



COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

MANUAL 2014

*ORIENTAÇÃO PARA INSTALAÇÃO
E FUNCIONAMENTO DAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
NO ESTADO DE SÃO PAULO*

The graphic features a group of silhouettes of people of various heights and genders, some in the foreground and some in the background. Below them, two hands are shown holding a white map of the state of São Paulo. The background is split into a white upper half and a dark grey lower half.

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

MANUAL 2014

*ORIENTAÇÃO PARA INSTALAÇÃO
E FUNCIONAMENTO DAS
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
NO ESTADO DE SÃO PAULO*

Governador do Estado de São Paulo

Geraldo Alckmin

Secretária da Justiça e da Defesa da Cidadania

Eloisa de Sousa Arruda

Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

Leonardo Arquimimo de Carvalho

Vice Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

Luiz Carlos Rossini

Coordenação: *João Maria Corrêa Filho*

Equipe Técnica: *Amouni Mohmoud Mourad, Cesar Rosolen Jorge, Marta Elena de Sousa Reis, Matheus Leite Praça, Nubia Elias Santos, Vanessa Camargo Giovani da Silva, Vera Maria Di Giovanni e Vera Lúcia Bagnolesi*

Colaboradores: *Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo – IMESC*

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - CREMESP

Revisão: *Leonardo Arquimimo de Carvalho*

Diagramação e Projeto Gráfico: *Patricia Leite*

CTP, Impressão e Acabamento:

Nota: A atualização do presente Manual foi idealizada e realizada durante a gestão de João Maria Corrêa Filho (*Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - 2012- 2013*) e Danilo Kazuo Miyazaki (*Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - 2013- 2014*).

FICHA CATALOGRÁFICA

São Paulo. Governo do Estado. Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas. **Manual das comunidades terapêuticas 2014: orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no Estado de São Paulo. SJDC/CONED, 2014.**

Nº de páginas

1 – Comunidades terapêuticas 2 – Instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas 3 – Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

Sumário

Apresentação	5
Resumo	7
Glossário	8
Introdução.....	12
1. História e elementos essenciais das Comunidades Terapêuticas	16
2. Conceito e Objetivos das Comunidades Terapêuticas	19
3. Normas Sanitárias	21
3.1. Comunidades Terapêuticas	24
3.2. Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial	49
4. Critérios de Elegibilidade para Admissão em Comunidades Terapêuticas	55
5. Diretrizes de Acolhimento e Convivência	59
6. Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONED	67
Referências	73
Referências Legislativas.....	74
Legislação Estadual	74
Legislação Federal	74
Anexos	76
Parecer CREMESP	77
Rede de Atenção Psicossocial	84

Apresentação

Ao reunir informações essenciais para a formação e o aperfeiçoamento de entidades que se ocupam em reabilitar dependentes químicos neste Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas do Estado de São Paulo, a Secretaria da Justiça e Defesa da Cidadania, por meio do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas, reconhece a importância das Comunidades Terapêuticas como um dos mecanismos eficientes para colaborar no processo de recuperação de usuários de drogas.

Por ser a dependência química doença complexa, que atinge o corpo, a psique, as emoções, o convívio familiar e social e a espiritualidade, a reabilitação do dependente químico pode ser realizada pelas Comunidades Terapêuticas sob a ótica do modelo social que deve contemplar as dimensões comprometidas pelo uso de droga. Contraditoriamente, muitas comunidades ainda não estão adequadas às normas vigentes de funcionamento, na maioria das vezes por desconhecimento dos padrões estabelecidos.

O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo (Coned), em atividade há mais de 27 anos, entre outras atividades trabalha intensamente para multiplicar e qualificar os Conselhos Municipais, também se ocupa das Comunidades Terapêuticas. O Coned lançou em 2011 a primeira edição deste manual e, neste momento, contribui com sua atualização.

Como um círculo vicioso, a inadequação dessas comunidades impede que estejam inseridas em programas governamentais, tenham acesso a financiamentos e aprimorem técnicas para cuidar dos dependentes químicos.

Iniciando um círculo virtuoso, a ideia do manual é propor uma via mais ágil e segura para dar um salto de qualidade nos centros de atendimento. Trata-se de um projeto construído democraticamente, com a participação da sociedade civil, por intermédio das representações existentes no Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas.

O Governo do Estado de São Paulo criou em 2011 a Coordenação de Políticas sobre Drogas (Coed) para efetivar a ação da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania na prevenção do uso indevido de drogas, na reabilitação integral, no resgate da cidadania e na reinserção social de milhares de cidadãos, além de viabilizar parcerias nos 645 municípios do Estado. A Coed tem trabalhado para que as ações cresçam e frutifiquem em tempo oportuno no Estado mais populoso do Brasil, no qual o uso ilícito de drogas cresce vertiginosamente, atingindo grandes percentuais da população.

No início de 2013, o Estado de São Paulo lançou o Programa Recomeço. A exemplo dos países mais avançados nas políticas públicas relativas ao tema, São Paulo tem atuado nas áreas da prevenção, tratamento, reinserção social, acesso à justiça e cidadania e da redução das situações de vulnerabilidade social dos usuários de substâncias psicoativas, especialmente o “crack”. O Programa Recomeço também amplia e facilita o acesso de dependentes químicos que buscam acolhimento em Comunidades Terapêuticas.

A atualização do Manual de Orientação para Instalação e Funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo marca um período especial na recuperação de dependentes e no enfrentamento às drogas. Além disso, contribui para que as Comunidades Terapêuticas, que já trabalham na recuperação dessa população e queiram participar da política estadual, possam se adequar às normas de funcionamento.

Esse é o momento ideal para renovarmos o compromisso com o desenvolvimento equilibrado do nosso Estado, abrindo caminhos, oferecendo subsídios e criando condições para que as ações positivas conquistem cada vez mais espaço na sociedade.

Eloisa de Sousa Arruda
*Secretária da Justiça e da Defesa da
Cidadania do Estado de São Paulo*

Resumo

Diante do crescente número de Comunidades Terapêuticas (CT), da alteração na legislação vigente relacionada a essas, e da necessidade de aprimorar a primeira edição deste manual, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Estado de São Paulo (Coned), instituiu um grupo de trabalho para revisão e reedição desse vernáculo.

A elaboração desse material partiu da busca de atualizações na legislação vigente. Após um amplo debate, houve a padronização de nomenclatura e caracterização dos dois tipos de comunidades existentes, reconhecidos pela Vigilância Sanitária como Acolhimento Social - AS e Atendimento Médico Ambulatorial - AMA.

A realização de “internação involuntária” nessas entidades foi amplamente discutida, e resultou na consulta ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) sobre o referido tema. Como resposta dessa questão, houve o posicionamento unânime de que essas internações só podem ocorrer em entidades com estrutura hospitalar, cabendo então as CTs, somente o acolhimento voluntário das pessoas com problemas relacionados às drogas.

A elaboração desse material, trouxe grande avanço na diferenciação das CTs, que agora podem reconhecer a sua categorização, como também, ficarem informadas das condições mínimas de funcionamento que são exigidas em eventual fiscalização.

Portanto, este manual contém informações significativas para um melhor direcionamento das CTs que estão inseridas na proposta da filosofia existencial, acima de tudo.

João Maria Corrêa Filho
*Presidente do Conselho Estadual
de Políticas sobre Drogas (2012-2013)*

Glossário

CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (CEVS): conjunto de dados de um estabelecimento que desenvolve atividade de assistência à saúde e de interesse à saúde, expresso por um número padronizado pelo Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), cujo dígito identificador de situação do Número CEVS é “dois”. (Portaria CVS nº. 04/2011)

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES): visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do Sistema Único de Saúde (SUS). (Portaria MS/SAS nº. 376/2000)

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): oficialmente criados a partir da Portaria MS/SAS nº. 224, de 29/01/1992, e atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM, de 19/02/2002, são serviços de saúde municipais de atendimento de saúde mental, abertos e comunitários do SUS, criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. São locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.)

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS AD – Álcool e Drogas): são os Centros de Atenção Psicossocial destinados ao atendimento de pessoas de todas as faixas etárias (desde que respeitados os termos do Estatuto da Criança e do Adolescente), com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. Prestam serviço ambulatorial de atenção diária durante os dias úteis, além de oferecer de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS AD III): constituem a modalidade de CAPS AD destinada a proporcionar atenção integral

e contínua, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, a pessoas de todas as faixas etárias (desde que respeitados os termos do Estatuto da Criança e do Adolescente) com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas; oferecem de 08 (oito) a 12 (doze) leitos para desintoxicação, inclusive para acolhimento noturno.

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE): instrumento de padronização nacional dos códigos de atividade econômica e dos critérios de enquadramento utilizados pelos diversos órgãos da Administração Tributária do país. O CNAE resulta de um trabalho conjunto das três esferas de governo, elaborada sob a coordenação da Secretaria da Receita Federal e orientação técnica do IBGE, com representantes da União, dos Estados e dos Municípios, na Subcomissão Técnica da CNAE, que atua em caráter permanente no âmbito da Comissão Nacional de Classificação - CONCLA. (SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL, s.d.)

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS: ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTO: setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente. (Lei nº. 5.991/1973)

ESTABELECIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (EAS): denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde, que demande o acesso de paciente, em regime de internação ou não, qualquer que seja seu nível de complexidade. (Lei nº. 10.083/1998)

ESTABELECIMENTO DE INTERESSE À SAÚDE DA PESSOA: aquele que desenvolve ações que direta ou indiretamente estejam relacionadas à proteção, promoção e preservação da saúde, dirigidas à população e realizadas por órgãos públicos e privados. (Lei nº. 10.083/1998)

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA): refere-se à Lei nº. 8.069/1990, que dispõe sobre a Proteção Integral à criança e ao adolescente.

INSPEÇÃO SANITÁRIA: todo procedimento realizado pela autoridade sanitária competente que busca levantar e avaliar “in loco” os riscos à saúde da população presentes na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços e na intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho. (Portaria CVS nº. 04/2011)

LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO (LTA): laudo emitido pela Vigilância Sanitária, que expressa a concordância do órgão a respeito da adequação da edificação à finalidade proposta. Deve ser assinado pela equipe multiprofissional que participou da avaliação técnica do projeto de arquitetura e é o documento exigido como pré-requisito para emissão da licença sanitária inicial e quando da alteração de estrutura física (ampliação ou adaptação). (Portaria CVS nº. 15/2002)

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO: ato privativo do órgão de saúde competente que permite o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvem atividades de acordo com a legislação sanitária vigente, cujo dígito identificador de situação do Número CEVS é “um”. (Portaria CVS nº. 04/2011)

MANUAL DE NORMAS E ROTINAS OU PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP): documentos que devem descrever as ações, procedimentos e fluxos das atividades desenvolvidas em cada setor do estabelecimento.

MEDICAMENTO: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. (Lei nº. 5.991/1973 e Portaria nº. 344/1998)

PSICOTRÓPICO: substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas. (Portaria nº. 344/1998)

RECEITA: prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado. (Portaria nº. 344/1998)

RESPONSÁVEL LEGAL: pessoa física designada em estatuto, contrato social ou ata, encarregada de representar a pessoa jurídica, ativa e passivamente, nos atos judiciais e extrajudiciais. (Portaria CVS nº. 04/2011)

RESPONSÁVEL TÉCNICO: pessoa física de nível superior, legalmente habilitada pelo conselho de classe, para o exercício profissional de atividade nas diversas etapas da prestação de serviços nas instituições. (Portaria CVS nº. 04/2011)

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SIVISA): software que permite o gerenciamento das ações de Vigilância Sanitária nas diversas esferas do SUS. O sistema registra dados referentes à produção e qualidade dos serviços prestados pelas equipes de Vigilância Sanitária, tanto municipais como estaduais. (Portaria CVS nº. 04/2011)

SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SEVISA): sistema que têm como base o princípio da descentralização da execução das ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, sob a Gestão do Centro de Vigilância Sanitária. (Portaria CVS nº. 04/2011)

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): instituído pelas Leis nº. 8.080/1990, e Lei nº. 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). É constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. São princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (Lei nº. 8.080/1990).

SUBSTÂNCIA PSICOATIVA (SPA): uma substância que quando ingerida afeta os processos mentais, por exemplo, cognição ou humor. Esta expressão e seu equivalente, droga psicoativa, são os termos mais descritivos e neutros para todas as classes de substâncias, lícitas e ilícitas, que interessam à política sobre drogas. “Psicoativa” não implica necessariamente produção de dependência e, no linguajar comum, é frequentemente omitido, como em “uso de drogas” ou “abuso de substâncias”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994)

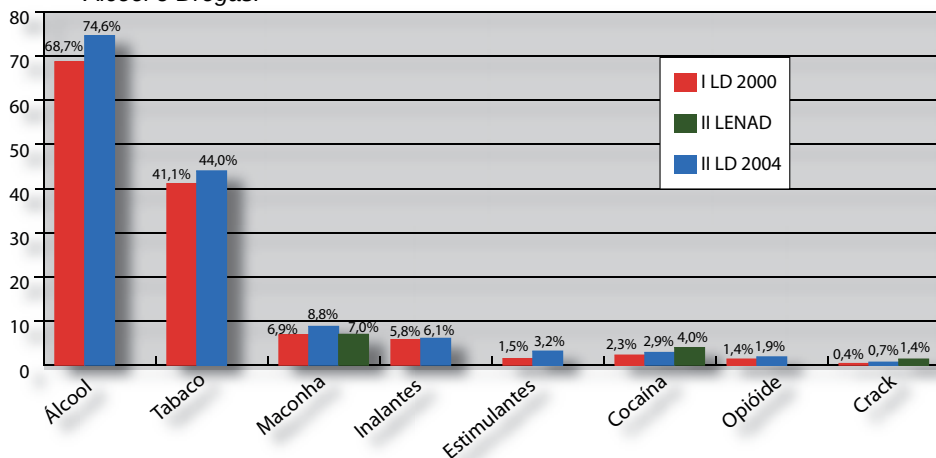
Introdução

Os problemas decorrentes do uso de drogas são um grande desafio para o governo e para a sociedade. Tem sido muito frequente notícias sobre apreensão de drogas, ações que tentam conter o crescente número de dependentes em situação precária e medidas, muitas vezes desesperadas, para atender esses dependentes.

Apesar de grande parte da opinião pública ter sido dirigida para o tema dos dependentes de crack, os profissionais que participam dos programas de atendimento aos dependentes, assim como dados técnico-científicos demonstram que outras drogas, como o álcool, são tão ou mais devastadoras que o próprio crack. Parte dessa distorção se deve à ideiação que a propaganda da indústria de bebidas faz de que o álcool não traz danos à saúde, tentando vincular o seu produto à práticas esportivas, a paisagens paradisíacas e a pessoas bonitas em comportamentos saudáveis.

Os dados disponíveis apontam para um crescimento da exposição a todas as drogas. Contudo, em alguns casos, como os estimulantes e o crack, o aumento do número de pessoas que tiveram contato com elas, nos anos de 2000, 2004 e 2012, preocupa, já que o valor duplicou a cada levantamento (figura 1).

Figura 1. Distribuição da percentagem de uso de drogas no I e II Levantamentos Domiciliar sobre uso de Drogas no Brasil e no II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas.



Fonte: Laranjeira et al., 2013; Carlini et al. 2005; Carlini et al., 2001.

Legenda:

I LD 2000: I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País - 2001.

II LD 2004: II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2005.

II LENAD: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - 2013.

Os números do uso de drogas tendem a piorar quando analisamos grupos mais vulneráveis, como pessoas em situação prisional, crianças e adolescentes infratores, estudantes evadidos do sistema de ensino e especialmente crianças e adolescentes em situação de rua. De certa forma, existe a percepção que o uso de drogas está associado à evasão escolar, à prática de atos infracionais e à situação de rua. O uso de drogas ilícitas entre crianças e adolescentes em situação de rua, por exemplo, é muito superior ao da população brasileira e, também, ao de alunos que frequentam os sistemas formais de educação (tabela 1).

Tabela 1: Exposição às drogas na população brasileira, entre estudantes do ensino fundamental e médio e entre crianças e adolescentes em situação de rua.

Drogas	II Levantamento Domiciliar (2005)	VI Levantamento Estudantes (2010)	Levantamento Crianças e Adolescentes em situação de rua (2003)
Álcool	74,6%	60,5%	74,6%
Tabaco	44,0%	16,9%	63,6%
Maconha	8,8%	5,7%	40,2%
Inalantes	6,1%	15,5%	43,8%
Ansiolíticos	5,6%	5,3%	9,6%
Cocaína	2,9%	2,5%	16,0%
Opióide	1,4%	0,3%	1,9%

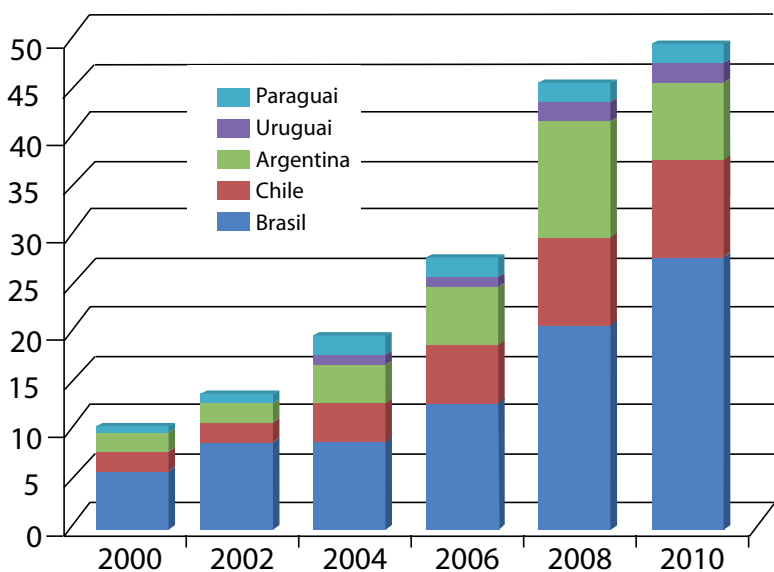
Fonte: Carlini et al., 2010; Galduróz et al., 2004; Noto et al., 2003.

Dados publicados no Relatório Mundial de Drogas (UNODC, 2012), mostram que o volume de apreensões de cocaína nos países da América do Sul tem aumentado anualmente. O Brasil é o país com maior volume de apreensão de cocaína em todos os anos. Entre 2004 e 2010 o volume apreendido dessa droga quase triplicou e, em 2010, chegou a 27 toneladas de cocaína (figura 2).

Este crescimento se deve à ampliação do número de pessoas que passou a usar essa substância e seus derivados e por ser o Brasil rota do tráfico internacional.

De acordo com o referido relatório, o número de mortes atribuídas às drogas, no ano de 2008, foi 7,6 milhões, correspondente a 12,6% de todas as mortes ocorridas no período. Os principais responsáveis por estes óbitos continuam sendo o tabaco e o álcool, com 8,7% e 3,8% dessas mortes, respectivamente. As drogas consideradas ilícitas foram responsáveis por 245 mil vidas perdidas, aproximadamente, 0,4% de todas as mortes.

Figura 2: Evolução da apreensão de cocaína na América do Sul, de 2000 a 2010.



(Adaptado a partir: UNODC, World Drug Report, 2012.)

Com o aumento do número de expostos às drogas, também tem crescido o número de engajados no tratamento e reinserção das pessoas com problemas com as mesmas. Uma consequência direta disso é o aumento da oferta de Comunidades Terapêuticas. Esse aumento, muitas vezes mobilizado por experiências pessoais

que levam os envolvidos a tentar ajudar, tem por objetivo a oferta de tratamento para as pessoas envolvidas com uso e abuso de álcool e outras drogas, contudo este desejo legítimo pode levar à formação de instituições pouco estruturadas e com conceitos distorcidos, já que acabam sendo influenciadas pela experiência pessoal vivida como: paciente, familiar ou amigo.

Em paralelo à expansão do número de Comunidades Terapêuticas, tem crescido o número de denúncias de instituições que não atendem aos parâmetros estabelecidos pela normativa pertinente. Os grandes problemas observados passam por instituições não legalizadas e estabelecimentos fora dos padrões recomendados. Contudo, a situação mais preocupante são as entidades que se intitulam “Comunidades Terapêuticas” e que praticam atividades como a internação involuntária, sem qualquer condição para isso.

Como se sabe, nos encaminhamentos judiciais em que não exista o consentimento de tratamento e/ou quando estiver associado a casos que envolvam riscos para a saúde e segurança do usuário, recomenda-se que a internação seja realizada em ambiente hospitalar.

Em síntese, o principal objetivo desta atualização é orientar os responsáveis por Comunidades Terapêuticas e interessados em criar novas entidades, de forma que possam seguir as normas e os padrões adequados, conforme a legislação vigente. Também tem como objetivo o resgate do nome “Comunidade Terapêutica”, hoje usado erroneamente por gestores desinformados e alguns agentes que têm na desinformação um instrumento para fugir da legislação e enganar pessoas enfermas e seus familiares.

João Maria Corrêa Filho
*Presidente do Conselho Estadual de
Políticas sobre Drogas (2012-2013)*

1

História e elementos essenciais das Comunidades Terapêuticas

A Comunidade Terapêutica (CT) tem demonstrado ser uma eficiente forma de abordagem no tratamento do abuso e dependência de substâncias psicoativas (SPA) e de problemas decorrentes dessas condições. A CT é basicamente uma abordagem de autoajuda que foi desenvolvida inicialmente fora das práticas médicas, psiquiátricas e psicológicas tradicionais. O programa básico das primeiras CTs foi ampliado pela inclusão de serviços relacionados à família, educação, formação vocacional, saúde física e mental. As equipes, comumente compostas quase exclusivamente por conselheiros, ex-usuários de seus próprios programas, tiveram seu arranjo alterado para incluir uma crescente proporção de profissionais de saúde mental, de serviço social e de educação. (DE LEON, 2003)

A evolução da CT, apesar de revelar seu vigor, riqueza de possibilidades, flexibilidade e capacidade de adaptar-se às mudanças, acaba por resultar também em alguns problemas. A proliferação de programas com protocolos próprios e de implementações variadas acaba por dificultar a avaliação da eficácia geral dessa modalidade de tratamento e se dá a ponto da designação CT ser aplicada muitas vezes de forma equivocada por alguns serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do abuso e dependência de SPA. Tal constatação torna não só necessária, mas também urgente a definição de elementos essenciais do modelo e do método da CT. (Idem, *ibidem*)

Até hoje, uma das principais dificuldades em se fazer tais definições é o fato do ensino sobre as CTs ter se apoiado fundamentalmente na tradição oral. Essa tradição, embora constitua uma forma essencial de comunicação e aprendizagem dentro da própria CT, tem restringido uma aplicação mais ampla de sua abordagem. (Idem, *ibidem*)

Para compreender-se o fenômeno das CTs em sua totalidade é necessário refazer sua história e abordar diferentes temas relacionados.

Em 1935, em Akron, Ohio, foi fundada a irmandade de Alcoólicos Anônimos (AA), sob a influência do grupo de Oxford, uma organização religiosa fundada na segunda década do Século XX. A missão de Oxford para o renascimento espiritual dos cristãos abrangia todas as formas de sofrimento humano, incluindo os transtornos mentais e o alcoolismo.

Entre os princípios do AA, diretamente provenientes do grupo de Oxford, estão: confessar se aos outros, reparar males feitos e a convicção de que a mudança individual envolve a conversão à crença no grupo. A história do AA e uma exposição completa dos seus doze princípios, doze tradições e doze passos estão bem descritas em sua literatura oficial. (Idem, *ibidem*)

Em agosto de 1959, em Santa Mônica, na Califórnia, foi fundada a Synanon (primeira Comunidade Terapêutica) por Charles (Chuck) Dederich, um dependente de álcool em recuperação que uniu suas experiências da irmandade de AA a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas no intuito de desenvolver seu programa composto em um ambiente residencial de 24 horas, nos quais os indivíduos ficavam afastados dos elementos sociais, circunstanciais e interpessoais da comunidade mais ampla que poderiam influenciar seu uso de substâncias. Esse tipo de alternativa terapêutica firmou-se e deu origem a outras CTs, que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela CT Synanon. (FRACASSO, 2010)

Muitas CTs para tratamento de dependentes nascidas a partir dessa época assumiram perfis que as tornaram diferentes de suas predecessoras. Houve, igualmente, uma maior investigação científica acerca de sua eficácia, dos pacientes mais indicados para

esse ambiente de tratamento, do papel dos profissionais envolvidos, entre outras coisas. (ARAUJO, s.d.)

No campo psiquiátrico acontecia outra revolução: a experiência da CT democrática para distúrbios mentais. Maxwell Jones e colaboradores esboçaram em profundidade as várias características da CT psiquiátrica. A natureza terapêutica do ambiente total (motivação geral das CTs de Maxwell Jones) é precursora do conceito fundamental de comunidade como método na CT de tratamento de dependência de SPA, que surgiria mais tarde. (FRACASSO, op. cit.)

São importantes considerações sobre a abordagem das CTs contemporâneas:

- Deve ser aceita voluntariamente.
- Não se destina a todo tipo de dependente. Isso ressalta a importância fundamental da triagem, como início do processo terapêutico.
- Deve reproduzir, o melhor possível, a realidade exterior para facilitar a reinserção.
- Deve fornecer um modelo de acolhimento residencial altamente estruturado.
- Atua por um sistema de pressões provocadas de modo artificial.
- Estimula o residente, a expor a sua história, diante dos pares.
- Os pares servem de espelho da consequência social de atos do residente.
- Estabelecer um clima de tensão afetiva.
- O residente é o principal ator do próprio tratamento. A equipe oferece apenas apoio e ajuda.
- As CTs devem se articular com os recursos sociais e de saúde do território.

(Adaptado a partir FRACASSO. Op. cit.)

No Brasil, os Conselhos de Políticas sobre Drogas (Estaduais e Municipais), nos quais participam representantes de diferentes CTs, são provas do movimento interno, que tem acontecido no âmbito das Comunidades Terapêuticas, de reordenamento e reestruturação física, administrativa e técnica no qual o usuário da CT, sujeito de direitos e presença ativa no seu processo de tratamento, deve ser considerado em sua dimensão integral e não dissociado do seu contexto social e familiar. (COSTA, 2009)

2

Conceito e Objetivos das Comunidades Terapêuticas

As CTs são os Serviços de Atenção a Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso, Abuso ou Dependência de Substâncias Psicoativas em Regime Residencial, temporário, que têm como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

Estes serviços têm por objetivo garantir um ambiente residencial protegido, técnica e eticamente orientado, que leve a mudança de estilo de vida e resgate da identidade do residente durante o período de tratamento, com a oferta de uma rede de ajuda mútua, no processo de recuperação das pessoas, que promova oportunidades de aprendizado social e crescimento pessoal, resgatando a cidadania, através dos vários papéis sociais que o residente assume como membro responsável da CT.

Estes serviços, no âmbito do Estado de São Paulo, estão regulamentados pelos dispositivos da Resolução ANVISA RDC nº 29 de 30/06/2011, Resolução SS 127 de 04/12/2013 e Portaria CVS 4, retificada em 27/03/2013 e são definidos como os serviços de interesse à saúde, que têm exclusivamente caráter social e os de assistência à saúde.

De acordo como regulamentos indicados compreendem as “Atividade de Assistência Psicossocial e a Saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente”, também conhecidas como Comunidades Terapêuticas e as “Atividades de Assistência a Deficientes Físicos, Imunodeprimidos e Convalescentes que são os Serviços de Atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial”.

As CTs são os serviços de caráter social, residencial, temporário, destinados a fornecerem assistência psicossocial, alojamento, ali-

mentação, supervisão e acompanhamento a pessoas com problemas causados pelo uso de drogas.

Estes serviços devem garantir a assistência integral á saúde de seus residentes funcionando de forma articulada com a atenção básica, para o apoio ao cuidado clínico geral do residente e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que será responsável pelo acompanhamento especializado durante período de abrigamento e seguimento do cuidado para promover a reinserção do usuário na comunidade quando indicado.

Recomenda se que sejam instaladas em municípios que possuam Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, para que possam garantir, de forma articulada com estes estabelecimentos de saúde, o tratamento necessário aos seus residentes durante o período de abrigamento.

Os serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com o de Atendimento Médico Ambulatorial são os serviços de assistência à saúde destinados a fornecerem assistência médica e psicossocial, alojamento, alimentação, supervisão, e os cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para **adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas**. Estes serviços devem garantir atendimento médico psiquiátrico e clínico geral, serviço de enfermagem, além de equipe de apoio, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e outros, de acordo com a proposta da prestação de serviços ao residente.

As “Comunidades Terapêuticas” e os “Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial” devem atender os dispositivos da Resolução ANVISA **RDC nº. 29/2011**, com destaque para o Capítulo III que se refere à admissão mediante prévia avaliação diagnóstica; **permanência voluntária** e a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardado as exceções de risco imediato de

vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico e a observância do direito à cidadania do residente.

Para atender aos dispositivos citados da **RDC nº. 29/2011**, bem como, da **Lei nº. 10.216/2001** que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e a **Consulta nº. 49.917/2013** do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo as “Comunidades Terapêuticas” e os “Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial”, não poderão realizar o “Abrigamento/Internações Involuntárias”.

Portanto as **Internações Involuntárias** deverão ser realizadas em enfermarias de hospital geral ou psiquiátrico, conforme preconiza a **Lei nº. 10.216/2001**, acolhendo os usuários em regime de curtíssima ou curta permanência.

As “Comunidades Terapêuticas” e os “Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial” que prestarem assistência ao adolescente usuário de SPA devem garantir também a educação e manter dinâmica específica de funcionamento, com ações rotineiras de caráter educativo voltado a prevenção, as questões psicossociais e as questões jurídico-legais relacionadas com as SPA, devendo para tanto seguir as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente.

3 Normas Sanitárias

Licença de Funcionamento Sanitário

Todo o serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, ou abuso, ou dependência de SPA, para funcionar, deve

estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município.

A norma técnica que regulamenta essa questão é a Portaria **CVS nº. 04/2011**, que dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), define o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes estaduais e municipais de vigilância sanitária no estado de São Paulo e dá outras providências.

Esta Portaria compatibiliza as atividades econômicas que estão sujeitas ao cadastramento e ou licenciamento pelos órgãos de vigilância sanitária com a Classificação Nacional de Atividades Econômica (CNAE-Fiscal), elaborada originalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Estes serviços segundo a CNAE Fiscal estão assim divididos:

CNAE 8711-5/2003 - atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes que compreende as Instituições de assistência médica e psicossocial para usuários de substâncias psicoativas e outras drogas, isoladas e independentes de outros estabelecimentos também denominadas de “Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial”.

CNAE 8720-4/1999 - atividade de assistência psicossocial à portadores de distúrbios psíquicos e deficiência mental e dependência química não especificada anteriormente. Compreende os espaços sociais destinados a fornecerem assistência psicossocial, alojamento, alimentação, supervisão e acompanhamento a pessoas com distúrbios psíquicos e/ou problemas causados pelo uso de drogas. São denominadas como “Comunidades Terapêuticas”

Etapas para obtenção de Licença Sanitária

1. Protocolar no órgão competente municipal, a solicitação para

avaliação do Laudo Técnico do Projeto Arquitetônico – LTA, apresentando o projeto da área física a ser submetido a aprovação;

2. Protocolar na VISA local, a solicitação da Licença de Funcionamento, apresentando a seguinte documentação:
 - LTA aprovado;
 - Taxa de solicitação de assunção de Responsabilidade Técnica (RT);
 - Taxa de inspeção sanitária;
 - Formulário de Informações em VISA;
 - Cópia de documento de inscrição do RT no respectivo Conselho de Classe;
 - Cópia do Contrato Social do estabelecimento.

3. No momento da inspeção sanitária, apresentar:
 - Cópia do contrato de serviços terceirizados e da Licença de Funcionamento da contratada, quando for o caso;
 - Manuais de rotinas e procedimentos.

4. Providenciar o cadastro do estabelecimento no Conselho Municipal Sobre Drogas- COMAD e/ou Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED.

O deferimento da solicitação, para fins de cadastro/licença, concretiza-se após constatação do cumprimento das exigências legais resultando na emissão de Numero CEVS que identifica o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária ou a licença de funcionamento.

A licença passa a vigorar a partir de seu deferimento e tem prazo de validade de um ano.

A renovação da licença deverá ser feita, anualmente, mediante a apresentação dos documentos solicitados na licença de funcionamento inicial, acrescentado da cópia da licença do exercício anterior.

Os responsáveis do estabelecimento devem comunicar o órgão de vigilância sanitária, no prazo de trinta dias, as alterações de endereço, estrutura física, de atividade, razão social, capacidade planejada, cancelamento de cadastro/licença, responsabilidade técnica, responsabilidade legal, e outras que intervenham na qualidade do serviço prestado.

A inobservância a legislação sanitária vigente constitui infração de natureza sanitária estando à infratora sujeita as penalidades previstas na Lei Estadual nº. 10.083/1998, ou outro instrumento legal que vier a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penais e civis cabíveis.

3.1. Comunidades Terapêuticas

As CTs devem atender os dispositivos da RDC nº. 29/2011 e Resolução SS 127/2013

Procedimentos de Admissão e Permanência no Serviço

As CTs no processo de admissão do residente e durante sua permanência no serviço devem contemplar os seguintes requisitos:

- Manter por escrito a concordância do residente ao tratamento;
- Preservar ao residente o direito ao tratamento voluntário e a possibilidade da interrupção, a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si, e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas – SPA, avaliadas e documentadas por profissional médico responsável;
- Garantir cuidados com o bem estar físico e psíquico do residente em um ambiente livre de álcool ou de outras drogas, violência e discriminações;
- Possuir programa terapêutico explicitando o tempo máximo de internação, evitando a cronificação do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais;
- Garantir orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos

- a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa ao ser admitida declarar por escrito sua concordância com estas normas, mesmo em caso de mandado judicial;
- Garantir alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;
 - Comunicar imediatamente a família ou responsável qualquer ocorrência a respeito do residente, principalmente os casos de fuga ou evasão;
 - Ter compromisso com o sigilo segundo as normas éticas e legais garantindo-se o anonimato e qualquer divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição, salvo previa autorização, por escrito, pelo residente e familiares;
 - Respeito à dignidade e a integridade, independente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;
 - Utilizar como critério para admissão dos residentes a prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica anotando em ficha de admissão para cada residente (os casos em que a pessoa não tenha capacidade para deliberar sobre si e ou precise de assistência de saúde intensiva não devem ser encaminhados a estes serviços);
 - Proibir castigos físicos, psíquicos ou morais;
 - Garantir a inexistência de espaços restritivos e celas fortes;
 - Garantir acompanhamento das recomendações médicas e/ou utilização de medicamentos, sob critérios previamente estabelecidos, acompanhando as devidas prescrições, ficando a cargo do Serviço a responsabilidade quanto à administração, dispensação, controle e guarda dos medicamentos;
 - Garantia de registro, no mínimo três vezes por semana, das avaliações e cuidados dispensados às pessoas em admissão ou tratamento;
 - Garantir o encaminhamento à rede de saúde, das pessoas que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde;

- Garantir um sistema formal de referência e contra referência com o sistema de saúde local;
- Contar com processo de seguimento para cada caso tratado, pelo período mínimo de um ano.

3.1.1 Organização dos serviços:

As CT devem possuir:

- Licença de funcionamento atualizada expedida pelo órgão competente de vigilância sanitária;
- Estatuto registrado (caso seja filantrópica), contrato social (caso seja estabelecimento privado), regimento interno, registro de entidade social;
- Inscrição de seu programa no Conselho Municipal Sobre Drogas-COMAD;
- Contrato formal de prestação de serviço com o residente ou representante legal, especificando o tipo de serviço prestado, bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário;
- Documento atualizado com descrição de suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais;
- Documentos necessários à fiscalização organizados e atualizados e de fácil acesso;
- Programa de controle integrado de pragas, limpeza de caixa d'água;
- Atestado de Vistoria fornecido pelo Corpo de Bombeiros (conforme **Decreto Estadual nº. 38.069/1993**) e atualizado a cada dois anos;
- Programa de controle médico de saúde ocupacional conforme disposto na **Portaria MTE nº. 3.214/1978** - Norma Regulamentadora sobre Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e outras disposições legais ou normativas vigentes;
- Para os serviços terceirizados: contrato formal e licença de fun-

cionamento atualizada expedida pelo órgão competente de vigilância sanitária;

- Normas e rotinas escritas e atualizadas dos serviços e, disponível aos funcionários;
- Procedimentos de rotina de funcionamento escrito definindo as atividades obrigatórias e opcionais tais como: alta terapêutica; desistência (alta pedida); desligamento (alta administrativa); casos de mandado judicial; evasão (fuga); fluxo de referência e contra-referência para outros serviços de atenção à saúde para outros agravos.
- Ações de capacitação à equipe, mantendo o registro;
- Responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação;
- Profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim;
- Ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado a cada residente, bem como, as eventuais intercorrências clínicas observadas. As fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis e contemplar os seguintes itens:
 - a. horário do despertar;
 - b. atividade física e desportiva;
 - c. atividade lúdico-terapêutica variada;
 - d. atendimento em grupo e individual;
 - e. e atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas
 - f. atividade que promova o desenvolvimento interior
 - g. registro de atendimento médico, quando houver;
 - h. atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
 - i. participação na rotina da limpeza, organização, cozinha, horta e outros;
 - j. atividade de estudos para alfabetização e profissionalização;
 - k. atendimento à família durante o período de tratamento;
 - l. tempo previsto de permanência do residente na instituição; e
 - m. atividades visando à reinserção social do residente.

3.1.2 Instalações e Infraestrutura física:

As CTs devem manter uma relação direta entre as atividades a serem desenvolvidas e os ambientes para a realização das mesmas.

A existência ou não de um determinado ambiente, dependerá da execução ou não da atividade correspondente, assim como existe a possibilidade de compartilhamento de alguns ambientes, quer seja pela afinidade funcional, quer seja pela utilização em horários ou situações diferenciadas.

Edificação:

Aspectos gerais:

A escolha do terreno e do projeto de construção ou do imóvel a ser adaptado deverá ser em lugar seguro e de fácil acesso. Com a finalidade de assegurar ausência de problemas ambientais que, eventualmente, venham a interferir nas atividades do serviço deverá ser avaliado o entorno, bem como, as condições de ventilação, insolação, iluminação e de serviços de apoio como fornecimento de água, esgoto, energia elétrica, gás e outros.

Os serviços devem garantir:

- Projeto arquitetônico aprovado pelo órgão competente de vigilância sanitária;
- Acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, de acordo com as legislações específicas vigentes;
- Acesso externo que permita prevenir contaminação cruzada levando em conta o abastecimento da unidade, descarte de resíduos sólidos e acesso de usuários ao estabelecimento;
- Instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, atendendo às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações;

- Instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras, atendendo às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações;
- Qualidade da água potável para o seu funcionamento, conforme os padrões de potabilidade exigidos pela **Portaria MS nº. 2914/2011**, caso não disponham de abastecimento público;
- No caso de dispor de elevadores seguir as especificações da **NBR 7192/ABNT e NBR 13994/ABNT**.

Aspectos específicos:

Rampas

Sempre que houver um desnível entre um bloco e outro da construção, bem como, no pavimento de ingresso da edificação em relação ao logradouro público o acesso deve ser efetuado por intermédio de rampa.

A declividade e a largura da rampa devem obedecer aos critérios estabelecidos nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT (**NBR/ABNT nº. 9050**), e na legislação específica vigente.

Os pisos devem ser de material antiderrapante.

Escadas

As escadas devem apresentar corrimão instalado entre 0,80m e 1,00m de altura. Escadas com largura igual ou superior a 1,20m e inferior a 2,40m devem apresentar corrimão bilateral, as com largura igual ou superior a 2,40m devem apresentar, também, corrimão intermediário.

Devem prever:

- Mecanismos de contenção nas extremidades inferiores e superiores das escadas;
- Piso tátil cromo-diferenciado de alerta sempre que houver mudança de inclinação ou transição de plano, conforme disposto na **NBR 9050**; e

- Peitoris ou guarda-corpos, contínuos, conforme disposto na **NBR 9077**, sempre que houver escadas ou rampas com desnível maior do que 19 cm.

Pisos

Os pisos das áreas de circulação, alojamentos, cozinha, despensa, refeitório, lavanderia e instalações sanitárias devem ser de material de fácil higienização, lavável, resistente, antiderrapante e estar em bom estado de conservação.

Paredes

As paredes devem apresentar acabamento liso, impermeável, lavável, em bom estado de conservação e serem pintadas com tinta atóxica. Devem ser livres de rachadura, umidade e descascamento.

Teto

O teto deve estar em bom estado de conservação, livre de goteiras, umidade, trincas, rachaduras, bolores e descascamentos. Se houver necessidade de aberturas para ventilação, estas devem possuir tela de fácil limpeza, com malha de 2 mm.

Janelas

As janelas devem apresentar bom estado de conservação e ser dotadas de telas milimétricas para proteção contra insetos no refeitório e cozinha. As telas devem ser ajustadas ao batente e removível para facilitar a higienização.

As janelas e sacadas de locais que ofereçam risco de queda devem apresentar telas resistentes para proteção.

Portas

As portas devem estar ajustadas ao batente e constituídas de material não absorvente, com superfície lisa e de fácil limpeza.

As portas de comunicação com a área externa, com sanitários e

com a cozinha devem ser dotadas de tela de proteção contra insetos e roedores e de mola na parte inferior.

Os vidros de portas ou painéis, que chegam até 50 cm do piso, devem ser do tipo não estilhaçável.

Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

Ralos

Os ralos e grelhas devem ser em número suficiente, sifonados, dotados de dispositivos que impeçam a entrada de vetores e removíveis para permitir a limpeza semanal.

Esgotamento Sanitário

O esgotamento sanitário deve ser ligado à rede de esgoto e, quando não, tratado e com destino aprovado pelo órgão competente.

Instalações Elétricas

As instalações elétricas internas devem ser embutidas, sem fiação exposta ao ambiente. As externas devem ser perfeitamente revestidas por tubulações isolantes.

As lâmpadas devem apresentar proteção contra explosões e quedas e os interruptores devem possuir protetores contra descarga elétrica.

Iluminação e Ventilação

Todo compartimento em que há circulação e permanência de residentes, bem como os locais de trabalho, deverão dispor de abertura comunicando-os diretamente com o exterior para fins de iluminação, insolação e ventilação natural.

A área iluminante dos compartimentos deverá corresponder, no mínimo a:

- Salas de atividades e/ou de repouso: 1/5 da área do piso;

- Cozinha, refeitório e compartimentos sanitários, incluindo banheiros: 1/8 da área do piso, com o mínimo de 0,60 m²;
- Nos demais tipos de compartimentos: 1/10 de área do piso, com o mínimo de 0,60 m².

A área de ventilação natural deverá ter em qualquer caso, no mínimo, a metade da superfície da iluminação natural.

Mobiliário

A instituição deverá dispor de mobiliário constituído de material lavável, em bom estado de conservação e em quantidade suficiente à demanda atendida.

Setores de alojamento:

Os quartos coletivos devem ser separados por sexo, com acomodações individuais, com área mínima de 5,5 m² (cinco metros e cinquenta centímetros quadrado) por cama individual ou beliche, permitindo a livre circulação, incluindo neste dimensionamento área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

Os quartos individuais deverão ter área não inferior 8,00 m².

O quarto que fizer uso de beliches devera ter: - pé-direito de no mínimo 3,00 m (três metros), altura livre entre uma cama e outra e entre a última e o teto de, no mínimo, 1,20m (um metro e vinte centímetros); cama superior do beliche com proteção lateral e escada e não poderá fazer uso de 3 (três) ou mais camas na mesma linha vertical.

As camas devem ter no mínimo 0,80m (oitenta centímetros) de largura, por 1,90m (um metro e noventa centímetros) de comprimento e dispor de colchão, travesseiro, lençol, fronha e protetor térmico em condições adequadas de uso e higiene.

Os serviços para cada seis residentes, deverão possuir um banheiro com área mínima de 3,60 m² e ser dotados de: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro com água quente, lixeira com tampa, papel higiênico e, ao menos um banheiro deve estar adaptado para o uso

de deficientes físicos, com no mínimo, 1 box para o vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da **NBR/ABNT 9050** e o estabelecido na **RDC 50/02** ou a que vier a substituí-la.

Fica vedado o uso de quarto de contenção, portas com trancas, que impeçam permitam a livre circulação do usuário residente pelos ambientes acessíveis da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial

Setores de Reabilitação e Convivência:

Devem contar com os seguintes ambientes:

- a. Sala de atendimento individual;
- b. Sala de atendimento coletivo;
- c. Área para realização de oficinas de trabalho e/ou realização de atividades ludo terapêuticas
- d. Área para realização de atividades laborais;
- e. Área para prática de atividades desportivas;

Obs.: Esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e uso desde que haja uma programação de horários diferenciados.

Setores Administrativos:

- a. Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;
- b. Sala Administrativa com área para arquivo das fichas dos residentes;
- c. Sanitários para público (ambos os sexos) e
- d. Vestiário com banheiro para funcionários de ambos os sexos

Setores de Apoio Logístico:

Recepção

A área de atendimento ao público e troca de informações com a família e responsáveis deve estar protegida de sol e chuva.

Instalações Sanitárias Destinadas ao Público

As instalações sanitárias destinadas ao público devem ser separa-

das por sexo e possuir descarga automática, bacia sifonada com tampa, sendo vedada a privada turca ou similar.

Devem contar com pia para lavagem das mãos, sabonete líquido, toalha de papel descartável de cor clara de papel não reciclado, ou outro método de secagem que não permita à recontaminação das mãos e lixeira provida de tampa, sem contato manual revestida de saco plástico.

Instalações Destinadas aos Funcionários (Vestiários)

As instalações sanitárias destinadas aos funcionários devem ser separadas por sexo e apresentar bom estado de uso e conservação. Observar as orientações descritas para instalações sanitárias destinadas ao público.

O local deve ser dotado de armários individuais, chuveiros com água quente e pia para lavagem das mãos.

Lavanderia

A lavanderia coletiva deve dispor de sala para lavagem de roupas ou lavanderia simplificada e ter as seguintes áreas: armazenagem da roupa suja, lavagem, secagem/ passaderia e armazenagem de roupa limpa.

A lavanderia deve ser de fácil acesso e localizada em área de circulação restrita. Ter espaço físico adequado, piso lavável com ligeira inclinação para evitar retenção de água, tomadas 110 v e/ou 220 v aterradas e identificadas e barreira técnica para evitar contaminação cruzada entre as áreas destinada à lavagem de roupas sujas e a área para as roupas limpas.

Os tanques de lavagem devem apresentar superfície lisa e impermeável para facilitar a limpeza.

Recomenda-se que as máquinas de lavar roupas não tenham revestimento de madeira.

Para a lavagem das roupas devem ser utilizados somente produtos registrados no Ministério da Saúde.

Deve-se evitar a mistura de roupas pessoais com às do estabelecimento como roupas de cama, panos de prato e de limpeza, por exemplo.

Para secagem de roupas recomenda-se área aberta com exposição de varais e para os dias de chuva um ambiente coberto e arejado, a fim de facilitar a secagem.

As roupas limpas devem ser dispostas de modo organizado em armário próprio.

Sapatos, roupas, equipamentos ou outros materiais não destinados a este ambiente não deverão ser guardados na lavanderia.

Equipamentos de Proteção Individual (EPI) deverão ser fornecidos aos residentes para a execução desta atividade, como botas e aventais impermeáveis e luvas.

Áreas para depósito de material de limpeza

Recinto próprio ou armário específico para a guarda do material de limpeza, com área compatível com a quantidade de produtos armazenados e que impeça o acesso dos residentes. Este recinto deve contar com tanque para lavagem de utensílios de limpeza geral e estar fora da área da lavanderia

Almoxarifado

Área utilizada para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios, material de expediente.

Resíduos Sólidos (lixo)

Os resíduos sólidos devem ser armazenados nos ambientes em recipientes próprios, providos de tampa e pedal, constituídos de material de fácil limpeza, revestidos com saco plástico resistente, conforme a **NBR 9191 da ABNT**, recolhidos periodicamente e armazenados temporariamente em locais fechados (abrigos), que atendam as seguintes especificações:

- Ventilação natural através de aberturas devidamente teladas ou outra forma de proteção contra entrada de vetores;

- Dispor de ponto de água para higienização e de ralo para captação de água de lavagem, ligado à rede de esgoto;
- Possuir pisos e paredes revestidos de material resistente e lavável;
- Os abrigos destinados ao armazenamento temporário dos resíduos sólidos devem estar localizados de forma a facilitar a remoção pelo serviço de coleta; e ser inacessível às crianças e animais.
- Serão dispensados de necessidade de abrigos para resíduos sólidos, os estabelecimentos que, em função de alguma peculiaridade, apresentar soluções alternativas, sanitariamente aceitas pela autoridade sanitária.
- É recomendável a coleta seletiva do lixo objetivando a reciclagem de materiais.

Oficinas Produtivas, Reeducativas, Terapêuticas

Espaços destinados a trabalhar a valorização do potencial criativo, expressivo e imaginativo do usuário, fortalecendo a auto-estima e autoconfiança (serralheria, marcenaria e carpintaria, pintura, obras e alvenaria, elétrica, hidráulica e caldeiraria, mecânica, eletrônica, estofaria, etc.). Devem contar com:

- Área física com condições de segurança: localização adequada, teto íntegro de fácil limpeza, paredes íntegras de fácil limpeza, piso íntegro e de fácil limpeza, ralo sifonado com tampa escamoteável;
- Uma pia destinada à lavagem das mãos e outra aos trabalhos terapêuticos;
- Mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção com armários/ prateleiras/ estantes e estrados (30 cm de altura do piso);
- Lâmpadas de emergência;
- Tomadas 110 v e/ou 220 v aterradas e identificadas;
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade suficiente para a demanda do serviço (óculos, máscara ou protetor facial, luvas, macacão, botas de borracha, protetor auricular).

As comunidades de acolhimento social quando não dispuserem destes serviços poderão utilizar os serviços das comunidades ou dos CAPS de referência.

Alimentação e Nutrição

As CTs que possuem unidade de alimentação própria ou de empresa terceirizada devem obedecer aos critérios estabelecidos pela **Portaria CVS nº 05/2013**, que aprova o Regulamento Técnico sobre Boas Práticas para estabelecimentos comerciais e serviços de alimentação.

Estas unidades devem contar com:

- Nutricionista para elaboração de cardápio e supervisão sobre os cozinheiros;
- Cardápios assinados pelo nutricionista e disponível para a autoridade sanitária;
- Escala de funcionários por turno e categoria;
- Atestado de saúde de todas as pessoas envolvidas na manipulação dos alimentos;
- Utilização de equipamento de proteção individual (EPI) em quantidade suficiente para a demanda do serviço, como jaleco ou avental impermeável, gorro ou lenço no cabelo, calçado fechado; e
- Manual do Manipulador de Alimentos.

Obs.: Os funcionários que apresentarem lesões, feridas ou cortes nas mãos e braços, bem como gastroenterites crônicas ou agudas (diarreias, etc.), infecções pulmonares e faringites, não devem manipular alimentos. O estabelecimento deve garantir que os funcionários nessas condições sejam afastados para outras atividades, sem prejuízos de qualquer natureza.

Áreas da Unidade de Alimentação e Nutrição

Refeitório

A área destinada ao refeitório deve ser compatível com o número de residentes atendidos (área mínima de 1m² por usuário), com

local para guarda de lanches e sem comunicação direta com as instalações sanitárias.

Deve dispor de lavatórios para lavagem das mãos, dotados de sabão líquido, papel toalha de cor clara, constituída de papel não reciclado, ou outro método de secagem que não permita a recontaminação das mãos e lixeira provida de tampa, sem contato manual revestida de saco plástico.

Neste local é permitido equipamentos de manutenção de alimentos tais como: balcão térmico, limpo diariamente com água tratada, trocada diariamente e com temperaturas entre + 80° C e + 90° C, estufas, higienizadas diariamente e mantidas em temperaturas de + 65° C e balcões refrigerados, também higienizados diariamente e mantido à temperatura de + 10° C.

Não é permitido equipamentos de refrigeração (geladeira, freezer, congelador, resfriador de água), devido ao calor excessivo.

Se no local houver plantas, estas não devem ser adubadas com adubo orgânico e não devem estar sobre os balcões.

Cozinha coletiva

A cozinha coletiva deve contar com as seguintes áreas:

1) Recepção de gêneros alimentícios e inspeção de alimentos e utensílios: com mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção, provida de bancada com pia;

2) Armazenagem de gêneros alimentícios:

A área destinada à armazenagem de produtos alimentícios em temperatura ambiente deve estar separada conforme os itens (grupos) a serem armazenados. Por exemplo, sacos (farinhas, açúcar, etc.) devem ser dispostos sobre estrados com altura mínima de 25 cm e distarem da parede e das pilhas, no mínimo 10 cm e do forro 60 cm (não é recomendado o uso de estrados e estantes de madeira pelo fato delas serem porosas e serem veículos de contaminação).

As prateleiras devem ter altura mínima de 25 cm do piso.

Neste local não pode ser armazenado materiais tóxicos e materiais de limpeza.

Se houver necessidade de porcionamento dos alimentos, deve-se utilizar utensílios exclusivos e após a sua utilização, a embalagem deve ser fechada adequadamente. Em caso de transferência do produto de sua embalagem para outras (sacos plásticos, caixas plásticas e outras) deve-se transferir também o rótulo do produto original ou desenvolver um sistema de etiquetagem que contenha as informações básicas como: nome do produto, nome do fabricante, endereço, telefone para contato, número de registro no órgão competente, prazo de validade, forma de emprego, etc.

3) Área de estoque

Área ou armário destinado ao armazenamento de produtos perecíveis ou que se deterioram rapidamente tais como carnes, leite e derivados, frutas e hortaliças, alimentos prontos, bolos, tortas, etc.. Nesta área não deve existir equipamentos ou produtos que alterem a matéria prima (sabor, cor, aroma, textura, etc.).

Nestas áreas os equipamentos de refrigeração ou de congelamento devem ser utilizados conforme a necessidade e o tipo dos alimentos processados e/ou armazenados. Na existência de apenas uma câmara ou geladeira esta deve ser regulada para o alimento que necessite da temperatura mais baixa para conservação.

No caso de instalação de câmaras frigoríficas, observar:

- Ante-câmara ou proteção térmica (como cortinas);
- Revestimento com material lavável e resistente;
- Nível do piso igual ao da área externa;
- Termômetro permitindo a leitura pelo lado externo;
- Interruptor de segurança localizado na parte externa da câmara, com lâmpada piloto indicadora de ligado-desligado;
- Prateleira de aço inoxidável ou outro material apropriado;
- Porta que permita a manutenção da temperatura interna;
- Dispositivo de segurança que permita abri-la do lado interno.

Ao dispor de apenas uma câmara, ou geladeira, separar os produtos prontos dos produtos crus; dispor de prateleiras superiores para os produtos prontos, que devem estar sempre embalados conforme as suas características, a fim de evitar contaminações;

Observação:

- Não deixar produtos prontos, mesmo que em bandejas ou papelões, no chão da câmara.
- Utilizar câmaras, geladeiras e freezers nas capacidades recomendadas pelos fornecedores.
- É proibida a superlotação desses equipamentos.

4) Área de Preparo

Esta área deve dispor de ventilação e iluminação adequada, bancadas e cubas de material liso, impermeável e de fácil higienização e sistema que promova o resfriamento rápido de cremes a base de ovos ou leite (tipo creme confeiteiro ou similar) a fim de evitar crescimento de bactérias (**Portaria GM MS nº. 1428/1993**, que recomenda o resfriamento até + 100 C de produtos cozidos, assados ou fritos que não forem consumidos dentro de 02 horas).

5) Área de Cocção

Na área destinada à cocção de alimentos (cozimento, fritura, fornecimento de produtos) não deve existir equipamentos de refrigeração (geladeira, freezer, congelador, resfriador de água), devido ao calor excessivo.

Quando não há possibilidade de instalar coifas e/ou exaustores para minimizar o calor liberado, deve ser definido “parede quente” e “parede fria”, ou seja, uma parede para instalação de produtos de cocção e na parede oposta (o mais longe possível) os equipamentos de refrigeração.

6) Área para lavagem de louça e armazenagem de utensílios

A área para higiene de utensílios e equipamentos deve ser isolada das demais áreas. Deve ser abastecida de água quente e fria, com pias cujos despejos passem obrigatoriamente por uma caixa

de gordura, bem como, todo o sistema de canalização de eliminação de detritos, inclusive o sistema de esgoto.

Deve ser adequadamente dimensionada a fim de suportar a carga máxima estimada pelo estabelecimento, com encanamentos que não apresentem vazamentos e sejam providos de sifões e respiradouros apropriados, de modo que não haja possibilidade de contaminação e poluição de água potável. Esta área deve estar provida de espaço para armazenamento, mesmo que temporário, de utensílios e peças de equipamentos limpos.

Manual do Manipulador de Alimentos

A laborterapia é um dos recursos terapêuticos utilizados nas Comunidades Terapêuticas. As atividades que envolvem o preparo dos alimentos fazem parte da lista de atribuições que os usuários costumam assumir, como parte do tratamento. Independente de quem se responsabilizar por tal atividade, sabe-se que esta pessoa deverá ser instruída sobre as boas normas de higiene e os cuidados básicos que se deve ter a fim de evitar fatores de risco para a sua saúde e de terceiros.

O Manual do Manipulador de Alimentos tem a finalidade de servir como um instrumento que auxilie neste processo. É importante que haja um treinamento dos manipuladores de alimentos abordando, no mínimo, os seguintes temas: contaminantes alimentares, doenças transmitidas por alimentos, manipulação higiênica dos alimentos e boas práticas, e uma supervisão constante para o cumprimento das normas vigentes.

Recomendações na Manipulação de Alimentos

Segurança Alimentar

1) DICAS DE PREPARO / MANIPULAÇÃO


- Escolha alimentos elaborados de forma higiênica e com procedência conhecida
- Leia com atenção o rótulo, siga as instruções do fabricante quanto a conservação depois de aberta a embalagem.

- Alimentos perecíveis não podem ficar fora de refrigeração
- A geladeira deve ser regulada para ficar a 50 C ou menos.
- Os ovos devem ser mantidos na geladeira, o prazo de validade deve ser observado e os ovos trincados não devem ser utilizados.
- Sempre descongele alimentos dentro da geladeira ou microondas, nunca em cima da pia.
- Cozinhe bem os alimentos, principalmente aves e ovos. Evite misturar alimentos crus com cozidos.
- Consuma os alimentos logo após serem preparados.
- Quanto maior o tempo de espera, maior o risco de contaminação. Guarde os alimentos cozidos sob refrigeração.
- Mantenha os alimentos fora de alcance de roedores, insetos e outros animais.

2) CUIDADOS DE HIGIENE

- Mantenha sempre limpas e secas as superfícies da cozinha.
- Os panos de pratos e as esponjas devem estar limpos e secos.
- As tábuas para carne devem ser de plástico e lavado com água quente.

Cinco Chaves para uma Alimentação mais Segura



Mantenha a limpeza

Lave as mãos antes de iniciar a preparação dos alimentos e, frequentemente, durante todo o processo.


Lave as mãos depois de ir à casa de banho.

Higienize todos os equipamentos, superfícies e utensílios utilizados na preparação dos alimentos.

Proteja as áreas de preparação e os alimentos de insectos, pragas e outros animais.

Porquê?

Embora a maior parte dos microrganismos não provoque doenças, grande parte dos mais perigosos encontra-se no solo, na água, nos animais e nas pessoas. Estes microrganismos são veiculados pelas mãos, passando para roupas e utensílios, sobretudo para as tábuas de corte, donde facilmente podem passar para o alimento e vir a provocar doenças de origem alimentar.



Separe alimentos crus de alimentos cozinhados

Separe carne e peixe crus de outros alimentos.

Utilize diferentes equipamentos e utensílios, como facas ou tábuas de corte, para alimentos crus e alimentos cozinhados.

Guarde os alimentos em embalagens ou recipientes fechados, para que não haja contacto entre alimentos crus e alimentos cozinhados.

Porquê?

Alimentos crus, especialmente a carne, peixe e os seus exsudados, podem conter microrganismos perigosos que podem ser transferidos para outros alimentos, durante a sua preparação ou armazenagem.

Cozinhe bem os alimentos

Deve cozinhar bem os alimentos, especialmente carne, ovos e peixe. As sopas e guisados devem ser cozinhados a temperaturas acima dos 74 °C. Use um termómetro para confirmação. No caso das carnes, assegure-se que os seus exsudados são claros e não avermelhados. Se reaquecer alimentos já cozinhados assegure-se que o processo é o adequado.

Porquê?

Uma cozedura adequada consegue matar quase todos os microrganismos perigosos. Estudos demonstraram que cozinhar os alimentos a uma temperatura acima dos 74 °C garante um consumo mais seguro. Os alimentos que requerem mais atenção incluem carne picada, rolo de carne, grandes peças de carne e aves inteiras.

Mantenha os alimentos a temperaturas seguras

Não deixe alimentos cozinhados, mais de 2 horas, à temperatura ambiente. Refrigere rapidamente os alimentos cozinhados e/ou perecíveis (preferencialmente abaixo de 5 °C). Mantenha os alimentos cozinhados quentes (acima de 65 °C) até ao momento de serem servidos. Não armazene alimentos durante muito tempo, mesmo que seja no frigorífico. Não descongele os alimentos à temperatura ambiente.

Porquê?

Os microrganismos podem multiplicar-se muito depressa se os alimentos estiverem à temperatura ambiente. Mantendo a temperatura abaixo dos 5 °C e acima dos 65 °C, a sua multiplicação é retardada ou mesmo evitada. Alguns microrganismos patogénicos multiplicam-se mesmo abaixo dos 5 °C.

Use água e matérias-primas seguras

Use água potável ou trate-a para que se torne segura. Selecione alimentos variados e frescos. Escolha alimentos processados de forma segura, como o leite pasteurizado. Lave frutas e vegetais, especialmente se forem comidos crus. Não use alimentos com o prazo de validade expirado.

Porquê?

As matérias-primas, incluindo a água e o gelo, podem estar contaminados com microrganismos perigosos ou químicos. Podem tornar-se químicos tóxicos em alimentos estragados ou com bolores. Tenha atenção na escolha das matérias-primas e no cumprimento de práticas simples que podem reduzir riscos, tais como a lavagem e o descascar.

Conhecimento = Prevenção = Segurança = Economia

- O ralo da pia deve ser lavado e enxaguado com água fervente ou água sanitária
- A pia deve estar sempre seca.
- Evite lixeira de pia.
- As mãos devem ser bem lavadas antes de lidar com os alimentos, principalmente após ir ao banheiro e mexer no lixo.
- O lixo deve ser recolhido diariamente.

3) CUIDADOS AO COMPRAR

- As carnes devem estar sob refrigeração, com cor e aspecto normais. Quando congeladas, não devem apresentar sinais de descongelamento ou amolecidas.
- O peixe seco (bacalhau) deve estar livre de sinais de umidade e manchas róseas; deverá estar protegido da poeira, insetos e

em local seco. Observar as indicações da embalagem, quanto ao fabricante, endereço, data de validade, modo de conservação e preparo, peso e número de registro no SIF, SISP quando se tratar de origem animal; as latas devem estar íntegras, sem sinais de estufamento e ferrugem.

- As frutas secas devem estar armazenadas em local fresco, sem umidade e com embalagem íntegra.
- No caso de produtos vendidos a granel, observar a ausência de mofo e de insetos.
- Os manipuladores de alimentos devem estar com as mãos limpas, unhas curtas, sem esmalte e adornos. Devem usar uniformes limpos e proteção no cabelo.
- Utensílios rachados, lascados, quebrados ou descascados deverão ser imediatamente substituídos;
- Todos os equipamentos e aparelhos disponíveis para utilização deverão estar em perfeitas condições e terem manutenção periódica;
- Para a manipulação de alimentos é extremamente proibida à utilização de utensílios de madeira, as tábuas para picar deverão ser de altileno e em número suficiente.
- Na área de manipulação de alimentos só deverá permanecer o que é útil e necessário ao trabalho.
- Botijões de Gás devem estar dispostos em área externa e exclusiva para armazenamento de recipientes de GLP (gás liquefeito de petróleo) e seus acessórios. A delimitação deve ser efetuada com tela, grade vazada ou outro processo construtivo, que impeça o acesso das crianças e permita uma constante ventilação.

Instalações Prediais de Água, Esgoto, Energia Elétrica, Proteção e Combate a Incêndio, Telefonia e Outras.

As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

Os estabelecimentos devem ser abastecido com água potável em quantidade suficiente e nos padrões de potabilidade exigidos pela **Portaria MS 2914/2011**.

Aqueles que fazem uso de solução alternativa de abastecimento de água (poços, minas e outros), devem atender aos dispositivos da **Resolução Estadual SS 65/2005 e Resolução Conjunta SMA/SERHS/SES nº. 03 de 21/06/2006** devendo o responsável legal requerer o cadastro do mesmo no órgão competente de Vigilância Sanitária.

O reservatório deve atender as seguintes exigências:

- Ser dimensionado para atender a demanda total de usuários, além da reserva para combate de incêndio, conforme normas específicas da **ABNT**.
- Ser de material adequado, isento de rachaduras, limpo e tampado, a fim de manter os padrões exigidos de potabilidade da água para o consumo humano.
- Ser higienizado e desinfetado semestralmente, na forma indicada pela autoridade sanitária, ou quando da ocorrência de fatos que possam comprometer a qualidade da água.
- Estar conectado à rede pública coletora de esgoto sanitário ou na falta desta, ao sistema isolado de disposição e tratamento, em conformidade com as normas específicas da **ABNT**.
- Dispor de sistema de drenagem de águas pluviais, em conformidade com as normas municipais e normas específicas da **ABNT**.

Controle integrado de Pragas

O estabelecimento deve implementar o programa de controle de pragas contemplando todas as medidas preventivas necessárias para minimizar a necessidade da aplicação de outros produtos saneantes domissanitários tais como desinfetantes, raticidas e inseticidas.

A aplicação desses produtos saneantes domissanitários só pode ser executada por empresa controladora de vetores e pragas ur-

bana, devidamente licenciada pelo órgão competente de Vigilância Sanitária.

Os estabelecimentos deverão apresentar à autoridade sanitária, os seguintes documentos referentes ao controle de pragas:

- Manual de rotinas e procedimentos contendo as medidas preventivas adotadas após a aplicação.
- Certificado ou comprovante de execução do serviço de aplicação de produtos saneantes domissanitários, com todas as informações, indicações e orientações, preconizadas na legislação sanitária vigente.

Presença de Animais

Caso a instituição possua animais, deve assegurar condições sanitárias adequadas visando o bem-estar animal e a proteção da saúde humana respeitando a legislação pertinente local.

Higiene dos Ambientes

Todas as dependências internas e externas devem estar organizadas e limpas, bem como livres de focos de insalubridade, vazamento, umidade, acúmulo de lixo, objetos em desuso e vetores.

A higienização das instalações, dos equipamentos, dos móveis, dos utensílios e das superfícies deve ser efetuada de modo periódico e estarem escritas no Manual de Rotinas e Procedimentos elaborado pelo estabelecimento. Este manual deve mencionar a área e/ou equipamento a ser higienizado, o método, a frequência, o produto utilizado, a concentração, a temperatura e tempo de ação, a ação mecânica e funcionário(s) responsável(is) pela tarefa.

Saúde dos Trabalhadores

Os serviços devem assegurar condições técnicas, físicas, humanas e de organização do trabalho que impliquem na promoção da saúde e prevenção de acidentes, agravos e doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a característica das atividades desenvolvidas e dos fatores de risco existentes no local de trabalho,

cumprindo o estabelecido na **Portaria MTE nº. 3.214/1978** - Norma Regulamentadora sobre Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e outras disposições legais ou normativas vigentes.

A **Norma Regulamentadora nº. 07** do Ministério do Trabalho e Emprego estabelece o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, que tem o objetivo de identificar precocemente qualquer desvio que possa comprometer a saúde dos trabalhadores através de anamnese e exames laboratoriais periódicos.

De acordo com esta norma os trabalhadores devem ser submetidos a exame médico admissional, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, bem como serem imunizados através da aplicação de vacinas em conformidade com o calendário do Programa Nacional de Imunização – PNI.

O ambiente de trabalho deve possuir condições de higiene, conforto e salubridade, de acordo com a **NR - 24 do MTE**.

Os trabalhadores devem receber capacitação inicial e permanente sobre: as rotinas da CT, cuidados de higiene, saúde e alimentação; medidas de proteção individual, normas e procedimentos a serem adotadas no caso de ocorrência de incidentes ou acidentes.

Os serviços deverão garantir a utilização de equipamento de proteção individual (EPI) ,conforme descrito na **NR 6** do MET, em quantidade suficiente para a demanda de cada setor tais como jaleco, avental impermeável, gorro ou lenço no cabelo, mascara e calçado fechado.

Em casos de acidentes, incidentes ou danos à saúde dos trabalhadores, o empregador deverá proceder à notificação previdenciária e epidemiológica, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, e da Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - NET, para que sejam

tomadas as medidas necessárias para o caso (investigação do acidente, medidas profiláticas, etc.).

Recursos Humanos:

As **CT de Acolhimento Social** devem funcionar sob a responsabilidade técnica de profissional de **nível superior**, legalmente habilitado, bem como, um substituto com a mesma qualificação, ambos **capacitados para o atendimento** de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA.

Os serviços devem garantir:

- Quadro de recursos humano em período integral, capacitado e condizente com o número de residentes e as atividades desenvolvidas
- Equipe técnica capacitada para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA
- Presença de membro da equipe técnica que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.
- Nutricionista para supervisão do serviço de alimentação e elaboração de cardápio diversificado e assinado pelo nutricionista;
- Profissional responsável pela supervisão do serviço de limpeza e
- Profissional responsável pela supervisão do serviço de lavanderia
- Escala de funcionários por turno e categoria;

Medicamentos

Nas Comunidades terapêuticas de acolhimento social **não há prescrição de medicamentos**, mas admissão de pessoas usuárias de medicamentos controlados prescritos pelo serviço de saúde de referência. A direção do serviço assumirá a responsabilidade pela administração e guarda do medicamento, ficando dispensada

dos procedimentos de escrituração previstos na **Portaria SVS/MS nº. 344/1998** ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

3.2. Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial

Estes serviços devem estar em conformidade com a **RDC nº.29/2011 e a nº. 50/2002** do Ministério da Saúde ou a que vier a substituí-la nas áreas relativas ao atendimento de saúde e atender cumulativamente a todos os itens necessários às CTs, conforme descrito anteriormente:

- Procedimentos de Admissão e Permanência no Serviço
- Organização do serviço
- Instalações e Infraestrutura física: Setores de alojamento, Setores de Reabilitação e Convivência, Setores Administrativos, Setores de Apoio Logístico, Oficinas Produtivas, Reeducativas e Terapêuticas, Unidade de Alimentação e Nutrição (Manual do Manipulador de Alimentos)
- Instalações Prediais de Água, Esgoto, Energia Elétrica, Proteção e Combate a Incêndio, Telefonia e Outras
- Controle integrado de Pragas
- Presença de Animais
- Higiene dos Ambientes
- Saúde dos Trabalhadores

Procedimentos de Admissão e Permanência no Serviço

Devem ser atendidos os mesmos quesitos descritos para as CT de Acolhimento Social

Organização do serviço

As comunidades terapêuticas de atendimento médico ambulatorial devem atender todos os itens de organização dos serviços de

acolhimento social, além de adotar os seguintes quesitos relativos à assistência à saúde:

- Livro de ordens e ocorrências;
- Livro de registro de entrada e saída de residentes;
- Censo diário de atendimento;
- Mapa de controle de temperatura (máxima e mínima) da geladeira;
- Registro de manutenção preventiva de equipamentos;
- Manual de normas e rotinas técnicas atualizadas e disponíveis;
- Almotolias identificadas com tipo de solução, data e validade após o envase;
- Identificação de frascos de infusão com nome do paciente, quarto/leito, dosagem, horário, via de administração, data e nome do responsável pelo preparo;
- Seringas preparadas com medicação identificadas com nome do paciente, quarto, dosagem, horário, via de administração, data e nome do responsável pelo preparo;
- Armazenamento e acondicionamento de material médico hospitalar e de instrumental, em embalagem íntegra, identificados e dentro do prazo de validade de esterilização;
- Guarda de medicamentos e material médico hospitalar em local exclusivo, isento de umidade e de fácil limpeza e desinfecção;
- Medicamentos e materiais médico-hospitalares com controle de prazo de validade e registro no MS;
- Armazenamento de medicamentos controlados em conformidade com a

Portaria MS nº. 344/1998;

- Medicamentos em uso identificados, acondicionados e com data da abertura;
- Saneantes utilizados de acordo com a **Portaria nº. 15 DNVS/SNVS/MS, de 23/08/1988;**
- Descarte de resíduos sólidos e perfurocortantes em conformidade com as rotinas da **Portaria ANVISA nº. 306/2004;**

- Condições de segurança contra incêndio, conforme **RDC nº. 50/2002**;
- Lâmpada de emergência e sinalização de orientação e segurança.

Prontuário

O serviço de saúde deverá registrar em prontuário, histórico, diagnóstico, tratamento e evolução dos residentes atendidos. No prontuário deverão constar, além dos itens da ficha individual, as seguintes informações: identificação e anamnese do residente; evolução e prescrição médica de enfermagem e por parte de outros profissionais de saúde em letra legível, assinados, identificados e datados; resultados de exames laboratoriais e outros auxiliares; registro de resumo de alta; registro dos sinais vitais; intercorrências; etc.. Anexadas ao prontuário deverão constar as interconsultas com outros serviços.

Instalações e Infraestrutura física

Os Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial devem atender aos ambientes da estrutura física das comunidades terapêuticas, tais como Setores de alojamento, Setores de Reabilitação e Convivência, Setores Administrativos, Setores de Apoio Logístico, Oficinas Produtivas, Reeducativas e Terapêuticas, Unidade de Alimentação e Nutrição (Manual do Manipulador de Alimentos) além de adotar as seguintes condições organizacionais de conservação e segurança:

- Teto íntegro/fácil limpeza e desinfecção;
- Paredes íntegras/fácil limpeza e desinfecção;
- Piso íntegro/impermeável/de fácil limpeza e desinfecção;
- Porta de acesso com no mínimo 110 cm;
- Ralo sifonado com tampa escamoteável, conforme a **RDC nº50/02**;
- Climatização e/ou ventilação Artificial (ar condicionado) ou Natural (janelas com aberturas teladas);

- Condições de segurança contra incêndio, conforme **RDC nº 50/2002**;
- Sinalização de orientação e segurança;
- Medicamentos e material médico-hospitalar com controle de prazo de validade e registro no MS;
- Medicamentos em uso identificados, acondicionados e com data da abertura;
- Descarte de resíduos sólidos e perfurocortantes em recipiente apropriado;
- Notificação à autoridade sanitária local sobre a ocorrência de eventos adversos à imunização/medicamentos;
- Notificação das doenças de notificação compulsória e de interesse da vigilância epidemiológica à Secretaria Municipal de Saúde;
- Sistema de agendamento e controle de consultas;
- Sistema de registro do atendimento ambulatorial contendo: identificação do paciente, anamnese, exames solicitados e resultados, evolução clínica, prescrição médica e conduta adotada;
- Identificação e anamnese;
- Evolução/prescrição médica;
- Evolução de enfermagem;
- Registro gráfico de sinais vitais;
- Resultados de exames laboratoriais e outros auxiliares.

Ambientes de Saúde

Consultórios (médico/psicológico/ou outra especialidade):

De acordo com **RDC nº. 50/2002** os consultórios devem ter as seguintes áreas físicas:

- Consultório indiferenciado - 7,5 m²
- Consultório de serviço social – consulta de grupo 6,0 m² ou 0,8 m² p/ paciente
- Área de prescrição médica - 2,0 m²

Estes ambientes devem contar com lavatório para lavagem das

mãos, dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha e lixeira com saco plástico e tampa.

Posto de enfermagem e serviços

O estabelecimento deve ter um posto de enfermagem e serviço, com as seguintes especificações:

- Área física mínima de 6 m²
- Área de prescrição médica 2,0 m²
- Mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção
- Armário
- Material de curativo, pacotes esterilizados e medicamentos
- Bancada de apoio com pia de lavagem
- Maca
- Escada de dois degraus
- Mesa auxiliar/bandeja de material para curativo
- Balança antropométrica
- Foco auxiliar fixo ou móvel
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio duosom
- Lixeira com saco plástico branco leitoso e tampa de acionamento por pedal
- Recipiente rígido para descarte de material perfurocortante
- Lavatório com torneira acionada sem o comando das mãos
- Dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha, lixeira com saco plástico e tampa de acionamento por pedal.

Recursos Humanos:

As “Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial” devem funcionar sob a responsabilidade técnica de profissional de nível superior, da área da saúde, legalmente habilitado, bem como, um substituto com a mesma qualificação, ambos capacitados para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA.

Os serviços devem garantir:

- Quadro de recursos humano em período integral, capacitado e condizente com o número de residentes e as atividades desenvolvidas;
- Equipe técnica capacitada para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA;
- Presença de membro da equipe técnica que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim;
- Médico Psiquiatra;
- Clínico Geral;
- Enfermeiro;
- Auxiliar/ Técnico de Enfermagem;
- Psicólogo,
- Terapeuta Ocupacional,
- Assistente Social e outros profissionais que se fizer necessário para atender o residente;
- Nutricionista para supervisão do serviço de alimentação e elaboração de cardápio diversificado e assinado pelo nutricionista;
- Profissional responsável pela supervisão do serviço de limpeza e
- Profissional responsável pela supervisão do serviço de lavanderia
- Escala de funcionários por turno e categoria;

Medicamentos

Os “Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial” que fazem uso de medicamentos a base de substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicos e outras sujeitas ao controle especial estão submetidas à **Portaria SVS/MS n.º 344/1998** - Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações ou outro instrumento legal que vier substituí-la. Estes estabelecimentos deverão manter controles e registros na forma prevista na legislação sanitária.

Os medicamentos e substâncias constantes da **Portaria SVS/MS n.º.344/1998** e suas atualizações, deverão ser obrigatoriamente

guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim. Dada às características desses medicamentos, sua área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima. Devem estar em área isolada das demais, somente permitido acesso ao pessoal autorizado.

Os registros de entrada e de saída desses medicamentos devem ser feitos de acordo com a legislação sanitária específica, sem prejuízo daquelas que foram determinadas pela própria administração do almoxarifado.

“Serviços de atenção aos usuários de SPA de caráter residencial com Atendimento Médico Ambulatorial” que realizarem dispensação de medicamentos devem obrigatoriamente solicitar licença para dispensário de medicamento ao órgão de vigilância sanitária competente e manter responsável técnico farmacêutico para esta atividade.

4

Critérios de Elegibilidade para Admissão em Comunidades Terapêuticas

Dada a metodologia das CTs, os residentes nesse modelo de abrigamento precisam ter condições de conviver com outros residentes e ter capacidade de entendimento da situação. Qualquer situação que comprometa estas premissas deve ser cuidadosamente avaliada.

Falar de critérios de elegibilidade para os candidatos a participar de CTs não é simples. Os pontos mais importantes nesse aspecto são: compreender os transtornos mentais que podem se desenvolver com o uso das drogas, reconhecer a presença de comorbidades psiquiátricas associadas e, ainda, lembrar que pessoas com transtorno decorrente do uso, abuso e dependência de subs-

tâncias psicoativas podem desenvolver doenças clínicas relevantes, cujo tratamento é tão importante para recuperação do indivíduo acometido quanto à própria abordagem da dependência das drogas.

A consequência do abuso das drogas pode se estender desde os efeitos indesejados da intoxicação, até a instalação da síndrome de dependência das substâncias psicoativas. O processo que leva as pessoas expostas às drogas ao adoecimento é entendido pela medicina como algo complexo, resultante da interação das características psicológicas, do tempo de exposição às drogas, das características da substância utilizada, de fatores genéticos e ambientais. O abuso de drogas, situação na qual já estão presentes as consequências do consumo das substâncias psicoativas, contudo a capacidade de resistir ao consumo estaria “preservada”, é um exemplo não tão grave deste processo de interação. A dependência da substância psicoativa deve ser vista não como um transtorno categórico (ter ou não ter dependência de drogas), mas sim como uma condição ampla, que pode se estender do sujeito que não consegue parar o uso das drogas, mas que é capaz de manter com esforço sua condição funcional no trabalho, na família e na sociedade, até a situação na qual o dependente de drogas já tem comprometido todas as esferas de sua vida, não tendo qualquer suporte familiar, estando ainda disfuncional para o trabalho e sociedade.

Além da definição dimensional da dependência de substâncias é relevante citar outros transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas:

- a. Síndrome de abstinência das drogas, é uma condição comum entre os usuários que interrompem o consumo das drogas para iniciar o tratamento, apresentando sintomas físicos e mentais provocados pela retirada ou redução das substâncias usadas. Dependendo da intensidade desses sintomas e de outros fatores (como o tipo de droga, a intensidade do consumo, o históri-

co das síndromes de abstinência prévias e estado de saúde do dependente) podem ocorrer quadros graves de abstinência, que venham a necessitar de atendimento médico de emergência.

- b. Transtorno psicótico é uma condição na qual os usuários de drogas podem apresentar, entre outros, perturbação da capacidade de percepção da realidade, alucinação e ideias delirantes, colocando em risco a sua vida e a de outras pessoas.
- c. Outros transtornos mentais induzidos pelas drogas podem estar presentes, dependendo da gravidade do quadro chegando a comprometer a capacidade de vida social do indivíduo acometido.

Os usuários de drogas são mais propensos a descompensar a doenças crônicas (como o diabetes melito, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, renal e hepática) que o restante da população. Isto ocorre, em parte, por não conseguirem realizar as medidas necessárias para o controle destas doenças, visto que o consumo de drogas estaria associado ao descuido com a própria saúde. Por outro lado, existe o efeito direto das drogas em produzir e agravar certas doenças, como por exemplo, o caso de alcoolista que sofra de cirrose hepática, por vírus da hepatite C, que devido à dependência não consegue parar o consumo do álcool, tendo seu quadro agravado progressivamente pelo efeito da bebida sobre o fígado. De qualquer maneira, a presença de uma doença clínica, mesmo que não pareça relevante, se não tratada pode evoluir para uma condição grave, chegando a causar risco de vida, como seria o caso de um dependente de álcool que sofre de hipertensão arterial.

Por este motivo as pessoas portadoras de dependência de drogas devem passar por uma avaliação clínica e psiquiátrica antes de iniciar qualquer tratamento, mesmo que não aparente ter qualquer outro problema médico.

Critérios de elegibilidade para participar de CTs

Intoxicação	Os casos de intoxicação por álcool ou outras drogas podem ocasionar risco graves a saúde, na sua maioria devem ser tratados em ambiente hospitalar. Todos os casos devem ser primeiro levados para atendimento medico. Devendo ir as CTs após resolução do quadro e liberação médica.
Síndrome de Abstinência	O quadro de síndrome de abstinência das drogas é muitas vezes uma urgência médica, frequentemente necessitando de tratamento, em alguns casos, como a abstinência do álcool, existe elevado risco de complicações e até de morte. Todos os casos, quando for detectado o quadro, devem ser encaminhados para atendimento médico hospitalar, só após liberação médica devem retornar as CTs
Risco de agressividade	Candidatos que tenham risco de auto ou heteroagressividade necessitam de tratamento psiquiátrico, pois estes podem ocasionar suicídio, mutilação, homicídio e agressão a outros residentes. Neste caso os acometidos devem ser retirados das CTs e encaminhados para atendimento psiquiátrico.
Transtorno mental	Ter um transtorno mental, além da dependência de substancias, não exclui o candidato de participar da CT, mas a gravidade que o transtorno apresenta pode comprometer a capacidade de convivência com outras pessoas. Uma avaliação psiquiátrica minuciosa é fundamental, antes da admissão na instituição ou quando este quadro for detectado após inicio do tratamento. Portanto estes casos não podem permanecer nas Comunidades Terapêuticas.
Doenças clínicas	As doenças clínicas normalmente não impedem a convivência do candidato nas comunidades terapêuticas, exceto alguns casos, como as doenças infectocontagiosas. Entretanto, o não reconhecimento e tratamento de algumas doenças clínicas comuns nos dependentes de drogas, podem trazer graves implicações para a saúde dos mesmos. A avaliação clínica também é necessária antes dos candidatos ingressarem nas CTs.

Sintomas psicóticos	A presença de sintomas como alucinação e delírio impede que o candidato participe da CT. Contudo, alguns casos podem ter o quadro controlado com o tratamento psiquiátrico. Estes casos com sintomas em remissão podem ser liberados, pelo psiquiatra, para o ingresso nas CTs, desde que haja garantia da continuidade do tratamento desta comorbidade.
Graves alterações da vontade e do controle	A presença de alterações importantes do controle e da vontade pode comprometer a capacidade do candidato de seguir as recomendações propostas pela CT. Estes casos não devem ser admitidos ou permanecer nas Comunidades terapêuticas.
Consentimento	O desejo voluntário é condição primordial para participar da CT. Todos os candidatos devem manifestar o desejo espontâneo de participar da CT.

Todos os candidatos a participar da CT devem ser avaliados cuidadosamente, pois os residentes em regime de acolhimento na CT estão fora de ambiente hospitalar e sem suporte para atendimento de casos graves. Apesar destas recomendações as CTs devem ter um sistema formal de referência e contra referência com o sistema de saúde do município em que estão inseridas, desta forma, os pacientes que necessitarem de assistência à saúde não terão prejuízo de seu tratamento por participarem das CTs.

5

Diretrizes de Acolhimento e Convivência

Todos os programas têm regras e normas específicas, que deverão ser informados aos candidatos (as) e seus respectivos responsáveis no momento da triagem.

Respeitando os Códigos de Ética das Federações de Comuni-

dades Terapêuticas Brasileiras (FEBRAC), Latino-Americanas (FLACT) e Mundial (WFTC), as Diretrizes de Convivência para Recuperação e o Bem Viver devem ter como princípio básico a convivência comunitária, além de proporcionar um ambiente saudável e livre de álcool e outras drogas, sexo e violência.

As CTs devem contar com representantes que deverão responder pela Presidência, Conselho Consultivo, Coordenação, conforme estatuto. Para o desenvolvimento de programas de tratamento as CTs devem contar com uma equipe de funcionários e voluntários que poderão desenvolver atividades de acordo com a sua formação profissional e experiência que; sem prejuízo de seu quadro funcional, podem incluir dependentes em recuperação como colaboradores desde que capacitados, mediante previsão em seu manual de procedimentos operacionais.

A convivência na CT é um método para transformação dos hábitos e visão de mundo. As pessoas que se valem deste programa educam ou reeducam seu estilo de vida. Para alcançar este objetivo o residente deve estar ciente das seguintes diretrizes:

1. Todo programa é orientado por uma equipe composta por profissionais e voluntários que devem ser as referências do residente durante o tratamento;
2. A comunidade possui rotinas e um cronograma de atividades que devem ser seguidos pelo residente. Possíveis alterações poderão ficar a critério da equipe multiprofissional;
3. A vida em comunidade é orientada por três princípios:
 - **Laborterapia** – é a execução de trabalhos com significados terapêuticos e/ou execução de tarefas que desenvolvam autonomia, organização e responsabilidades nas atividades da vida diária e prática.
 - **Conscientização** – visa despertar no residente a percepção de hábitos, comportamentos, pensamentos e sentimentos que comprometem a sua qualidade de vida, proporcionando também o desenvolvimento de habilidades para o resgate de valores e hábitos saudáveis.

- **Espiritualidade** - é a dimensão da pessoa humana que traz a busca em alcançar a plenitude da sua relação com o seu bem estar espiritual na forma como cada um concebe.
4. Assuntos referentes às vivências e práticas com drogas, devem preferencialmente ser discutidos na presença de um membro da equipe nos grupos sugeridos, com o objetivo de transformar pensamentos e hábitos;
 5. Deverá ser responsabilidade do residente, zelar pela conservação do patrimônio da CT, afinal, pelos próximos meses será a extensão da sua residência e família. Danos patrimoniais serão avaliados pela equipe e, nos casos pertinentes, a família do residente poderá se responsabilizar pelo ressarcimento à Instituição;
 6. Será permitido ao residente ficar na CT com os pertences previamente relacionados e autorizados pela equipe e em conformidade com o rol de roupas e pertences;
 7. Deverá ser vetado ao residente receber de sua família dinheiro ou outros objetos sem o devido conhecimento/consentimento da equipe. Todo objeto acrescentado ao rol deverá ser entregue a equipe em local pré-determinado. Os objetos necessários para o seu bem estar deverão ter sido disponibilizados em sua chegada;
 8. O residente deverá se apresentar com a higiene pessoal realizada e em trajés adequados no refeitório para fazer as refeições, bem como nas demais atividades;
 9. Recomenda-se o uso de crachá pelo residente conforme normas e programas das CTs;
 10. O residente deverá se responsabilizar pela arrumação e manutenção da sua cama e seu guarda roupas sendo orientado pela equipe multidisciplinar;
 11. O residente deverá permanecer no espaço físico referente ao seu programa, exceto quando autorizado pela equipe;
 12. É vetado o trânsito nos corredores apenas com as roupas íntimas, assim como as portas e janelas dos quartos deverão ser fechadas para efetuar a troca de roupas;

13. O residente deverá comprometer-se a permanecer na CT sem usar drogas ou medicamentos a pedido não prescritos, sem atos de violência e sem contato sexual;
14. Em caso de alta a pedido ou administrativa os familiares ou responsáveis deverão, conforme RDC 029, ser prontamente avisados de tal procedimento e a equipe poderá dispor de até 24 horas para efetuar-lo devido às questões administrativas;
15. A não observação das diretrizes supracitadas poderá implicar na avaliação da equipe podendo inclusive, resultar em Alta Administrativa (Diretrizes de Convivência para Recuperação e o Bem Viver – INSTITUIÇÃO PADRE HAROLDO).
16. Reinserção Social: O objetivo fundamental da Reinserção Social é a progressiva ressocialização do residente em um ambiente que reforce a capacidade de:
 - Ser autônomo;
 - Buscar a realização (pessoal, profissional, social);
 - Relacionar-se com o outro;
 - Autoafirmar-se;
 - Buscar um significado para a própria vida;
 - Potencializar o processo de maturidade (pensar, projetar, escolher e realizar).

A reinserção social é um processo no qual o indivíduo, sua família, a comunidade e o Estado se envolvem, visando a criar uma nova rede de relações do indivíduo com a sociedade, de forma saudável.

Concretiza-se com a conscientização do indivíduo no aprendizado ou no resgate de valores morais e éticos, devendo a família, a sociedade e o Estado prestar-lhe apoio, criando mecanismos de educação, saúde, trabalho, esporte, lazer, cultura, apoio psicológico para o exercício de sua cidadania.

As saídas para reinserção social devem contemplar exclusivamente atividades terapêuticas, sociais, de lazer, de trabalho ou contatos com grupos de apoio, auxiliando o residente na sua reintegração social fortalecendo os fatores de proteção.

17. Família: Dentro da Política Nacional de Assistência Social, compreende-se por matricialidade familiar uma composição que abrange diversos tipos de relações, compreendidas numa perspectiva plural e histórica, p.ex.:

- Família nuclear;
- Famílias extensas (incluindo três ou quatro gerações);
- Famílias monoparentais (novos arranjos familiares: avó e netos, ou tios e sobrinhos);
- Casais homossexuais que formam famílias homo-afetivos;
- Famílias que se formaram por meio de segunda união.

Acima de qualquer definição ou conceituação, a família é uma instituição que reúne várias pessoas que vivem ou convivem na mesma residência, com ou sem laços legais e consanguíneos, portanto laços com forte compromisso mútuo.

Durante o processo de tratamento desenvolvido pela CT com o usuário de substâncias psicoativas é importante vincular à família a implantação de trabalho terapêutico.

São intervenções terapêuticas recomendáveis com relação às famílias:

- Encontros regulares na instituição com profissionais capacitados de modo que possa conhecer a classificação das drogas e o impacto físico, mental e emocional que causam no indivíduo.
- Possibilitar a conscientização acerca da problemática do uso abusivo das drogas, e estimular a mudança da condição de codependente para protagonista.
- Incluir no projeto terapêutico a possibilidade da abordagem individual ou em grupo.

A matricialidade sociofamiliar é objeto da proteção social que tem por prioridade a garantia de inclusão de todos os cidadãos e famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade e/ou em situação de risco, inserindo-os na rede de proteção social local.

Considerando que a família não tenha condições de fazer parte do trabalho terapêutico proposto pela instituição, por situação de vulnerabilidade, ela será inserida no Programa de Proteção Social, que é hierarquizada em Básica e Especial.

Recomendações para as rotinas de funcionamento

- Na admissão deverá ser deixada uma taxa referente a transporte rodoviário para o município de origem do residente, no caso de desligamento.
- A comunicação verbal entre todos – residentes, equipe, funcionários, voluntários, visitantes – deve ser sempre respeitosa, evitando gírias, palavrões, tom alto de voz, apelidos e brincadeiras com contatos físicos.
- O material didático deve sempre acompanhar o residente nos horários das reuniões de grupo.
- Somente em real necessidade e sempre com conhecimento e autorização da Equipe, objetos de uso pessoal (roupas, sapatos, higiênicos, etc.) poderão ser doados de residente para residente.
- Dinheiro e/ou objetos de maior valor e/ou bens pessoais que ficarem relacionados fora da lista do rol serão devolvidos aos responsáveis ou guardados até o término do tratamento.
- Aparelhos eletrônicos de uso pessoal deverão ser utilizados conforme a regulamentação da CT.
- Objetos perfurocortantes e pontiagudos, em geral, estão excluídos da rotina diária da CT.
- Devolver aos devidos lugares e em ordem os objetos de uso coletivo (livros, jogos, ferro de passar roupa, etc.) após a utilização, sempre limpos e/ou arrumados.
- Os aparelhos eletroeletrônicos de uso comunitário devem ser manuseados e utilizados conforme a orientação e designação da Equipe.
- As correspondências recebidas serão distribuídas conforme a orientação da Equipe e os residentes deverão abri-las na frente do membro da Equipe e mostrar apenas o conteúdo do envelope.
- Sugestões ou críticas poderão ser indicadas a equipe ou depositadas na “Caixa de Sugestões”.
- Para efeito de desligamento, serão considerados:
 - a. Situações de violência, sexo e uso de álcool e outras drogas

dentro da CT, ou a critério da mesma prevista nas Diretrizes de Acolhimento e Convivência deste manual.

- b. Agredir fisicamente, desrespeitando outro (a) residente ou pessoa da equipe de tratamento.
- c. Não cumprir com as Normas Internas e negar-se a participar das atividades propostas, sem motivo justo, a partir do momento que o (a) residente, em outras oportunidades, tenha sido alertado e esteja reincidindo na atitude.
- d. Praticar atos obscenos ou relações sexuais.
- e. Incitar atos de violência ou ter participação voluntária nos mesmos.
- f. Avaliação conclusiva pela equipe de tratamento de que o (a) residente não possui o perfil para tratar-se em continuidade na CT.

Direitos dos Residentes

Quanto ao Tratamento:

- Receber, por escrito, a orientação e os objetivos do Programa de Tratamento, e as regras existentes na CT, declarando de modo explícito sua concordância com elas. Qualquer modificação nas determinações acima deverá ser comunicada com a necessária antecedência.
- Receber um tratamento digno, respeitoso e seguro, independentemente de raça, credo religioso ou político, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.
- Viver em um ambiente sadio e livre de drogas, sexo e violência.
- Estar protegido(a) em relação a castigos físicos e violências psíquicas ou morais.
- Ser encaminhado(a) a rede de atenção a saúde em caso de doença, quando a comunidade não dispuser de meios para atendê-lo(a).
- Ter conhecimento antecipado dos pagamentos que deverá efetuar e dos procedimentos relacionados a eles.

- Deixar o programa a qualquer tempo, sem sofrer nenhum tipo de constrangimento.

Quanto às visitas:

Receber visita da família e/ou responsável, de acordo com as rotinas da instituição, dentro dos limites físicos da CT. Os visitantes serão parentes/amigos (as) diretos, previamente selecionados pelo residente no dia da internação. Sugere-se que na escolha dos parentes/amigos (as) sejam consideradas aquelas pessoas que se interessem verdadeiramente pelo (a) residente e que poderão ajudá-lo (a) no programa, principalmente, na reintegração à sociedade.

As mães, residentes na CT, que possuem a guarda dos (as) filhos (as), terão o direito de receber visitas semanais dos seus filhos (as), em dias e horários definidos pela Equipe de Tratamento.

Quanto ao Atendimento Médico e/ou Odontológico:

- Nos casos em que houver emergência de atendimento ou acidente, a CT assumirá a responsabilidade pelo encaminhamento ao Pronto Socorro, comunicando em seguida, a família/responsável, para que esta tome as providências necessárias.
- Nos casos médicos e/ou odontológicos em que a saúde do (a) residente exigir internação para tratamento, ou repouso absoluto por período de tempo a ser definido pela equipe, controle de medicamento, dieta e outros, a critério da Comunidade, o residente será afastado do Programa, temporariamente, mantendo seu direito à vaga para retornar, assim que for liberado pelo médico. Os dias em que o (a) residente ficar afastado da CT, não serão computados no período da internação (esta afirmação procede para qualquer tipo de afastamento) e serão acrescidos, quando o(a) residente retornar.

Quanto à desistência do programa:

- Para desligar-se do programa o (a) residente, independentemente do tempo de residência, deverá comunicar à equipe de trata-

mento, com 24h de antecedência, e juntos ponderarão o motivo dessa tomada de atitude, cabendo, entretanto, ao (à) residente a decisão definitiva pela saída ou optar pela continuidade.

- A família será comunicada, caso o (a) residente opte pela desistência e, deverá comparecer no prazo de 24 horas para realização dos procedimentos necessários.
- No caso de desligamento ou alta terapêutica, será devolvida a taxa referente ao transporte rodoviário depositado na admissão.
- Enquanto o (a) residente aguarda seu desligamento do Programa, é necessário continuar participando de todas as atividades.
- Em casos de fuga/evasão a equipe tem obrigação de comunicar a família/ responsável e providenciar boletim de ocorrência/ ou ofício ao Juiz, quando o residente tiver sido encaminhado judicialmente.

6

Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONED

Histórico

Muitos dos Conselhos de Direitos no Brasil emergem na década de 1990, inspirados pelo novo referencial constitucional, visando concretizar a participação e controle social preconizados na Constituição Federal de 1988. Procuram ter uma estrutura paritária (entre Governo e sociedade civil organizada) e tem escopo de deliberar e propor ao Poder Executivo políticas públicas de promoção e defesa de direitos, mormente os direitos humanos fundamentais, individuais e sociais.

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado, no Estado de São Paulo, o Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN que hoje recebe a denominação de Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED.

Este é um órgão vinculado à Secretária da Justiça e da Defesa

da Cidadania, instituído pelo Decreto nº. 25.367/1986, e alterado pelo Decreto nº. 56.091/ 2010, diante da necessidade de o Estado de São Paulo obter uma ação conjunta e articulada com órgãos federais, estaduais, municipais e com a sociedade civil.

O CONED tem como finalidade a prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, realizando uma intervenção mais eficaz e de menos danos à sociedade, seguindo a Política Nacional sobre Drogas por meio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

De acordo com o Decreto nº. 5.912/2006, o CONED integra o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, instituído pela Lei nº. 11.343/2006 e cuja finalidade é articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

- I. a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e
- II. a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

O CONED tem como missão:

Contribuir para o aperfeiçoamento das ações voltadas à prevenção, à redução de danos, à diminuição da oferta, ao tratamento e a reinserção social de pessoas afetadas pelo uso de álcool, tabaco e outras drogas, propondo e acompanhando a execução da política estadual

Para realização de suas ações, o CONED busca parcerias entre os órgãos governamentais e a sociedade civil.

São objetivos do conselho:

- Propor a política estadual sobre drogas lícitas e ilícitas, compatibilizando-a com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, bem como acompanhar a respectiva execução;
- Estimular pesquisas visando ao aperfeiçoamento dos conhecimentos técnico-científicos referentes ao uso e tráfico de drogas;

- Articular, estimular, apoiar e acompanhar os programas de prevenção e tratamento, redução de danos e repressão ao tráfico de drogas;
- Propor ao Governador do Estado a celebração de convênios para os fins previstos nos objetivos anteriores;
- Encaminhar ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas propostas fundamentadas de alteração do sistema legal de prevenção, fiscalização e repressão ao uso e tráfico de drogas.

O Conselho é composto por 44 instituições entre Secretarias de Estado e entidades da sociedade civil, cujos membros representantes titulares e suplentes foram designados pelo Governador do Estado. Esta diversidade em sua composição lhe dá um caráter amplo e multidisciplinar.

Tem ainda como atribuição:

- Conceder às entidades, **parecer avaliatório** sobre seu funcionamento, como também de projetos que tenham por finalidade a obtenção de subvenção social junto a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

Observando-se que, em ambos os casos, é obrigatório o envio de todos os documentos a seguir descritos:

Documentos Necessários para Cadastro e Parecer Avaliatório Estadual

A entidade deverá enviar para o conselho:

- a. Declaração em papel timbrado com assinatura do representante legal com os seguintes dados:
 1. Nome da Entidade;
 2. CNPJ;
 3. Representante Legal;

4. CPF (do representante);
 5. Endereço (da entidade);
 6. Bairro;
 7. Município;
 8. UF: SP;
 9. Telefone;
 10. Cep;
 11. Número de vagas disponíveis na Instituição (total);
 12. Número de vagas para adolescentes do sexo masculino;
 13. Número de vagas para adolescentes do sexo feminino;
 14. Número de vagas para mães nutrízes;
 15. Número de vagas para adultos homens;
 16. Número de vagas para adultos mulheres;
- b. Ofício, em papel timbrado da instituição, dirigido ao Conselho Estadual sobre Drogas do Estado, solicitando o parecer sobre o projeto;
 - c. Exemplar dos atos constitutivos da instituição (estatuto) e alterações vigentes, devidamente registrados ou certidão de inteiro teor fornecida pelo cartório em que está registrado;
 - d. Cópia do ato (ata) de designação (eleição ou nomeação) do (s) atual (is) representante (s) legal (is) da instituição;
 - e. Cópia de documento de identidade e CPF do representante legal da instituição, como também sua qualificação, nome, endereço estado civil, profissão, cidade e telefone;
 - f. Declaração expressa da instituição, sob as penas do artigo 299 do Código Penal, de que não está em situação de mora ou de inadimplência junto a qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal Direta e Indireta;
 - g. Certidões de regularidade fornecida pela Secretaria da Receita Federal - SRF, pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN, do Ministério da Fazenda, e pelos correspondentes órgãos estaduais e municipais;

- h. Comprovante de inexistência do débito junto ao Instituto Nacional de Seguro Social - INSS, referente aos três meses anteriores, ou Certidão Negativa de Débitos - CND atualizada, e, se for o caso, também a regularidade quanto ao pagamento das parcelas mensais relativas aos débitos renegociados;
- i. Comprovação de não estar inscrito há mais de 30 (trinta) dias no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados - CADIN;
- j. Cópia de Cadastro/Licença da Vigilância Sanitária Regional e ou Municipal atualizada;
- k. Solicitar à Vigilância Sanitária Municipal relatório sobre a capacidade planejada da instituição e o perfil do usuário;
- l. Cópia do relatório das atividades executadas dos últimos três anos;
- m. Cópia do cadastro na Secretaria de Assistência Social Municipal (se for o caso);
- n. Cópia do Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- o. Fluxo de procedimento de ações,
- p. Relação do quadro de funcionários e suas respectivas funções.
- q. Programa Terapêutico Geral e Individual;
- r. Declaração de concordância de não realizar atendimento involuntário.
- s. Certificado de Regularidade Cadastral (CRCE) -- Cadastro Estadual de Entidades (CEE)

Obs. Este se destina ao cadastramento de entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos com vistas à celebração de convênios com os órgãos da administração direta e indireta do Estado. O cadastramento é aceito somente em meio eletrônico. (<http://www.cadastrodeentidades.sp.gov.br>).

Enviar para atualização anual do cadastro:

1. Relatório de Atividades da Instituição;

2. Licença da Vigilância Sanitária atualizada.

Os pedidos de complementação de documentos precisam ser atendidos com urgência para evitar demora na análise.

Será realizada visita ao local.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO M.R. *Comunidades terapêuticas: um ambiente tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil*. Site Álcool e Drogas sem Distorção. NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm
- CARLINI E.A.; NOTO A.R.; SANCHES Z.M. *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas e Privadas de Ensino nas 27 Capitais – 2010*. São Paulo: CEBRID–SENAD, 2010.
- COSTA, Selma F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. *Serviço Social em Revista*. V. 11, nº. 2, Jan./Jun. 2009. Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm/>
- DE LEON, G. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.
- DUARTE P.C.A.V; STEMPLIUK V.A.; BARROSO L.P. *Relatório Brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009.
- FRACASSO, L. Comunidade Terapêutica. In: CORDEIRO, D. C.; DIEHL, A.; LARANJEIRA, R. *Dependência Química*. São Paulo: Artmed, 2010.
- LARANJEIRA R.; MADRUGA C.S.; PINSKY I.; CAETANO R.; RIBEIRO M.; MITSUHIRO S. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas, 2013.
- MIGUEL E.C.; GENTIL V.; GATTAZ W.F. *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Manole. 2011.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, décima revisão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- UNODC. *World Drug Report 2012*. (United Nations publication. Sales No. E.12.XI.1). Disponível em: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psi-*

cossocial. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Centros de Atenção Psicossocial – CAPS*. s.d. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Lexicon of alcohol and drug terms*. 1994. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Glossário de álcool e drogas. 2006. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327615.pdf>

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

Legislação Estadual

- **Decreto nº. 56.091, de 16 de agosto de 2010.** Altera a denominação do Conselho Estadual Sobre Drogas para Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED, dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas. <http://www.al.sp.gov.br/legislacao/norma.do?id=160034&ementa=S#inicio>

Legislação Federal

- **Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm
- **Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

- **Portaria nº. 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. <http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisa/legis/visualizadocumento.asp?id=939&versao=2>
- **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. http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.216-2001?OpenDocument
- **Portaria nº. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.** <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- **Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm
- **Decreto nº. 5.912, de 27 de setembro de 2006.** Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm
- **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
- **Resolução - RDC nº. 29, de 30 de junho de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=01/07/2011&jornal=1&pagina=62&totalArquivos=212>
- **Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

ANEXOS

Parecer CREMESP

CONSULTA Nº. 49.917/2013

Assunto: Sobre a revisão do manual de orientação para instalação e funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo.

Relator: Conselheiro Mauro Gomes Aranha de Lima.

Ementa: A admissão involuntária nas CTs se torna uma ameaça aos direitos humanos na medida em que não há uma avaliação médica prévia que justifique essa modalidade de “internação”, conforme regula a Lei 10.216/2001, Art. 8º: “A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento”.

O consultante Dr. J.M.C.F., Presidente da CONED – Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas, solicita parecer do CREMESP sobre a revisão que está sendo feita no manual de orientação para instalação e funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo.

PARECER

Comunidades terapêuticas

O livro de Frederick B. Glaser: “As origens da Comunidade Terapêutica sem drogas: uma história retrospectiva”, defende a idéia de que elas existem há mais de dois mil anos.

Uma comunidade de essênios em Qumran, que reunia pessoas com “problemas da alma” (temores, angústias, descontroles emocionais, paixões desvairadas), tinha uma “Regra da Comunidade” ou “Manual de Disciplina”, muito parecido com as normas existentes nas atuais Comunidades Terapêuticas.

Mais tarde movimentos registrados na Inglaterra e nos E.E.U.U. (Grupos Oxford, A.A., Sijnanon e Day Top), apresentavam todos uma clara motivação ética e espiritual e, até hoje, influenciam uma parcela considerável de Comunidades Terapêuticas em todo o mundo. Em 1953 o psiquiatra escocês Maxwell Jones propôs o que foi denominada de “3ª Revolução na Psiquiatria”. A Comunidade Terapêutica proposta diferia em tudo dos hospitais psiquiátricos então existentes. Estes apresentavam uma estrutura rigidamente hierarquizada e que atuava de modo autocrático. Havia muito pouca comunicação entre as pessoas dos diferentes níveis e uma passividade dos internos, mantidos na ignorância do que se passava ao seu redor e, principalmente, em relação ao seu tratamento.

A proposta de Maxwell Jones, realmente revolucionária, era a de democratizar essa estrutura diminuindo drasticamente a separação entre os diferentes níveis, estimulando a comunicação entre todos os membros, incluindo todos (inclusive o ambiente) no processo terapêutico, fazendo com que os internos participassem da condução do dia-a-dia da Comunidade. As Assembléias Gerais com a participação dos internos, todos com o direito de perguntar e de expor suas idéias, garantiam a manutenção dos objetivos propostos.

Os resultados alcançados foram bons, mas a prática indicou algumas correções de rumo, sem prejuízo das diretrizes básicas. Maxwell Jones havia ressaltado a participação ativa dos internos na própria terapia, a comunicação social democrática e igualitária, o envolvimento de sentimentos, permitindo a redução de tensões sociais.

Elena Goti, em 1997, lembrando que a CT não se destina a todo tipo de dependente, diz que ela deve ser aceita voluntariamente e que o residente é o principal ator de sua cura, ficando a equipe com o papel de proporcionar apoio e ajuda.

George De Leon, em 2000, enfatiza que a CT é uma abordagem de auto-ajuda, fora das correntes psiquiátricas, psicológicas e médicas. Fala sobre a natureza terapêutica de todo o ambiente, sobre sua grande flexibilidade, no enfoque da pessoa como um todo e diz que é um processo a longo prazo, que deve resultar em mudança pessoal e no estilo de vida. Finalmente, adverte sobre o perigo de serem introduzidas práticas que contrariem a essência da proposta da CT.

A Comunidade Terapêutica para o dependente químico, graças à sua grande flexibilidade tem sido adotada em países com diferentes formas de governo, de culturas diversas, de vários graus de desenvolvimento e de religiões diferentes.

Quando seus princípios básicos são respeitados os resultados obtidos são bons, o que explica sua multiplicação constante em todos os continentes¹.

As comunidades terapêuticas que tratam pacientes dependentes de álcool e de outras drogas são, em geral, sustentadas por fundações ligadas a grupos religiosos ou movimentos comunitários laicos. Quase sempre registradas como entidades sem fins lucrativos (o que por vezes, não se verifica na prática), vivem em sua maior parte, de doações recebidas através de sua fundação man-

1 Portal da Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas - FEBRACT

tenedora. E, todas têm, ou deveriam ter o mesmo objetivo em comum, ajudar pessoas que precisam parar de usar drogas, ou seja, um objetivo compartilhado. A maioria delas é dirigida por quem já teve a experiência de dependência química e buscou superação através de um processo de recuperação passando posteriormente, por um simples treinamento ou uma capacitação técnica para tal propósito de ajuda.

Começaram a se expandir no Brasil em 1979 com o intuito de dar uma resposta aos problemas provenientes do incremento do número de dependentes de drogas, em um ambiente livre das mesmas e onde o paciente deve ser tratado como o principal protagonista de sua cura. Deve tratar-se, em princípio, de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades. Toda estrutura destinada para que o morador se situe totalmente no tratamento através de empenho intenso, tanto pela equipe profissional, quanto pelos moradores.

Para conseguir lidar com a demanda de dependentes a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) editaram uma primeira resolução que foi capaz de regulamentar o funcionamento de todas as CTs existentes no país - **Resolução 101, de 30 de maio de 2001** (vide abaixo).

*Segundo a **Resolução RDC ANVISA nº. 29/11** (que modifica a citada de 2001) comunidades terapêuticas são instituições que 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*².

De acordo com Serrat (2002), membro do Conselho Deliberativo da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FE-BRACT) e responsável pela definição do papel das CTs atualmente no Brasil, *“o aumento significativo de CT é uma resposta à evolução do consumo de drogas ilícitas por parte dos jovens” e, ainda segundo o mesmo autor, “quando os princípios de recuperação, resgate da cidadania, reabilitação física e psicológica e de reinserção social são corretamente aplicados, os tratamentos apresentam resultados positivos importantes, sendo o objetivo agir nos fatores psicossociais do indivíduo, ficando o tratamento medicamentoso por conta de outros órgãos, como hospitais e clínicas especializadas”*³.

No Brasil, temos mais de 3000 CTs, parte delas filiadas à FE-BRACT. Porém, há um número significativo de não filiadas, para as quais a ANVISA, através da Resolução RDC. nº. 101, de 30 de maio de 2001, exigiu o funcionamento através de regulamentação, normas e fiscalização a partir de 2003, submetendo-as aos Conselhos Federais, Estaduais e Municipais sobre drogas e à Vigilância Sanitária.

Quanto à eficiência das CTs, de acordo com os dados da FE-BRACT, em termos estatísticos em nível mundial, 30% a 35% das pessoas que frequentaram CTs deixaram definitivamente de consumir drogas (Serrat, 2002).

2 Manual de orientação para instalação e funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Estado de São Paulo. 1ª Edição. Coned/SJOC. Imprensa Oficial do Estado de São Paulo.

3 Em SABINO, N.D.M. e CAZENAVE, S.O. **Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. Estudo Psicol. (Campinas) vol. 22 nº. 2 Campinas apr/june, 2005

O Modelo Minnesota – aprendendo com a prática

O Modelo Minnesota é um modelo de tratamento para dependência do álcool e de outras drogas. Baseia-se em três objetivos-chaves: O crescimento da consciência espiritual, reconhecimento da responsabilidade sobre as escolhas pessoais e a aceitação da importância dos relacionamentos pessoais. Além disso, o tratamento consiste em um programa de internamento na comunidade de quatro a seis semanas e um longo período de acompanhamento através de grupos de A.A. (Alcoólicos Anônimos) e N.A. (Narcóticos Anônimos).

O aspecto residencial do programa é sustentado por uma equipe multidisciplinar de profissionais da área social e da saúde. Muitos destes profissionais são, em geral, eles próprios alcoólicos ou narcóticos anônimos, trazendo em sua história de vida o envolvimento com os problemas causados direta ou indiretamente pela dependência de drogas.

O programa residencial tem como meta a criação de um ambiente terapêutico que conduza a mudança e, para isso, utiliza-se de algumas ferramentas: terapia de grupo; aconselhamento individual; instruções didáticas e leituras dirigidas sobre a filosofia proposta pelo grupo de A.A. e N.A.; instruções didáticas e leituras dirigidas sobre a natureza da adicção; instruções didáticas e leituras dirigidas sobre o processo de recuperação; programa de suporte e orientação familiar; introdução e reintrodução de ambos, familiares e clientes, aos seus respectivos grupos de auto-ajuda.

Resolução 101, de 2001 x Resolução 29, de 2011

A ANVISA publicou a RDC 29 (2011) revogando a RDC 101 (2001) e literalmente flexibiliza todas as regras que as comunidades terapêuticas deveriam seguir.

1. Não existe mais limite para número de internos,

2. Não existe mais definição de tamanho dos alojamentos ou mesmo especificações para tais.
3. O responsável não tem de ser necessariamente da área de saúde.
4. Há nítido afrouxamento nos critérios de elegibilidade para internação.
5. Deixa a cargo das Vigilâncias Sanitárias locais e Conselhos sobre drogas, sejam municipais ou estaduais, a definição das regras específicas.
6. Reforça a ideia de tratamento voluntário.

Provavelmente a maior concentração de comunidades terapêuticas do país há alguns anos é Mairiporã/Atibaia/Bragança Paulista e Vargem Grande/Nazaré Paulista/Perdões, e as frequentes denúncias de maus-tratos, sequestros, agressões, cárcere privado e abusos em comunidades que possuem alvarás de funcionamento comprovam que muitas dessas escapam à fiscalização das Vigilâncias Sanitárias locais.

A primeira resolução, relativa às comunidades foi publicada no mesmo ano que a Lei 10.216, o que permite inferir que foi uma tentativa de levar os avanços da legislação antimanicomial aos portadores dos transtornos relacionados ao uso de substâncias – uma vez que o tratamento em comunidade terapêutica já traria a conotação do acolhimento psicossocial em detrimento das ações psiquiátricas tradicionais.

A segunda, dez anos depois, literalmente distorce a boa prática de atenção às drogas e mesmo a própria reforma da assistência psiquiátrica, não se preocupando com a institucionalização do dependente químico, ignorando o portador de comorbidades graves, não definindo critérios mínimos de funcionamento das comunidades.

Desta forma, como ocorreu uma flexibilização importante no regimento das comunidades terapêuticas, consolidou-se a sua iden-

tidade como não pertencente ao campo da medicina e da saúde. Houve uma clara exclusão do procedimento médico de admissão do interno com riscos para este quando em situação de agravos à saúde física e mental. Assim, a admissão involuntária nas CTs se torna uma ameaça aos direitos humanos na medida em que não há uma avaliação médica prévia que justifique essa modalidade de “internação”, conforme regula a Lei 10.216/2001, Art. 8º: “A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento”.

Este é o nosso parecer, s.m.j.

Conselheiro Mauro Gomes Aranha de Lima
Coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria

**APROVADO NA REUNIÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE
PSIQUIATRIA, REALIZADA EM 27/04/2013.**
**APROVADO NA 4.540ª REUNIÃO PLENÁRIA, REALIZADA
EM 30.04.2013.**

Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Ela dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Tem como objetivos gerais a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Também tem como objetivos específicos: a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias inter-setoriais entre outros.

A RAPS é dividida pelos seguintes componentes:

Componentes	Ponto de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Estratégica	Centro de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	Samu 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desistitucionalização	Serviços Residências Terapêuticas
	Programa de Volta para Casa
Estratégia de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

A saúde mental repassa **recursos de incentivo e habilitação (custeio)** para implantação ou manutenção dos seguintes serviços:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em todas as suas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS AD, CAPS ADIII. Este serviço possui CNES próprio;
- Unidade de Acolhimento, adulto ou infanto-juvenil (UA) – este serviço **NÃO** possui CNES próprio. Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência. O CAPS informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde;
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) - este serviço **NÃO** possui CNES próprio. Neste caso, é preciso informar, no momento de cadastro da solicitação de recurso, o número do CNES do CAPS de referência ou outro serviço de referência. O CAPS ou o outro serviço informado já deve ser habilitado pelo Ministério da Saúde;
- Leitos de saúde mental em hospitais gerais – neste caso, deve ser informado o CNES do Hospital Geral em que estão ou serão implantados os leitos.

Fonte:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>



Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

Rua: Antonio de Godoy, 122 - 5º andar - sala 56
Santa Ifigênia - São Paulo/ SP - CEP 01034-000
Tel: (11) 3105-3669 / 3107-0202 - coned@justica.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria da Justiça
e da Defesa da Cidadania