

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Núcleo Educasaúde
Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva**

PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA

**CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO MUNICÍPIO DE
GRAVATAÍ/RS**

**Porto Alegre
2011**

PATRÍCIA SILVA DA SILVA ROSA

**CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO MUNICÍPIO DE
GRAVATAÍ/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Károl Veiga Cabral

**Porto Alegre
2011**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVO	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	8
3.1 Comunidades Terapêuticas	8
3.2 Políticas Públicas de Atenção às Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso Abusivo de Substancias Psicoativas	9
3.3 O SUS e a Vigilância em Saúde.....	12
3.4 Integralidade: Cuidado, Ensino e Rede	14
4 MÉTODO	19
4.1 Tipo de estudo	19
4.2 Campo do estudo.....	19
4.4 Análise dos dados.....	20
4.5 Aspectos éticos.....	21
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – Instrumento para coleta dos dados	38
APÊNDICE B– Termo de compromisso para utilização dos dados	40
ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	41
ANEXO B– Carta de Aprovação do Núcleo de Educação da Secretaria Municipal da Saúde do de Gravataí	42
ANEXO C - Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 29, de 30 de junho de 2011	43
ANEXO D - Portaria Estadual N° 430, de agosto de 2008	47

RESUMO

O objetivo do estudo foi caracterizar as Comunidades Terapêuticas (CTs) do município de Gravataí a partir de dados secundários tendo por base a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Portaria Estadual nº 430/2008. Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. Foram utilizados como fontes de dados o último relatório de vistoria realizada em cada Comunidade Terapêutica, no período de janeiro a outubro de 2011, presentes nos processos da Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí. Os dados foram coletados por meio de um instrumento de pesquisa contendo variáveis de interesse relacionadas à organização; modalidade de tratamento; recursos; procedimentos do serviço de tratamento. Utilizou-se a análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual e os dados coletados foram gerenciados no programa Microsoft Excel 2003. O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo Comitê de Ética da UFRGS e pelo Núcleo de Educação da Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí. Constatou-se que no município de Gravataí havia 14 CTs, todas de natureza privada filantrópica e somente uma não era de caráter religioso. Cinco instituições não apresentavam alvará sanitário. Quanto à presença de responsável técnico, quatro instituições não apresentavam registros identificando quem exercia essa função. Das CTs que possuíam RT, seis eram psiquiatras; três psicólogos; e um enfermeiro. Em relação à aprovação de projeto arquitetônico na Vigilância em Saúde, identificou-se que sete CTs possuíam parecer de aprovação e as demais estavam em processo de aprovação na VIEMSA municipal. As instituições possuíam recursos humanos qualificados e muitas contavam com equipe multidisciplinar. Referente à presença de monitores de dependência química, oito instituições possuíam esta categoria profissional na sua equipe técnica. Observou-se também que quatro instituições não apresentavam programa terapêutico institucional, e somente uma CT declarava possuir plano terapêutico singular. Quanto à existência de registros individuais e atualizados de cada residente, nove CTs possuíam esse documento. Sabe-se que o município é espaço de ações para as práticas de saúde, sendo assim a Vigilância em Saúde deve desenvolver ações educativas junto as CTs, visando ao conhecimento da legislação pertinente, promovendo esclarecimentos, exigências e, ainda, organização administrativa e qualificação dos serviços prestados. Entende-se que a proposta da Vigilância em Saúde pretende ir além do caráter punitivo como anteriormente considerada, tem como objetivo principal a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações de determinados territórios. Sendo assim, garantindo a integralidade da atenção, incluindo tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Descritores: Dependentes Químicos. Saúde Mental. Vigilância.

1 INTRODUÇÃO

De fato, no Brasil, o uso de substâncias psicoativas tomou proporção de grave problema de saúde pública nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. Sabe-se que o enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: segundo a Organização Mundial de Saúde, no mínimo 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de maneira prejudicial essas substâncias, independentemente do sexo, da idade, do nível de instrução e do poder aquisitivo (BRASIL, 2005a). No território brasileiro, exceto variações sem repercussão epidemiológica, essa realidade apresenta-se equivalente (BRASIL, 2005a).

O ser humano sempre buscou a droga, de diferentes maneiras a partir de traços que muitas vezes são culturais. Utiliza-se como exemplo, o consumo de peiote, cacto considerado sagrado por índios norte americanos; as religiões do Santo Daime, da Barquinha e da União do Vegetal, originadas do consumo da ayahuasca por tribos indígenas da Amazônia há séculos e por curandeiros em toda Amazônia peruana, entre outros.

A pessoa com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas pode ser tratado de diversas maneiras, sendo o tratamento em Comunidades Terapêuticas (CT) uma alternativa. De acordo com Serrat (2002, p.2), membro do conselho deliberativo da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e responsável pela definição do papel das CT atualmente no Brasil, “o aumento significativo de CT é uma resposta à evolução do consumo de drogas ilícitas por parte dos jovens”. No entanto, analisando a demanda para internação em CT no estado do Rio Grande do Sul observa-se que o maior número de pedidos é para álcool e que a população-alvo não é necessariamente de jovens (RIO GRANDE DO SUL; 2011). Talvez isto possa nos fazer pensar por que o crescente aumento pela busca de leitos ou mesmo de internações de longa permanência por parte de nossa sociedade? O que não queremos ver? Como estamos encaminhando o uso abusivo da droga?

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as Comunidades Terapêuticas são "instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência. Recentemente a ANVISA revogou esta RDC e decretou a RDC nº 29 de 30 de junho de 2011, na qual “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”.

No Brasil, temos mais de 80 Comunidades Terapêuticas filiadas a FEBRACT. Todavia, esses dados não elucubram a realidade numérica dessas instituições, pois existem várias Comunidades Terapêuticas que não estão filiadas a essa associação e também não se encontram adequadas, estrutural e/ou funcionalmente (RAUPP; SAPIRO, 2008), às normas mínimas exigidas para o funcionamento desses locais (SABINO; CAZENAVE, 2005), de acordo com as normas estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 29/2011, da ANVISA (ANVISA, 2011). De acordo com o Relatório de Avaliação e Monitoramento das Comunidades Terapêuticas credenciadas com o Estado do Rio Grande do Sul (2011), observou-se o mesmo, há várias comunidades que não estão filiadas e sem nenhum tipo de qualificação do atendimento. Atualmente há 36 Comunidades Terapêuticas conveniadas que prestam atendimento ao Estado, mesmo assim considera-se difícil a fiscalização referente à operacionalização dos planos terapêuticos propostos pelas CTs.

Sendo assim, a aplicação desta RDC 29/2011 é um grande desafio tanto para as instituições como para os órgãos fiscalizadores no que tange à adequação à legislação e superação do paradigma de atendimento enquanto caridade para a prestação de serviços com qualidade e garantia dos direitos da pessoa com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

A partir da implantação do SUS, o município é o espaço de ação das práticas em saúde, sendo tarefa deste o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente à saúde (BRASIL, 1990; EDUARDO, MIRANDA, 1995). Sendo assim, a Vigilância em Saúde se organiza de acordo com os problemas de saúde da sociedade, articulando estratégias de intervenção individual e coletiva, baseando-se em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (MENDES, 1996 *apud* VIDAL; DIAS; OLIVEIRA; MENEGHEL, 2008). Tem por finalidade colocar em prática os princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e participação da comunidade.

A aplicação da RDC 29/2011 é realizada por uma equipe de profissionais da saúde vinculados à Vigilância em Saúde, com a finalidade de adequar as instituições às especificidades locais a partir de atividades educativas e orientadoras.

O município de Gravataí, local escolhido para a realização deste estudo, conta com o Sistema de Vigilância em Saúde desde 2000. Atualmente, o município encontra-se em Gestão Plena do Sistema Municipal, ou seja, compete a ele tomar decisões em nível local. Com isso, o município tem a garantia do pleno exercício das atividades de fiscalização, de inspeção, de

avaliação e de educação sanitária. A Vigilância em Saúde de Gravataí utiliza a RDC nº 29/2011 da ANVISA para realizar as inspeções nas Comunidades Terapêuticas.

A temática investigada é oriunda da trajetória profissional da própria pesquisadora, tendo em vista que a mesma é servidora pública lotada como enfermeira na Vigilância em Saúde no município de Gravataí.

A relevância do estudo consiste no fato de compreender melhor o contexto em que as Comunidades Terapêuticas se encontram para planejar a atenção à saúde das pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas em regime de residência no município de Gravataí, assegurando a qualidade e efetividade dos serviços prestados e também diminuindo ao máximo os riscos que possam ser oferecidos à vida e a saúde destas, dando ênfase no trabalho educacional.

Acredita-se que o estudo trará contribuições aos profissionais atuantes nestes estabelecimentos na medida em que conhecerem as características que as Comunidades Terapêuticas devem possuir para atender as necessidades dos usuários desse modelo assistencial e os riscos a que estes podem estar expostos. Permitirá também contextualizar esse tema de estudo para os profissionais de saúde do município, auxiliando-os no cumprimento de suas obrigações éticas e desenvolvimento de ações para a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

Diante do que foi mencionado, a autora levanta os seguintes questionamentos que irão orientar o estudo: qual o número de CT localizadas no município de Gravataí? Como estas estão estruturadas e organizadas? Que profissionais atuam nessas instituições? Existe Programa Terapêutico nessa modalidade de atendimento?

2 OBJETIVO

O objetivo do estudo foi caracterizar as Comunidades Terapêuticas do município de Gravataí a partir de dados secundários tendo por base a RDC 29/2011 e a Portaria Estadual nº 430/2008.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Comunidades Terapêuticas

De acordo com Soares (1997), o termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, fundamentado nos trabalhos de Sullivan, Meninger, Bion e Reichman. Sendo que, estas experiências eram baseadas em medidas coletivas, democráticas e participativas dos internos, cujo objetivo era resgatar o processo terapêutico a partir da mudança da dinâmica institucional. O mesmo autor refere que:

Maxwell Jones criou o termo "aprendizagem ao vivo" para definir a possibilidade do paciente aprender meios de superar as dificuldades com o auxílio dos outros e relacionar positivamente com outros. A Comunidade Terapêutica surge como processo de reforma institucional interno ao asilo. Seu objetivo era resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo que todos, e não apenas os técnicos compartilhassem (SOARES, 1997, p. 117).

Todavia, segundo Fracasso (2002), a história da Comunidade Terapêutica teve início anterior à idéia de Maxwell. Foi fundada a organização religiosa denominada Oxford em 1860, originalmente chamada Associação Cristão do Primeiro Século. Sendo esta uma crítica à Igreja da Inglaterra, tendo como objetivo o renascimento espiritual. Em 1900 o seu nome mudou para Moral Rearmement. Este grupo de Oxford tinha como princípios a busca de um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos, realizavam vários encontros semanais para ler e comentar a Bíblia, tendo compromisso da reciprocidade da honestidade. Ainda a mesma autora, refere que 25% dos seus participantes eram alcoolistas em recuperação (FRACASSO, 2002).

Em 1935, nos Estados Unidos, o grupo de Oxford deu origem o grupo de Alcoólicos Anônimos (AA). Este passou a ser o maior grupo de Auto-Ajuda do mundo. Chuck Dederich e um grupo de alcoolistas em recuperação, no ano de 1958, fundaram em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica (CT) que se chamou Synanon. A CT que teve seu início apenas para tratamento de alcoolistas abriu suas portas para pessoas dependentes de outras substâncias psicoativas. A consolidação dessa alternativa terapêutica deu origem a outras CTs (FRACASSO, 2002).

De acordo com Fracasso (2002), no início de 1979, a experiência chegou à Itália, onde foi fundada uma Escola de Formação para educadores de Comunidades Terapêuticas.

O psiquiatra escocês Maxwell Jones, durante o período da II Guerra Mundial no hospital Maudsley em Londres e, sucessivamente nos de Henderson e Dingleton, de 1945 a 1969, transformou o trabalho tradicional destes hospitais ingleses em uma experiência de Comunidade Terapêutica para distúrbios mentais. O paciente era participante ativo do seu próprio tratamento, estando envolvido nas atividades propostas; Maxwell utilizava a psicoterapia individual e de grupo, diminuindo o uso de medicação e aproximando o corpo técnico dos pacientes (FRACASSO, 2002).

Conforme Yaria (1992), Maxwell enfatiza que a responsabilidade pelo tratamento na CT não é exclusiva da equipe médica, porém compete também aos residentes.

Depois de constatada a capacidade de recuperação através da abordagem, o ex-psicanalista americano, Hobart O. Mowrer começou a estudar o fenômeno, a história, e os conteúdos e descobriu pontos em comum: o de compartilhar com os membros do grupo o que cada um possui do ponto de vista humano; e o ponto da honestidade, no qual o participante fala do que provoca medo e dor. Sabe-se que este último valor já estava presente nas primeiras comunidades cristãs e era chamada de auto revelação ou confissão aberta (FRACASSO, 2002).

Para Fracasso (2002) o tratamento na CT é percebido como um princípio da aprendizagem social, sendo que o crescimento pessoal e social acontece por meio da interação entre os pares.

Como se pode observar o recurso das CTs não é propriamente novo, já eram utilizadas em outros tempos, com outras perspectivas e formas de tratamento. No presente estudo foram analisadas as CTs que cumprem o papel de oferecer internações de longa permanência aos usuários de substâncias psicoativas.

3.2 Políticas Públicas de Atenção às Pessoas com Transtornos Decorrentes do Uso Abusivo de Substancias Psicoativas

Sabe-se que saúde pública, no Brasil, não vinha se ocupando devidamente com a questão da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas, sendo estas lícitas (aquelas que o uso e o comércio são permitidos legalmente, exemplo álcool, fumo, medicamentos) ou ilícitas (as de uso e comercialização ilegal, exemplo crack, cocaína). Produzindo-se assim uma lacuna na política pública de saúde, sendo a questão das drogas deixada para as instituições da justiça, segurança pública, associações religiosas. Diante de tal situação, a relativa ausência do Estado possibilitou à disseminação em

todo o país de alternativas de atenção a saúde dessas pessoas, tendo como objetivo a abstinência (BRASIL, 2005a).

Entende-se também que, historicamente, no Brasil o tema do uso do álcool e de outras drogas era associado à criminalidade, a práticas anti-sociais e a alternativas de tratamentos determinando a exclusão dos usuários do convívio social (BRASIL, 2005a). Neste contexto, surge uma modalidade de atendimento conhecida como Comunidade Terapêutica. Sendo assim, estas se multiplicaram e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que proporcionassem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas (COSTA, 2006).

As respostas sociais que criamos devem ser analisadas, não é a toa que este modelo de CT cresce, ele vinga porque afasta dos olhos da sociedade aquilo que ela não quer ver, suas deficiências, seus fracassos. Acusar os usuários de consumo abusivo em uma sociedade que é adita ao consumo, na qual consumir mais e mais é incentivado pela mídia, e diz de quem tu és é no mínimo cinismo de nossa parte. A droga pode ser vista como um sintoma social, como nos aponta a psicanálise. O laço social é o laço do consumo, a moda é o simples fato de consumir; tu és aquilo que podes consumir; e o fato de consumir é uma demanda social.

Diante do crescente número de CTs direcionadas para o atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu a Resolução nº101, de 30 de maio de 2001, na qual estabeleceu o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, segundo modelo psicossocial, também denominada de Comunidades Terapêuticas (ANVISA, 2001).

Somente em 2002, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema como sendo de saúde pública (BRASIL, 2005). Sendo assim, foi elaborada a Política Nacional Antidrogas (Decreto nº. 4345 de 26.08.2002); todavia o Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), em outubro de 2005, aprovou a Política Nacional Sobre Drogas, como resultado do realinhamento da Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2005b).

Em 2004, foi lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Sendo esta considerada uma política integral e intersetorial de redução dos danos a saúde; envolvendo governo e sociedade, em todos os seus segmentos: área cultural e educacional, área sanitária, meios de comunicação, e outros (BRASIL, 2004a).

Neste mesmo ano foi decretada a Portaria nº 2.197, na qual redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. O Artigo 2º desta Portaria estabeleceu os principais componentes do Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas:

Componente da atenção básica; componente da atenção nos CAPS-AD; ambulatoriais e outras unidades extra-hospitalares especializadas; componente da atenção hospitalar de referência; e componente da rede de suporte social, complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2004b).

Em 2006, foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), através da Lei 11.343 (BRASIL, 2006b), revogando as Leis 6.368/76 e 10.409/02. O SISNAD prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabeleceu normas para repressão ao tráfico de drogas; e também define crimes (BRASIL, 2006 b); estando esta Lei em alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas (COSTA, 2006). Entende-se que esta Lei fez a distinção entre o que é ser usuário e dependente de drogas e o que é ser traficante de drogas. Os usuários e dependentes ficarão sujeitos a penas alternativas e também a medidas sócio-educativas, excluindo assim a pena restritiva de liberdade, sendo estes julgados pelos juizados especiais criminais. Já para os traficantes, aumentou o rigor das penas, visto que serão julgados pela justiça comum. Neste contexto, há uma problematização feita a esta lei pela própria Secretaria de Segurança, pois ainda que a iniciativa tenha sido de discriminar usuário e traficante na prática não funciona dessa maneira. O usuário pode ser tomado como um pequeno traficante quando abordado com certa quantidade de droga. Assim esta pessoa é presa e enquadrada como crime hediondo, não tem mais direito a penas educativas ou alternativas, pois é considerado traficante (COSTA, 2006).

Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, do Ministério da Saúde, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras drogas no SUS (PEAD 2009-2010). Esta Portaria possui as seguintes finalidades:

Ampliar o acesso ao tratamento e à prevenção em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS); diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas; e construir respostas intersetoriais efetivas, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da clínica do álcool e outras drogas, e capazes (BRASIL, 2009b).

A Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, em 2009, criou as Escolas de Redutores de Danos do SUS, a fim de contribuir para com a ampliação do acesso aos cuidados da rede SUS e também potencializar as ações de atenção integral voltadas para o uso drogas (BRASIL, 2009c). Cabe ressaltar que a redução como diretriz implica aceitar o usuário como ele se encontra, em uso ou abstinente, significa também trabalhar em território, nas cenas de uso e, portanto, mais próximos dos usuários e de seus cotidianos. Isto se explica pelo fato de que nem todo o usuário que busca o sistema de saúde procura a abstinência, muitos querem continuar em uso, entretanto desejam evitar outros agravos. O papel do trabalhador de saúde não é julgar, nem condenar, mas sim atender; acolhendo e ajudando a pessoa a se cuidar da maneira em que ela está disposta a aceitar.

Recentemente a ANVISA revogou a RDC nº 101/2001 e decretou a RDC nº 29 de 30 de junho de 2011, na qual “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”.

Em junho de 2011, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) informou, nos meios de comunicação, que será estabelecido programa que vai incluir as CTs na rede pública para tratamento de dependentes químicos. Assim estas instituições passaram a receber recursos públicos para prestar o serviço (BRASIL, 2011).

Para concluir as políticas públicas direcionadas ao consumo de substâncias psicoativas devem abarcar as diferentes demandas dos usuários, promovendo o cuidado integral, com acolhimento e usuário centrado. Desde a redução de danos, passando pela internação e serviços especializados e mesmo alternativos; deve-se ofertar uma linha de cuidado que trate de garantir os fluxos do usuário pelo sistema de saúde, mas também fora dele (educação, lazer, e outros) garantindo assim o cuidado em rede.

3.3 O SUS e a Vigilância em Saúde

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propunha que a saúde fosse um direito do cidadão, um dever do Estado e que o acesso fosse universal a todos os bens e serviços que a promovessem e recuperassem a saúde (TEIXEIRA, 2004a). A Constituição Federal de 1988 implantou o SUS no país. O SUS foi posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O Sistema brasileiro tem como princípios e

diretrizes a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular (BRASIL, 1990b).

A Lei 8.080/90 enfatiza a municipalização dos serviços e das ações de saúde, ou seja, municipalizar envolve a transferência para as cidades da responsabilidade e dos recursos necessários para que as mesmas exerçam plenamente as funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. Sendo assim, entende-se que o SUS tende a ser um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente à saúde coletiva (TEIXEIRA, 2004b).

A proposta da Vigilância em Saúde se constrói nesse movimento de implantação do SUS, visando à construção de um novo modelo de atenção à saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005). Anteriormente a esse período, o conceito de vigilância estava apenas relacionado às noções de saúde/doença presentes em cada momento histórico e também diferentes práticas de controle das doenças (MENEGHEL et al., 2008). Era implementada de forma compartimentada por meio da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A proposta de Vigilância em Saúde pretende ir além de uma simples mudança de denominação, sendo uma abordagem mais ampla que as práticas tradicionais adotadas até então, operacionalizando os princípios do SUS (BRASIL, 2007a). A Vigilância em Saúde é considerada um dos pilares de sustentação do princípio da integralidade, pois visa à integração das ações e dos serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

A Vigilância em Saúde se organiza de acordo com os problemas de saúde da sociedade, articulando estratégias de intervenção individual e coletiva, baseando-se em um saber interdisciplinar e um fazer intersetorial (MENDES, 1996 *apud* MARTINS et al, 2008). Articula o enfoque populacional (promoção), com o enfoque de risco (proteção) e o clínico (assistência) (TEIXEIRA, 2004b), dando ênfase à educação permanente em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2009a). Sendo assim, esta busca incorpora os determinantes do processo saúde-doença, para planejar as ações de prevenção de danos ou agravos, de promoção e recuperação da saúde individual e coletiva dos diferentes grupos populacionais (MARTINS et al., 2008).

São entendidas como ações da Vigilância em Saúde: integrar intra-institucionalmente as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador; analisar a situação de saúde de grupos populacionais; identificar e gerenciar os riscos dos diversos

ambientes do convívio humano; planejar a saúde com enfoque estratégico-situacional; organizar tecnologicamente o trabalho em saúde, estruturar práticas articuladas de prevenção de doenças e agravos, bem como de promover, recuperar e reabilitar a saúde de grupos populacionais, em suas dimensões coletivas e individuais (RIO GRANDE DO SUL, 2005).

O Quadro 1 a seguir sintetiza a organização do trabalho da Vigilância em Saúde:

Quadro 1: Organização do trabalho da Vigilância em Saúde.

SUJEITO	OBJETO	MEIOS DE TRABALHO	FORMAS DE ORGANIZAÇÃO
Equipe de saúde População (cidadões).	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde.	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias.	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais: 1. Intervenções específicas de promoção, prevenção e recuperação; 2. Operações sobre problemas e grupos populacionais.

Fonte: Teixeira *et al.*; 1998.

A Vigilância em Saúde propõe a inserção de novos sujeitos à prática de saúde. A prática social não é monopólio dos profissionais e trabalhadores de saúde; vai além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, considera as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nas intervenções utilizam-se tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional junto a tecnologias médico-sanitárias. Essas estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

3.4 Integralidade: Cuidado, Ensino e Rede

Sabe-se que a integralidade se institucionalizou no contexto da criação do Sistema Único de Saúde, a partir do movimento da Reforma Sanitária (PINHEIRO; GUIZARDI, 2008). O conceito de integralidade possibilita uma identificação dos sujeitos como totais,

mesmo que não sejam atingíveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir (MACHADO *et al*; 2007).

Segundo Pinheiro e Guizardi (2008), na construção da prática social, a integralidade ganha expressão no campo da saúde, visto que busca superar um tipo de fazer política por meio de modelos que subordina a prática à tecnocracia, contendo regras e disciplinas fora do campo da saúde, produzindo assim rompimentos no processo de trabalho. No entanto, essas práticas, quando adotadas como fonte de criatividade e críticas, podem favorecer a ações emancipatórias, tanto do conhecimento científico quanto da sociedade, uma vez que permite a expressão de sua participação ativa e construção de novos saberes sobre saúde.

Entende-se que o atendimento integral vai além da estrutura organizacional hierarquizada regionalizada da assistência de saúde, se expande pela qualidade real da atenção individual e coletiva garantida aos usuários do sistema de saúde, condiciona o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática interdisciplinar. A integralidade no cuidado individual e coletivo deve perceber o usuário como sujeito social, político e histórico, considerando o seu contexto familiar, o meio ambiente e a sociedade na qual se insere (MACHADO *et al*; 2007).

Segundo Menéndez (1998), todo o sujeito antes de chegar ao sistema de saúde faz algumas buscas tentando encontrar a solução para o seu problema, ou mesmo a cura. Estes itinerários percorridos pelos sujeitos atestam de sua história e de seu modo de vida. Tais itinerários percorridos podem auxiliar em muito no tratamento desta pessoa, caso conhecidos pelos profissionais de saúde. Para que possam conhecer estes processos é preciso escutar a pessoa, acolher sua história e valorizar este percurso. Se o profissional assumir uma postura meramente prescritiva a partir da identificação dos sintomas, ele perde toda a riqueza deste material, não reconhecendo o saber do próprio sujeito em seu processo e “cura”.

O mesmo autor aponta a necessidade de compreender e valorizar os itinerários de cuidado (as práticas de auto cuidado) que os usuários desenvolvem frente a uma doença. Buscas que muitas vezes acontecem tempos antes de procurar ajuda na saúde, todavia também práticas e buscas que são realizadas concomitantemente ao tratamento dito formal, ou seja, o realizado no sistema de saúde. Tais buscas atestam de um percurso que deve ser levado em conta pelos profissionais para a condução do tratamento podendo interferir no prognóstico do sujeito (MENÉNDEZ, 1998).

Em contrapartida, o modelo normalmente praticado em saúde é centrado em conteúdo, disposto de maneira compartimentada e isolada, fragmentando o indivíduo em especialidades clínicas. Acredita-se que são necessárias mudanças na organização do trabalho em saúde e nas

exigências em relação ao perfil dos profissionais de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

De acordo com Pinheiro e Ceccim (2006), faz-se necessário realizar dois movimentos contínuos para a educação dos profissionais de saúde. Sendo o primeiro pensar a formação como educação permanente em saúde, assentando o trabalho sobre o processo saúde-doença nas coletividades como critério de contemporaneidade dos cursos as necessidades sociais e científicas em saúde. Já o segundo, se relaciona à centralidade da integralidade em saúde como uma noção indispensável e constituinte de saberes e práticas com potencia para superar o modelo de ensino centrado em procedimentos padronizados.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, o movimento de mudança da educação e também as diretrizes do SUS, apontam como perspectiva a existência de instituições de educação superior com relevância social. Sendo escolas capazes de formar para a integralidade, educar de acordo com as necessidades de saúde em suas diferentes áreas; “escolas comprometidas com a construção do SUS, ativas participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde prestadores de serviços relevantes e de boa qualidade” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A graduação na área da saúde não vem integrando ensino, trabalho e cidadania. Sendo que esta deveria de produzir um ensino e trabalho em saúde capaz orientar os usuários na ampliação de sua habilidade de pensar um contexto social e cultural, favorecendo a sua autonomia e capacidade de intervenção sobre suas vidas (CECCIM; CAPAZOLO, 2004; CAMPOS, 2003 *apud* PINHEIRO; CECCIM, 2006). Para compreender a integração ensino-trabalho-cidadania é necessário instaurar o conceito do *quadrilátero da saúde*: formação, atenção, gestão e participação social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Segundo Pinheiro, Ceccim, Koifman e Henriques (2006), para representar como os atores do cotidiano do ensino da graduação vêm refletindo sobre as práticas de ensino da integralidade em saúde, foram sistematizadas cinco linhas analíticas. Estas linhas analíticas foram:

Processos/ relações político- pedagógico-institucionais na saúde e relação entre processos formativos e modelos tecnoassistencias coerentes com o SUS; estratégias, táticas e processos decisórios na articulação entre educação superior e trabalho em saúde; seleção de conteúdos ao organizar currículos orientados pela integralidade e pelo desenvolvimento do SUS; cenários de aprendizagem nos processos de transformação do ensino para integralidade; e, por fim, redes de cuidado supostas na integralidade em saúde e sua presença no ensino da integralidade (PINHEIRO; CECCIM; KOIFMAN; HENRIQUES, 2006, p. 48).

Com relação à rede de cuidado na integralidade da atenção, vale ressaltar a última linha analítica, visto que:

Busca por articulação da participação na construção das redes de cuidado na integralidade da atenção e da inserção das linhas de cuidado com eixo estruturante do processo de formação; integralidade como organizadora do trabalho de equipe e da rede de cuidado, previsão de atividades em vários níveis de complexidade, possibilidade de participação e vivências em ações intersetoriais e possibilidade de participação na construção e gestão de projetos terapêuticos; valorização, no processo de formação, das múltiplas dimensões do adoecer (econômica, social, e outros), dos processos de trabalho como eixos que permitem o estabelecimento da responsabilização com usuário e serviço, e o desenvolvimento da sua autodeterminação, além das possibilidades de acompanhamento do usuário no seu caminhar pela rede (PINHEIRO; CECCIM; KOIFMAN; HENRIQUES, 2006, p. 50).

Quanto ao projeto terapêutico, para Mattos (2004), este não é construído a partir da simples aplicação dos conhecimentos sobre a doença. Na perspectiva da integralidade, é o produto do diálogo (da negociação) entre os usuários e os profissionais de saúde na articulação dos serviços do sistema de saúde, ou seja, a rede de saúde e a possibilidade de fazer rede com outras redes: assistência, cultura, educação, habitação, trabalho, e outras; pactuando novas formas de cuidar em liberdade. Tudo isto é efeito do cuidar em rede aberta, em território, fora do hospício e por isto mesmo é produto da reforma psiquiátrica. Entretanto, para a existência desse diálogo é necessária a capacidade de reconhecer o contexto específico dos distintos encontros; selecionando assim elementos relevantes para a elaboração do projeto terapêutico, tanto aqueles com base no conhecimento, quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de seus desejos. Acredita-se que projeto terapêutico deve ser capaz de dar respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde (MATTOS, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), no apoio matricial em saúde mental, o Plano Terapêutico Singular (PTS) é considerado um recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde. O uso do termo “singular” em substituição a “individual” leva em consideração não só o indivíduo, mas também todo o seu contexto social. Visto que os projetos podem ser para um indivíduo, para uma família e até mesmo para um território, restringindo assim o uso da palavra “individual” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Acredita-se que o desafio para o cuidado integral é a capacidade dos profissionais desenvolverem a escuta, o respeito à singularidade e diversidades humanas, culturais e sociais; “bem como a chance de construir mudanças na atenção e na gestão da saúde constituem tarefas de disputa pelas práticas cuidadoras e pela integralidade” (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 28).

Enfim, entende-se que o resgate desses conceitos é de extrema importância para o desenvolvimento das ações da Vigilância em Saúde direcionadas, visto que a proposta desta pretende ir além do caráter punitivo, apresentando como objetivo principal a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações de determinados territórios. Sendo assim, garantindo a integralidade da atenção, incluindo tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde, e promovendo a participação do usuário na construção das redes de cuidados.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. Segundo ROUQUARYROL; ALMEIDA FILHO, (2003) nos estudos observacionais o posicionamento do pesquisador consiste em observar de forma metódica e acurada o objetos de estudo com o mínimo de interferência nos objetos de investigação. Os mesmos autores definem, ainda, a temporalidade do desenho do estudo, como de caráter instantâneo, já que a produção dos dados é realizada em um único momento no tempo.

4.2 Campo do estudo

A pesquisa foi realizada junto ao Serviço de Vigilância em Saúde do município de Gravataí. A Vigilância em Saúde, no município, é composta por: Setor de Vigilância Sanitária (VISA), Setor de Vigilância Ambiental (VIAM), Setor de Vigilância Epidemiológica (VIEP) e Setor de Saúde do Trabalhador. Este serviço conta com profissionais de diversas áreas, como enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médico veterinário, nutricionistas, odontólogos, arquiteto, agentes de saúde, fiscais sanitários, auxiliares administrativos e motoristas.

4.3 Coleta de dados

Foram utilizados como fontes de dados o ultimo relatório de vistoria realizada em cada Comunidade Terapêutica, no período de janeiro a outubro de 2011, presentes nos processos da equipe de Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí. Estes foram coletados por meio de um instrumento de pesquisa construído com base no roteiro de inspeção utilizado pela VIEMSA de Gravataí (APÊNDICE A) e referências descritas a seguir. Contém variáveis de interesse para análises relacionadas à organização (presença de Alvará Sanitário, responsável técnico legalmente habilitado, coordenador administrativo, aprovação de projeto arquitetônico); modalidade de atendimento (masculino, feminino, adolescente feminina e adolescente masculina); recursos humanos (categorias profissionais e ocupações, registro no conselho de classe, monitores de dependente químico); procedimentos do serviço de tratamento (programa terapêutico da instituição, plano terapêutico individualizado, avaliação

do programa terapêutico, prontuário individual). Ao final do instrumento foi aberto um item para outras observações que se fizessem necessário.

As variáveis relativas à organização do serviço foram categorizadas conforme a RDC 29/2011: identificou se as instituições possuíam alvará sanitário expedido pela VIEMSA municipal, presença de responsável técnico legalmente habilitado e formação profissional, coordenador administrativo, aprovação de projeto arquitetônico na vigilância em saúde.

A partir da Portaria Estadual 430/2008, classificou-se as CTs de acordo com a modalidade de atendimento, podendo estas ser: Comunidade Terapêutica Masculina, Comunidade Terapêutica Feminina, Comunidade Terapêutica para adolescente feminina e Comunidade Terapêutica para adolescente masculino (Rio Grande do Sul, 2008).

Quanto às variáveis recursos humanos foram utilizadas para classificação as categorias profissionais presentes nos processos. As ocupações foram designadas conforme a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO – (BRASIL, 2002), que tem por finalidade a identificação das ocupações no mercado de trabalho. Entre as ocupações presentes destaca-se a dos monitores de dependente químico.

Os monitores de dependente químico têm sua atividade registrada na CBO descrita como: conselheiro de dependente químico, consultor em dependência química. Estes profissionais visam garantir a atenção, a defesa e proteção a pessoas em situação de risco pessoal e social (CBO, 2011). Também foi observado se todos os profissionais de nível superior e técnico possuíam registros nos seus conselhos de classe.

Referente aos procedimentos do serviço para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas as instituições foram categorizados quanto à presença de programa terapêutico da instituição, programa terapêutico individualizado, avaliação do programa terapêutico e prontuário individual.

4.4 Análise dos dados

Os dados coletados serão gerenciados no programa Microsoft Excel versão 2003. Será realizada análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual (POLIT; HUNGLER, 1995).

4.5 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa da Educação e do Comitê de Ética da UFRGS (ANEXO A) para avaliação da adequação ética e metodológica como prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e posteriormente, ao Núcleo de Educação da Secretaria Municipal da Saúde de Gravataí (ANEXO B). A pesquisadora e a professora responsável assinaram um termo de compromisso na utilização dos dados (APÊNDICE B). Os instrumentos da pesquisa serão guardados por cinco anos com a pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base nos dados coletados, no município de Gravataí, até outubro de 2011, havia 14 Comunidades Terapêuticas. Sendo que, cinco (35,71%) instituições não possuíam Alvará Sanitário (Tabela 1); estando estas com processo de solicitação do mesmo. Observou-se também que todas as instituições eram de natureza privada filantrópica, e somente uma (7,14%) não era de caráter religioso.

Conforme a RDC 29/2011 e a Portaria Estadual nº 430/2008, todos os serviços de atenção aos dependentes de Sustâncias Psicoativas, somente poderão funcionar após autorização do órgão sanitário competente. Sabe-se que a Vigilância em Saúde avalia cada situação individualmente e estabelece prazos para que a CT regularize a situação.

Na Tabela 1, verificou-se que quatro (28,57%) CTs não possuíam registros identificando o Responsável Técnico (RT) pelo serviço. Das 10 instituições que possuíam RT, seis (60%) dos responsáveis eram psiquiatras; três (30%) psicólogos, e um (10%) enfermeiro. Quanto ao RT apresentar capacitação para o atendimento de pessoa com transtorno decorrente de uso abusivo de substância psicoativa, todos os RTs possuíam a devida capacitação. Observa-se também que todas as Comunidades Terapêuticas apresentavam um coordenador administrativo.

Entende-se que o Responsável Técnico (RT) pelo serviço, este deve ter formação de nível superior na área da saúde e apresentar capacitação para o atendimento de usuários de Sustâncias Psicoativas (Rio Grande do Sul, 2008). De acordo com a RDC 29/2011, cabe a este profissional a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, e também ao programa terapêutico da instituição (Rio Grande do Sul, 2008).

A partir das competências do RT expostas anteriormente, surgem questionamentos quanto à responsabilidade pelos medicamentos. Como um profissional sem habilitação para o exercício dessa função poderá assumi-la? Quando há prescrição de medicamentos, quem os controla? Entende-se que o profissional responsável pelos medicamentos administrados tem de conhecer os princípios que envolvem a administração de medicamentos, ação, interações e efeitos colaterais, uma vez que um erro pode trazer graves consequências aos residentes. Diante dessa situação, a VIEMSA atua com objetivo de diminuir ao máximo os riscos oferecidos à vida e à saúde dos residentes nas CTs do município de Gravataí, com isso sensibilizar os responsáveis administrativos pelas instituições da importância de possuir um RT com formação na área da saúde e habilitado para se responsabilizar pelos medicamentos.

De acordo com os relatórios de vistorias disponíveis na Vigilância em Saúde do Município, constatou-se também que sete (50%) das 14 CTs apresentaram parecer de aprovação de projeto e as demais estavam em processo de aprovação na Vigilância em Saúde municipal (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das CTs do município quanto à organização. Gravataí/RS, 2011.

ORGANIZAÇÃO	N	%
Alvará Sanitário		
Sim	09	64,29
Não	05	35,71
Total	14	100,00
Responsável Técnico		
Sim	10	71,43
Não	04	28,57
Total	14	100,00
Profissão do RT		
Psiquiatra	06	60,00
Psicólogo	03	30,00
Enfermeiro	01	10,00
Total	10	100,00
RT capacitado		
Sim	10	100,00
Não	00	00,00
Total	10	100,00
Coordenador Administrativo		
Sim	14	100,00
Não	00	00,00
Total	14	100,00
Projeto Arquitetônico aprovado		
Sim	07	50,00
Não	07	50,00
Total	14	100,00

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2011.

Segundo a Portaria Estadual 430/2008, a construção, reforma ou adaptações na estrutura física dos estabelecimentos de Atenção aos Dependentes de Substâncias Psicoativas devem ser precedidas de aprovação do projeto arquitetônico junto à autoridade municipal competente.

A partir da pesquisa realizada, observa-se (Tabela 2) que as instituições do município de Gravataí declaravam contar com diferentes profissionais e ocupações em seus quadros. Segundo os registros, oito (57,14%) instituições oferecem serviços prestados por monitores, sete (50%) por psicólogo, e sete (50%) por psiquiatra. Além desses profissionais, conforme dados coletados, era disponibilizado em três CTs (21,43%) o serviço enfermeiro, em três (21,43%) o de técnico de enfermagem e em três (21,43%) o de nutricionista. Constatou-se ainda que em uma (7,14%) das CTs havia educador físico e em outra (7,14%) um farmacêutico. De acordo com os dados coletados, todos os profissionais de nível superior e técnico possuíam registros nos seus conselhos de classe.

Tabela 2 - Distribuição das categorias profissionais e ocupações que compunham o quadro de recursos humanos da CTs. Gravataí/RS, 2011

RECURSOS HUMANOS	N	%
Monitor	08	57,14
Psicólogo	07	50%
Psiquiatra	07	50%
Enfermeiro	03	21,43
Técnico de Enfermagem	03	21,43
Nutricionista	03	21,43
Assistente Social	02	14,29
Farmacêutico	01	07,14
Educador Físico	01	07,14

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2011.

Sabe-se que a Portaria Estadual 430/2008 estabelece que as CTs devem apresentar equipe mínima diurna para atendimento de até 30 usuários do serviço, sendo estas compostas por: um profissional de nível superior da área da saúde e/ou assistência social, capacitado para o atendimento de pessoas com problemas decorrentes do uso e abuso de Substâncias Psicoativas, sendo este o RT da instituição; um coordenador administrativo; e três monitores

em dependência química, capacitados em curso reconhecidos pelo Conselho Estadual de Drogas (CONED) ou pelo Conselho Municipal de Drogas (COMED). Além disso, a mesma portaria define que estes serviços devem garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica na CT no período noturno.

Em contrapartida, a RDC 29/2011 que revogou a RDC 101/2001 (resolução anteriormente, utilizada nas inspeções sanitárias) não estabelece equipe mínima necessária para o funcionamento de uma CT; somente cita como necessário a presença de um RT de nível superior legalmente habilitado.

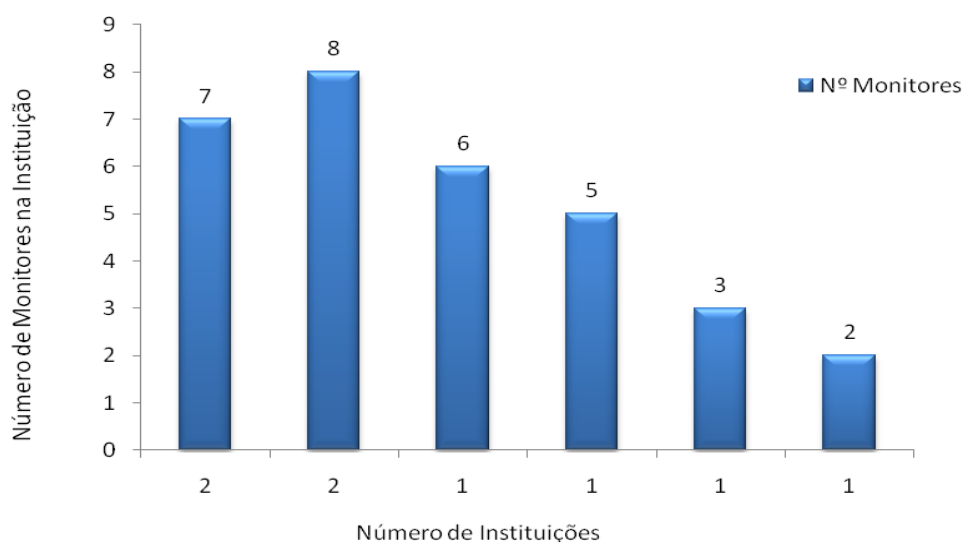
Quanto aos recursos humanos disponíveis nas instituições de Gravataí, de modo geral, pode-se dizer que há profissionais de diversas áreas da saúde. Percebe-se certa evolução na composição da equipe, pois até pouco tempo não se identificava a presença de equipe multiprofissional realizando cuidados as pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Por outro lado, como muitos profissionais não trabalham em tempo integral na instituição, entende-se que não há trabalho em equipe nestas instituições; agindo cada um na sua área de atuação, sem a devida articulação multidisciplinar que enriquece o trabalho.

Referente às ações desses profissionais, os seguintes questionamentos são levantados: Há reuniões de equipe nas CTs? Os profissionais traçam os planos terapêuticos em conjunto? Estes desenham junto com o usuário o Plano Terapêutico singular (individual)? As respostas dessas perguntas podem estar diretamente relacionadas com a continuidade e a qualidade dos serviços prestados nessas instituições.

Acredita-se que o trabalho numa perspectiva interdisciplinar, com uma visão integral da pessoa, precisa ser alicerçado. Entende-se que o atendimento integral se expande pela qualidade real da atenção individual e coletiva, condicionando o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática interdisciplinar. A integralidade no cuidado individual e coletivo tem de compreender o usuário como sujeito social, político e histórico, considerando o seu contexto familiar, o meio ambiente e a sociedade na qual se insere (MACHADO *et al*; 2007).

Conforme o Gráfico da Figura 1, das oito CTs que possuíam monitores, duas (25%) apresentavam oito monitores, outras duas (25%) sete. Havia ainda uma (12,5%) instituição que possuía seis monitores, uma (12,5%) com cinco, outra (12,5%) com três e também uma (12,5%) com dois monitores. Como nos relatórios de inspeção não havia informações referente à capacidade de residentes das CTs, não foi possível comparar o número de residentes e o número de monitores das instituições.

Figura 1 Gráfico de monitores presentes nas Comunidades Terapêuticas de Gravataí.



Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2011.

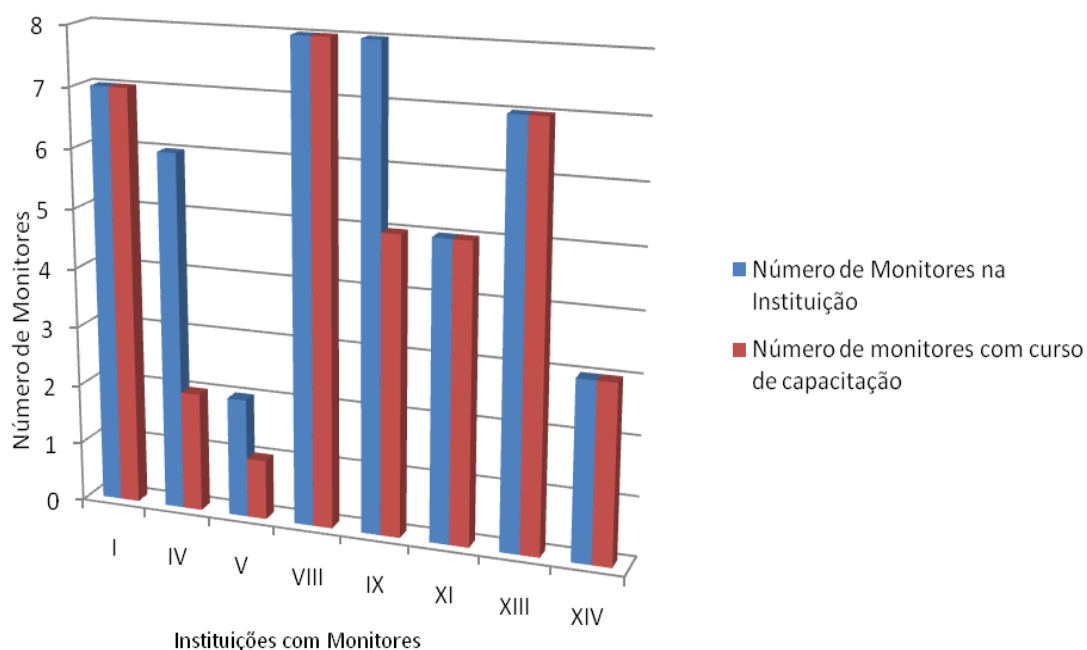
Segundo Fonseca *et al.* (2009) os monitores são aqueles sujeitos que se responsabilizam pelo acompanhamento direto dos residentes. Estes profissionais, em sua totalidade, são ex-residentes que, tendo atendido os critérios estabelecidos pela instituição, tornaram-se aptos a assumirem essa função de acompanhamento e responsabilização pelos internos.

Entretanto, algumas questões referentes aos monitores interpelam e direcionam o trabalho nas CTs. Qual é mesmo a função, a prática destes profissionais? De quais instrumentos ele fará uso?

A partir destas e de outras interrogações, contextualiza-se as funções do monitor na Comunidade Terapêutica. Visto que, atividade deste vai além da tarefa e das suas atribuições, fazendo ver que o trabalho descrito em norma e o trabalho real se articulam em relações dinâmicas e profundamente ligadas. A exemplo disso, a resolução estabelece que as CTs devem apresentar uma ficha individual para cada residente, para que a equipe possa registrar os atendimentos prestados, e também as eventuais intercorrências. Todavia, sabe-se há instituições que não permitem que os monitores tenham acesso a essas fichas, referindo que os profissionais de nível superior acreditam que, por estes serem ex-usuários, eles poderão quebrar o sigilo profissional. Sendo assim, entende-se que há falhas no trabalho em equipe e no desenvolvimento e aplicabilidade do programa terapêutico, pois são os monitores quem prestam cuidados mais freqüentes, em turno integral, a estes residentes.

De acordo com a pesquisa realizada, constatou-se que somente em três (37,5%) instituições nem todos os monitores apresentavam o curso de capacitação para o exercício da função. Segundo o Gráfico da Figura 2, uma das CTs que possuía oito monitores, cinco (62,5%) destes comprovaram que eram capacitados; havia também a instituição que apresentava seis monitores, sendo dois (33,33%) capacitados; já a CT que declarou ter dois monitores, um (50%) possuía o certificado de capacitação.

Figura 2 Gráfico de monitores com curso de capacitação.



Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2011.

Acredita-se que os monitores, mesmo aqueles que não são capacitados, apresentam conhecimento referente ao manejo e a abordagem no tratamento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas; visto que, geralmente, são ex-dependentes. Entende-se que estes apreenderam empiricamente pelo fato de terem sofrido na pele. Reconhecer este conhecimento dos monitores é valorizar as vivências de quem já foi usuário, entretanto o risco seria o estabelecimento de decisões de senso comum, pois, muitas vezes, o que é bom para um sujeito não necessariamente é bom para o outro. Além disso, há também o risco de uma avaliação moral sobre aquele sujeito que está em tratamento, bem como o que o sofrimento deste outro me desperta ou faz reviver de minha própria história. Esta fragilização de quem acompanha pode fazer com que este sujeito reaja de forma defensiva.

Em relação à existência de um programa terapêutico institucional, observa-se na Tabela 3 que quatro (28,57%) das CTs não haviam disponibilizado à VIEMSA esse documento. Além disso, somente uma (7,14%) instituição declarava ter plano terapêutico individual.

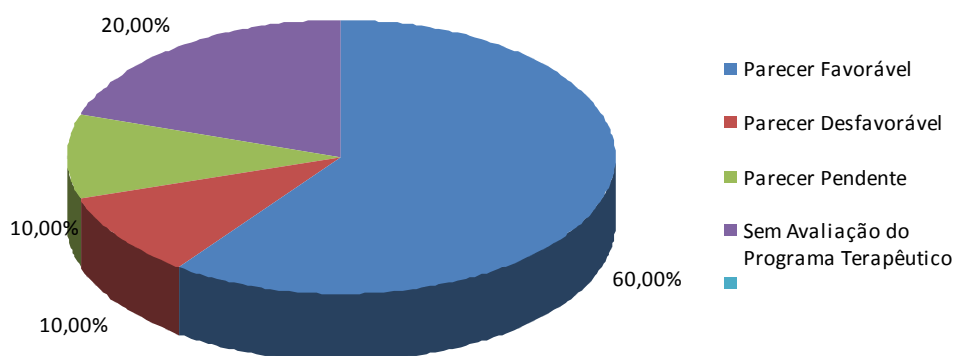
O programa terapêutico da instituição e o plano terapêutico individual são documentos imprescindíveis para o desenvolvimento das atividades no serviço (Rio Grande do Sul, 2008). Todavia, a RDC 29/2011 não estabelece a existência desses planos terapêuticos nas CTs, esta cita que a instituição deve possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades técnicas, administrativas e assistências. Diante dessa resolução, fica a critério da instituição estabelecer o documento constando tais informações necessárias para o funcionamento das CTs.

Para Mattos (2004), na perspectiva da integralidade, o programa terapêutico tem de ser construído a partir do diálogo entre os usuários e os profissionais de saúde, construindo uma rede de cuidado aberta, em território. Entende-se que o caminho do usuário é de escolha dele, e é ele quem dirá se e quando quer ir, negociando as propostas da equipe de saúde (BRASIL, 2007b). O programa terapêutico singular deve levar em consideração não só o indivíduo, mas também o seu contexto social, por isso hoje se fala em programa terapêutico singular, ou seja, singular e não individual.

A partir da pesquisa realizada, observou-se que as CTs apresentam dificuldades para construir plano terapêutico singular, visto que esse processo é muito dinâmico e está sempre em movimento, necessitando da presença contínua da equipe técnica para identificar alterações necessárias no plano e para revisá-lo no decorrer do tratamento. Portanto, essas dificuldades ocorrem pelo fato de que maiorias das CTs não terem equipe fixa, mas sim profissionais que vem e realizam seu trabalho, sua consulta e não constroem coletivamente a intervenção.

Segundo o Gráfico da Figura 3, das dez instituições que apresentavam programa terapêutico, seis (60%) possuíam avaliação deste com parecer favorável, uma (10%) com parecer pendente e outra (10%) desfavorável. Nos relatórios de inspeção, verificou-se também que duas (20%) das dez CTs citadas anteriormente não tinham avaliação dos seus programas terapêuticos. De acordo com a pesquisa realizada, contatou-se que existia um acordo interno, entre a Vigilância em Saúde e Saúde Mental do município. Sendo que, quem realiza a avaliação dos programas terapêuticos da CTs é a equipe de Saúde Mental, emitindo parecer técnico para a VIEMSA anexar aos processos de viabilidade (Alvará Sanitário).

Figura 3 Gráfico das avaliações do Programa Terapêutico das CTs.



Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2011.

Corforme a Portaria Estadual 430/2008, esses serviços de saúde devem ser inspecionados anualmente pela Secretaria Municipal da Saúde, ou seja, Saúde Mental e Vigilância Sanitária. Esta ação visa a orientação e adaptação dos serviços as regulamentações.

Quanto a existencia de registros individuais e atualizados de cada residente, nove instituições (64,29%) possuíam esse documento (Tabela 3).

Sabe-se que a RDC 29/2011 determina que cada residente deve apresentar uma ficha individual para ser registrado periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas. Além do mais, a Portaria Estadual 430/2008, afirma que as CTs devem garantir o registro, três vezes por semana, do manejo e avaliação da pessoa em processo de admissão ou durante todo o tratamento.

Diante disso, salienta-se à importância da Vigilância em Saúde em orientar as instituições para que mantenham os registros de cada usuário atualizado, considerando este instrumento de extrema importância para a continuidade do cuidado. Entende-se que as instituições têm de utilizar o prontuário como respaldo legal para comprovar a qualidade do serviço prestado.

Tabela 3 - Caracterização das CTs do município quanto ao procedimento do serviço de tratamento. Gravataí/RS, 2011.

SERVIÇO DE TRATAMENTO	N	%
Programa Terapêutico institucional		
Sim	10	71,43
Não	04	28,57
Total	14	100,00
Plano Terapêutico individual		
Sim	01	07,14
Não	13	92,86
Total	14	100,00
Avaliação Programa Terapêutico		
Sim	06	42,86
Não	08	57,14
Total	10	100,00
Prontuário individual e atualizado		
Sim	09	64,29
Não	05	35,71
Total	14	100

Fonte: Relatórios de vistoria da VIEMSA do município de Gravataí/2011.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, contatou-se que, no município de Gravataí, até outubro de 2011, existia 14 Comunidades Terapêuticas, todas de natureza privada filantrópica e somente uma não era caráter religioso. Observou-se também que cinco CTs não apresentavam Alvará Sanitário, no entanto havia processo de requerimento do mesmo.

Quanto à presença de responsável técnico, quatro instituições não apresentavam registros identificando quem exercia essa função. Das CTs que possuíam RT, seis eram psiquiatras; três psicólogos; e um enfermeiro. Todos RTs apresentavam a capacitação para o atendimento de pessoa com transtorno decorrente de uso abusivo de substância psicoativa. Verificou-se também que todas as instituições declaravam ter coordenador administrativo.

Em relação à aprovação de projeto arquitetônico na Vigilância em Saúde, identificou-se que sete CTs possuíam parecer de aprovação e as demais estavam em processo de aprovação na VIEMSA municipal.

Constatou-se também que as instituições de Gravataí já possuíam recursos humanos qualificados e muitas contavam com equipe multidisciplinar. Todavia, é necessário ir além dos dados e saber se estes são atuantes e presentes nessas instituições. O trabalho em saúde é marcado pelas relações interpessoais entre os profissionais da equipe, e estes com os usuários. Portanto, é necessário que as instituições contem com profissionais que saibam contextualizar o processo de recuperação dos residentes e que saibam atuar frente à diversidade de situações, almejando o trabalho em equipe interdisciplinar na busca do cuidado integral.

Referente à presença de monitores de dependência química, oito instituições possuíam esta categoria profissional na sua equipe técnica; e observou-se também que a maioria dos monitores apresentava certificados de curso de capacitação para o exercício da função. Sabe-se que muitos monitores são ex-usuários, sendo assim, com base nas experiências, estes apresentam conhecimento referente ao manejo e a abordagem de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Todavia, o risco seria o estabelecimento de decisões de senso comum, visto que, muitas vezes, o que é bom para determinado sujeito não necessariamente é bom para o outro.

A partir do presente estudo, constatou-se que quatro instituições não apresentavam programa terapêutico institucional, e somente uma CT declarava possuir plano terapêutico individual. Observou-se também que seis das instituições que tinham programa terapêutico

institucional possuíam parecer favorável referente à avaliação deste documento. Acredita-se que os programas terapêuticos, tanto o institucional como o singular, devem ser elaborados a partir do diálogo entre os usuários e a equipe de cuidados, construindo assim uma rede de cuidados aberta e em território. Entretanto, esses planos exigem a presença contínua da equipe técnica, pois esse processo é dinâmico, necessitando de mudanças e avaliações freqüentes no decorrer do tratamento.

Quanto a existência de registros individuais e atualizados de cada residente, nove CTs possuíam esse documento. Além de esse documento ser necessário para registrar os cuidados, as percepções, as atitudes do residente, serve também para a comunicação entre os profissionais atuantes na instituição.

Concorda-se que a aplicação da RDC 29/2011 da ANVISA e da Portaria Estadual nº 430/2008, nas quais estabelecem normas de funcionamento para as CTs, é um grande desafio tanto para os órgãos fiscalizadores como para as instituições no que tange à adequação à legislação, e superação do paradigma de atendimento enquanto caridade para o de prestação de serviços com qualidade, assegurando os direitos da pessoa com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Contudo, o fato de termos leis não significa que os problemas estão resolvidos, já que a aplicabilidade destas depende do poder público, dos responsáveis pelas instituições e também dos profissionais. Sabe-se que o município é espaço de ações para as práticas de saúde, sendo assim a Vigilância em Saúde deve desenvolver ações educativas junto às Comunidades Terapêuticas, visando ao conhecimento da legislação pertinente, promovendo esclarecimentos, e ainda auxiliando na organização administrativa e qualificação dos serviços prestados.

Acredita-se que a proposta da Vigilância em Saúde no caso das CTs deve ir além do caráter punitivo como anteriormente era considerada. Deve ter como objetivo principal a análise permanente das condições de saúde oferecida pelas instituições, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde dos usuários institucionalizados. Garantindo assim a integralidade da atenção, tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde da população. Sabe-se que as ações de promoção à saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade, intervindo sobre os determinantes de saúde e a execução de educação permanente em Vigilância em Saúde.

Entende-se também que as CTs têm de dialogar com o SUS, atendendo as suas diretrizes e seus princípios, trabalhando em território. Vale ressaltar que as Comunidades Terapêuticas devem garantir a integralidade no cuidado, criando um conjunto de ações para serem desenvolvidas nos espaços dessas instituições de longa permanência e fora dele, como por exemplo, reuniões de equipe, discussões de caso, abordagem conjunta, construção do plano terapêutico junto com o residente, não esquecendo de atender a demanda advinha das famílias. Essa integralidade no cuidado individual e coletivo tem de perceber o usuário como sujeito social, político e histórico, considerando o seu contexto familiar, o meio ambiente e a sociedade na qual se insere. Visto que escutar e acolher a pessoas, valorizando seus percursos podem auxiliar no tratamento destas.

Como complemento do presente estudo, sugere-se que possa ser realizada uma pesquisa que possa analisar se as Comunidades Terapêuticas funcionam como equipamento de cuidado, e se estas estabelecem rede com o Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 101, de 30 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, 2001.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 29, de 30 de junho de 2011. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Lei n° 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990a.

_____. Portaria n° 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002.

_____. **Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Política Nacional Antidrogas**. Decreto n°. 4345, de agosto de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.197 de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). **Política Nacional Sobre Drogas**. Resolução n°. 03 de outubro de 2005b.

_____. Portaria n° 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006a.

_____. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Cadernos de Atenção Básica n. 21.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Escola de redutores de danos do SUS – Plano Crack**. Brasília, 2009c. Disponível em: <<http://WWW.saude.gov.br/>>. Acessado em: 30 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. Comunidades Terapêuticas Integração Rede Pública para Tratar Dependentes Químicos. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://blog.planalto.gov.br/comunidades-terapeuticas-integracao-rede-publica-para-tratar-dependentes-quimicos/> Acesso em: 10 nov. 2011.

_____. Portaria nº 430/2008. Regulamenta o funcionamento de Serviços de Atenção a Dependentes de Substâncias Psicoativas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÃO (CBO). **Monitores de dependentes químicos**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br>>. Acesso em: 03 out. 2011.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004a, vol.20, n.5, pp. 1400-1410. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>.

_____. **O quadrilátero da formação para a saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis: Revista

COSTA, S. F. **As políticas públicas e as comunidades Terapêuticas no atendimento à dependência química**. Palestra proferida no I Fórum sobre Dependência Química de Maringá, em 28 de junho de 2006.

EDUARDO, Maria B. P.; MIRANDA, Isaura C. S. **Saúde e Cidadania: Vigilância Sanitária**. São Paulo: Fundação Petrópolis Ltda, 1998.

FONSECA, J. C.F. *et al* . **Trabalho e Dependência Química: redes sociais e novas possibilidades de atenção à saúde**. 2009. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/imagens/anais/_XVENABRAPSO/601.%trabalho%20e%depend%CAncia%20qu%CDmica.pdf. Disponível: Acesso em: 19 nov. 2011.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1411-1416. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>

MARTINS, Sibeles R. et al. **O modelo da vigilância à saúde: um estudo no extremo Sul do Brasil.** Florianópolis, 2008.

MENEGUEL, Stela N. et al. **Epidemiologia: exercícios e anotações.** 2. Ed. Porto Alegre: Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul/ Escola de Saúde Pública, 2008.

MENÉNDEZ, L. E. (1998) **Estilos de vida, riesgos y construcción social.** Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, vol.16, n° 46.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fase de análise ou tratamento do material. *In: _____*. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 255p. p. 197-247.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. *In: PINHEIRO, R.; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. (Org.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEQESQ: 2006. 336p. p.13-35.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo B.; KOIFMAN, Lilian; HENRIQUES, Regina M. M. Matriz analítica das experiências de ensino da integralidade: uma proposição observacional. *In: PINHEIRO, R.; CECCIM, Ricardo B.; MATTOS, Ruben A. (Org.). Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEQESQ: ABRASCO, 2006. 336p. p. 37-54.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes Práticas no Cotidiano. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. 324p. p.23-38.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 485 p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual em Saúde/**Vigilância em saúde: informações para os secretários municipais,** 2005. Porto Alegre: CEVS, 2005. Série cadernos do Cevs.

_____. **Relatório de Avaliação e Monitoramento das Comunidades Terapêuticas Conveniadas com o Estado do Rio Grande do Sul.** No prelo 2011.

_____. Portaria Estadual 430, de agosto de 2008. Regulamenta o funcionamento de Serviços de Atenção a Dependente de Substâncias Psicoativas, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. **Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2005, vol.22, n.2, pp. 167-174. ISSN 0103-166X. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200006.

SOARES, Jorge Marco Aurelio. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p.

RAUPP, Luciane Marques; SAPIRO, Milnitisky. **A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008, Vol. 24 n. 3, pp. 361-368.

SERRAT, S.M. (2002). **Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos**. Entrevista [on-line]. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/>> Acesso: 1 abril 2011.

TEXEIRA, C. F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. **Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS. Vol. VII. CENEPI/MAS. Brasília, 1998.

_____. **O processo de trabalho da vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004a.

_____. **O SUS e a vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004b.

YARIA, Juan A. **Toxicomania: A verdade social em negativo**. São Paulo: Loyola, 1992.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta dos dados.
Projeto “Caracterização das Comunidades Terapêuticas do município de Gravataí/RS”

A. Natureza da instituição: () pública () privada filantrópica
 () privada com fins lucrativos () mista

B. Organização:

B1. Presença de alvará sanitário: () sim () não

B2. Presença de Responsável Técnico: () sim () não

B2a. Se sim, qual profissional: _____

B2b. Capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso abusivo de substância psicoativas: () sim () não

B3. Coordenador Administrativo: () sim () não

B4. Projeto arquitetônico aprovado na VIEMSA: () sim () não

B4a. Capacidade de residentes:

C. Modalidade de atendimento:

() masculina () feminina () adolescente feminino

() adolescente masculino

C2a. Se, mais de uma modalidade, as instalações separadas: () sim () não

D. Recursos humanos

D1. Psicólogo: () sim () não Quantos? _____

D2. Psiquiatra: () sim () não Quantos? _____

D3. Assistente Social: () sim () não Quantos? _____

D4. Monitores: () sim () não Quantos? _____

D4a. Curso de monitor (FEBRAC): () sim () não

D5. Presença de outros profissionais? Quais?

D6. Profissionais apresentam registro no seu respectivo Conselho de Classe?

() sim () não

D7a. Se não, quais? _____

E. Procedimentos do serviço de tratamento:

E1. Possui Programa Terapêutico da instituição: () sim () não

E1a. Plano Terapêutico individual: () sim () não

E2. Avaliação do Programa Terapêutico: () sim () não

E3. Prontuário individual e atualizado de cada interno: () sim () não

F. Outras Observações: _____

APÊNDICE B– Termo de compromisso para utilização dos dadosUNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Os pesquisadores do projeto “Caracterização das Comunidades Terapêuticas do município de Gravataí/RS” se comprometem a preservar a privacidade das informações sobre as Comunidades Terapêuticas da Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí. Serão utilizados como fontes de dados os relatórios de vistorias realizadas no ano de 2010 e 2011, presentes nos processos disponibilizados pela equipe da VIEMSA do município. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

Patrícia Silva da Silva Rosa
Pesquisadora

Károl Veiga Cabral
Orientadora

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

Prezado Pesquisador RICARDO BURG CECCIM,

Informamos que o projeto de pesquisa **CARACTERIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS**, encaminhado para análise em 03/11/2011, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS com o seguinte parecer: 21820 - **CARACTERIZAÇÕES DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DO MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS**

Tendo atendido às solicitações apontadas na diligência de 18/11/2012 quais sejam:

- 1) As assinaturas do diretor e da Comissão de Pesquisa da FACED na folha de rosto.
- 2) a informação sobre o andamento do projeto e a readequação do cronograma. O cronograma foi alterado e a coleta de dados foi adiada para dezembro de 2011, juntamente com a análise e escrita da monografia e a defesa está prevista para janeiro de 2012.
- 3) o termo de concordância da responsável pela instituição onde será realizada a pesquisa empírica.

O projeto está aprovado.

CEP/UFRGS

**ANEXO B– Carta de Aprovação do Núcleo de Educação da Secretaria Municipal da
Saúde do de Gravataí**

ANEXO C - Resolução da Diretoria Colegiada - 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.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11, do Regulamento aprovado pelo Decreto nº. 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos § 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno nos termos do Anexo I da Portaria nº. 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 30 de junho de 2011, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 1º Ficam aprovados 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 (SPA), em regime de residência.

Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução.

Seção II

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica a todas as instituições de que trata o art. 1º, sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas.

Parágrafo único. As instituições que, em suas dependências, ofereçam serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica distintos dos previstos nesta Resolução deverão observar, cumulativamente às disposições trazidas por esta Resolução as normas sanitárias relativas a estabelecimentos de saúde.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Seção I

Condições Organizacionais

Art. 3º As instituições objeto desta Resolução devem possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.

Art. 4º As instituições devem possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.

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

Art. 6º As instituições devem possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como:

- I - horário do despertar;
- II - atividade física e desportiva;
- III - atividade lúdico-terapêutica variada;
- IV - atendimento em grupo e individual;
- V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
- VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;
- VII - registro de atendimento médico, quando houver;
- VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
- IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;
- X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;
- XI - atendimento à família durante o período de tratamento.
- XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e
- XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

§2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis.

Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes 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.

Seção II

Gestão de Pessoal

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

Art. 10. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro.

Seção III

Gestão de Infraestrutura

Art. 11. As instalações prediais devem estar regularizadas perante o Poder Público local.

Art. 12. As instituições devem manter as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.

Art. 13. As instituições devem garantir a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público.

Art. 14. As instituições devem possuir os seguintes ambientes:

I- Alojamento

a) Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação; e

b) Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes;

II- Setor de reabilitação e convivência:

a) Sala de atendimento individual;

b) Sala de atendimento coletivo;

c) Área para realização de oficinas de trabalho;

d) Área para realização de atividades laborais; e

e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;

b) Sala administrativa;

- c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e
- d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

- a) cozinha coletiva;
- b) refeitório;
- c) lavanderia coletiva;
- d) almoxarifado;
- e) Área para depósito de material de limpeza; e
- f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

§ 1º Os ambientes de reabilitação e convivência de que trata o inciso II deste artigo podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos.

§ 2º Deverão ser adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Art. 15. Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.

CAPÍTULO III DO PROCESSO ASSISTENCIAL

Seção I

Processos Operacionais Assistenciais

Art. 16. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente.

Parágrafo único. Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

Art. 17. Cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

Art. 18. As instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição.

Art. 19. No processo de admissão do residente, as instituições devem garantir:

I - respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

II - 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 a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas 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;

V - o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; e

VI - a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.

Art. 20. Durante a permanência do residente, as instituições devem garantir:

I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

II - a observância do direito à cidadania do residente;

III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e

V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

Art. 21. As instituições devem definir e adotar critérios quanto a:

I - Alta terapêutica;

II - Desistência (alta a pedido);

III - Desligamento (alta administrativa);

IV - Desligamento em caso de mandado judicial; e

V - Evasão (fuga).

Parágrafo único. As instituições devem registrar na ficha individual do residente e comunicar a família ou responsável qualquer umas das ocorrências acima.

Art. 22. As instituições devem indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 23. As instituições de que trata a presente Resolução terão o prazo de 12 (doze) meses para promover as adequações necessárias ao seu cumprimento.

Art. 24. O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 25. Fica revogada a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 101, de 31 de maio de 2001.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

ANEXO D - Portaria Estadual Nº 430, de agosto de 2008.

Regulamenta o funcionamento de Serviços de Atenção a Dependentes de Substâncias Psicoativas, e dá outras providências.

DO: 27/08/2008 FI: 33

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, no uso de suas atribuições que lhe confere a Constituição Estadual e a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Considerando a Lei Federal no. 11.343 de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, que prescreve medidas para o uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências;

Considerando da Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, que estabelece a Reforma Psiquiátrica no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul;

Considerando a Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para a assistência hospitalar aos portadores de transtornos mentais;

Considerando a Portaria MS 106/2000, que dispõe sobre os serviços residenciais terapêuticos, caracterizados pela Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Conselho Nacional de Saúde como modalidade de serviço destinado a acolher portadores de transtorno mental;

Considerando a RDC número 101 de 30 de maio de 2001/ANVISA/MS;

Considerando a Portaria GM no. 816, de 30 de abril de 2002 que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas;

Considerando a Política de Atenção Integral em Saúde Mental da SES-RS aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde em 23/08/2007;

Considerando a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, formada por ações e serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, que abrangem os municípios do RS;

Considerando a conseqüente necessidade de definir critérios para funcionamento dos serviços públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, que prestam assistência aos dependentes de substâncias psicoativas;

Considerando a necessidade de estabelecer medidas que permitam consolidar avanços já conquistados na assistência à saúde mental, incrementando a qualidade da atenção prestada, estimulando práticas terapêuticas extra-hospitalares, ampliando o acesso da população aos serviços, promovendo a regulação da assistência por meio do estabelecimento de protocolos e adotando mecanismos permanentes de monitoramento, controle e avaliação das ações e serviços desenvolvidos na área de saúde mental;

Considerando que é compromisso do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, auxiliar na implementação e na supervisão desses serviços, visando à garantia de condições dignas de tratamento e de vida, acesso aos serviços de saúde e ampliação da capacidade de autonomia dos usuários,

RESOLVE:

Artigo 1.º Aprova o Regulamento Técnico, disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento dos Serviços de Atenção aos dependentes de Substâncias Psicoativas (SPA),

bem como define o incentivo financeiro para disponibilização de atendimento suplementar ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Artigo 2º Serviços de Atenção aos dependentes de Substâncias Psicoativas (SPA) são estabelecimentos de assistência e saúde, visando a reabilitação psicossocial, a reintegração à família e o retorno ao convívio social, dos dependentes de substâncias psicoativas, em situação de vulnerabilidade social, para ambos os sexos, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Artigo 3º Os serviços, de que trata o artigo 2º, somente poderão funcionar mediante autorização do órgão sanitário competente do Estado ou Município, através de alvará de saúde e de licenciamento, nos termos da legislação vigente.

Artigo 4º A responsabilidade técnica dos Serviços ficará a cargo de um Profissional de nível superior da área da saúde, responsável pelo Programa Terapêutico, e capacitado para o atendimento de usuários de Substâncias Psicoativas em cursos reconhecidos.

Artigo 5º A construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Estabelecimentos (serviços) de Atenção aos dependentes de Substâncias Psicoativas devem ser precedidas de aprovação do projeto físico junto à autoridade municipal competente.

Artigo 6º O disposto nesta Portaria aplica-se a pessoas físicas e jurídicas de direito privado e público, envolvidas direta e indiretamente na realização da atenção aos dependentes de Substâncias Psicoativas.

Artigo 7º Os estabelecimentos (serviços) que oferecerem atenção psicossocial aos transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA devem ser avaliados e inspecionados, no mínimo, anualmente. Para tanto, deve ser assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento, e mantidos à disposição todos os registros, informações e documentos necessários à avaliação e inspeção

Artigo 8º A inobservância dos requisitos desta Portaria, constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades previstas na Lei 6.437 de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Artigo 9º A Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde devem implementar os procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta Portaria, podendo adotar normas de caráter suplementar a fim de adequá-lo às especificidades locais

Artigo 10º O controle, a fiscalização e a avaliação periódicas dos Serviços mediante a criação de protocolo específico é de competência das Secretarias Municipais e Estadual, bem como do CONEN e COMEN, respeitando o âmbito de atuação dos agentes envolvidos.

Artigo 11º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 12º Revogam-se as disposições em contrário.

Osmar Gasparini Terra

Secretário da Saúde

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO ESTADUAL PARA O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS – COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

1. CONCEITUAÇÃO:

Serviços de Atenção a Transtornos decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas/SPA, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são serviços que tem por função a oferta de um ambiente protegido,

técnica e eticamente orientados, que garanta e/ou forneça suporte e tratamento psicológico, psiquiátrico e social aos usuários abusivos e ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com o Programa Terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a história de vida e a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e a reinserção social. A orientação teórica e filosófica destes serviços é diversificada. Seu espaço físico deve estar desvinculado de estruturas hospitalares.

1.1 – Compreende-se as seguintes modalidades

1.1.1 – Comunidade Terapêutica Masculina;

1.1.2 – Comunidade Terapêutica Feminina;

1.1.3– Comunidades Terapêuticas para adolescentes feminina

1.1.4. –Comunidade Terapêutica para adolescentes masculina

2. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NOS SERVIÇOS

2.1. Atendimento Individual (Consulta, psicoterapia, atendimento médico e psicológico, dentre outros)

2.2. Atendimento Grupal (Grupo operativo, terapêutico, grupos de orientação, atividades sócio-terápicas, auto-ajuda)

2.3. Programa terapêutico da instituição e plano terapêutico individualizado.

3. CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Para os Serviços que se caracterizam pelo modelo psicossocial, atendido o critério de voluntariedade e não discriminação por nenhum tipo de doença associada, serão avaliadas as cinco dimensões envolvidas para definição do padrão de comprometimento de dependência encontram-se no quadro abaixo:

NÍVEIS DE COMPROMETIMENTO

COMPROMETIMENTO LEVE

COMPROMETIMENTO MODERADO

COMPROMETIMENTO GRAVE

3.1. RESISTÊNCIA AO TRATAMENTO (adesão)

Motivação para mudança.

Conscientização da sua situação em relação à droga.

Disponibilidade para a abstinência (entrada e manutenção).

Conscientização das perdas sócio-econômicas e relacionais.

Expectativa favorável ao tratamento.

Aceitação das orientações terapêuticas recebidas.

Relativa motivação para mudanças.

Pouca conscientização da sua situação em relação à droga e das perdas sócio-econômicas e relacionais.

Relativa disponibilidade para a abstinência.

Algumas expectativas favoráveis em relação ao tratamento.

Aceitação das orientações terapêuticas recebidas, porém com restrições e questionamentos.

Ausência de motivação para mudanças.

Falta de conscientização da sua situação em relação a droga e das perdas sócio-econômicas e relacionais.

Não tem disponibilidade para a abstinência.
Ausência de expectativa ou expectativa desfavorável em relação ao tratamento.
Não aceitação das orientações terapêuticas recebidas.

NÍVEIS DE ATENÇÃO

Ambulatório e

Modelo Psicossocial.

Ambulatório Intensivo e Modelo Psicossocial

Assistência Domiciliar; Ambulatório Intensivo; Modelo Psicossocial e Internação Hospitalar

3.2. RESISTÊNCIA A CONTINUIDADE DO TRATAMENTO (MANUTENÇÃO)

Mantém boa adesão ao tratamento, apesar das oscilações vivenciadas no transcorrer do processo terapêutico.

Ausência de histórico de abandono de tratamentos anteriores.

Mantém relativa adesão e com ambivalência na manutenção do tratamento.

Oscilação na motivação.

Alguns abandonos de tratamentos anteriores.

Dificuldades de aderência ao tratamento com várias tentativas anteriores de tratamento e abandono dos mesmos.

Faltas, interrupções frequentes que geram insatisfações às formas terapêuticas propostas.

NÍVEIS DE ATENÇÃO

Ambulatório e Modelo Psicossocial

Ambulatório Intensivo e Modelo Psicossocial

Assist. Domiciliar; Amb. Intensivo; Modelo Psicossocial e Internação Hospitalar

3.3. COMPROMETIMENTO BIOMÉDICO (CLÍNICO)

Usuário/a que se apresenta ao exame sem as alterações provocadas pelo uso de Substância Psicoativa/SPA.

Apresenta-se com algumas alterações de fase aguda provocadas pelo uso recente de SPA, porém todas mostrando intoxicação leve e conseqüentemente sintomas leves. (Ex.: hipertensão arterial leve, sem arritmias).

Mantém lucidez, orientação e coerência de idéias e pensamento.

Refere uso há muitos dias (mais de 10), mas não refere sintomas de abstinência.

Não apresenta na história patológica pregressa, qualquer relato de doenças anteriores, ou apresenta apenas relatos de episódios agudos, tratados e sem seqüelas (a pessoa sempre foi saudável).

As informações obtidas com o usuário/a são confirmadas por parentes.

Os exames laboratoriais mostram-se sem alterações ou com alterações discretas e não patognomônicas de risco de vida e gravidade.

Na história consegue-se avaliar a quantidade pequena da SPA usado neste último episódio.

Não apresenta traumatismos, hematomas, lesões cutâneas agudas, nem relato de quedas, agressões ou traumatismo craniano.

Não se trata de usuário/usuária de drogas injetáveis (Opióides ou cocaína).

Usuário/a apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de químicos, que denotam ou mesmo já prenunciam sintomas moderados de evolução incerta, que possam gerar algum risco.

Ex.: hipertensão arterial moderada, com presença de arritmia.

Não mantém lucidez orientação e coerência, porém permanece a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA

As informações obtidas com usuário/a são questionáveis, inclusive por parentes.

Apresenta sintomas que podem ser de síndrome de abstinência, não se sabe quando foi a última vez que utilizou SPA.

Apresenta na história patológica pregressa, relato de uma ou mais patologias crônicas compensadas (co-morbidade) com seqüelas. Ex.: diabetes, pancreatite.

Os exames laboratoriais confirmam a gravidade da agressão provocada pelo químico, porém podem não indicar risco de vida imediato. (Ex.: alterações no hepatograma: TGO, TGP, GAMA GT elevados, configurando quadro de esteatose hepática).

Apresenta, na história clínica, traumatismos e quedas. Não há hematomas ou se existem estão localizados nas extremidades, por exemplo.

Há uso de drogas mas não há evidências de uso injetável.

Usuário/a apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de SPA que configuram sintomas de gravidade que geram risco de vida:

Ex.: - arritmias cardíacas

- dor abdominal em barra

- crise convulsiva

- anúria ou oligúria

- vertigem

- hemorragia digestiva

Usuário/a em coma ou com comprometimento da consciência fora do episódio agudo.

Indícios de uso injetável de SPA. Quantidade e espécie ignorada. Sintomas de overdose pronunciados.

Usuário/usuária de álcool e/ou opióides em fase de abstinência, sintomático.

Uso de quantidades excessivas do químico podendo configurar tentativa de auto extermínio por overdose.

Relatos de traumatismos e agressões. Presença de hematoma em região tóraco-abdominal e craniana.

Exames laboratoriais confirmando alterações agudas que colocam em risco a vida e/ou exames que demonstram alterações de grande gravidade, mesmo que crônicas.

Presença de uma ou mais patologias concomitantes com sinais de descompensação (ex.: diabetes, hipertensão, etc.).

NÍVEIS DE ATENÇÃO

Ambulatório e Modelo Psicossocial

Amb. intensivo; Modelo Psicossocial e Internação Hospitalar

Ass. Domiciliar;

Ambulatório intensivo

e Internação Hospitalar

3.4. COMPROMETIMENTO PSÍQUICO

Usuário/a com comprometimento leve a moderado em relação ao uso de drogas

Não há sintomas psiquiátricos definidos

Não tem alteração do pensamento (forma, conteúdo e curso)

Sem alterações afetivas evidentes

Alterações na área da vontade.

Usuário/a com comprometimento moderado a severo em relação ao uso de drogas

Alterações afetivas (labilidade emocional, distímias ou outras)

Comprometimento da vontade.

Alterações psiquiátricas primárias, que preenchem os critérios diagnósticos para alterações psiquiátricas, porém que foram observadas após o surgimento dos sintomas inclusivos para o diagnóstico de Dependência Química; ou secundárias em relação à Dependência Química que preencha os critérios diagnósticos.

Usuário/a com comprometimento moderado a severo em Dependência Química e que também se enquadram nos critérios diagnósticos de alterações psiquiátricas.

Alterações de pensamento e senso-perceptivas (idéias delirantes; alucinações auditivas, visuais, das sensações corporais, idéias de perseguição e demais alterações com comprometimento evidente do juízo de realidade).

Alterações afetivas mais graves (depressão, hipomania e mania aguda) e as alterações de pensamento decorrentes destes quadros, como idéias de ruína, de grandeza e outras.

Graves alterações do controle da vontade, não só em função do uso de drogas, bem como devido aos sintomas psiquiátricos (negativismo, transtorno obsessivo compulsivo, impulsos auto destrutivos ou outros)

NÍVEIS DE ATENÇÃO

Ambulatório e Modelo Psicossocial;

Ambulatório Intensivo; Modelo Psicossocial e Internação hospitalar;

Assistência Domiciliar e Ambulatório Intensivo; Internação Hospitalar

3.5. SITUAÇÃO SOCIAL, FAMILIAR E LEGAL

Usuário/a possui estrutura familiar razoavelmente estabelecida.

Possui estrutura sócio-econômica estável podendo prover suas necessidades básicas.

Possui atividade de trabalho estável e/ou carreira escolar preservada.

Possui boa estrutura de relacionamento social (clubes, igrejas, esportes, associações).

Não tem envolvimento legal.

Não tem envolvimento com o narcotráfico ou dívidas de vulto.

Usuário/a possui estrutura familiar com relacionamento comprometido social, econômico e emocional; contudo ainda se encontram pessoas com vínculo parental ou não, que se envolvem e buscam um tratamento ou uma ajuda.

Tem estrutura sócio-econômica muito comprometida, dependendo sempre dos outros para prover suas necessidades básicas.

Atividade de trabalho ou escolar muito comprometida pelas faltas, baixa produtividade e problemas relacionados ou não ao uso de SPA. Demissão ou expulsão (especulada ou prevista) profissional ou escolar. Contudo mantém ainda identidade e algum reconhecimento profissional ou escolar.

Mantém níveis de relacionamento social (amigos, clubes, igrejas, trabalho, etc.), ainda que deles tenha se afastado e separado.

Tem algum comprometimento jurídico-legal que foi ou poderá ser resolvido. Não coloca em risco sua liberdade, ou a fará de modo parcial.

Teve ou tem algum envolvimento com o narcotráfico, mas a sua participação ou saída não representa riscos. Não deixou dívidas ou essas são facilmente contornáveis.

Usuário/usuária tem situação familiar comprometida, ou não a tem (ausência de estrutura familiar).

Ausência de estrutura sócio-econômicas, não podendo prover moradia, alimentação.

Não possui atividade de trabalho ou escolar.

Não tem vínculos de relacionamento social outro que o referenciado na busca e no uso de drogas.

Tem comprometimento jurídico-legal.

Tem envolvimento com o narcotráfico.

NÍVEIS DE ATENÇÃO

Ambulatório Intensivo; Modelo Psicossocial e Internação Hospitalar;

Ambulatório Intensivo; Modelo Psicossocial e Internação Hospitalar;

Assistência Domiciliar; Ambulatório Intensivo; Modelo Psicossocial e Internação Hospitalar;

4. CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE

As pessoas em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito da dimensão biomédica (clínica) e/ou psicológica não são elegíveis para tratamento nestes serviços, devendo ser referidas a outras modalidades de atenção.

5. PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO

5.1 Durante o processo de admissão e durante o tratamento, alguns aspectos devem ser contemplados:

A admissão do residente não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas;

Garantia de registro três vezes por semana do manejo e avaliação da pessoa em processo de admissão ou durante o processo de tratamento;

Permanência voluntária, exceto nos casos de encaminhamento judicial;

Possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros, ou intoxicação por SPA, avaliadas e documentadas por profissional médico responsável;

Compromisso com o sigilo segundo as normas éticas e legais garantindo-se o anonimato, qualquer divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição só poderá ocorrer previamente autorizada, por escrito, pela pessoa e familiares;

Respeito à pessoa, à família e à coletividade;

Observância do direito à cidadania do usuário de SPA;

Fornecimento antecipado ao candidato a tratamento e seus familiares, e/ou responsável de informações e orientações dos direitos e deveres, quando da opção e adesão ao tratamento proposto;

Informar, verbalmente e por escrito, ao candidato a tratamento na comunidade Terapêutica sobre os regulamentos e normas da instituição, devendo a pessoa a ser admitida declarar de modo explícito sua concordância;

Cuidados com o bem-estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência, resguardando o direito dos Serviços estabelecerem as atividades relativas à espiritualidade;

Garantia de alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

Proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando a dignidade e integridade, independente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

Garantia do 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 a administração, dispensação, controle e guarda dos medicamentos; (ver possibilidade de cota para município sede para medicamentos).

É de responsabilidade do Serviço o encaminhamento, à rede de saúde, dos residentes 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;

A aceitação da pessoa encaminhada por meio de mandado judicial, pressupõe a aceitação das normas e do programa terapêutico dos serviços, por parte do usuário do serviço;

Apresentar mecanismos de acompanhamento dos ex-residentes ao longo de um ano através da rede de referência em Saúde e Saúde Mental.

5.2 Partindo do pressuposto que as Comunidades Terapêuticas que atendem a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, segundo modelo psicossocial, são espaços temporários de tratamento, o tempo de permanência deve ser flexível levando em consideração o cumprimento mínimo do programa terapêutico e que cada caso é único.

Os Serviços deverão ter explicitado no seu Programa Terapêutico o tempo máximo de internação, evitando a cronificação do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais. Todas as informações a respeito do Programa Terapêutico deve permanecer constantemente acessível ao residente e seus familiares.

5.3 Os Serviços deverão explicitar por escrito os seus critérios quanto à:

Rotina de funcionamento e tratamento definindo atividades obrigatórias e opcionais;

Mecanismos a serem utilizados para o acompanhamento da evolução dos ex-residentes no pós-alta, ao longo de um ano;

Alta terapêutica;

Desistência (alta pedida);

Desligamento (alta administrativa);

Casos de mandado judicial;

Situações de emergência e urgência;

Evasão (fuga) e

Fluxo de referência e contra-referência para outros serviços de atenção a outros agravos.

A família ou responsável devem ser informados imediatamente sobre qualquer das situações acima citadas.

5.4 Os Serviços devem explicitar por escrito, em uma Ficha de Admissão, os seus critérios de rotina para triagem quanto à:

Avaliação médica por Clínico Geral – exigência imprescindível;

Avaliação por Psiquiatra e/ou Psicólogo - exigência imprescindível;

Realização de exames laboratoriais – exigência imprescindível (referência municipal/regional);

Desintoxicação – exigência imprescindível e referenciado por hospitais;

Avaliação familiar por Assistente Social – recomendável;

Estabelecimento de programa terapêutico individual – exigência imprescindível;

Definição de critérios e normas para visitas e comunicação com familiares e amigos, alta terapêutica, desligamento, evasão, etc. – exigência recomendável.

5.5 Os atendimentos do item 5.4 deverão ser oferecidos/garantidos pelos serviços, que no caso dos encaminhamentos SUS deverão ser realizados em conjunto com a rede.

5.6 Os Serviços devem explicitar, por escrito, os seus critérios de rotina de tratamento quanto à:

Horário de despertar;

Atividade física desportiva variada diária;

Atividade lúdico-terapêutica variada diária (por ex.: tecelagem, pintura, teatro, música, dança, modelagem, etc);

Atendimento em grupo e/ou individual coordenado por profissional de nível superior habilitado em dependência de SPA, ao menos uma vez por semana;
 Atividade didático-científica para o aumento de conscientização;
 Atividade que vise estimular o desenvolvimento interior (por ex.: yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e outros textos filosóficos reflexivos). Essa atividade é opcional para o residente, respeitando-se suas convicções e credos pessoais e oferecendo, em substituição, atividades alternativas;
 Atendimento médico e psiquiátrico/psicológico pelo menos uma vez semanal, nos casos de co-morbidade;
 Atendimento em grupo por membro da equipe técnica;
 Participação diária, efetiva e rotativa da rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, etc;
 Orientação à família durante o período de tratamento;
 Atividades de estudos para alfabetização, profissionalização, etc.
 Atendimento pedagógico em CT que ofereçam atendimento a adolescentes. Sugestão plenária a ser votada

6. RECURSOS HUMANOS

A equipe técnica mínima diurna para atendimento de até 30 usuários do serviço, deverá ser composta por:

- 01 (um) Profissional de nível superior, responsável pelo Programa Terapêutico, da área de saúde e/ou da assistência social, capacitado para o atendimento dos problemas decorrentes de uso e abuso de SPA em instituições reconhecidas;
- 01 (um) Coordenador Administrativo;
- 03 (três) Agentes Comunitários em dependência química capacitados em cursos reconhecidos pelos CONEN ou COMEN e com cursos em primeiros socorros.

6.1 Os Serviços devem garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno.

7. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

7.1 As Comunidades Terapêuticas a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 90 residentes, alocados em no mínimo 03 unidades de 30 residentes por cada unidade.

7.2 Para receber usuários adolescentes as CT deverão disponibilizar espaços específicos garantindo os direitos preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA e pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA, bem como a garantia de inserção educacional;

7.3. Segue a listagem de ambientes organizada por setores de funcionamento:

setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 clientes

- a) quarto coletivo para no máximo 6 residentes, com padrão mínimo de 15 metros quadrados com área para guarda de roupas e pertences;
 - b) banheiro para 6 residentes: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro. Ao menos 01 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos
 - c) quarto para monitor
- setor de terapia/recuperação
- a) sala de atendimento social
 - b) sala de atendimento individual
 - c) sala de atendimento coletivo
 - d) sala de TV/música

- e) oficina (ex.: desenho, silk, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica)
- f) sala para prática de exercícios físicos
- g) área externa para deambulação

Obs.: esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos desde que haja uma programação de horários diferenciados e o desenvolvimento dessas atividades poderão ser realizados em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo compartilhá-los com outras instituições.

Setor administrativo:

- a) sala de recepção de residentes, familiares e visitantes
- b) sala administrativa
- c) arquivo das fichas do interno (prontuários)
- d) sala de reunião para equipe
- e) sanitários para funcionários (ambos os sexos)

setor de apoio logístico

a) cozinha coletiva com as seguintes áreas:

- b) recepção de gêneros
- c) armazenagem de gêneros
- d) preparo
- e) cocção

- f) distribuição
- g) lavagem de louça

- h) armazenagem de utensílios
- i) refeitório

j) lavanderia coletiva com as seguintes áreas:

- k) armazenagem da roupa suja
- l) lavagem

m) secagem

n) passaderia

o) armazenagem de roupa limpa

p) almoxarifado

q) área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios, material de expediente

r) limpeza, zeladoria e segurança

s) depósito de material de limpeza

t) abrigo de resíduos

u) garagem para veículos

Parágrafo Único: A existência ou não de um determinado ambiente, depende 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.

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

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

8. CADASTRAMENTO

Será feito junto às Vigilâncias Sanitárias das Secretarias Municipais de Saúde e junto aos Conselhos Municipais de Entorpecentes e/ou Conselho Estadual de Entorpecentes na sua ausência. O cadastramento consistirá em preencher uma ficha com os dados completos da instituição, tal como nome do responsável técnico, nº do registro profissional, endereço e telefone da instituição, CNPJ, número de vagas, modalidade de vínculo (SUS, privado, filantrópico) junto às Secretarias Municipais de Saúde.

9. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO

Para obtenção do alvará de licenciamento concedido pela Vigilância Sanitária do Município os documentos necessários são: - Alvará de localização pelo órgão municipal competente; Requerimento solicitando licença inicial; Termo de Responsabilidade Técnica (cópia da identidade profissional responsável, CNPJ); Contrato Social registrado na junta ou estatuto ou ata ou declaração de firma individual registrada no cartório; Vistoria realizada pela Vigilância Sanitária e Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde.

10. INSPEÇÃO

A inspeção será realizada anualmente pela Secretaria Municipal de Saúde (Saúde Mental e Vigilância Sanitária), CMS e COMEN através de um Roteiro de Inspeção, visando a orientação e adaptação dos serviços a esta regulamentação. Os principais pontos verificados na inspeção serão relacionados em um relatório do qual o responsável do serviço tem que dar ciência.

11. Esta Portaria revoga a Portaria número 16 de 30 de Abril de 2001.