar-Morin-Os-Sete-Saberes-Necessarios-a-Educacao> > Acesso em 02 jan. 2013 às 10:00](#)

PEREIRA, R LEILA. **Trabalho de graduação**: O serviço social e as estratégias utilizadas para o Fortalecimento de vínculos familiares nas Comunidades Terapêuticas inscritas no conselho Municipal da assistência social do município de Joinville /SC Município. 2012. Enviado por email dia 20 fev 2013 pelo endereço.....

[TEIXEIRA,Loureiro.O.M. De Belmont Ao Odilon Galotti: As Comunidades Terapêuticas No Brasil E A Resistência À Ditadura Militar. Culturas Psi - 2012 - Vol. 0. Pag.63 a 83. Disponível em : http://www.culturapsi.org/Revistas/volumen_0/8.pdf > Acesso em 21 abr. 2013 às 19:01.](http://www.culturapsi.org/Revistas/volumen_0/8.pdf)

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. **Programa Álcool e Drogas - Hospital Israelita Albert Einstein Site "Álcool e Drogas sem Distorção"**, 15 de agosto de 2003. Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm. Acesso em 30 mai. 2013 as 12:00

BRASIL. Senado. **Comunidades teraputicas oferecem 80 das vagas para tratamento de dependentes químicos**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/comunidades-terapeuticas-oferecem-80-das-vagas-para-tratamento-de-dependentes-quimicos.aspx> Acesso em 30 mai. 2013 as 13:30

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. **De Belmont Ao Odilon: Galotti. As comunidades terapêuticas no Brasil e a resistência à ditadura militar**. Disponível em: http://www.culturapsi.org/Revistas/volumen_0/8.pdf. Acesso em 30 mai. 2013 as 14:00

ANEXOS

ANEXO 1 - Jardim interno da Comunidade Terapêutico

Abaixo foto do jardim interno da Comunidade terapêutico.



Figura 1- Comunidade Terapêutica Rosa de Saron