

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Roberto Estefano de Barros Kwasinsky

ELABORAÇÃO DE MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM SEGURANÇA SANITÁRIA  
(BPSS) REFERENTE (A) RDC Nº 29/11 EM INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM SERVIÇO  
DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO  
OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Rio de Janeiro  
2017

Roberto Estefano de Barros Kwasinsky

ELABORAÇÃO DE MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM SEGURANÇA SANITÁRIA  
(BPSS) REFERENTE (A) RDC Nº 29/11 EM INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM SERVIÇO  
DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO  
OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária – INCQS/Fiocruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Vigilância Sanitária.

Orientador: Dr. Antônio Eugenio C.C. de Almeida

Rio de Janeiro  
2017

Catálogo na fonte

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

Biblioteca

Kwasinsky, Roberto Estefano de Barros

Elaboração de Boas Práticas em Segurança Sanitária (BPSS) referente a RDC N° 29/11 em instituições que prestam serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. / Roberto Estefano de Barros Kwasinsky. Rio de Janeiro: INCQS / FIOCRUZ, 2017.

107 f., il., tab.

Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária) - Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

Orientador: Dr. Antônio Eugenio C.C. de Almeida

1. Boas Práticas. 2. Vigilância sanitária. 3. Controle de Qualidade. 4. Segurança. 5. Comunidade Terapêutica. I. Título

PRÁTICAS EM SEGURANÇA SANITÁRIA (BPSS) REFERENTE (A) RDC NO 29/11 EM INSTITUIÇÕES SANITÁRIAS SERVIÇO DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSFORMOS DECORRENTES DO USO, USO ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Roberto Estefano de Barros Kwasinsky

ELABORAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM SEGURANÇA SANITÁRIA (BPSS)  
REFERENTE (A) RDC Nº 29/11 EM INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM SERVIÇO DE  
ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO OU  
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz no Curso de Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária – INCQS/Fiocruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Vigilância Sanitária.

Orientador: Dr. Antônio Eugenio C.C. de Almeida

Colaboradora: Dra. Patrícia Nobre

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

BANCA EXAMINADORA

---

Katia Cristina Leandro (Doutora)

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

---

Alexandre Ururahy Rodrigues (Pós-Doutor)

Fundação Oswaldo Cruz

---

Adriano Arnobio (Doutor)

Vigilância Sanitária de Seropédica

---

Antônio Eugênio C. C. de Almeida (Doutor)

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

Dedico este trabalho à aqueles que sofrem as pressões sociais e sucumbem as suas mazelas emocionais ao agravo da intorpecencia para alivia a sua dor, que muitas das vezes advém de uma falta de afeto ou entendimento das individualidades dos seres, entre vários matizes de comportamento ou personalidades, no qual estes são suprimidos, no afã de serem incluídos em um padrão social ou um modelo de comportamento convencional se entregam ao alivio do anestesiamiento ao qual as substancias psicoativas proporcionam gerando a legião de sofredores disseminados na sociedades e depositados em comunidades de tratamento de longa permanência onde são massacrados por falta de entendimento da sua dor emocional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos motivadores deste resultado, amigos eternos, professores e da Vigilância Sanitária de Seropédica:

Professora Dra. Simone Valverde

Alexandre Ururahy Rodrigues, Aline Costa e Carla Bento, pessoas muito importantes neste caminho até aqui.

Agradeço aos Professores orientadores:

Dra. Patrícia Nobre e Dr. Antônio Eugenio C.C. de Almeida, com muita paciência e dedicação me deram a oportunidade vencer mais uma etapa da minha vida acadêmica.

Agradeço aos meus amigos de Turma:

Ana Paula Bezzerra, Angélica Lameiras, Eleonora Iozzi, pelo apoio que tive no momento que eu vivia na minha vida, a motivação e as gargalhadas nas dificuldades que fertilizaram nossa amizade e a tornaram eternas.

## O tempo

Uma flecha só pode ser atirada se for puxada para trás. Quando a vida te arrasta para as dificuldades fazendo parecer que esta andando para trás, não se desespere. Isso significa que na verdade você será lançado para algo grande e a frente de muitos! “Para que isso aconteça, se concentre e continue apontando para seus objetivos”.

## RESUMO

Substâncias psicoativas no Brasil hoje é tratado como problema relacionado a saúde pública, não somente um problema nacional como em todos os continentes do globo. Afetando diversos nichos sociais e de faixa etária diversa. Dados recentes demonstram um resultado bem preocupante, revelando o Brasil como um dos maiores mercados consumidores de cocaína em relação a outras nações. Os consumidores, desta e outras substâncias de consumo ilícito, são tratados através de um modelo de tratamento que consiste em internação em estabelecimentos de longa permanência caracterizados como Comunidades Terapêuticas. O funcionamento das CT's casas de recuperação esta normatizado pela Agencia Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA), por norma publicada em Resolução da Diretoria Colegiada(RDC nº29/2011).O produto deste trabalho tem como finalidade desenvolver um Manual de Boas Práticas Sanitárias para O município de Seropédica/RJ.

O trabalho baseou-se em um estudo retrospectivo no ano de 2013 e 2014, nos relatórios de inspeção e dados de pesquisa de diagnostico de problemas em relação ao cumprimento da norma citada, avaliados pela equipe de Vigilância Sanitária do Município de Seropédica.

Palavras-Chave: Boas Práticas de Segurança Sanitária. Comunidades Terapêuticas. Vigilância Sanitária.

## **ABSTRACT**

Psychoactive substances in Brazil today is treated as a problem related to public health, not only a national problem as in all the continents of the globe. Affecting diverse social niches and diverse age group. Recent data show a very worrying result, revealing Brazil as one of the largest cocaine-consuming markets in relation to other nations. Consumers of this and other substances of illicit consumption are treated through a treatment model consisting of hospitalization in long-term establishments characterized as Therapeutic Communities. The operation of the recovery houses is regulated by the National Health Surveillance Agency (ANVISA), as published by Resolution of the Collegiate Board of Directors (RDC No. 29/2011). The purpose of this work is to develop a Manual of Good Sanitary Practices for the municipality of Seropédica / RJ. The study was based on a retrospective study in the years 2013 and 2014, in the inspection reports and diagnostic data of problems related to compliance with the cited standard, evaluated by the Sanitary Surveillance team of the Municipality of Seropédica.

**Key-words:** Good Sanitary Safety Practices, Therapeutic Communities, Health Surveillance.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Quadro I.....   | 22 |
| Tabela I- Características da estrutura de funcionamento das CTs do município de Seropédica 2013.....  | 35 |
| Tabela II- Características da estrutura de funcionamento das CTs do município de Seropédica 2014..... | 36 |

## LISTA DE SIGLAS

AA-Alcoólicos anônimos

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANS- Agencia Nacional de Saúde Suplementar

BPSS- Boas Praticas em Segurança Sanitária

BVS-Biblioteca Virtual de Saúde

C&T- Ciência e Tecnologia

CAPSAD- Centro de Apoio Psicossocial em álcool e Drogas

CAPSI- Centro de Apoio Psicossocial Infantil

CEMES- Centro Municipal de Especialidades Médicas

CEO-Centro de Especialidades Odontológicas

CEBRID-Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas

CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONAD-Conselho Nacional de Politicas Sobre Drogas

CT-Comunidade Terapêutica

CTs-Comunidades Terapêuticas

DIEST- Diretoria de Estudos e Políticas do Estado

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEA-Instituto Estadual do Ambiente

INPAD- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Politicas Publicas do Álcool e outras Drogas

IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LENAD- Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

LSD- Lysergsäurediethylamid Acido Lisérgico.

HIV- Human Immunodeficiency Virus

MP- Ministério Público

MS-Ministério da Saúde

NBR-Associação Brasileira de Normas Técnicas

OBID- Observatório Brasileiro de Informação Sobre Drogas

ONU- Organização das Nações Unidas

PDVISA-Plano Diretor de Vigilância Sanitária

RDC- Resolução de Diretoria Colegiada

SENAD-Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

SISNAD-Sistema Nacional de Políticas Nacional Sobre Drogas

SNC- Sistema Nervoso Central

SPA- Substancias Psicoativas

SUS-Sistema Único de Saúde

UNIFESP- Universidade Federal do Estado de São Paulo

UNODC- Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime

USA- United States of América

VISA-Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 12 |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....   | 16 |
| <b>2.1 Vigilância sanitária: responsabilidade pública e promoção à saúde</b> .....   | 16 |
| 2.1.2 O desenvolvimento da ideia de responsabilização do estado .....  | 17 |
| 2.1.3 Os estímulos da responsabilização em vigilância sanitária no brasil contemporâneo .....  | 18 |
| 2.1.4 A ética da responsabilidade e a equidade nas práticas de vigilância sanitária .....  | 19 |
| 2.1.5 Repensando os modelos de atenção (ou intervenção) .....  | 20 |
| 2.1.6 O trabalhador de vigilância: fiscal ou profissional de saúde da equipe multidisciplinar .....  | 21 |
| 2.1.7 Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepção, estratégias e praticas .....  | 21 |
| 2.1.8 O papel da ANVISA: um modelo da nova gestão pública .....  | 22 |
| <b>2.2 A droga nos dias atuais no mundo</b> .....  | 23 |
| 2.2.1 A legislação a partir dos anos 70 .....  | 26 |
| 2.2.2 As comunidades terapêuticas (ct) e a vigilância sanitária .....  | 29 |
| 2.2.3 A relação da vigilância sanitária com o tratamento de toxicômanos .....  | 34 |
| 2.2.3.1 <i>O Surgimento das Comunidades Terapêuticas</i> .....   | 34 |
| 2.2.4 Comunidades Terapêuticas (CT) no Brasil .....  | 36 |
| 2.2.5 Regulação sanitárias para estabelecimentos de longa permanência .....  | 40 |
| 2.2.5.1 <i>Relevância do problema atual</i> .....  | 41 |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....   | 43 |
| <b>3.1 Objetivo geral</b> .....  | 43 |
| <b>3.2 Objetivos específicos</b> .....   | 43 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....   | 44 |
| <b>4.1 Método utilizado de busca em dados nacionais</b> .....  | 44 |
| <b>4.2 Método utilizado para dados internacionais estudando a realidade brasileira..</b>   | 44 |
| <b>4.3 Método utilizado para dados do município de Seropédica</b> .....  | 45 |
| <b>4.4 Caracterização sócio-demografica do município onde foi nosso estudo</b> .....   | 45 |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 47 |
| <b>5.1 Sistema de ação de inspeção sanitária</b> .....   | 47 |
| 5.1.1 Administração da CT .....  | 49 |
| 5.1.2 Infraestrutura .....   | 50 |
| 5.1.3 Setor de apoio logístico .....   | 50 |
| 5.1.4. Manutenção .....  | 51 |
| 5.1.5 Organização do cuidado .....   | 52 |
| <b>6 CONCLUSÃO</b> .....   | 61 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 62 |
| <b>ANEXO I - Cartas de anuência do Conselho Municipal de Saúde e Coordenação de Vigilância Sanitária</b> .....   | 67 |
| <b>APÊNDICE I - Manual de orientação para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial</b> ..... | 69 |

## 1 INTRODUÇÃO

Extratos de plantas ou sintetizados em laboratório, com atividades psicoativas estão presentes ao longo da história da humanidade em cultos e ritos de cunho religioso, com finalidade de terapia em tratamentos de patologias, atualmente muito utilizada como prática recreativa. O problema vem se tornando uma ameaça à sociedade a partir do fim do século XIX. O assunto é preocupação com a atenção aos indivíduos que fazem uso abusivos de álcool e outras drogas passou a ser pauta das políticas públicas a partir da década 90. O entendimento do cuidado estabelecido nos direitos do usuário, caminhando de forma controversa as práticas de exclusão empregadas hoje pelos hospitais psiquiátricos. O modelo de tratamento permanece em disputa entre os especialistas, assumindo tendências que põe em desacordo com a forma com que a sociedade moderna, no cenário atual lida com o problema nos âmbitos: social, econômico, político e cultura. (Rezende, 2000; Ribeiro, 2015)

Hoje o problema se tornou um caso sério de saúde pública, eclodindo diversos transtornos sociais, sem distinção de raça, etnia, condição social ou do grau de desenvolvimento para nosso país. O Relatório Brasileiro sobre Drogas de 2009 demonstra que o consumo destas substâncias durante a vida, com exceção de álcool e tabaco, o crescimento no Brasil é estimado em 19,4% dados de 2001 para 22,8% em 2005 (BRASIL, 2009). O escritório das Nações Unidas, em seu relatório sobre drogas e Crime (UNODC), em pesquisa publicada estima que cerca de 5% da população adulta ou 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, usou pelo menos algum tipo de droga em 2014. Alterações de comportamento relacionadas ao consumo dessas substâncias registraram crescimento preocupante, comparando com o último relatório mundial sobre Drogas divulgado pelo escritório da UNODC.

Figura 1- Cocaína: Brasil com 20% do consumo mundial



Fonte: (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016).

A Figura 1 mostra a cocaína sendo preparada para uso. O Brasil ficou classificado como segundo país no mundo que mais se consome esta substância, com exceção dos Estados Unidos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016). Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) dados publicados deixam claro desta triste situação, realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas – INPAD (LARANJEIRA, 2012). A amostragem executada pelo LENAD para a conclusão dos dados foi realizado da seguinte forma: em 149 municípios do território nacional, abrangendo cerca de 4607 indivíduos com faixa etária de 14 anos de idade, constatou 4% da população adulta e 3% dos adolescentes tiveram alguma experiência com cocaína na vida, e a incidência de uso deste tipo de entorpecente no último ano está em torno de 2% para todas as faixas etárias. Simultaneamente em que nos países da Europa, América do Norte o consumo de cocaína e outras substâncias psicoativas diminuíram bastante o consumo, o Brasil se apresenta classificado com 20% do consumo mundial de cocaína. (INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

O Estado brasileiro vem ao longo dos anos buscando diversas soluções de natureza repressiva e preventiva para a questão das drogas ilícitas, constituindo instâncias organizacionais e institucionais dedicadas a repressão de seu uso em várias instâncias de governo e transversais às temáticas de saúde, seguridade social e segurança pública. Esta abordagem múltipla se materializa na Lei 11.343/2006 que institui o Sisnad, o qual, não obstante sua ênfase nos aspectos repressivos contempla aspectos importantes na prevenção e cuidado com os sujeitos a dependência química.

O Decreto 5.912/2006 regulamenta a referida lei e institui competências e mecanismos administrativos, sendo de fundamental importância para coordenação das ações estatais e privadas. No âmbito da Saúde temos a participação do Ministério da Saúde e da ANVISA no CONAD, definidos no art. 5º, f, com direito a voto, e a competência específica do Ministério da Saúde definida no art. 14, I, g, para disciplinar os serviços públicos e privados de atenção aos usuários ou dependentes de drogas.

No Brasil o descaso e a carência de todos esses anos de programas e protocolos de caráter público que oferecessem tratamento para o atendimento às pessoas com dependência química que procuram por recurso terapêutico estimulou o crescimento e multiplicou, de acordo com Costa (2009), as casas de longa permanência populares conhecidas como comunidades terapêuticas (CT).

Essa competência disciplinar sobre os estabelecimentos de atenção aos usuários é exercida pela Vigilância Sanitária, originariamente pelo Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia que lhe é vinculada, e pelas VISAs locais. Em razão dessa importância que cabe a vigilância sanitária executar essa proteção à sociedade. Foram motivações para este trabalho, desenvolvido com a finalidade de elaborar Boas Práticas em Segurança Sanitária (BPSS) referente a RDC 29/11 em instituições que prestam serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

As comunidades terapêuticas no Brasil têm ligação desde sempre com entidades religiosas. Um dos seus pioneiros, por exemplo, foi de matriz cristã católica, iniciado na cidade de Campinas/SP, no ano de 1978, pelo Padre J. Rham, denominado Movimento Católico de Atenção aos Dependentes Químicos, influenciou a abertura de entidades semelhantes em outras cidades brasileiras (SILVA, 2016).

Segundo Leon (2003) em seu estudo sobre o assunto, apesar da atividade fim das comunidades terapêuticas não ser operar como templos religiosos, desta ou daquela ordem, a religiosidade está quase sempre presente na prática de recuperação dos seus residentes como um elemento transformador, sendo seus elementos promotores de eficazes mudanças no estilo de vida e na identidade dos usuários dependentes de substâncias psicoativas.

Essa singularidade encontrada nas comunidades terapêuticas pesquisadas de se estabelecer associações espiritualistas, com ou sem dogma religioso, é observada como essencial pelas comunidades terapêuticas para desenvolver o tratamento para a dependência dos residentes. Identifica-se, por exemplo, que existem as comunidades que mesclam o religioso e o comunitário, levando em consideração que a religião pode ser um suporte para que o paciente consiga sua recuperação. É importante registrar que as comunidades que fizeram parte do universo amostral deste trabalho apresentavam orientação religiosa protestante.

Atualmente, a comunidade terapêutica precisa, para seu pleno e legal funcionamento, obter alvará ou licença concedido através dos órgãos de Vigilâncias Sanitárias dos municípios no perímetro da jurisdição ao qual a comunidade terapêutica esteja situada. Para tal, as comunidades terapêuticas devem estar adaptadas do ponto de vista sanitário às normas estabelecidas na resolução RDC 29/2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Importante observar que a grande maioria das comunidades que fazem parte deste projeto possuía ou já

estavam aguardando o andamento dos documentos para sua regulamentação legal, que pela RDC 29/11 se consolida através do alvará ou licença sanitária de acordo com a nomenclatura de cada município, o que os profissionais de vigilâncias sanitárias veem como grande avanço para que estes estabelecimentos recebam dignamente seus residentes, por atenderem o mínimo de conforto elencado pela Resolução que motivou o estudo neste trabalho. (DAMAS, 2013; SILVA, 2016).

As internações, em sua grande maioria, não fazem distinções entre abuso de substâncias lícitas e ilícitas é percebido que há dependência em ambas, bem como uma droga vir acompanhada da outra, compondo o chamado “fenômeno das drogas”, varia muito de acordo com as regras da própria instituição, por outro lado o tratamento da adicção é longo. E deveria incluir muitas atividades que visam simular as situações que o paciente encontrara na vida cotidiana e ao mesmo tempo oferecer apoio social para não recair. (FRACASSO, 2002).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção a saúde

A forma de pensar e de tratar os efeitos sobre a saúde humanos ambientais relacionados a produtos, serviços e tecnologias e intervenções de diversas naturezas no meio ambiente se denominou vigilância sanitária, conceito que vem se modificando no Brasil acompanhando uma tendência internacional. A princípio, contudo, nem todo enfrentamento dessas questões são de competência exclusiva dessa área, assim como nem todas as ações de interesse para a saúde podem ser encontradas na esfera de atuação do setor saúde. Reconhecidamente as condições de saúde estão vinculadas às políticas sociais e econômicas implementadas e ao acesso às ações e serviços destinados não apenas à sua recuperação, mas, também à sua proteção e promoção, evidenciando algumas das atribuições da vigilância sanitária, revelando a amplitude de sua responsabilidade, além, também, dos limites do Sistema Único de Saúde.

Na definição legal de vigilância sanitária, fica bem claro: “um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo:

- Controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendendo todas as etapas e processos, da produção ao consumo.
- O consumo da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde” (Lei 8080/90, art. 6º, parágrafo 1º), que denota sua abrangência e sua natureza essencialmente preventiva.

A atribuição da vigilância da saúde pública é, conseqüentemente, a que deve responder mais imediatamente ao atual clamor social por proteção da saúde dessa humanidade que se percebe numa “comunidade de destino”. (SILVA, 2016)

A vigilância epidemiológica é o que permite a atuação competente e oportuna dos mecanismos de proteção e de prevenção sanitária. Este subsistema é exatamente o dispositivo que se encontra aparelhado para garantir a segurança dos alimentos; para apreciar a influência da propriedade industrial no mercado nacional de medicamentos; para gerir ações na fronteira visando coibir a disseminação internacional de doenças e outros danos à saúde para controlar a comercialização dos produtos transgênicos destinados ao consumo humano; ou para assegurar a eficácia e a segurança dos medicamentos, por exemplo.

### 2.1.2 O desenvolvimento da ideia de responsabilização do estado

A responsabilização do Estado é uma nova ideia que busca tornar o homem prudente, pois sanciona o comportamento contrário àquele que deveria e poderia ser previsto.

Sem dúvida, a responsabilidade, era um excelente princípio regulador, que perdia sua eficácia frente à dúvida ou à incerteza – elemento cada vez mais frequente na sociedade que se industrializava – induzindo sua suplantação pelo princípio da solidariedade. Dedicava-se, assim, de compensar o prejuízo decorrente dos acidentes que não se era capaz de prevenir. O que motivou essa transformação foram os acidentes de trabalho e as aposentadorias. A reponsabilidade permanecia em ação no que respeitava ao comportamento imprudente, mas a solidariedade garantia a indenização nos casos em que apesar de se ter tomado todas as precauções para evita-los os acidentes aconteciam.

A sociedade organizou-se de forma a repartir riscos considerados continuamente sociais, chamando de responsável àquele que ela considerava justo que suportasse o prejuízo pecuniário, fosse ele o autor ou a vítima.

A evolução do conceito securitário revela que o estado de bem-estar se encontra calcada na ideia na crença de uma ciência capaz de sempre controlar melhor os riscos. Atualmente, é exatamente a constatação de que a própria evolução científica vem aumentando os riscos imprevisíveis, que está provocando a afirmação do novo paradigma da segurança.

A ideia de responsabilidade pública é diretamente política. Fundamenta-se na igualdade dos encargos públicos. Caracteriza se também por reconhecer a incapacidade humana para conhecer plenamente a causalidade dos comportamentos humanos.

Desta forma, percebe-se que não é possível ao homem tudo saber e prever, a responsabilidade deve ser dialeticamente definida, considerando as condições necessárias da experiência social comum. É a organização política (da cidade) concretamente considerada que gera a responsabilidade, uma resposta à necessidade política de fazer de cada indivíduo uma parte do corpo social. Em países de regime governamental republicano, onde todos os órgãos de poder e todo o povo estão vinculados ao direito, todos são responsáveis. Isto é, todos podem ser chamados aos tribunais para cumprirem suas obrigações, que no caso do estado são os deveres previstos na constituição.

Entende-se que a situação de desequilíbrio na vida social pode ser provocada tanto por ação ou omissão de particular como autoridade pública, seja ela administrativa, legislativa ou judicial. As constituições contemporâneas preveem mecanismo de promoção da

responsabilidade de promoção das pessoas físicas e jurídicas de direito privado e das pessoas de direito público vinculadas ao poder Executivo, Legislativo e Judiciário. A tradição constitucional, porém, revela a mais fácil aceitação da responsabilidade do Estado-administração que referente às funções estatais de legislar e julgar observa a responsabilidade dos órgãos estatal mais restrita quanto mais elevada é sua função (LAFERRIERE, 1896). Isto é – no limite – quando sua função confina com a soberania, o Estado dificilmente assume a responsabilidade que se resolve em indenização pecuniária. Por outro lado, nessa situação, ele é politicamente plenamente responsável.

### 2.1.3 Os estímulos da responsabilização em vigilância sanitária no Brasil contemporâneo

O teste da responsabilidade pública, sob a ótica dos governantes, no Brasil, destaca a complexidade do tema, especialmente porque a organização administrativa no intuito de realizar a vigilância deve integrar as informações e atuação sobre ameaças de poder político da República Federativa do Brasil. Além disso, como visto o enfrentamento das ameaças à saúde é realizado por diversos órgãos, às vezes vinculado a diferentes ministérios ou secretarias e, no caso da vigilância sanitária federal, a uma agência reguladora, uma autarquia submetida ao poder de tutela do Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assim, a responsabilidade pública em vigilância sanitária apresenta um desafio central: além de escassez do controle social (por sua pouca eficiência), o chamado “déficit democrático” decorrente da existência da ANVISA.

É necessário haver, por parte da sociedade a promoção da responsabilidade popular em se tratando de vigilância sanitária, sendo necessário promover ou incitar a população a se manifestar sobre o assunto, devendo-se aumentar o investimento em ciência e tecnologia, em contrapartida ao risco potencial iminente desconhecido, seja – ao menos – em risco potencial fundado. Além disso, será necessário um grande investimento social para a disseminação popular dos meios e modos da ciência.

A discussão desses temas é necessária que ocorra em espaço que permita a superação da “cultura dos peritos”, onde possam ser efetivamente debatidas as grandes opções sociais. Para tanto, é indispensável à criação de um espaço que permita vencer estas limitações. A criação de um espaço jurídico público, permitindo a combinação e mediação recíproca entre a soberania do povo juridicamente institucionalizada e a soberania do povo não institucionalizada. Tal equilíbrio implica “a preservação de espaços públicos autônomos, a

extensão da participação dos cidadãos, a domesticação do poder dos meios de comunicação de massa e a função mediadora dos partidos políticos não estatizados” (HABERMAS, 1996).

A participação da sociedade, principalmente dos populares, é indispensável, entendido que sua totalidade, envolve todos os segmentos potencialmente interessados na administração da vigilância sanitária, que deve ser considerada um procedimento eficiente para legitimar as decisões que venham a ser apreciadas no conteúdo normativo atuando como atos normativos decisórios. Somente desse modo estará se dando condições para a efetiva responsabilização do povo por sua saúde e qualidade de vida.

#### 2.1.4 A ética da responsabilidade e a equidade nas práticas de vigilância sanitária

No cenário atual, percebemos que o nosso fazer com responsabilidade, equilíbrio e prudência, levando em consideração o conceito de equidade, baseado no conceito das bases do SUS, entre fronteiras estreitas do necessário e do possível, é indispensável a rápida e sofisticada intervenção tecnocientífica em um meio não somente natural como também cultural e político, atravessado por atos de vontade e de escolhas equivocadas, tão humanas quanto à ética praticada neste contexto, pode e deve estabelecer diálogo. E, nos casos extremos em que se torne impossível a consagração do mesmo, é necessária, ou até mesmo indispensável, que a referência concreta do agir estenda-se além da ética e incorpore o tema da tolerância, não esquecendo os “limites” da responsabilidade. A participação e o controle social adquirem importância fundamental, principalmente para que seja contemplada verdadeira equidade.

Abrangendo a democracia e desenvolvendo a ciência, portanto, não se pode deixar de abordar a questão do controle social sobre qualquer atividade ou decisão que seja de interesse público e/ou coletivo. Mesmo neste complexo tema da busca da equidade e da compreensão da responsabilidade, a participação pluralista é indispensável, como garantia para que a cidadania seja o difícil problema de um progresso científico e tecnológico que reduz o cidadão a súdito ao invés de emancipá-lo.

Na discussão dos problemas relacionados, apresentados na dissertação, este debatido o problema da utilização ou aplicação de novas tecnologias ou propostas apresentadas, mas no controle contextualizado, caso a caso, de cada uma das novidades. E este controle deve dar em patamar diferente ao dos planos científicos e tecnológicos: o controle é ético. É conveniente recordar que a ética sobrevive sem a ciência e a técnica; sua existência não depende delas. A ciência e a técnica, no entanto, não podem prescindir da ética, sob pena de

transformarem-se em armas desastrosas para o futuro da humanidade nas mãos de minorias poderosas e/ou mal-intencionadas.

O cerne da problemática debatida, portanto, está no fato de que dentro de uma escala hipotética de valores vitais para humanidade, a ética ocupa posição diferenciada em comparação com a pura ciência e técnica. Nem anterior, nem superior, mas simplesmente diferenciada. Além da importância qualitativa no caso, a ética serve como instrumento preventivo e prudencial contra abusos atuais e futuros que venham a trazer lucros abusivos para poucos, em detrimento do alijamento e sofrimento da maioria da sociedade.

### 2.1.5 Repensando os modelos de atenção (ou intervenção)

Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas.

O repensar em torno dos modelos assistenciais, no intuito de incorporar a proteção da promoção da saúde, não deve eludir os limites dos conceitos da saúde e da doença (ALMEIDA FILHO, 2000). Segundo Czeresnia (1999), “implica em mudanças abrangentes na maneira pela qual o conhecimento científico se relaciona com, e é usado para, a formulação e organização das práticas sanitárias”. Importante deixar destacado que, enquanto a prevenção é entendida usualmente pela Saúde Pública como intervenção da saúde para evitar a ocorrência de um problema específico, a promoção da saúde é definida mais amplamente, pois não está dirigida para uma dada doença ou agravo, mas serve para dar mais estrutura a saúde e o bem-estar. Essa distinção se faz necessária para repensar e redirecionar as práticas em saúde pública no sentido de superar “inconsistências ou áreas nebulosas na operacionalização dos projetos de promoção, que nem sempre conseguem se diferenciar das práticas preventivas tradicionais” (CZERESNIA, 1999).

Desde a prevenção da doença à promoção à saúde, o modelo da Vigilância da Saúde pode ser uma alternativa em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida “constituindo-se, de fato em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde das populações em cada país, estado e município” (TEIXEIRA, 2000).

Consequentemente, a busca de modelos de intervenção mais abrangentes requer, de um lado, uma reflexão sobre os fundamentos teóricos e epistemológicos da situação concreta, no sentido de contextualizar cada intervenção concebida para que possa produzir os efeitos desejados sobre a realidade.

### 2.1.6 O trabalhador de vigilância sanitária: fiscal ou profissional de saúde da equipe multidisciplinar

O conceito preliminar sobre alguns recortes acerca de aspectos da complexidade das ações de Vigilância Sanitária e de seus trabalhadores depende-se que, se o modelo tradicional já exige de seus agentes uma postura ética intransigente e vigorosa capacidade para negociar e administrar conflitos de interesses. A construção de uma nova vigilância implica em investimento institucional, na qualificação dos trabalhadores para novas competências e habilidades desses profissionais. Obviamente que esta é uma via de mão dupla e implica que as temáticas de Vigilância Sanitária sejam integradas nas políticas de saúde como um todo e no movimento profissional dos trabalhadores em saúde.

### 2.1.7 Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas

O avanço da Vigilância da Saúde, entendida como uma forma de pensar e de agir que pressupõe a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas e necessidades existentes é um dos grandes desafios que se tem hoje. Os desafios se ampliam na medida em que implica não só em mudanças na gestão e organização do sistema, especialmente na organização das práticas que ocorrem na “ponta” desse sistema, isto é, no espaço onde interagem os profissionais de saúde e a população, em seus distintos segmentos, mas, sobretudo, pela mudança necessária na própria concepção determinantes e condicionantes econômicos, socioambientais e culturais.

O agregamento da proposta de Vigilância da Saúde pelos profissionais e trabalhadores que atuam nesse espaço implica em mudanças no seu processo de trabalho e nas relações que mantem com outros profissionais e trabalhadores e sobretudo, nas relações que mantem com os usuários do sistema e com a população. Desse modo, a Vigilância da Saúde precisa ser construída com participação ativa dos profissionais, trabalhadores de saúde e da própria população, na medida em que requer mudança na forma de pensar e agir com relação à saúde e sua promoção, proteção e reabilitação da saúde no plano individual e coletivo. Exige, portanto, um esforço de “autorreflexão”, ao tempo em que exige uma disponibilidade ao novo, uma “abertura” às possibilidades que se colocam para àqueles que pretendem fazer parte do processo de construção do futuro do nosso sistema de saúde. Além disso, exige um

trabalho político no sentido da mudança de relações de poder no âmbito institucional e fora dele, na medida em que a configuração atual dessas relações parece ser o principal obstáculo à efetiva implementação da proposta da Vigilância da Saúde.

#### 2.1.8 O papel da ANVISA: um modelo da nova gestão pública?

O processo de estruturação administrativa pública do Brasil é composto por diversos atores sociais que agem no intuito de fazer prevalecer os seus pontos de vista. Avançar em direção a uma reflexão sistemática sobre esse tema continua a ser, portanto, fundamental.

O primeiro elemento que ressalta da reflexão sobre processos de reforma é a necessidade de se explicitar os valores éticos que se apoiam as diferentes proposições de reorganização do aparelho de Estado.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária representa uma experiência muito interessante de reorganização administrativa do Estado. Estudá-la a fundo pode contribuir para enriquecer o debate sobre as reformas administrativas. Os estudos que começam a se acumular sobre o papel e o desempenho da ANVISA permitem levantar diversas hipóteses de pesquisa.

As conclusões do trabalho de Piovesan (2002), por exemplo, sugerem que a ANVISA tem conseguido conciliar os objetivos de eficiência com os de uma ação em prol da legitimidade, da segurança e do bem-estar, três dos quatro objetivos democráticos referidos por Santos (2002), induzindo a formulação de uma hipótese divergente do primeiro autor citado.

Para Santos (2002), a ANVISA, após cinco anos da sua criação, não cumpre efetivamente um papel regulatório, como proposto ou justificado quando do seu surgimento. As autonomias financeiras e adm.inistrativas, assim como a flexibilização de contratos, representam essencialmente estratégias de implementação do ideário neoliberal de enfraquecimento da capacidade de intervenção do Estado no mercado. Nesse sentido, pode-se supor que, na prática, a ANVISA representa uma experiência baseada nos princípios economicistas do modelo orientado pela eficiência, na denominação de Ferlie et al (1996). Enfim, a Agência é um excelente caso para estudo. Novas investigações poderão ajudar a aprofundar a compreensão do processo em cursos e a reorientá-lo, se for o caso. Ademais, estarão lançando luzes sobre o processo mais amplo de reforma da gestão pública.

## 2.2 A droga nos dias atuais no mundo

Caracterizado como “[...] qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais dos seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento” (NICASTRI, 2011). Substâncias psicoativas de efeito central, que causam alteração no estado mental em desencadeando desordem sobre o Sistema Nervoso Central – SNC, são então denominadas como substâncias psicoativas – SPA.

O Centro Brasileiro de Informação sobre drogas (CEBRID) realizou o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2005. A conclusão dos dados gerais da pesquisa demonstra que os dados apresentados sobre a incidência do uso de qualquer substância psicotrópica determinam uma grande variação, tanto em relação ao sexo como à faixa etária estudada (UNIFESP, 2014).

Observando dados da pesquisa referenciada anteriormente, constata-se que 19,4% em 2001, dos envolvidos na pesquisa já haviam consumido algum tipo de droga no ano de 2005, o percentual foi expandido para 22,8%, proporcional a uma população de aproximadamente doze milhões de pessoas, com exceção da análise de: álcool e tabaco. A diferença do percentual de uso de drogas entre 2001 e 2005 expôs um aumento para maconha (6,9% para 8,8%); benzodiazepínicos (3,3% para 5,6%); estimulantes (1,5% para 3,2%); solventes (5,8% para 6,1%) e cocaína (2,3% para 2,9%).

O contraste com outros países, os dados em relação ao uso da maconha, foram próximos aos resultados da Grécia (8,9%) e Polônia (7,7%), porém muito abaixo do observado nos EUA (40,2%), Reino Unido (30,8%), França (26,2%), Alemanha (24,5%), Itália (22,4%), Chile (22,4%) e Suécia com 13,8%. Quanto ao uso em algum momento na vida, de cocaína nas 108 maiores cidades do Brasil, em 2005, foi de 2,9% (equivalente a 1.459.000 pessoas) e de 2,3% em 2001, dados próximos aos encontrados na Alemanha (3,2%), porém bem inferior a países como EUA (14,2%), Reino Unido (6,8%), Chile (5,3%) e Itália (4,6%). Em relação ao uso em algum momento na vida, de “crack”, a porcentagem foi de 1,5% para o sexo masculino, dados de baixa precisão quando da expansão, o que corresponderia a aproximadamente 371.000 pessoas do sexo masculino que já teriam tido contato com essa forma de cocaína (UNIFESP, 2014).

Bases nacionais revelam, o consumo de drogas ilícitas é uma coisa usual que, lamentavelmente, vem aumentando a cada dia. De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), publicado pela UNIFESP (2014), percebeu-se a substância entorpecente mais consumida pelos brasileiros é a maconha, dados de 5,8% da população de adultos, correspondendo a 7,8 milhões de brasileiros em idade acima dos 21 anos. Em relação

aos adolescentes, a referência é de 597 mil indivíduos, correspondendo a 4,3% dos adolescentes brasileiros. Para cocaína, o número de usuários entre adultos é de 3,8% (aproximadamente de 5 milhões de brasileiros) e de adolescentes dados alarmantes de 2,3% (225 mil indivíduos em todo país). A análise dos resultados da pesquisa não contemplou a população de rua, por conseguinte revelou mais de 800 mil brasileiros (0,7% da população adulta) usuários do crack.

Atualmente a sociedade brasileira convive com o aumento do uso constante de substâncias químicas de uso proibido e que leva indivíduos a situações de dependência, com implicações socioeconômicas e repercussões relevantes na área da saúde. A ONU, de acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas (2012) destaca que o Brasil é um país vulnerável ao tráfico de cocaína, devido à sua geografia estratégica no tráfico para a Europa, mas também ao fato de ser um mercado consumidor devido à grande população urbana. Citando dados da Senad (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), o estudo indica que 3% dos estudantes universitários, de todas as idades, usam cocaína (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2008 indica que o Brasil tem cerca de 870 mil usuários de cocaína, o consumo aumentou de 0,4% para 0,7% entre pessoas de 12 a 65 anos, entre 2001 e 2004. É o segundo maior mercado das Américas, com índice menor apenas para os USA que soma cerca de seis milhões de consumidores (CARVALHO, 2008).

O documento anteriormente citado, no paragrafo anterior, o Relatório Mundial sobre Drogas 2014, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), revela a prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável, desde estudos realizados em 2012. Cerca de 243 milhões de pessoas, ou 5% da população global entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas naquele ano. Usuários problemáticos de drogas, por outro lado, somaram 27 milhões, cerca de 0,6% da população adulta mundial, ou 1 em cada 200 pessoas.

De acordo com seu mecanismo de ação sobre o SNC, ou seja, o modo como irá afetar o comportamento da pessoa que faz uso e as modificações na atividade mental. Podem ser classificadas como: depressoras (álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opióides, solventes ou inalantes), estimulantes (anfetaminas e cocaína), perturbadoras (maconha, alucinógenos, LSD, Ecstasy e anticolinérgicos), e ainda outras drogas como tabaco, cafeína e esteroides anabolizantes.

Podem ser classificadas também como lícitas, quando tem autorização para comercialização, sujeitas ou não a algum tipo de restrição; ou como ilícitas, quando sua comercialização é (NICASTRI, 2011).

Um resultado de uma pesquisa em nível nacional vem a deixar claro que, entre 0,5 e 1,0 % da população já usaram cocaína, o que é similar a outros países. Entretanto, esse uso vem aumentando em nosso país, ao contrário de outras regiões no mundo. Além disso, o uso de maconha tem aumentado, bem como o de anfetaminas, associado a regimes de emagrecimento. Os usuários de crack já são estimados em cerca de 1 milhão e 200 mil (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2012).

Estudo realizado por Marins & Figueredo (2015), a saúde pública no Brasil não dispensou a devida atenção na questão da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas (ilícitas ou lícitas), o que produziu uma lacuna na política pública de saúde. A questão das drogas foi deixada, nas políticas nacionais, para as instituições de justiça, segurança pública e associações religiosas. Desta maneira a ausência do Estado possibilitou à disseminação em todo o país de alternativas de atenção a saúde de usuários e dependentes de drogas usando um paradigma de abstinência.

No entendimento de Passos & Souza (2011), o paradigma da abstinência pode ser definido como:

...algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso.

Na História temos trechos com o uso e o abuso de substâncias entorpecentes. Observamos no sistema pátrio desde as ordenações Filipinas (1603) onde, no seu Livro V, Título LXXXIX, incrimina-se o uso de substâncias então consideradas tóxicas, das quais a ainda hoje é conhecida pelo nome comum de ópio e penalizada com confisco de bens e degredo para a África.

O Decreto 2.861 de 1914 internaliza as disposições da Convenção Internacional do Ópio, de Haia, criminalizando o uso da substância, bem como da morfina, cocaína e derivados.

Aspecto importante observado, que as casas de ópio eram uma presença comum e incômoda nas cidades em todo o mundo, alimentando um comércio que, não obstante a legalidade se associava a exploração sexual, jogos, perda de funcionalidade de indivíduos de todas as idades. Na literatura brasileira, temos um documento interessante de casas de ópio na “A Alma Encantadora das Ruas”, do jornalista João do Rio, onde ele narra uma intervenção policial na então decadente região do morro do Castelo.

O Decreto 4.294 de 1921 inova em relação à legislação anterior no sentido de responsabilizar o estado pela internação dos sujeitos que sofrem de vício em álcool e entorpecentes em instituições dedicadas ao seu tratamento. A internação não seria voluntária, mas sim determinada por autoridade judicial e mediante laudo médico pericial, requerido pela autoridade judiciária ou pela família; separada entre os que teriam praticado delitos tipificados criminalmente, e os que sofreriam com o vício como um risco a si mesmo e a outrem. Também passa a se fazer distinção entre o usuário que possui moléstia mental e aquele que tem o vício em si como moléstia/delito.

Não obstante, tais instituições públicas não chegaram a ser estabelecidas, e tais funções foram incorporadas pelos hospitais para alienados e manicômios.

O reconhecimento da adicção como doença traz a institucionalização deste como campo de domínio da psiquiatria, e esta partilharia com o poder judicial e moral, o controle do sujeito.

O caminho que as legislações trilharam até os anos 70 aprimora concepções sobre o conceito de entorpecentes, refletindo uma diversificação das substâncias que surgem – resultado de progressos de processamento químico – e da própria estrutura social e econômica da sociedade brasileira e suas relações internacionais, uma vez que o comércio de drogas se reconheceu como transnacional.

### 2.2.1 A legislação a partir dos anos 70

A Lei 5.726 de 1971 equiparou usuário a traficante, excepcionalmente criando o conceito de quadrilha de dois componentes, penalizando ambos de maneira idêntica. A ideia de usuário criminoso gerou o estímulo à delação e institucionalização crescentes do usuário por parte dos próprios familiares, bem como seu crescente estigmatização (BRASIL, 2016).

A Lei 6.368 de 1976 distinguiu novamente usuário de traficante, não obstante ter aumentado às possibilidades de tipificação e penalização do traficante. A Constituição Federal de 1988 transformou o tráfico em crime inafiançável. (BRASIL, 2016).

A Reforma Sanitária e o Movimento Antimanicomial trazem nova luz a questão do problema do tratamento dos usuários e dependentes de drogas, e uma abordagem voltada à redução de danos começa a surgir e ganhar evidência. Tal abordagem ganha ímpeto também pelas outras doenças que ocorrem paralelamente ao uso de drogas, em especial as doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para o HIV/AIDS. (BRASIL, 2016).

Não obstante, o caráter proibicionista da legislação brasileira e novas normas editadas após o ano de 2000, contemplam o atendimento em saúde multiprofissional ao usuário. Nesse sentido a Lei 10.409/2002 representa um grande avanço.

Tal trajetória culmina com o atual diploma legal vigente, a Lei 11.343 de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, norma para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, definindo crimes e dá outras providências. Revoga a Lei 6.368/76 e 10.409/2002. (BRASIL, 2016).

Não obstante evidentes progressos no sentido de oferecer alternativas de tratamento e inclusão de instituições de saúde e de sociedade civil à questão do uso de drogas, a crítica de seu aspecto proibicionista persiste em parte da literatura.

A lei vigente reconhece a redução de danos como um de seus princípios e, não obstante ter a abstinência como um de seus objetivos desejáveis, admite o não uso ou o retardamento do mesmo como uma de suas possibilidades.

Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

VI - o reconhecimento do “não uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas. (BRASIL, 2016).

A adicção não tem uma abordagem psiquiátrica definida, mas declina princípios orientadores das políticas públicas que visam garantir direitos humanos dos usuários e dependentes, bem como sua reinserção social no caso do indivíduo reconhecer sua doença na dependência de spa´s. Incorpora a ideia de tratamento multiprofissional da Lei 10.409/2002 onde elenca os princípios norteadores desta fase de conscientização do residente.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada. (BRASIL.2016).

A Lei é regulamentada pelo Decreto 5.912 de 2006. A regulamentação é de suma importância por determinar as competências de ministérios, autarquias e órgãos na definição e definir novas políticas. A partir dessa definição clara é também possível à sociedade exercer controle sobre a ação, e inação, do estado sobre a atenção ao usuário e dependente de drogas.

Define o Decreto 5.912/2002:

Art. 2º Integram o SISNAD:

I – o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Ministério da Justiça.

O Conad é órgão máximo de deliberação do sistema, e é composto de vários elementos com direito a voto. O elemento que contribui com a interface com o Sistema Único de Saúde é:

Art. 5º São membros do CONAD, com direito a voto:

IV - Representantes dos seguintes órgãos, indicados pelos seus respectivos titulares:

(f) dois do Ministério da Saúde, sendo um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; (BRASIL, 2016)

Dentro da cota de membros do Ministério da Saúde com direito a voto, observamos a presença da ANVISA, compreendendo que dentre as atribuições seguintes, boa parte serão de fato competências institucionais desta autarquia independente, vinculada ao MS mediante contrato de gestão, sendo, portanto imprescindível sua participação direta. No caso, entendemos que a ANVISA representa o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

As competências específicas do Ministério da Saúde, e dentro delas as da ANVISA, são as seguintes, na letra da norma:

Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD:

I - do Ministério da Saúde:

- a) publicar listas atualizadas periodicamente das substâncias ou produtos capazes de causar dependência;
- b) baixar instruções de caráter geral ou específico sobre limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso das drogas;
- c) autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, ressalvadas as hipóteses de autorização legal ou regulamentar;
- d) assegurar a emissão da indispensável licença prévia, pela autoridade sanitária competente, para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais;
- e) disciplinar a política de atenção aos usuários e dependentes de drogas, bem como aos seus familiares, junto à rede do Sistema Único de Saúde - SUS;
- f) disciplinar as atividades que visem à redução de danos e riscos sociais e à saúde;
- g) disciplinar serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção às pessoas que façam uso, ou seja, dependentes de drogas e seus familiares;
- h) gerir, em articulação com a SENAD, o banco de dados das instituições de atenção à saúde e de assistência social que atendam usuários ou dependentes de droga. (BRASIL, 2016)

No contexto da Lei 11.343/2006 e seu Decreto regulamentador coube a ANVISA regulamentar as estruturas públicas e privadas de atenção ao usuário e dependentes de drogas dentro de sua competência e das finalidades, obedecendo aos princípios. No entanto este não foi um percurso sem percalços e nem conclusivo. O papel da vigilância sanitária de fato é relegado a um fiscal de normas criadas por processos decisórios que parecem não lhe serem internos e que no momento se materializam na fiscalização simples de habitabilidade dos estabelecimentos. Devido a não existência de documentação sobre o processo decisório, é possível acompanhar apenas a evolução normativa e os esforços para que, dentro das instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, parte da Política Nacional Antidrogas seja efetivada.

### 2.2.2 As Comunidades Terapêuticas (CT) e a Vigilância Sanitária

A definição nacional da legislação sanitária é delineada pela lei federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que define:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. A vigilância sanitária de portos,

aeroportos e fronteiras não é um dever exclusivo ao SUS, podendo ser executada juntamente com a participação cooperativa da União. (BRASIL, 1990).

A vigilância sanitária possui status de polícia administrativa no campo da saúde. Por este motivo delegado aos fiscais, exercido sobre estabelecimentos (pessoas jurídicas), e não sobre as pessoas. Pode ser exercido de forma preventiva, por exemplo, mediante a emissão de normas e de atividades de inspeção/fiscalização sanitária com as quais se pode se for um caso de risco à saúde, realizar ações de interdição total ou parcial ou inutilização. O que também pode ser exercido de modo repressivo. E isso lhe faculta que o desrespeito às normas pode ser punido também mediante aplicação de sanções através de instrumento de multa remetendo ao estado receita. Nas ações da vigilância sanitária propriamente dita, os agentes da vigilância sanitária observam na ocasião da inspeção para os aspectos de gerências: componentes administrativos do estabelecimento, incluindo todo o setor burocrático do local e a estrutura física esperada, analisando-se: as instalações físicas, organização, conservação, segurança, conforto e limpeza. Segundo (COSTA, 1999), as competências do setor saúde e os modelos institucionais de organização da proteção e controle sanitário são variados entre países. No Brasil, as competências dos serviços de Vigilância Sanitária são abrangentes, podendo-se descrever as seguintes funções: A legislação do controle sanitário de bens, da produção, armazenamento, guarda, circulação, transporte, comercialização e consumo de substâncias e produtos de interesse da saúde, suas matérias-primas, coadjuvantes de tecnologias, processos, equipamentos e embalagens, assim como o controle sanitário de tecnologias, sangue, tecidos e órgãos, procedimentos e equipamentos e aspectos da pesquisa em saúde, de serviços direta e indiretamente relacionados com a saúde, prestados pelo estado e setor privado, controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras, contemplando meios de transporte, cargas e pessoas, de aspectos do meio ambiente, ambiente e processos de trabalho, e saúde do trabalhador.

À vigilância sanitária especificamente no setor de serviços de saúde e de interesse da saúde, verifica as condições de funcionamento e promove o cumprimento da legislação vigente o que vem a serem premissas primordiais para compreender que a vigilância sanitária tem os instrumentos necessários para auxiliar na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas CT, no difícil trabalho de recuperação de viciados em drogas ilícitas, mal que vem aumentando de modo assustador em nosso país.

A Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 estabelece o direcionamento jurídico para o cumprimento dessas legislações, expondo os atenuantes das infrações referente a legislação sanitária vigente, essencial para exercer os procedimentos administrativos que estabelecem a

administração pública. Os Atos prescritos pelo município de Seropédica vêm a servir como direção em esforços semelhantes em outros municípios do estado do Rio de Janeiro e mesmo para todo o Brasil.

Corroborar a apropriada atividade funcional de uma CT é de extremo interesse social para reinserir os internos a uma vida comum, no sentido, de sem os agravantes do uso da droga.

Demonstra a vigilância sanitária, no perímetro de suas atribuições específicas de fiscalização e educação continuada, cooperando e muito, o melhoramento e manutenção do significativo que as CT devem cumprir, em com suas funções históricas.

A ANVISA não dispõe de um Manual de Orientação para instalação, licenciamento e inspeção de Comunidades Terapêuticas, cabendo até o momento aos Estados e Municípios a tarefa de adequar à norma federal às capacidades locais.

Apesar de num primeiro momento essa passividade regulamentar suscitar críticas, há de se defender a perspectiva de regionalização das ações de Vigilância Sanitária proposta no Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA, que privilegia as iniciativas locais com apoio técnico e financeiro federal. Portanto, não é ilógico que haja diversos manuais refletindo as realidades das VISAs locais, com o parâmetro mínimo desejável dado pela norma federal.

A primeira RDC editada pela ANVISA regulamentando a matéria é a 101 de 30 de maio de 2001 e regulamentava normas técnicas para estabelecimento de atenção a usuário e dependente de droga no modelo psicossocial denominado Comunidade Terapêutica. Alguns de seus itens a tornava especialmente onerosa para adequação por parte de instituições religiosas já existentes, como a necessidade de um quantitativo de pessoal especializado da área de saúde, cuidado e responsabilização por fármacos de uso do paciente, bem como com sua progressão terapêutica, projeto arquitetônico definido e pré-aprovado, entre outros.

Sob um ponto de vista regulatório, o estabelecimento de regras define quem é capaz ou não de entrar em determinado mercado. Essas regras específicas, por serem onerosas ou por confrontarem um paradigma de abstinência geraram uma forte resistência da federação de comunidades terapêuticas, que se manifesta descontente com o regulamento produzido, resistindo às normas e as inspeções de fiscalização. Essa resistência parece associada à visibilidade que as intervenções sanitárias deram a precariedade do funcionamento dessas comunidades, qualidade duvidosa de serviços prestados, instalações físicas e outros problemas. As medidas usadas para normatizar o setor tinham o objetivo de tornar as condições sanitárias dos estabelecimentos dignos para os indivíduos tratados neste regime

terapêutico. Por outro lado, a adequação às disposições do Regulamento Técnico, permitiu as comunidades terapêuticas o financiamento público previsto nas políticas já constituídas. Uma característica a se ressaltar foi a pressão exercida por comunidades religiosas para se estabelecerem como regime próprio de tratamento, contrariando a opinião tecno-científica dos profissionais envolvidos.

A expansão do consumo do crack no país e a pressão social, força o governo federal a rever as normas editadas em 2001. Com a nova Lei federal e decreto regulamentador e do novo papel representado pela ANVISA, esta edita a RDC nº 29 de 30 de junho de 2011. Esta resolução traz em sua síntese as seguintes alterações normativas: licenciamento sanitário, responsabilidade técnica, plano terapêutico e infraestrutura.

O trabalho aqui apresentado deriva da experiência de inspeções sanitárias em estabelecimentos de atenção a usuários e dependentes de drogas denominados Comunidades Terapêuticas, em um município do Estado do Rio de Janeiro, e tem por objetivo elaborar um roteiro de inspeções adequado ao ambiente organizacional local, respeitando a legislação federal em vigor.

Quadro I – Contrastes entre as RDC's:

| Item  | RDC 101/2001  | RDC 29/2011   |
|---|---|---|
| <b>Denominação das instituições</b>   | Denomina como “comunidades terapêuticas”  | Não utiliza denominação específica, abrangendo todas as instituições, independente de nomenclatura  |
| <b>Licença sanitária</b>  | Há exigência  | Mantida a exigência   |
| <b>Responsável técnico</b>  | Profissional de nível superior na área da saúde e serviço social  | Profissional e um substituto, sendo ambos de nível superior de qualquer área de formação  |
| <b>Recursos humanos</b>   | Denomina tipos de profissionais e estabelece sua proporção em relação ao número de residentes   | Recursos humanos em número compatível com as atividades desenvolvidas.  |
| <b>Capacitação</b>  | Exige o reconhecimento de cursos de capacitação pelos antigos “conselhos de entorpecentes”  | Determina ações de capacitação para a equipe, mantendo o registro da execução.  |
| <b>Organização do Serviço</b>   | Estabelece poucos requisitos de forma dispersa  | Estabelece condições organizacionais de forma sistemática   |
| <b>Programa terapêutico</b>   | Estabelece a obrigação de “programa terapêutico” especificando atividades fixas com respectiva frequência de realização   | Abandona o termo “programa terapêutico” e institui o registro de atividades em ficha do residente, sem definir rol fixo.  |
| <b>Procedimento/ Processos Assistenciais</b>                                    | Extensa lista de aspectos a serem contemplados na admissão e durante o tratamento, com repetição de critérios   | Itens específicos para os processos de admissão, tratamento e desligamento do residente.  |
| <b>Prestação de serviços de saúde e relação com a rede de serviços de saúde</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotina de atendimento de saúde</li> <li>• Atendimento psiquiátrico periódico</li> <li>• Encaminhamento à rede de saúde em caso de intercorrências clínicas.</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicação de serviços de atenção à saúde da rede pública ou privada para os residentes</li> <li>• Mantido encaminhamento à rede</li> </ul>   |
| <b>Infraestrutura</b>   | <p>Necessidade de aprovação de projeto físico na vigilância sanitária e várias exigências para os ambientes, como metragem, proporções e limite para número de residentes</p> <p>Estabelece proposta de listagem de ambientes</p> | <p>Dispensa aprovação de projeto e exige infraestrutura compatível com número de residentes da instituição. Não estabelece proporção entre os ambientes e o número de residentes</p> <p>Determina os ambientes que a instituição deve possuir</p> |

Fonte: Nota técnica nº1/2011

A proposta dos profissionais técnicos em vigilância sanitária da ANVISA inclui também o gerenciamento de risco a partir do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- 1) Promover ações de incentivo à regularização das instituições, com destaque para a obtenção da licença junto ao órgão de vigilância sanitária local competente.
- 2) Orientar as instituições por meio de reuniões, oficinas e seminários, com o objetivo de adequação à norma dentro do prazo estabelecido.
- 3) Desenvolver ações de comunicação para que a sociedade possa identificar eventuais riscos na prestação dos serviços e colaborar com melhoria das instituições.
- 4) Encaminhar aos órgãos de segurança e direitos humanos denúncia sobre maus tratos, envolvendo castigo, cárcere privado ou outras formas de violência;
- 5) Estabelecer um canal de comunicação com as entidades representativas das instituições e com os conselhos sobre drogas para orientação e troca de informações;
- 6) Instaurar os procedimentos cabíveis à vigilância sanitária nos casos de infração sanitária.

Em 2010 houve uma seleção realizada pela Senad para financiamento de leitos em comunidades terapêuticas. Porém a maioria das instituições selecionadas não estavam no cadastro das vigilâncias sanitárias dos estados, conforme levantamento realizado à época pela ANVISA. Evidenciou-se, então, a necessidade de uma ação que incentivasse a regulação perante a vigilância sanitária local e promovesse a segurança sanitária necessária para essas instituições. A ANVISA se propõe como órgão de consultoria ao entendimento das normas no contexto proposto pelas políticas sobre drogas do Governo Federal (BRASIL, 2011).

A literatura sobre inspeções sanitárias em estabelecimentos de atenção a usuários e dependentes de drogas denominadas Comunidades Terapêuticas demonstrou ser não apenas escassa, mas inexistente, de acordo com os parâmetros de pesquisa.

Considerando o descritor “Comunidades Terapêuticas” os resultados são inúmeros, porém não versam necessariamente sobre o grupo objetivado, englobando outros grupos, como pacientes psiquiátricos diversos, pessoas em condições de vulnerabilidade psicossocial, entre outros.

A literatura encontrada sob o descritor, refinada com os descritores “vigilância sanitária” acusou uma redução nos resultados encontrados, focalizando os trabalhos em políticas de atenção e assistência farmacêutica, porém sem alteração significativa em termos de temática, refinando o descritor “comunidades terapêuticas” com o descritor “inspeção sanitária” alternativa ou combinado a “vigilância sanitária”, os resultados foram nulos em relação aos objetivos do trabalho, versando sobre políticas públicas de maneira geral, assistência farmacêutica, mas não sobre o tema do presente trabalho.

Essa escassez não reflete o campo de pesquisa sobre atenção aos usuários e dependentes de drogas no formato Comunidades Terapêuticas, mas parece refletir sim, um desinteresse pelo papel da vigilância sanitária na formulação e implementação das políticas antidrogas, não obstante suas competências legalmente estabelecidas.

O interesse da vigilância sanitária, como conjunto de saberes e práticas, se manifesta também na inspeção de estabelecimentos de interesse direto e indireto de saúde, que veremos a seguir.

### 2.2.3 A relação da vigilância sanitária com o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas.

#### 2.2.3.1 *O Surgimento das Comunidades Terapêuticas*

Com suas origens após a segunda guerra, as comunidades terapêuticas, surgem por volta da década de 1950, na Europa especificamente em território inglês, após o surgimento em 1935 dos grupos de Alcoólicos Anônimos. Com o objetivo de favorecer o tratamento de pessoas com transtornos mentais, os estabelecimentos batizados como Comunidades Terapêuticas Psiquiátricas se expandem como um ambiente de práticas pioneiras. Estas casas de longa permanência como alternativa terapêutica tem seu embrião dentro dos hospitais psiquiátricos militares atuando na recuperação de soldados com sequelas psiquiátricas traumáticas em consequência da guerra. O contraste que caracteriza a mudança de um hospital para uma comunidade terapêutica está relacionada com o modo de organização dos espaços, a postura dos pacientes e funcionários. O planejamento era viabilizar um espaço democrático e assegurar às pessoas a possibilidade de tomar decisões e assumir responsabilidades, tirando a característica da postura passiva de paciente. A finalidade das CTs tem como propósito a disciplina através da educação e desenvolvimento da autonomia, tendo como plano motivador o saber do paciente e de seu protagonismo na sociedade (JONES, 1972).

Em meados de 1958, Chuck Dederich e alguns outros integrantes de um grupo de alcoolistas em recuperação fundaram na cidade de Santa Monica, na Califórnia, a primeira comunidade terapêutica, denominada de Synanon, tinha como objetivo o tratamento de alcoolistas; posteriormente, estendeu suas atividades de recuperação à dependentes de outras substâncias psicoativas (Fracasso, 2002).

“Comunidade Terapêutica” foi o termo utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para caracterizar as atividades desenvolvidas em um hospital psiquiátrico. De acordo com essas experiências baseadas em medidas coletivas, democráticas e participativas dos internos, objetivando resgatar o processo terapêutico a partir da mudança da dinâmica institucional (SOARES, 1997).

A reabilitação realizada pelas CT's é preconizada a visão da pessoa em sua integralidade, utilizando-se do espaço e dos pares como instrumentos terapêuticos. As questões familiares, educacionais e de saúde física e mental são adicionadas à proposta de tratamento. O desenvolvimento histórico das CT's é complexo e cercado de obstáculos, o que é ainda mais verdadeiro nas CT's voltadas para o tratamento da dependência química. Sendo que ao longo do processo de desenvolvimento as CT's acabaram por se tornar espaços de diversidade e com a proliferação de vários modelos de atendimento o que acaba por dificultar a generalização destes espaços como um modelo unificado. O objetivo é o relacionamento entre os pares sendo um dos principais elementos terapêuticos (LEON, 2003).

O prototipo das unidades de CT repete o modelo de Synanon, tinha como forma de tratamento novas formas de convívio como processo terapêutico seria o método de ajuste de conduta adequado para a atitude compulsiva do dependente químico. Baseava-se em parte dos parâmetros pedagógicos do AA, não insensibilizava a entrega da confiança a um ser superior, contudo na autoconfiança do indivíduo. Alguns recursos utilizados como ferramentas de técnica de terapia como: a humilhação e a atribuição de culpa, sendo o trabalho (laborterapia) um dos pilares deste método (DAMAS, 2013).

Semelhante técnica de tratamento utilizado como método em CT é a pedagogia preconizada pelo nome de Minnesota, de essência predominantemente espiritual, fundamentada na ajuda mútua e nos “doze passos” tinha como referência o método usado pelos “Alcoólicos Anônimos” (AA). A reabilitação tinha a pretensão de cultivar a esperança, pela confiança em um poder divino superior, podendo variar de 28 dias a vários meses (DAMAS, 2013).

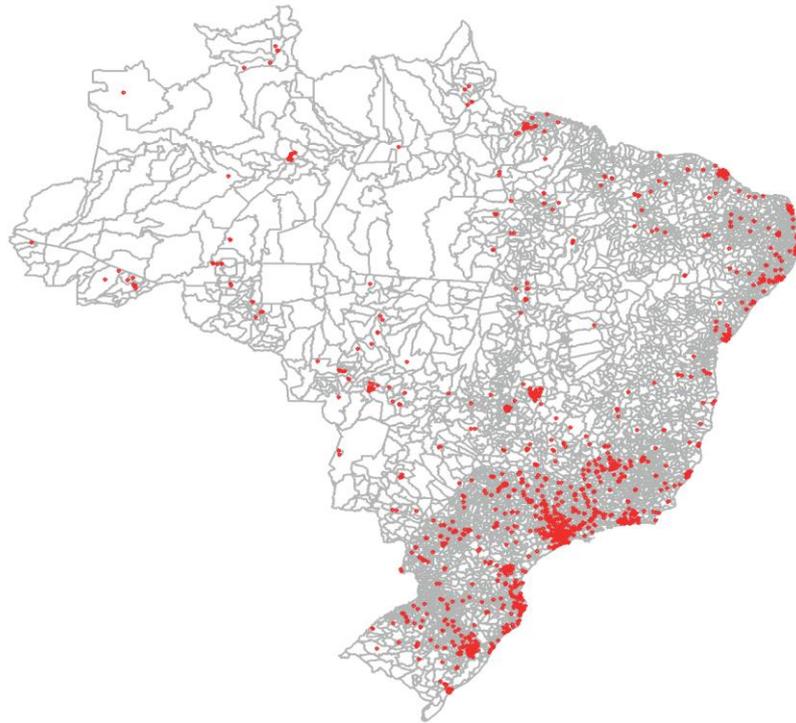
Diversas linhas de entendimento básicas podem ser percebidas em todas as propostas: as CT possuem de um sistema fundamentado, na disciplina, regras, horários e responsabilidades claras, e, geralmente, localizam-se afastados dos centros urbanos. O ajuste de conduta comportamental é uma das garantias das normas como: afastamento da comunidade trabalha em grupo, laborterapia, abstinência de drogas e sexo, e aplicação de penalidades aos desvios. Os indivíduos ‘recuperados’ têm função de apoio no tratamento dos demais e grande parte do trabalho é voluntário. Um fator de destaque é o componente religioso e há predominância de instituições católicas e evangélicas (RIBEIRO & MINAYO, 2015).

#### 2.2.4 Comunidades Terapêuticas (CT) no Brasil.

As comunidades terapêuticas se disseminaram no Brasil, por certa omissão do estado, baseadas no serviço voluntário – baseado na atividade laboral, na prática assistencialista (médico e/ou psicológica) e no modelo religioso-espiritual. Geralmente sítios ou fazendas localizadas nas zonas rurais, as CT trazem algo em comum: toda a responsabilidade de manutenção, limpeza e alimentação, dentre outros serviços, fica a cargo dos próprios internos. E todo o processo terapêutico é desenvolvido no rigor do seguimento das normas internas e nas relações interpessoais desenvolvidas no ambiente. Os pacientes têm papel ativo na sua recuperação, e os “terapeutas”, muitas vezes, são outros internos com maior tempo de casa e maior conhecimento da patologia (DAMAS, 2013).

Conforme publicação do “Observatório Crack é Possível Vencer” no ano de (2015), há à estimativa hoje, no Brasil de 5.496 vagas em 252 CT e, até o final de 2014, a perspectiva era chegar a dez mil vagas. Porém, dados da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, há entre duas mil e quinhentas e três mil CT no país, com cerca a sessenta mil indivíduos em tratamento. Já Silva (2011) e Damas (2013), conforme dados do Ministério da Saúde, afirmam que há duas mil e quinhentas CT que atendem a 80% dos dependentes de drogas. A discrepância de informações supõe que há inúmeras entidades em funcionamento sem nenhum tipo de registro, o que leva a crer que há muitos desafios relacionados à fiscalização no cumprimento de requisitos mínimos de funcionamento.

O órgão criado para tratar do assunto especificamente em território nacional, o SENAD, conforme levantamentos realizados há estimativa de quase 1.900 Comunidades Terapêuticas em funcionamento no Brasil, nos diversos estados da Federação. À vista disso, cerca de trezentas têm financiamento do governo federal, no âmbito do programa “Crack: é possível vencer”. Dados em números, bastante significativos, indicadores da existência de uma ampla demanda pelos serviços oferecidos nestes espaços. A grande maioria deles encontra-se nas regiões Sudeste (41,77%) e Sul (25,57%) do país, restritamente em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul. A região Norte é que se apresenta com o menor percentual de comunidades (7,37%) – mapa 01.



Fonte: cadastro da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça. Elaboração da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest 2014) do Ipea. **NÃO ESTÁ NAS REFERÊNCIAS? TEM QUE ENTRAR COMO APARECE NA REFERÊNCIA – (SOBRENOME DA AUTORIA, ANO).**

Por definição, comunidade terapêutica se caracteriza como:

instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários. (OBSERVATÓRIO CRACK, 2015).

Conforme dados do Observatório Crack é Possível Vencer (2015), no processo de admissão, a Comunidade Terapêutica deve garantir o respeito ao usuário e à sua família, sem qualquer discriminação, orientando-os quanto às normas e rotinas da instituição, garantindo a sua permanência voluntária, sem nenhum tipo de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade, a possibilidade de interrupção da sua permanência a qualquer momento e a privacidade quanto ao uso de vestuário e de objetos pessoais.

Em consonância com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), o estabelecimento “CT” é considerado “saudável” quando acata os seguintes pontos (OBID, 2015): permite que o indivíduo raciocine sobre o ato tendo como base a experiência

educativa; dispendo de uma equipe humanizada; assegurando que o tratamento dos residentes forma igualitária, exaltando através da comunicação e reconhecendo os sucessos dos internos obtidos.

A CT é caracterizada como "doente" nos casos em que: o residente se esconde do trabalho que lhe foi imposto; realiza experiência educativa coletiva; residente sem direito a questionamentos, com imposição de situações e posturas autoritárias da equipe, utilização do residente em trabalhos particulares para a equipe (OBID, 2015).

O indivíduo em tratamento em uma CT mantém-se por um tempo que pode durar até 12 meses, porém o tempo estimado "normal" é de nove meses, entretendo os adictos passam por três fases: onde a primeira fase é a da desintoxicação, em seguida a segunda da conscientização, aprendizado e prevenção à recaída e finalmente terceira e última, a ressocialização. O período de permanência é longo, os internos devem manter como principal objetivo seu tratamento, a unidade vinculada ao SUS, na circunscrição regional onde está estabelecida a Comunidade Terapêutica, especificamente a rede de atenção psicossocial, entre outros serviços de saúde que se façam necessários, a obrigatoriedade da presença de um responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, e um suplente com a mesma qualificação (BRASIL, 2012).

A disciplina é um aspecto importante do tratamento em uma comunidade terapêutica o cronograma é rígido que tem como objetivo a mudança de comportamento dos internos, inicia-se por volta das 7:00 horas e finaliza por volta das 22:00 – 23:00 horas. Na rotina diária os internos participam de reuniões em grupos, grupos terapêuticos, terapias individuais, atividades educativas e recreativas e manutenção da casa. As ações de intercalar as atividades terapêuticas, educativas e sociais constituem a essência da comunidade terapêutica com agente terapêutico (POZO & GOMEZ, 1999).

Ao longo do período de acolhimento, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários (OBSERVATÓRIO CRACK, 2015).

O projeto de reabilitação terapêutica das unidades de recuperação pode ser bastante interessante. Entretanto, a eficácia do tratamento, se faz necessário que algumas nuances sejam observadas, inicialmente pela correta orientação de internação por profissionais de saúde habilitados. Na condição do tratamento das toxicomanias, a estratégia mais importante nas fases mais graves da dependência química, pode ser a única alternativa para os indivíduos em grave situação social. Importante salientar as adversidades para seu bom funcionamento deve

ser uma ação contínua não somente para os profissionais que ali atuam, mas também para os órgãos de vigilância e pela sociedade como um todo (DAMAS, 2013).

#### 2.2.5 Regulação sanitária para estabelecimentos de longa permanência

O progressivo surgimento de CT com a finalidade de atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu a Resolução nº101, de 30 de maio de 2001, na qual define o Regulamento Técnico para as atividades de Serviços de Atenção a Pessoas com Problemas Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas, conforme protocolo psicossocial, denominado como Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2001).

Considerando o cenário exposto anteriormente em relação ao crescente número de CT fez as autoridades sanitárias da ANVISA revogarem a RDC nº101/2001 e criar nova norma, a RDC nº29 de 30 de junho de 2011, que: “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” (BRASIL, 2011).

A relevância das CT vem em intensa progressão, consideravelmente nos últimos anos, principalmente devido ao crescente número de dependentes químicos em nosso país, onde o estado do Rio de Janeiro destaca-se como um dos grandes mercados consumidores de drogas ilícitas, e conseqüentemente alberga grande quantidade destes estabelecimentos de tratamento de dependência química.

Em legislação específica, Portaria no. 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, estabelece fomento financeiro de custeio com a finalidade de dar suporte aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para os Serviços de Atenção em Regime Residencial, abrangendo as Comunidades Terapêuticas, priorizando pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2012).

Importante destacar que na situação atual, de precariedade de leitos psiquiátricos públicos, as CT mostram-se como importantes peças dentro da rede de atenção psicossocial. Entretanto, faltam ainda estudos acerca deste dispositivo no Brasil. É importante estimular a criação de instrumentos capazes de mensurar a qualidade dos serviços prestados, paralelamente ao arcabouço legal dos diferentes atores (ANVISA, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, ASSISTÊNCIA SOCIAL, etc).

Uma conquista importante recentemente foi à aprovação pelo CONAD – Conselho Nacional De Políticas Sobre Drogas em 2015 – referência regulatória das comunidades terapêuticas do Brasil, que independente de não ser uma normativa sanitária, importante, traz consigo uma conformidade entre os diálogos dos diferentes órgãos governamentais envolvidos no funcionamento das Comunidades Terapêuticas, inclusive a Vigilância Sanitária.

O critério Legal para que o serviço funcione, é estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município, atendendo aos requisitos do Regulamento Técnico da RDC nº 29/2011 e da legislação pertinente, e todas as Comunidades Terapêuticas deverão se adequar ao dispositivo da referida resolução.

#### *2.2.5.1 Relevância do problema atual*

De acordo com a atual institucionalização da vigilância sanitária brasileira, cabe aos municípios o licenciamento sanitário de estabelecimentos de saúde e de interesse à saúde públicos e privados, que atendam a usuários e dependentes de drogas. Entretanto, a literatura não parece contemplar esses estabelecimentos dentro de suas particularidades. (BRASIL, 2001)

O trabalho aqui apresentado deriva da experiência de inspeções sanitárias em estabelecimentos de atenção a usuários e dependentes de drogas denominados **Comunidades Terapêuticas**, em um município do Estado do Rio de Janeiro, e tem por objetivo elaborar um roteiro de inspeções adequado ao ambiente organizacional local, respeitando a legislação federal em vigor.

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No Brasil em 2001, estabeleceu o termo “Comunidade Terapêutica” uma forma oficial de se referir aos “serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de 22 substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial” (BRASIL, 2001). Conforme a resolução da ANVISA, as comunidades terapêuticas têm obrigatoriedade de proporcionar um ambiente seguro, técnica e eticamente supervisionado, um local onde haja como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares, oferecendo uma integração de ajuda no objetivo de mudança de hábitos e recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, restabelecendo novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e reinserção social (BRASIL, 2001).

A atualização ocorrida com a publicação RDC nº 29/2011, em relação a RDC nº 101/2001, em que ficou definido: “Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária requeridos para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2011), é inovador para a autoridade sanitária, no que diz respeito ao risco envolvido neste serviço de interesse a saúde, na tentativa de garantir não só os direitos da pessoa com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em contrapartida assegurar a qualidade deste atendimento (BRASIL, 2011).

Os serviços ofertados aos pacientes por estas instituições, deve oferecer condições dignas à sua recuperação, um retorno à sociedade para reabilitação as atividades normais e por outro lado, por diversas razões, à maioria das comunidades terapêuticas não cumprem esse papel de forma correta, resultando, em variados casos, no agravamento do quadro de ordem física e comportamental do interno, dificultando seu retorno para a sociedade.

Mediante a realidade da dependência química e a sua relação com o problema de saúde pública, é interessante, senão imprescindível, desenvolver um olhar sobre o papel da vigilância sanitária no atendimento dispensado pelas instituições de tratamento de dependência química.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Desenvolver e apresentar uma proposta de referência de Boas Práticas de Segurança Sanitária baseado na RDC 29/2011 adequando a realidade social do município de Seropédica, localizado no Estado do Rio de Janeiro, observando os critérios de segurança sanitária, aspectos éticos e de saúde pública dentro do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Realizar pesquisa bibliográfica e legislativa sobre o tema de inspeção sanitária em serviços de atenção ao usuário e dependente de drogas, abrangido nas Comunidades Terapêuticas;
- Realizar pesquisa nos processos de inspeções e reinspeções sanitárias da VISA de Seropédica, registrar e realizar o levantamento dos parâmetros mínimos exigidos pela norma para as instituições selecionadas formando um plano amostral para baseado no trabalho de (Silva/2016);
- Formalizar a entrega dos dados coletados às exigências do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para construir um marco legal relacionado à normatização das Boas Práticas de Segurança Sanitária em Comunidades Terapêuticas baseados na prática de inspeção sanitária praticada pela VISA de Seropédica;
- Propor um Manual Prático de Boas Práticas Sanitárias para Comunidades Terapêuticas na cidade de Seropédica.

## **4 METODOLOGIA**

Utilizou-se para a produção dos resultados a revisão sistemática, que é o tipo de investigação científica empregado em estudos observacionais retrospectivos de recuperação e análise crítica da literatura, testando hipóteses e tendo como objetivo levantar, reunir, avaliar criticamente os dados da pesquisa e sintetizar os resultados de diversos estudos primários. Buscando responder a pergunta da pesquisa claramente formulada. Utilizando métodos sistemáticos e explícitos para recuperar, selecionar e avaliar resultados de estudos relevantes. Reunindo os dados de forma sistematizada. Este método é considerado a evidência científica de maior grandeza e são indicadas na tomada de decisão na prática clínica ou na gestão pública que vem ser o caso mais aplicado ao nosso trabalho.

O trabalho realizado é um estudo de caso, de natureza exploratória que investiga a atuação da vigilância local de um município periférico a região metropolitana, quanto à implementação da resolução para licenciamento de estabelecimentos chamados comunidades terapêuticas.

Como estudo de natureza exploratória, não pretende necessariamente resultar em inferências, no entanto permite estabelecer limites de um campo de estudo, no caso a atuação da vigilância sanitária, especificamente das ações de inspeção, em estabelecimentos de atenção a dependentes e usuários de drogas em nível local, delineando características e possíveis indicadores.

### **4.1 Método utilizado de busca em dados nacionais**

Busca em bases de dados bibliográficos de acesso público; utilização das chaves de busca “vigilância sanitária”, “inspeção sanitária”, “comunidades terapêuticas” combinadas de maneira e refinar resultados apenas em português, uma vez que a pesquisa se refere à realidade brasileira e não pretende explorar experiências internacionais; bases de dados utilizadas foram BVS, Periódicos Capes, Google Acadêmico, PubliMed, Web of Science, Scielo; foram retiradas duplicidades; considerados apenas artigos revisados por pares publicados entre 2001 e 2015 pela data inicial corresponder a primeira resolução editada pela ANVISA sobre o tema, existindo assim, paridade entre bibliografia e atuação institucional.

### **4.2 Método utilizado para dados internacionais estudando a realidade brasileira**

Busca em bases de dados bibliográficos, preferencialmente de acesso público; utilização das chaves de busca “vigilância sanitária”, “inspeção sanitária”, “comunidades terapêuticas” combinadas de maneira e refinar resultados apenas em português, uma vez que a pesquisa se refere a realidade brasileira e não pretende explorar experiências internacionais; bases de dados utilizadas foram BVS, Periódicos Capes, Google Acadêmico, PubliMed, Web of Science, Scielo; foram retiradas duplicidades. Busca legislativa efetuada no site da Casa Civil usando como chave de busca “Política Nacional Antidrogas”.

#### **4.3 Método utilizado para dados do Município de Seropédica**

Utilizar dados os relatórios da Vigilância Sanitária dos anos de 2013 e 2014 referentes as cinco CT's selecionadas para compor amostra de análise de dados, proposto no trabalho realizado por (SILVA/2016).

#### **4.4 Caracterizações sócio-demográfica do município onde foi nosso estudo**

Seropédica é o município composto por uma área territorial de 283.794 km<sup>2</sup>, distribuída em 21 bairros com 109 localidades (FUNASA, 2013), com população residente estimada de 80.138 (IBGE,2012) e uma população flutuante de 12.000 alunos, conforme estimativa da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

Caracteriza-se basicamente por ser um município agrário, localizado a 75 km do centro da capital, sendo cortado pelas rodovias estaduais RJ-099 (antiga RJ-14 ou Reta de Piranema) e o Arco Metropolitano, que liga as cidades de Itaboraí, Guapimirim, Magé, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Japeri, Seropédica e Itaguaí, e duas rodovias federais, a BR-465 (Antiga Rio São Paulo) e a BR-116 (Rodovia Presidente Dutra).

A cidade de Seropédica possui:

- 45 Escolas Municipais.
- 09 estaduais.
- 16 Particulares.
- 1 Universidade Federal.
- 1 Federação Municipal de Associação de Moradores.

- 4 ONG's, 164 Igrejas de diversos credos.
- 17 Comunidades Terapêuticas.
- 5 Bancos.
- 2 Agências de Correios.
- 1 Unidade Pré-hospitalar.
- 18 Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família sendo compostas por 21 equipes.
- 1 Clínica da Família.
- 1 Centro de Especialidades Médicas (CEMES).
- 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).
- 1 Centro e Atenção Psicossocial (CAPS).
- 1 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI).
- 1 Maternidade Municipal.

A UFRRJ localizada no município desencadeia um processo de migração de população flutuante na cidade durante todo o período escolar.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Sistema de ação de inspeção sanitária

Dentre os vários instrumentos utilizados nas ações de vigilância sanitária, a inspeção se destaca, consistindo em uma prática de observação sistemática que se destina a avaliar as condições sanitárias de estabelecimentos, processos e produtos quanto à conformidade com os padrões e requisitos definidos à proteção da saúde pública individual e coletiva. A inspeção sanitária deve ser sempre norteada pelo conhecimento técnico–científico e pode se utilizar de guias ou roteiros baseados nos riscos envolvidos no ciclo produtivo que, além de orientar, minimizam a subjetividade dos inspetores (COSTA, 1999).

A inspeção como instrumento de regulação sanitária, ocorre pela visita da equipe da Vigilância Sanitária do município, às comunidades terapêuticas, que entraram com processo de renovação/emissão de licença sanitária. Esta inspeção tem a finalidade de licenciamento, havendo outros tipos de inspeção, como por exemplo, a inspeção motivada por alguma denúncia, ou a inspeção realizada por demandas judiciais ou pelo Ministério Público (MP). No caso das Comunidades Terapêuticas, as inspeções aqui relatadas foram realizadas por demanda do MP e também para licenciamento sanitário (Lei municipal 409/2013).

As inspeções são previamente planejadas e são executadas mediante a ordem de chegada dos processos na vigilância sanitária, dando prioridade às demandas do Ministério Público (MP), pois as mesmas possuem prazo para envio de resposta, sempre objetivando adequações conforme a RDC nº 29/2011.

A capacidade para internações /acomodações nos estabelecimentos das cinco comunidades estudadas variou de 12 (doze) a 96 (noventa e seis) indivíduos. A variação encontrada deve-se a capacidade estrutural e física total dos estabelecimentos (SILVA, 2016).

Ao longo do tempo de permanência nas instituições, no máximo variou entre 5 (cinco) a 9 (nove) meses, conforme o regulamento interno e os estatutos de cada instituição estudada (Relatório de inspeção/2014-2015).

As tabelas tiveram sua legenda baseado nos quesitos de conformidade ou não conformidade de acordo com o roteiro de inspeção da RDC 29/11, estabeleceu-se “X” para os quesitos conforme e “0” para o que não estava de acordo com a RDC citada anteriormente.

As Tabelas I e II mostram os dados obtidos através da análise dos relatórios de inspeção elaborados pela equipe de vigilância sanitária do município de Seropédica nos

estabelecimentos selecionados por (SILVA, 2016), conforme o critério já descrito anteriormente. A análise dos dados conforme cada item revelou o que será descrito a seguir:

Tabela I - Características da estrutura de funcionamento das CTs do município de Seropédica 2013. Modificado de (SILVA/2016)

| Inspeções realizadas 2013        |                                 |   |   |   |   |
|----------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|
| Quesitos de Inspeção             | Comunidades Terapêuticas (Ct`s) |   |   |   |   |
|                                  | A                               | B | C | D | E |
| Responsável técnico              | X                               | X | X | X | X |
| Alvará de Funcionamento          | 0                               | X | X | X | X |
| Licença Sanitária                | X                               | X | X | X | X |
| Instalações físicas              | X                               | X | 0 | X | 0 |
| Acomodação Individual Compatível | X                               | X | X | X | X |
| Sanitários adequados             | X                               | X | 0 | 0 | 0 |
| Setor de reabilitação            | X                               | X | X | X | X |
| Cozinha                          | X                               | X | X | X | 0 |
| Refeitório                       | 0                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Almoxarifado                     | X                               | X | X | X | X |
| Controle de pragas e vetores     | 0                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Potabilidade da água             | 0                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Limpeza de Reservatórios         | 0                               | X | 0 | 0 | 0 |
| Plano de cuidados Terapêuticos   | 0                               | X | 0 | 0 | 0 |
| Guarda de medicamentos           | 0                               | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda:

Conformidade: X

não conformidade: 0

Fonte: Relatórios de inspeção da Vigilância Sanitária do Município de Seropédica (2013 e 2014).

2013: primeira inspeção; 2014: segunda inspeção.

CT = Comunidade Terapêutica.

Tabela II - Características da estrutura de funcionamento das CTs do município de Seropédica 2014

| Inspeções realizadas em 2014     |                                 |   |   |   |   |
|----------------------------------|---------------------------------|---|---|---|---|
| Quesitos de Inspeção             | Comunidades Terapêuticas (Ct`s) |   |   |   |   |
|                                  | A                               | B | C | D | E |
| Responsável técnico              | X                               | X | X | X | X |
| Alvará de Funcionamento          | X                               | X | X | X | X |
| Licença Sanitária                | 0                               | X | 0 | 0 | 0 |
| Instalações físicas              | X                               | X | 0 | 0 | 0 |
| Acomodação Individual Compatível | X                               | X | X | X | X |
| Sanitários adequados             | X                               | X | 0 | 0 | 0 |
| Setor de reabilitação            | X                               | X | X | X | X |
| Cozinha                          | X                               | X | X | X | X |
| Refeitório                       | 0                               | X | X | 0 | 0 |
| Almoxarifado                     | X                               | X | X | X | X |
| Controle de pragas e vetores     | X                               | X | 0 | X | 0 |
| Potabilidade da água             | 0                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Limpeza de Reservatórios         | 0                               | X | 0 | X | 0 |
| Plano de cuidados Terapêuticos   | X                               | X | X | X | 0 |
| Guarda de medicamentos           | X                               | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legenda:

Conformidade: X

não conformidade: 0

Fonte: Relatórios de inspeção da Vigilância Sanitária do Município de Seropédica (2013 e 2014).

2013: primeira inspeção; 2014: segunda inspeção.

CT = Comunidade Terapêutica.

### 5.1.1 Administração da CT

Os resultados obtidos nas análises foram que as cinco CTs possuíam registros identificando o responsável técnico, sendo que duas delas (D e E) possuíam cada uma, dois desses profissionais. De acordo com a recomendação da ANVISA (2011), o responsável técnico deve ter formação de nível superior, sendo legalmente habilitado, cabendo a esse profissional a responsabilidade pela gestão dos medicamentos em uso pelos residentes. Esse quesito foi devidamente atendido por todas as CTs em estudo.

Aos critérios para expedição do alvará de funcionamento, verificou-se que, em 2013, todas as CTs, apresentavam a documentação exigida exceto a B. Em 2014, todas apresentavam estar em conformidade com essa exigência. É provável que essa melhoria tenha ocorrido pela necessidade da apresentação de documentação exigida para a obtenção de recursos orçamentários de origem do governo federal por parte desses estabelecimentos.

Quanto à licença sanitária, nenhuma das CTs apresentou comprovação na primeira inspeção. Nessa ocasião, as licenças sanitárias das CT B, D e E haviam sido revogadas. Na segunda inspeção, a CT B já apresentava o pedido de licença protocolado e em andamento. As demais continuavam sem conformidade nesse item.

É possível que ações mais frequentes da VS junto a essas CTs levem a uma aceleração de providências para regularização da documentação para licenciamento sanitário.

### 5.1.2 Infraestrutura

A estrutura física das CTs A, B e D estavam em conformidade em ambas as inspeções, enquanto as demais (C e E) continuavam não conformes em 2014. A maior deficiência encontrada foi a falta de instalações sanitárias adequadas, tendo sido alegada, para esse fato, a falta de verbas para construção e reforma. Entretanto, conformidade dos sanitários foi observada apenas nas CTs A e B, enquanto as C, D e E estavam não conformes. Esse quadro foi mantido na segunda inspeção. É possível que essa situação esteja atrelada à falta de recursos orçamentários das respectivas CTs.

Os pavimentos dormitório individuais dos internos apresentaram conformidade em todas as CTs, em ambas as inspeções.

Todas as CTs apresentaram conformidade no quesito “setor de reabilitação e convivência”, sendo essa condição de suma importância para o sucesso dessas instituições no que diz respeito às suas finalidades para recuperação dos internos.

### 5.1.3 Setor de apoio logístico.

No primeiro momento que passaram por inspeção, apenas a CT E apresentou a área da cozinha como não conforme. Isso se devia a deficiência em conservação das instalações físicas, apesar de estar organizada, limpa e em segurança, dentro dos critérios mínimos. Esse mesmo panorama foi observado quando da segunda inspeção.

A avaliação do refeitório, todos estavam sem conformidade em 2013. Melhorias foram realizadas e verificadas em 2014, quando as CTs B e D apresentaram conformidade. Entre as demais, apenas a CT C apresentava sinais de pequena reforma.

Quanto ao almoxarifado da CT C apresentava deficiências na inspeção de 2013, o que foi devidamente corrigido na inspeção seguinte, quando todas elas estavam em conformidade com os requisitos.

As precariedades nas instalações observadas nesse setor, de acordo com as informações dos responsáveis das CTs, decorrem da falta de recursos financeiros para a sua adequação. Porém, vale ressaltar que as mesmas recebem verbas federais além das contribuições mensais dos internos. Esta situação sugere uma possível má administração dos recursos financeiros.

#### 5.1.4 Manutenção

O monitoramento de pragas e vetores apresentou grave aspecto de negligência por parte dos responsáveis pelos estabelecimentos uma vez que todas as CTs estavam não conformes na primeira inspeção (2013). No ano seguinte, houve melhoria, uma vez que as CTs A, B e D haviam se ajustado as exigências da conformidade. As organizações sociais que atendem estes indivíduos, carecem de recursos, muitas das vezes percebe-se uma exploração comercial velada por parte dos seus administradores, dos incentivos dos governos federal, estadual e municipal, faltando ai recursos para contrato de empresa legalizada e com licença de funcionamento para o legítimo tratamento aos vetores como determina as normas sanitárias, um dos fatores é o custo alto cobrado por estas para executar o trabalho de prevenção de vetores.

A potabilidade da água apresentou um quadro de precariedade, em sua maioria as CT's do município são em regiões da cidade aonde não chega os encanamentos de água da rede de abastecimentos do estado, portanto recorre-se ao recurso da água dos lençóis freáticos, que na maioria das vezes são içadas por bombas as caixas de água, em alguns casos não há bombas elétricas esta captação é executada por baldes ou bombas manuais. As caixas de água não são limpas como determina as orientações e a frequência, observasse depósitos de detritos como lodo e barro no fundo da caixa de água e ainda algumas sem tampa com insetos em seu interior. A cloração é executada de forma artesanal por pastilhas de higienização de hortaliças, comercializadas no comercio local, a inobservância e a falta de finalidade do produto gera intoxicação dos consumidores da água, que somente é tratada desta forma, para o consumo humano. Outras cloram com cloro de origem clandestina, e sem a devida supervisão da dose e o teor da quantidade correta do produto na água, o que é advertido de forma enérgica nas inspeções sanitárias, conforme determina norma Portaria MS nº 1.469, de 29 de dezembro de 2000.

A forma de tratamento para tornar a água em condições de consumo humano, uma vez que todas as CTs permaneceram não conformes nas duas inspeções.

Da mesma forma, a limpeza de reservatórios foi, inicialmente, observada apenas na CT B, tendo continuidade na inconformidade na segunda inspeção. A CT D também apresentou conformidade.

#### 5.1.5 Organização do cuidado

A única a apresentar adequação quanto ao plano de cuidados terapêuticos quando da visita de 2013 foi a CT B. Considerável melhoria foi observada no ano seguinte, quando apenas a CT E continuava em não conformidade. Cada comunidade tem autonomia para desenvolver o seu plano de cuidados terapêuticos, seguindo a sua realidade, elaborando o documento atualizado e descrevendo as suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais da instituição, seguindo o preconizado pela RDC nº 29 de 2011.

A custódia de medicamentos também foi considerada deficiente, quando nenhuma das CTs apresentou conformidade na primeira inspeção. Infelizmente o quadro pouco melhorou em 2014, uma vez que apenas a CT A evidenciou conformidade nesse item. Apesar da RDC nº 29 de 2011 preconizar que o responsável técnico precisa possuir pelo menos nível superior para exercer essa representatividade, fica o questionamento: o responsável técnico não conhecimento específico suficiente para gerir e administrar os medicamentos diários dos internos, bem como os medicamentos de cuidados paliativos, como: antipiréticos, analgésicos, anti-septicos pra ferimentos entre outros de uso domestico, ainda assim não tem supervisão nem conhecimento técnico para acondicioná-los adequadamente.

Uma avaliação geral desses sugere que as CTs A e B apresentaram um desempenho, sob o aspecto de conformidade com os requisitos de funcionamento, superior as demais. Vale ressaltar que essas CTs possuem uma capacidade menor de abrigar internos, bom como um espaço físico mais restrito, o que de certa forma pode facilitar a adequação das exigências normativas. Da mesma forma, é aparente que a CT E evidenciou maior necessidade de adequação às exigências para um bom desempenho funcional, por apresentar uma área física maior e mais danificada, o que aumentou o número de inconformidades, demandando mais recursos e um maior prazo para o cumprimento das adequações.

Quanto à preparação dos alimentos, observa-se que quase na totalidade das comunidades terapêuticas pesquisadas afirmou-se que são os próprios residentes que fazem a manipulação dos alimentos para as refeições e também a limpeza do ambiente destinado as vivencias alimentares, não há supervisão de nenhum profissional, o que acontece na realidade dos fatos é que a própria visita da Vigilância Sanitária em suas inspeções de licenciamento faz

o trabalho de educação e orientação dos manipuladores, aferindo e direcionando os ajustes de conduta através dos relatórios de inspeção e solicitação de adequação contido nesses.

O estabelecimento de uma rotina laboral, de acordo com (Leon, 2003) tem por objetivo beneficiar os residentes no sentido de desenvolverem o trabalho em equipe e o senso de responsabilidade para com os outros que ali também residem temporariamente. No momento em que são designadas determinadas tarefas indispensáveis, aos internos, para o funcionamento da comunidade, exercita-se a criação de uma rotina, conceito que será importante na sua reabilitação após o indivíduo deixar a comunidade. Entretanto, seria necessário que as comunidades conscientizassem melhor os residentes envolvidos na manipulação dos alimentos, princípios básicos, treinando os mesmos com o aprendizado de várias medidas fundamentais para o controle de infecção de origem alimentar, principalmente pela característica de fornecer refeições coletivas. No entanto, do ponto de vista sanitário sobre as questões referentes à alimentação, identifica-se que a maioria das comunidades afirma ter um espaço exclusivo para a preparação, armazenamento de alimentos, bem como dos utensílios utilizados. A perfeita seleção e utilização dos espaços e materiais são exemplo, precisam ser armazenados em local apropriado, de forma organizada e protegidos de qualquer fonte de contaminação. Considera-se relevante também destacar o fato de que a grande maioria das comunidades pesquisadas limpam esses ambientes mais de uma vez por dia.

De maneira geral a realidade higiênica dos ambientes contrasta com a importância da utilização de EPI, o que infelizmente não é utilizado por todas as comunidades. Sobre isso, (PASSOS & SOUZA, 2011) destaca que as mãos constituem importante vetor de microrganismos. Assim, quando mal higienizadas e sem a utilização de luvas adequadas, podem veicular microrganismos que são transferidos para alimentos. A solução para o problema seria realizar cursos de manipuladores de alimentos, para capacitar estes próprios internos que fazem o serviço, dando a eles conhecimentos próprios e para uma posterior inserção no mercado de trabalho com sua recuperação.

As vestes são importantes itens carreadores de microrganismos e, por consequência, causadoras de várias doenças. De acordo com a RDC nº29/2011, as comunidades terapêuticas devem possuir lavanderia coletiva. Afere-se que, nesse ponto, as instituições pesquisadas estão adequadas. Porém, essa realidade, também se inverte quando da necessidade de utilização de EPI, principalmente levando-se em conta que são os próprios residentes que são responsáveis pela higienização de suas roupas. O trabalho laboral de autocuidado é importante na trajetória de recuperação de internos adictos, pois além de ocupa-los e os exigindo uma atividade, estes praticam o autocuidado, pois no processo de droga dição o indivíduo vai

perdendo a capacidade de se auto cuidar. A proposta é que se tenha um monitoramento deste interno nos primeiros momentos de sua inserção na CT, para que seja orientada a melhor forma de se proceder com a assepsia de sua própria roupa e os ciclos, a frequência que a roupa deve ser lavada.

No item que trata da utilização de medicamentos a norma é bem clara e direta, para os medicamentos utilizados dentro das instituições quando, no artigo 17, esclarece que “cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição medica”. Sobre esse ponto, identifica-se que a grande maioria procura seguir esta norma, pois afirmam que os controles dos medicamentos estão sendo feitos, por serem trancados com as chaves junto das respectivas prescrições médicas. Entretanto, desobedece a norma quando observado que a maioria utiliza medicamentos de uso geral, como analgésicos e antiácido.

É exigido pela RDC 29/2011, no seu artigo 8, que:

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 substâncias psicoativas, como também para os casos em que apresentem outros agravos a saúde.

Considere a seguinte alternativa a esse parágrafo:

A prestação do dever do Estado da manutenção e recuperação da saúde por meio de assistência médica, hospitalar e farmacêutica, como direito social, é garantido por meio dos serviços dos CAPs (Centro de Apoio Psicossocial) dos municípios onde as comunidades terapêuticas estão localizadas. As comunidades terapêuticas não possuem serviço de saúde próprio, com profissionais habilitados a assistência médica e farmacêutica, e não há norma que os obrigue a tal prestação, constando como instituições de apoio. (CAPS/SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SEROPÉDICA, 2015). Entende-se que tal custo torna inviável a manutenção de muitas unidades e que a vinculação, os internos são levados pelos monitores das comunidades terapêuticas para acompanhamento nos CAPs estes são atendidos e avaliados pelos profissionais de saúde mensalmente pelos serviços de saúde.

Os internos são levados até as unidades de atendimentos municipal de atendimento a pessoas com transtornos psiquiátricos CAPS ou CAPSAD da região em que se localiza a CT, estes são cadastrados e através de marcação de consulta previa, são levados pelos administradores das CT's em períodos variados e determinados pelos serviços de saúde ou por regimentos interno da Própria CT.

Percebeu-se, entretanto que, apesar de uma boa aproximação com a atenção básica de saúde, por meio de atendimento clínico e de odontologia, os resultados do estudo mostraram que as comunidades terapêuticas não apresentam um vínculo de referência de atendimento ambulatorial com os CAPs. Há, dessa forma, uma falha na rede de atenção e o cuidado com dependentes, porém não se observa essa articulação e utilização do potencial que os CAPs tem, em relação a questão das drogas e da dependência química. A alternativa para o problema seria normatizar e criar uma forma de controle para estes internos no acesso aos CAPs, que exigiria mobilização profissional e sanções, o que não é de interesse político em atender populações com carências sociais, nos quais estes em situação de miserabilidade, por serem indivíduos de baixa escolaridade e pouco produtivos, não trazem interesse dos legisladores, que os mantem nesta condição para que sejam usados nas manobras eleitoreiras.

O documento de licenciamento das CT's, alvará sanitário, cedido pela VISA municipal estava em andamento na maioria das instituições (50%) sendo que (40%) já possuem alvará para funcionamento regular e (10%) não possuem o documento. O alvará atesta a condição sanitária do local em acordo com escopo da RDC 29/2011.

As comunidades terapêuticas que funcionam em local próprio somam (50%), em local alugado (30%) e cedido (20%) que dependem sobremaneira de sua natureza de funcionamento e se estão localizadas na zona urbana ou rural. O tempo de permanência dos residentes nas comunidades é bem variável e de acordo com as regras de cada instituição. A maioria das comunidades terapêuticas estabelece que os internos fiquem de forma voluntária, por até nove meses (50%), mas 20% fixam a terapêutica em um ano. As outras 30% fixam períodos variados e até sem tempo máximo de residência.

Em 100% das instituições são os próprios residentes que preparam as refeições do dia e em 25% dos casos há com eles funcionários voluntários que auxiliam nas tarefas domésticas da instituição. Em todos os estabelecimentos a estrutura destinada ao trabalhador com alimentação, observou-se que há espaço separado exclusivamente para a preparação e armazenamento de alimentos por 70% das instituições. Importante observar é que todas as comunidades afirmam limpar a cozinha todos os dias; sendo que 20% limpam uma vez ao dia, 40% duas vezes ao dia e outros 30% limpam três vezes ao dia.

Quanto ao item lavagem de roupas, nenhuma instituição possui lavanderia industrial. Em todas as instituições, a lavagem de roupa é feita pelos próprios residentes. Em nenhuma CT há o uso de EPIs disponível para o serviço. Um total de 70% possui espaço para recepção e armazenamento de roupa suja e 90% possuem armazenamento individual. Ainda sobre a lavagem de roupa 80% referem que há área de lavagem separada da área de secagem e 20%

dos estabelecimentos possuem área específica para armazenamento de roupa limpa, que em todos os casos é o próprio armário do interno que é usado para esse fim.

Em relação a presença de almoxarifado 80% das comunidades responderam positivamente, sendo que em 80% também se constatou que o material de limpeza não era armazenado junto com o material de escritório, o que corrobora com o dado de que 70% afirmam possuir um local de abrigo para material de limpeza, denominado DML. Já em relação ao lixo produzido, 70% das instituições afirmam possuir um local de abrigo, porém em apenas 30% há uso de EPI pelos residentes que manuseiam o lixo.

Os medicamentos, dentro das comunidades terapêuticas, são um problema. Em 90%, a responsabilidade pela administração e guarda dos medicamentos é de algum responsável pela CT, que muitas vezes não tem o preparo ou conhecimento técnico específico. Os medicamentos são guardados em armários com chave em 70% das CT's. Porém em 80% das comunidades não há local reservado para prescrição médica e outros aos medicamentos, facilitando assim a troca no momento do uso. Outra falha observada foi que em 70% dos estabelecimentos, há kits de primeiros socorros junto com (60% há) medicamentos de uso geral, como por exemplo, os indicados para dor de cabeça e estômago.

Um aspecto importante em relação à saúde dos residentes pode ser constatado na relação das comunidades com assistência de saúde. Foi observado que em 50% dos estabelecimentos pesquisados, há informação de que solicitam exames clínicos antes da internação. Identifica-se também que 100% das CT's fazem internação de pessoas em situação de rua, afirmam os administradores. Estes últimos não fazem exame, pro se tratar de internação compulsória e emergencial grande partes pelos órgãos municipais de assistência social têm a constatação de que não há um padrão nem rigor no tratamento no certame epidemiológico de patologias de contágio direto dentro das CT's.

Sobre a assistência à saúde vale ressaltar ainda que há atendimento médico dentro das comunidades em apenas 10% delas. Quanto ao período, 40% tem atendimento semanal e em outros 40% mensal. Mesmo sendo baixo o número de CT's que levam atendimento clínico para ser realizado dentro da instituição, observa-se que os residentes passam por consultas médicas, odontológicas ou com outros profissionais fora da CT, utilizando-se SUS em 100% das CT's. A periodicidade varia entre semanal (50%), mensal (20%), bimestral (10%) e semestral (10%).

Observa-se com estes fatos que as vigilâncias sanitárias municipais, com o corpo técnico que possui a necessidade de profissionais da saúde qualificados, pois ficam responsáveis por este tipo de fiscalização e muitas vezes, nada podem fazer além do que

cobrar adequação a norma, através dos dispositivos legais da RDC 29/2011, sendo isso insuficiente para manter a integridade da saúde dos internos.

Até o momento constatamos que o êxito de uma CT está estabelecido na proporção em que ela possa gerar uma alternativa de tratamento para indivíduos com transtornos mentais e comportamentais vinculado ao consumo de substâncias, e que a maioria destes pacientes que passam por uma CT, obtenha benefícios e atenuem os danos na sua caminhada rumo à abstinência e que todos os pontos envolvidos na prestação deste serviço, tenham segurança sanitária, em se tratando da magnitude que a temática das drogas envolve, tanto no aspecto de saúde coletiva, quanto para a questão social (MARINS, 2010).

Atualmente no Brasil percebe-se uma tendência marcante ascendente da participação da sociedade em lacunas, negligenciadas pelo estado ou poder público. Aumentando o clamor da sociedade por responsabilização governamental, colocando os órgãos regulatórios contra parede em suprir demandas de gestão que extrapolam a competência e atividade fim das Vigilâncias Sanitárias (JESUS E LIMA, 2016). O objetivo deste trabalho foi identificar e discutir os riscos associados à oferta cômoda por parte do governo de assistência informal aos portadores de transtornos mentais em decorrência de SPAs. A prestação de serviços de reabilitação social proposta por CT's, o estudo teve como método a análise de caso, cujo método foi explorar os relatórios de inspeção nestas instituições, retrospectivamente nos anos de 2014 e 2015 no município de Seropédica.

A sociedade atual vem apresentando profundas desigualdades sociais, e conseqüentemente perigos induzidos através dos processos de modernização, permite classificá-la como uma sociedade de risco. Estando relacionado diretamente à concepção de caráter epidemiológico, vindo

a ser definido como a probabilidade de ocorrência de episódio indesejado. Inicialmente diante do quadro social atual, a forma de abordar uma situação de risco séria e que a literatura vem discutindo com frequência, expõe a seguinte concepção de potencial de risco, estando associado à possibilidade de acontecimento de um evento que prejudique a saúde. (JESUS E LIMA, 2016)

A prática em saúde coletiva, a vigilância sanitária, tem como objetivo: eliminar, reduzir e prevenir riscos sanitários e agravos à saúde, visando o bem-estar, individual e coletivo. O seu amplo campo de atuação envolve variadas categorias de objetos de cuidado, que se configuram como bens, produtos, tecnologias e serviços essenciais à saúde, incluindo também serviços prestados de interesse à saúde, no conceito atual do ministério da saúde, as CT's são considerados equipamentos de saúde coletiva (COSTA, 2009).

O direcionamento das atuações da Vigilância Sanitária se caracteriza por serem de interesse a saúde, produzem benefícios à população e possuem riscos intrínsecos. A complexidade da atuação esta relacionada às especificidades de seus objetos de controle, que são de caráter social e histórico, bem como as ações que são de cunho social e histórico, bem como suas ações que são expressas por meio de articulações entre o domínio econômico, o jurídico-político e o médico sanitário( DE SETA, 2011).

O fundamento do processo de trabalho da Vigilância Sanitária, executa ações de caráter estatal regulatório e disciplinador com a principal finalidade da proteção à saúde da população. Seus agentes são servidores do estado investidos de poder de polícia que seguem os princípios administrativos como instrumento ou tecnologia de intervenção – a exemplo da inspeção sanitária e registro de produtos, normas técnicas e jurídicas, bem como saberes especializados(DE SETA, 2011).

Os critérios de incorporação das demandas sociais de um país são providos pelo seu modelo de proteção social adotado. O modelo brasileiro é do tipo Seguridade Social, vem assegurar o direito mínimo vital a todos os cidadãos, incluindo direitos relativos a saúde e previdência e à assistência social(MARINS, 2010).

A lei Orgânica da saúde – Lei nº8080/1990, apresenta como uma competência da Vigilância Sanitária intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com saúde. Serviços de interesse da saúde podem ser definidos como:

Local, a empresa, a instituição pública ou privada, e/ou atividade exercida por pessoa física ou jurídica, que pelas características dos produtos e/ou serviços ofertados, possam implicar em risco da saúde da população e à prevenção do meio ambiente.

Todos os serviços de interesse a saúde requerem a Licença Sanitária para seu funcionamento. As práticas de proteção existente para a prevenção dos riscos inerentes a estes serviços. Considerando a prestação de serviços de interesse da saúde, o estudo registrou serviços ofertados pelas CT's

O propósito da carreira e perfil profissional desse trabalhador de saúde “especial” será o resultado do que as forças sociais conseguirem imprimir a um dado projeto coletivo – a construção da proteção e promoção da saúde como uma prioridade da cidadania – ou a outros projetos – corporativos institucionais ou até mesmo pessoais. Sem dúvida que o matiz mais acentuado de um ou outro projeto dependerá da correlação de forças e, desse modo, será na prática dos diferentes atores e sujeitos coletivos e individuais que atuam nos espaços

institucionais dos diversos níveis de gestão que se conformarão tais projetos (FRACASSO, 2002).

No estado do Rio de Janeiro, não existe bancos de dados para controle de comunidades terapêuticas, a única norma de fiscalização e acompanhamento de comunidades terapêuticas fica a cargo das Vigilâncias Sanitárias municipais, essas não alimentam nem são obrigadas a constituir bancos de dados, visto o grande e complexo problema que temos e a geração de dados que este produz. Grosso modo percebemos que a RDC nº29/2011, foi à saída mais rápida que o estado encontrou como forma de controle destes estabelecimentos que por ação popular desobriga os governantes a criarem um projeto sólida e sustentável para um problema social que hoje se entende como de saúde pública. Na sua grande maioria percebemos uma disputa velada do ministério da justiça em se manter no controle da situação, porem não de forma direta, deixando a cargo das Vigilâncias Sanitárias.

As conclusões do trabalho de Piovesan (2002), por exemplo, sugerem que a ANVISA tem conseguido conciliar os objetivos de eficiência com os de uma ação em prol da legitimidade, da segurança e do bem-estar – três dos quatro objetivos democráticos referidos por Santos (2002) induz a formulação de hipótese bastante diferente. Para ele, a ANVISA, após cinco anos da sua criação, não cumpre efetivamente um papel regulatório, como proposto ou justificado quando do seu surgimento. A autonomia financeira e administrativa, assim como a flexibilização de contratos, representa essencialmente estratégias de implementação do ideário neoliberal de enfraquecimento da capacidade de intervenção do Estado no mercado.

Nesse sentido, pode-se supor que, na pratica, a ANVISA representa uma experiência baseada nos princípios economicistas do modelo orientado pela eficiência (FERLIE, E.;ASHBUNER, L.;FITZGERALD,L.;PETTIGREW,A., 1996). Enfim, a Agência é um

excelente caso para estudo. Novas investigações poderão ajudar a aprofundar a compreensão do processo em cursos e a reorienta-lo, se for o caso. Ademais, estarão lançando luzes sobre o processo mais amplo de reforma da gestão pública.

O estudo exposto neste trabalho utilizou variáveis limitadas pela própria RDC em questão, o que não reduz a relevância e originalidade, considerando que a temática é incipiente na literatura e elucida a insuficiência de uma legislação sanitária, usada como instrumentos de fiscalização e disciplinador de um estabelecimento e tema complexo, que possui várias vertentes não atendidas pelas competências sanitárias, que é o transtorno mental decorrente de uso e abuso de substancias psicoativas.

Percebe-se a necessidade de estudos mais elaborados sobre a efetividade da norma em frente a multiplicidade de haveres referente ao tema, tendo em vista que a temática das ações de controle de riscos da Vigilância Sanitária em CT's é pouco explorada e muito importante no ponto de vista epidemiológico que o tocante pode gerar. Neste sentido, o produto resultante deste trabalho sugere, longe do ideal, mais buscando uma saída emergencial vivida pelos internos das CT's do município, local de execução do estudo, chamar a comunidade científica para estudos posteriores sobre o controle de risco sobre esta atividade regulada pela RDC 29/2011, visando contribuir para novas discussões, assim como promover reflexões sobre o papel da Vigilância Sanitária no setor de saúde coletiva e políticas de saúde em Álcool, Drogas, transtorno mental decorrente do abuso e uso de drogas. Considerando a relevância do tema para saúde da coletividade.

## 6 CONCLUSÃO

A Resolução 29/2011 vem de forma desastrosa tentar resolver um problema que já não é mais de segurança pública e sim de saúde pública. A escolha da saída dos governos em controlar estas instituições, usou-se erroneamente o poder de polícia dos agentes de Vigilâncias Sanitárias para fiscalizar este serviço que como descrito no trabalho surge do desespero da população por uma saída para o caos da dependência química no Brasil. Entre muitos apelos e a forma desgovernada em que se alastra as Comunidades Terapêuticas, o poder executivo provocado pelo Judiciário, tenta resolver um problema que é seu, mais que o segundo setor governamental, manteve sobre sua tutela, até que se viu em incapacidade de conter e regular algo que não faz mais parte de sua alçada, que vem a ser o caso de saúde pública descontrolada o qual se tornou a dependência química no Brasil.

As VISAs fiscalizam em seu tocante de comprometimento com o problema o estabelecimento, porém as Comunidades Terapêuticas é um caso de assistência social sério. Dentro do aprendido nos conhecimentos literários o Responsável Técnico por uma CT deve ser um profissional de Assistência Social, e estes estabelecimentos precisam ter orientação de profissionais de saúde como enfermeiros, farmacêuticos, médicos e nutricionistas de uma forma consultiva, para minimizar as arbitrariedades relatadas ao longo deste trabalho.

Outro fator de destaque é a necessidade de uma norma do Ministério da Saúde, que formalize todas as questões envolvidas e discutidas neste trabalho, pois somente esta esfera de governo pode regulamentar todos os pontos envolvidos em um estabelecimento de longa permanência.

Somente com um controle social partindo do estado, trará as comunidades terapêuticas a real função como equipamento de reestabelecimento da saúde, como a fundamentação dela propõe.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm)>. Acesso em: 15 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 de ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Dispõe sobre o Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 de maio 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Tratamento, modelo, comunidade terapêutica**. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11420&rastra=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAAutica](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastra=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAAutica)>. Acesso em: 11 de fev. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso (org.) – Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

BRASIL. PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de jan. 2012.

COSTA, E. A.; ROZENFELF, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

COSTA, E. A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucites/Sobravime, 1999.

COSTA, S. F. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química. **Serviço Social em Revista**, v.11, n.2, jan./jun. 2009.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimento de saúde do Município**: Seropédica. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330555&NomeEstado=RIO%20DE%20JANEIRO](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=33&VCodMunicipio=330555&NomeEstado=RIO%20DE%20JANEIRO)>. Acesso em: 28 jan. 2016.

DAMAS, F. B. Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.

DATASUS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID -10**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

DE SETA, M. H.; REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E. Vigilâncias do campo da saúde: conceitos fundamentais e processos de trabalho. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Orgs). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Ensp, 2011. cap. 7, p. 199-232.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. **Relatório Mundial sobre Drogas 2012**. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/1po-brazil/noticias/2014/06/World\\_Drug\\_Report\\_2014\\_web\\_embargoed.pdf](https://www.unodc.org/documents/1po-brazil/noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf) Acesso em 09 de agosto de 2015.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde. **Manual de orientação para instalação e funcionamento das comunidades terapêuticas no estado do Espírito Santo**. Espírito Santo, ES, 2011.

FRACASSO, L. Características de uma comunidade terapêutica. In: SERRAT, S. M. (Org.). **Drogas e álcool: prevenção e tratamento**. Campinas: Komedi, 2002. p. 272- 289.

GÓIS, M. M. A.; AMARAL, J. H do. **O uso de drogas lícitas e ilícitas e suas consequências sociais e econômicas**. 2010. Disponível em: <[http://www.progep.ufpa.br/progep/docsDSQV/ALCOOL\\_E\\_DROGAS.pdf](http://www.progep.ufpa.br/progep/docsDSQV/ALCOOL_E_DROGAS.pdf)>. Acesso em: 12 mar. 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**: censo 2009. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtra/perfil.php?codmun=330555>>. Acesso em: 28 jan. 2016.

JESUS, Amana Santana de; LIMA, Yara Oyrã Ramos. A atuação da vigilância sanitária e a atividade informal domiciliar: desafios para a proteção da saúde e minimização dos riscos. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 4, n. 2, p. 88-96, maio 2016. ISSN 2317-269X. DOI <http://dx.doi.org/10.3395/2317-269x.00634>. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/634/310>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

JONES, M. **A Comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972. 195 p.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 1996. cap. 7, p. 83-112.

LARANJEIRA, R. O uso de cocaína e crack no Brasil. In: LEVANTAMENTO NACIONAL DE ALCOOL E DROGAS, 2., São Paulo, 2012. **Anais...** São Paulo: INPAD, 2012.

LEON, G. **A Comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Ed. Loyola, 2003. 496 p.

LLORENTE DEL POZO, J. M.; F. GÓMEZ, C. Comunidades terapêuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. **Adicciones**, v. 11, n. 4, p. 329-336, 1999. ISSN 0214-4840. Disponível em: <<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/612>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

MACIEIRA, M. Tratamento da dependência química: experiência do PAA-HUCAM-UFES. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E V ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 6., Ribeirão Preto, 2000. Ribeirão Preto: FIERP-EERP-USP/FAPESP, 2000. p. 47 – 51.

MARINS, L. F. C; FIGUEIREDO, M. G. **O Conceito de danos sociais na estratégia de redução de danos aplicada ao usuário de álcool e outras drogas**. Governador Valadares, MG: UNIVALE, 2010. 21 p. Disponível em: <<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Oconceitodedanosociaisnaestrategiadereducadodanosaplicadaaousuariodealcooleoutrasdrogas.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Brasil). **29 milhões de adultos dependem de drogas, aponta relatório do UNODC**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

PARANÁ (Estado). Secretaria do Governo. **Roteiro de inspeção: Rede Comunidades Terapêutica**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ROTEIRODEINSPECAOCOMUNIDADESTERAPEUTICAS.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2015.

PIMENTEL, Jaqueline. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas mostra o consumo de álcool crescente e desigual pela população brasileira**. Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2013/06/ii-levantamento-nacional-de-alcool-e-drogas-mostra-o-consumo-de-alcool-crescente-e-desigual-pela-populacao-brasileira>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

PORTAL BRASIL. **Comunidades terapêuticas**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

RELATÓRIOS DE INSPEÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO MUNICÍPIO DE SEROPÉDICA (2013 e 2014).

REZENDE, MM. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. **Rev Biocienc.**, v. 6, n. 1, p. 49-55, 2000.

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. As Comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface**: [online], Botucatu, v. 19, n. 54, p. 515-526, 2015.

SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Sanitária. **Manual de orientações sobre as Normas Sanitárias para Comunidades Terapêuticas Santa Catarina**. Santa Catarina, [20--]. 43 p.

SENA, T. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5, estatísticas e ciências humanas: influências sobre normalizações e normatizações. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 96-117, dez. 2014. ISSN 1807-

1384. DOI <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2014v11n2p96>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/34753>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V; SANTOS, M. A. dos. Adesão aos princípios da comunidade terapêutica e processo de mudança ao longo do tratamento. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.35, n.3, p.781-796, 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000792013>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932015000300781&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300781&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2015.

SILVA, Carla Bento. **Diagnóstico das condições sanitárias de comunidades terapêuticas estabelecidas no município de Seropédica - RJ**. 2016 Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

SILVA, J. L. **Terapia de rede para adictos**: programa de tratamento e prevenção para dependentes de drogas em comunidades terapêuticas. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2011.

SOARES, J. M. A. **Engenho dentro de casa**: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. São Paulo, 2014. Disponível em: <[www.inpad.org.br/lenad](http://www.inpad.org.br/lenad)>. Acesso em: 12 abr. 2015.

## ANEXO I - Cartas de anuência do Conselho Municipal de Saúde e Coordenação de Vigilância Sanitária



Estado do Rio de Janeiro  
 Prefeitura Municipal de Seropédica.  
 Secretaria Municipal de Saúde de Seropédica.  
 Conselho Municipal de Saúde – COMSAS.




---

### CARTA DE ANUÊNCIA

Aos 13 dias do mês de abril de dois mil e dezesseis, reuniu-se ordinariamente o Conselho Municipal de Saúde de Seropédica – COMSAS, no Auditório da Maternidade Municipal de Seropédica, situado a Avenida Halbert Alves dos Santos, s/nº - Inkra - Seropédica/RJ, onde o pleno deliberou em favor da pesquisador Roberto Estefano de Barros Kwasinsky aprovando o desenvolvimento do seu projeto de pesquisa intitulado **“Elaboração de Boas Práticas em Segurança Sanitária (BPSS) referente RDC 29/11 em instituições que prestem serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”** que está sob a orientação da Professor Dr. Antônio Eugenio C.C. de Almeida do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS /FIOCRUZ, cujo objetivo geral Desenvolver e apresentar uma proposta de referência de BPSS baseado na realidade social do município de Seropédica-Rio de Janeiro, observando os critérios de segurança sanitária, aspectos éticos e de saúde pública dentro do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, este Conselho Municipal de Saúde ressalta que os dados e fotos coletadas deverão ser mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. O COMSAS salienta ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Assim o pleno decidiu.

Sem mais, reitero votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

  
 Miguel Jorge Gomes de Oliveira  
 Presidente do COMSAS.

Miguel J. G. de Oliveira  
 Pres. do Conselho Mun.  
 de Saúde de Seropédica

---

Conselho Municipal de Saúde de Seropédica – COMSAS  
 End: RJ 099, n.º 971 Piranema  
 Cep: 23.890-000 Seropédica/RJ  
 Telefax: (21) 3782-4895 R: 30  
 Email: comsasdaseropedica@gmail.com



Estado do Rio de Janeiro.  
 Prefeitura Municipal de Seropédica  
 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
 Coordenação de Vigilância Sanitária



## CARTA DE ANUÊNCIA

Seropédica, 05 de Abril de 2016.

Venho por meio deste, autorizar o pesquisador Roberto Estefano de Barros Kwasinsky, aluno do curso de Mestrado Profissional em Vigilância Sanitária, do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde-INCQS/FIOCRUZ, a utilizar as informações contidas em documentos oficiais (roteiros de inspeção sanitária, relatórios de inspeção sanitária e documentos apresentados pelas instituições estudadas) para aquisição de dados pertinentes ao estudo do “Elaboração de Boas Práticas em Segurança Sanitária (BPSS) referente RDC 29/11 em instituições que prestem serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”, sob a orientação da professor: Dr. Antônio Eugenio C.C. de Almeida, para a obtenção do título de especialista em Vigilância Sanitária, por esta egrégio neste instituto.

Sem mais para o momento, renovo os protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

*Dr. J. Fernando Lucas*  
 Médico  
 CRM: 52.71240-0

Dr. J. Fernando Lucas  
 Coordenador de Vigilância Sanitária

**APÊNDICE I** - Manual de orientação para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

Manual de orientação para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

*Comunidades Terapêuticas.*

## 1. INTRODUÇÃO:

O Grande avanço do consumo de drogas de drogas lícita e ilícita faz com que se torne objeto de preocupação, o assunto é discutido em diversas nações, evidenciando uma ameaça à estabilidade das estruturas dos Estados, comprometendo valores políticos, econômicos, sociais e culturais.

O *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil*, registrados entre a população brasileira residente nas cidades com mais de 200 mil habitantes, faixa etária entre 12 e 65 anos de idade, foram divulgados em 04/09/2002 pela *Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)* e pelo *Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)* da Universidade Federal de São Paulo.

Pesquisa executada na região sudeste deixa uma amostragem dos cenários instalados no país, as drogas lícitas como as mais consumidas. Em primeiro lugar aparece o álcool (71,5%); seguido pelo tabaco (43,6%); maconha (7,6%); benzodiazepínicos (2,8%); solventes (5,2%); cocaína (2,6%); xaropes (codeína) (1,5%); estimulantes (1,4%); opiáceos (0,7%); orexígenos (2,3%); alucinógenos (0,9%); crack (0,5%); barbitúricos (0,5%); anticolinérgicos (1,2%); esteróides (0,4%); merla (0,1%). Heroína não foi elencada por não haver consumo na região.

Em seu *Relatório Mundial Sobre Drogas de 2008*, documento editado pela *Organização das Nações Unidas (ONU)*, demonstra que o Brasil é o segundo maior mercado das Américas, com 870 mil usuários de cocaína, permanecendo ainda no primeiro lugar os Estados Unidos, com 6 milhões de usuários, deixando evidente que esse consumo aumentou de 0,4 para 0,7% entre a população de 12 a 65 anos, no período de 2001 a 2004, o que torna claro o acréscimo de 75%.

Baseando se nos dados do relatório citado no parágrafo anterior, percebe-se que o consumo de maconha subiu de 1% para 2,6%, o maior da América Latina no período de 2001 a 2005, correspondendo a um acréscimo de 160%.

A região mais acometida pelo consumo de drogas, ficou caracterizada pela região sudeste, atingindo cerca de 3,7% da população adulta.

Estudo realizado pela *Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP)* em 1993, tornou sensível a percepção dos problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, refletindo diretamente na segurança do trabalhador e a produtividade das empresas. Os resultados mostraram que de 10 a 15% dos empregados apresentaram problemas de dependência química e que o uso de drogas aumentou em cinco vezes as chances de ocorrência de acidentes de trabalho, causando de 15 a 30% das ocorrências e 50% de absentismo e licenças médicas.

*Os Serviços de Atenção à População com Transtornos Decorrentes do Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas*, modelo psicossocial para reabilitação de dependentes químicos, também conhecidos como *Comunidades Terapêuticas (CT)*, são instituições de longa permanência que têm por função fornecer estrutura para o tratamento aos usuários dependentes de substâncias psicoativas, em ambiente adequado e inserido no âmbito da ética profissional. A convivência entre os pares é o principal instrumento terapêutico com objetivo de resgatar a cidadania desses usuários, por meio da reabilitação física e psicológica e da reintegrando o indivíduo à convivência social livre de drogas.

Na última década uma expansão considerável desses serviços no país, acompanhou o crescente consumo das referidas substâncias. Com objetivo de prevenir a má qualidade do atendimento prestado e a inadequação dos estabelecimentos para abrigar os dependentes em busca de tratamento, ou seja, com o objetivo de regulamentar o funcionamento dessas CT, a SENAD, em concomitância com a *Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)* e a *Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)*, publicaram a RDC ANVISA nº 101, de 30/05/2001 sendo esta revogada pela atual RDC nº 29 de 30 de Junho de 2011, dando início a motivação de elaboração deste manual para o município de Seropédica.

A norma tem finalidade de regular o setor de prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou público, envolvidas direta e indiretamente na atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

O objetivo é oferecer equipamento público cooperando para a compreensão da legislação vigente, viabilizando ações e projetos locais e ou regionais, no certame convergente às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas foi elaborado este Manual de Orientações para as Comunidades Terapêuticas do Município, que têm por objetivo orientar e se tornar uma ferramenta aos voluntários que executem assistência aos residentes dessas comunidades.

O manual tem a intuito de melhorar a qualidade do atendimento prestado, reduzindo os agravos à saúde, e garantindo a segurança dos internos, promovendo mudanças de práticas e padronizando as rotinas dos serviços com a implantação de medidas mais eficazes e profiláticas em consonância com a humanização das instituições instaladas no município de Seropédica.

Determinado pela OMS Organização Mundial de Saúde, como o mínimo aceitável de risco de dano desnecessário associado ao cuidado em saúde, a segurança do paciente vem a ser um dos pontos a ser considerados primordiais por profissionais ou instituições que reabilitam indivíduos.

Teve início no Brasil em abril de 2013, através da portaria GM/MS nº529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com intuito de instruir e qualificar os profissionais ou voluntários envolvidos aos cuidados de pacientes ou pessoas em estado de morbidez, garantindo a reabilitação destes com segurança e qualidade.

Com objetivo de padronizar e criar estratégias de elaboração de guias, manuais e educação continuada para profissionais e colaboradores envolvidos na tarefa de cuidar de indivíduos acometidos por algum agravo a sua saúde, física ou mental, o PNSP teve como grande motivador a minimização de risco e o impacto na qualidade da reabilitação dos internos e o quanto esta ação minimiza custos.

Outro fator de importância relevante ao tema, seria a responsabilidade sobre a segurança dos internos, uma forma de conscientização dos envolvidos no trato dos internos.

#### 1.1 Facilitadores da segurança dos internos em estabelecimentos de longa permanência.

A comunicação e a troca de informações são um grande fator de relevância aos cuidados e de garantia da segurança do interno, em particular quando há elo de ligação com: voluntários, usuários e familiares.

Os prontuários ou registros de internos devem ser sempre evoluídos de forma a deixar claro o andamento dos internos dentro da instituição, as informações devem estar de forma legível e objetiva, no intuito de deixar bem evidente a condição do interno.

## **2. CRIAÇÃO TÉCNICA:**

O Manual de orientação para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas segundo modelo psicossocial, Comunidades Terapêuticas. Elaborado com base em estudo retrospectivo das inspeções sanitárias realizadas pela vigilância sanitária do município de Seropédica, tendo como referência a RDC 29/2011 e com aproveitamentos de aspectos da legislação revogada por esta RDC101/2001.

O manual tem sua origem como produto de trabalho de mestrado profissional em Vigilância Sanitária realizado no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, pertencente a Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ. A orientação foi do Dr. Antônio Eugênio C. Cardoso de Almeida e colaboração Dra. Patrícia Nobre. O mesmo tem como título:

Manual técnico em Boas Práticas em Segurança Sanitária em Estabelecimentos de longa permanência de tratamento e recuperação de toxicômanos no município de Seropédica.

Considerando a responsabilidade atribuída pela RDC nº29 de junho de 2011 aos serviços de Vigilância Sanitária pelo Licenciamento anual dos estabelecimentos que tratam a norma.

Considerando a resolução revogada pelo presente, já citada anteriormente, RDC nº101 30 de maio de 2001.

Considerando o Código Sanitário Municipal de Seropédica 491 de 2013.

Considerando a Lei 6437 de 20 de agosto de 1977.

Considerando RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002.

Considerando Decreto Federal nº5296 de 2 de dezembro de 2004.

Considerando NBR nº9050

Considerando NBR nº9077

Considerando RDC nº216 de 15 de setembro de 2004.

Considerando Portaria nº518 do Ministério da Saúde de 25 de março de 2004.

Considerando NR nº7 do Ministério da Saúde.

Considerando Portaria nº3214 do Ministério do Trabalho e Emprego de 8 de junho de 1978.

Considerando NR nº24 de 6 de julho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego.

Considerando NR nº6 de 6 de julho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego.

Considerando Portaria SVS/MS nº344 de 12 de maio de 1998.

O município de Seropédica aprova manual técnico de Inspeção para concessão de licenciamento sanitário de estabelecimentos de apoio denominados Comunidades Terapêuticas.

## **I PARTE:**

### **1. CONCEITO:**

Comunidade Terapêutica: é um modelo residencial de tratamento da dependência química de drogas ou substâncias psicoativas (SPA) que utiliza como método a experiência de vida e de convivência em uma cultura saudável, organizada como um micro sociedade que provoca a participação e o envolvimento desta e neste tipo de terapia.

## **II PARTE:**

### **1. LEGISLAÇÕES:**

Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária do Município, atendendo aos requisitos da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA 29/2011 e Código Sanitário Municipal.

A construção, a reforma ou a adaptação na estrutura física dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas deve ser precedida de aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local e demais órgãos competentes.

O disposto da Resolução 101/01 revogada pela RDC 29/2011 em acordo com a RDC 50/2002, aplica-se a pessoas físicas e jurídicas de direito privado e público, envolvidas direta e indiretamente na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

A inobservância dos requisitos da Resolução 29/2011, 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 vier a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

### 1.1 Procedimentos para obtenção de laudo técnico de avaliação.

Art. 7o - A avaliação físico-funcional dos projetos de edificações dos estabelecimentos constantes nos Anexos IV, V, VI, VII, VIII e IX deve ser realizada por equipe técnica multiprofissional do órgão de vigilância sanitária competente.

§1o - O Relatório de Inspeção deve ser solicitado para fins de cadastramento inicial e quando da alteração de estrutura física (ampliação ou adaptação).

§2o - A equipe técnica multiprofissional de vigilância sanitária para fins de avaliação físico funcional dos projetos de edificações deve ser constituída por profissionais de nível superior, cuja formação se relacione com a atividade e/ou o processo desenvolvido no estabelecimento objeto do projeto, assim como aqueles profissionais de saúde definidos pela Resolução CNS 287/98, do Conselho Nacional de Saúde, sendo obrigatória a participação de engenheiro civil e/ou arquiteto.

(Baseada na legislação ANVISA/ RDC 50/2002)

### 1.2 Solicitação de licença de funcionamento

Ato privativo do órgão de Vigilância Sanitária Municipal que permite o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvem atividades de acordo com a legislação sanitária vigente.

### 1.3 Procedimentos de inspeção sanitária

Entende-se por “Inspeção Sanitária” todo procedimento realizado pela autoridade de vigilância sanitária competente que busca levantar e avaliar “in loco” os riscos à saúde da população presentes na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços e na intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho.

### 1.3.1 Resumo dos passos a serem desenvolvidos:

- 1º etapa:
  - Solicitar a aprovação do laudo técnico de avaliação;
  
- 2º etapa, dar entrada na visa local:
  - Relatório de Inspeção aprovando;
  - Taxa de fiscalização;
  - Termo de inspeção sanitária;
  - Cópia do Contrato Social
  
- 3º etapa, no momento da inspeção:
  - Manuais de rotina e Procedimentos.

### 1.3.2 Considerações iniciais da RDC 101/01:

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, alocados em, no máximo, 02 unidades de 30 residentes por cada unidade. Os Serviços já existentes, é admitida a capacidade máxima de 90 residentes, alocados em no máximo 03 unidades de 30 residentes cada.

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência médica devem estar em conformidade com a RDC 50 da ANVISA (ou a que vier a substituí-la).

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência psicológica e social (centros de tratamento/comunidades terapêuticas), devem manter uma relação direta entre as atividades a serem desenvolvidas e os ambientes para a realização das mesmas.

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.

Segue proposta de listagem de ambientes, organizada por setores de funcionamento:

I- Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes

- a) Quarto coletivo para, no máximo, 6 residentes - com área mínima de 5,5 m<sup>2</sup> por cama individual ou beliche de 02 camas superpostas. Este dimensionamento já inclui área para guarda de roupas e pertences dos residentes.
- b) Banheiro para residentes: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 camas. Ao menos 01 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecido na RDC 50/02 ou a que vier a substituí-la.
- c) Quarto para o agente comunitário.

II- Setor de terapia/recuperação:

- a) Sala de atendimento social.
- b) Sala de atendimento individual.
- c) Sala de atendimento coletivo.
- d) Sala de TV/música.

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

- e) Oficina (ex.: desenho, silk, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica)
- f) Quadra de esportes.
- g) Sala para prática de exercícios físicos.
- h) Horta ou outro tipo de cultivo.
- i) Criação de animais domésticos.
- j) Área externa para deambulação.

Obs.: O desenvolvimento dessas atividades poderá ser realizado em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo compartilhá-los com outras instituições.

III- Setor administrativo:

- a) Sala de recepção de residentes, familiares e visitantes.
- b) Sala administrativa.
- c) Arquivo das fichas do residente (prontuários).
- d) Sala de reunião para equipe.

e) sanitários para funcionários (ambos os sexos).

## **1.4 ASPECTOS GERAIS DA EDIFICAÇÃO**

1.4.1-As edificações destinadas às Comunidades Terapêuticas devem observar as exigências constantes deste Manual, sem prejuízo das demais determinações legais previstas nas legislações federal, estadual e municipal pertinentes.

1.4.2- A área disponível deve ser compatível com o número de pacientes atendidos.

1.4.3 - Todos os estabelecimentos, objeto deste Manual, devem garantir a acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, de acordo com as legislações específicas vigentes, em especial o Decreto Federal nº. 5.296/2004, a NBR 9050/2004 da ABNT.

1.4.4 - A Comunidade terapêutica apresentar acesso externo que permita prevenir contaminação cruzada (devem ser respeitados locais ou horários distintos para o abastecimento da unidade, descarte de resíduos sólidos e acesso de usuários ao estabelecimento).

## **2- RAMPAS:**

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

2.2- O piso das rampas deve ser de material antiderrapante; a declividade e largura da rampa devem obedecer aos critérios estabelecidos nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT e na legislação específica vigente.

### **3 - ESCADAS:**

3.1- As escadas devem apresentar corrimão instalado entre 0,80m e 1,00m de altura.

Aquelas que possuem largura igual ou superior a 1,20m e inferior a 2,40m devem apresentar corrimão bilateral. Escadas com largura igual ou superior a 2,40m devem apresentar, também, corrimão intermediário.

3.2- Mecanismos de contenção devem estar presentes nas extremidades inferiores e superiores das escadas. Prever piso tátil cromo-diferenciado de alerta sempre que houver mudança de inclinação ou transição de plano, conforme disposto na NBR 9050.

3.3- Sempre que houver escadas ou rampas com desnível maior do que 19 cm devem ser previstos peitoris ou guarda-corpos, contínuos, conforme disposto na NBR 9077.

### **4 - SUPERFÍCIES:**

#### **4.1- PISOS**

4.1.1- Todos os pisos das áreas e cômodos em que há circulação devem ser de material de fácil higienização, lavável, resistente, antiderrapante e em bom estado de conservação.

4.1.2 - Na cozinha, despensa, refeitório, lavanderia e instalações sanitárias, o piso deve ser ainda de material liso, resistente, impermeável e antiderrapante.

#### **4.2 – PAREDES:**

4.2.1- As paredes das áreas e cômodos em que há permanência e circulação devem apresentar acabamento liso, impermeável, lavável, em bom estado de conservação e serem pintadas com tinta atóxica. Devem ser livres de rachadura, umidade e descascamento.

#### **4.3 - TETO:**

4.3.1- O teto deve estar em bom estado de conservação, livre de goteiras, umidade, trincas, rachaduras, bolores e descascamentos.

4.3.2- Se houver necessidade de aberturas para ventilação, estas devem possuir tela, com malha de 2 mm, de fácil limpeza.

## **5- JANELAS:**

5.1- As janelas devem apresentar bom estado de conservação e ser dotadas de telas milimétricas para proteção contra insetos. As telas devem ser ajustadas ao batente e removíveis para facilitar a higienização.

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

## **6 – PORTAS:**

6.1- As portas devem ser constituídas de material não absorvente, superfície lisa e possibilitar fácil limpeza. Devem ser ajustadas ao batente.

6.2- As portas que apresentam comunicação com a área externa, com sanitários e com a cozinha devem ser dotadas de mola e na parte inferior possuir mecanismo de proteção contra insetos e roedores.

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

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

## **8- RALOS:**

8.1- Em áreas que permitam existência de ralos e grelhas, estes materiais devem ser em número suficiente, sifonados, dotados de dispositivos que impeçam a entrada de vetores e removíveis para permitir a limpeza semanal.

## **9- ESGOTAMENTO SANITÁRIO:**

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

## **10- INSTALAÇÕES ELÉTRICAS:**

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

10.2- As lâmpadas devem apresentar proteção contraexplosões e quedas.

10.3- Os interruptores devem possuir protetores contra descarga elétrica.

## **11- ILUMINAÇÃO E VENTILAÇÃO:**

11.1- Para fins de iluminação e ventilação natural, todo compartimento em que há circulação e permanência de pacientes, bem como os locais de trabalho, deverão dispor de abertura comunicando-os diretamente com o exterior.

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

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

11.1.2 - na cozinha, refeitório e em compartimentos sanitários, incluindo banheiros: 1/8 da área do piso, com o mínimo de 0,60m<sup>2</sup>;

11.1.3 - nos demais tipos de compartimentos: 1/10 de área do piso, com o mínimo de 0,60m<sup>2</sup>.

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

#### 11.4 - Mobiliário:

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

### **12- AMBIENTES:**

#### 12.1 - Recepção:

12.1.1- Na entrada da unidade deve haver uma área protegida de sol e chuva, para chegada e saída, atendimento ao público e troca de informações com a família e responsáveis.

#### 12.2 – INSTALAÇÕES SANITÁRIAS DESTINADAS AO PÚBLICO:

12.2.1- As instalações sanitárias destinadas ao público devem ser separadas por sexo e possuir descarga automática e bacia sifonada, com tampa, sendo vedada a privada turca ou similar. Deve haver cesto de lixo com pedal e tampa para guarda de papéis servidos, providas de pia para lavagem de mãos, contendo sabonete líquido e toalha de papel descartável de cor clara, constituída de papel não reciclado, ou outro método de secagem que não permita à recontaminação das mãos.

#### 12.3- Instalações destinadas aos funcionários:

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

12.3.2- O local deve ser dotado de armários individuais, chuveiros e pia para lavagem as mãos.

#### 12.4- COZINHA / REFEITÓRIO:

12.4.1- A área destinada ao refeitório deve ser compatível com o número de pacientes atendidos e não deve ter comunicação direta com as instalações sanitárias.

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

12.4.3 – A cozinha coletiva, com as seguintes áreas:

#### **13- ARMAZENAGENS DE GÊNEROS :**

Esta área é destinada a armazenagem de produtos alimentícios em temperatura ambiente e deve ser separada conforme os itens (grupos) a ser armazenados. Sacos (farinhas, açúcar, etc) devem ser dispostos sobre estrados com altura mínima de 25 cm e separados da parede e das pilhas no mínimo 10 cm e distante do forro 60cm (não é recomendado o uso de estrados e estantes de madeira pelo fato delas serem porosas e serem veículos de contaminação). As prateleiras devem ter altura mínima de 25 cm do piso.

Não devem existir no local entulho, materiais tóxicos; sendo que materiais de limpeza devem ser armazenados em local separado dos alimentos. Se houver necessidade de fracionamento dos alimentos, utilizar utensílios exclusivos e após a sua utilização as embalagens devem ser fechadas adequadamente.

Em caso de transferência do produto de sua embalagem para outras embalagens de armazenamento (tais como sacos plásticos e caixas plásticas e outras) transferir também o rótulo do produto original ou desenvolver um sistema de etiquetagem que contenha as informações básicas: nome do produto, nome do fabricante, endereço, telefone para contato, número de registro no órgão competente, prazo de validade, forma de emprego, etc.

Na área de estoque não deve haver equipamentos ou produtos que alterem a matéria prima (sabor, cor, aroma, textura, etc)

Esta área destina-se ao armazenamento de produtos perecíveis ou que se deterioram rapidamente (Nesta categoria se encaixam carnes, leite e derivados, frutas e hortaliças, alimentos prontos, bolos, tortas, etc).

Os equipamentos de refrigeração ou de congelamento devem ser utilizados conforme a necessidade e o tipo dos alimentos processados e/ou armazenados.

Na existência de apenas uma câmara ou geladeira, esta deve ser regulada para o alimento que necessite da menor temperatura.

Caso seja instalado câmaras observar: antecâmara ou proteção térmica (como cortinas); revestimento com material lavável e resistente; nível do piso igual ao da área externa; termômetro permitindo a leitura pelo lado externo; interruptor de segurança localizado na parte externa da câmara, com lâmpada piloto indicadora de ligado-desligado; prateleira de aço inoxidável ou outro material apropriado; porta que permita a manutenção da temperatura interna ; dispositivo de segurança que permita abri-la do lado interno.

Ao dispor de apenas uma câmara, separar sempre produtos prontos de produtos crus; dispor das prateleiras superiores para os produtos prontos (estes sempre devem estar embalados conforme as suas características a fim de evitar contaminações); não deixar produtos prontos (mesmo em bandejas ou painéis de uso industrial) no chão da câmara.

Manter todos os produtos etiquetados e com dados de origem. Não utilizar equipamentos de manutenção (armazenagem) como equipamentos de processos (por exemplo: gerador de água fria), a fim de evitar o desgaste desnecessário do equipamento de refrigeração.

Utilizar câmaras, geladeiras e freezers nas capacidades recomendadas pelos fornecedores. É proibida a superlotação desses equipamentos de acordo com RDC 216/2004.

#### **14- PREPARO:**

A área deve ter bancadas e cubas de material liso, impermeável e de fácil higienização essa área também deve ser ventilada e com iluminação adequada, se possível deverá haver algum sistema que promova o resfriamento rápido de cremes a base de ovos ou leite (tipo creme confeiteiro ou similar) a fim de evitar crescimento de bactérias e também de acordo com a portaria 1428 do Ministério da Saúde que recomenda o resfriamento de quaisquer produtos que forem cozidos (assados, fritos) e que não forem consumidos dentro de 02 horas deve-se promover o resfriamento até + 10 C em até 2 horas.

#### **15- COCÇÃO**

Na área destinada a cocção (cozimento, fritura ou assado em forno) de produtos não deve existir equipamentos de refrigeração (geladeira, freezer, congelador, resfriador de água), devido ao calor excessivo; caso não haja possibilidade, instalar coifas e exaustores de modo a manter o ambiente não muito quente. Outra possibilidade é definir “parede quente” e “parede fria”, ou seja, uma parede para instalação de produtos de cocção e na parede oposta (ou mais longe possível) os equipamentos de refrigeração.

#### **16- ARMAZENAGEM DE UTENSÍLIOS.**

O local para higiene de utensílios, equipamentos deve ser isolado das demais áreas. É proibido efetuar lavagens de utensílios em via pública.

A área deve ser abastecida de água quente e fria e pias cujos despejos passem obrigatoriamente por uma caixa de gordura, bem como o todo o sistema de canalização de eliminação de detritos (inclusive o sistema de esgoto) deverá ser adequadamente dimensionado a fim de suportar a carga máxima estimada pelo estabelecimento com encanamentos que não apresentem vazamentos e providos de sifões e respiradouros apropriados de modo que não haja possibilidade de contaminação e poluição de água potável.

Na área destinada a higienização deve haver espaço para armazenamento (mesmo que temporário) de utensílios limpos e peças de equipamentos.

### **17- REFETÓRIO.**

Deve se ter os mesmos cuidados das áreas de preparo e de cocção. Neste local pode permanecer equipamentos de manutenção de alimentos tais como: balcão térmico (que deve ser limpo diariamente com água tratada e limpa, trocada diariamente e com temperaturas entre +80 °C e +90 °C ), estufas(também higienizadas diariamente e mantidas em temperaturas de +65 °C e balcões refrigerados (também higienizados diariamente e mantido a temperatura de + 10 °C). Se no local houver plantas, estas não devem ser adubadas com adubo orgânico e nem devem estar sobre os balcões.

17.1 existem dois tipos de controle de saúde que devem ser feitos para os funcionários da cozinha:

17.1.2 - NR-7 do Ministério da Saúde que determina a realização do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) cujo objetivo é avaliar e prevenir as doenças adquiridas no decorrer do exercício profissional e deve ser feito por um médico com especialização em medicina do trabalho e consiste em exame médico admissional, periódico, demissional, de retorno ao trabalho e na mudança de função.

17.1.3 - O controle de saúde clínico exigido pela RDC 216/2004, que verifica a saúde a saúde do trabalhador e a sua condição para o trabalho, não podendo ser portador aparente de doenças infecciosas ou parasitológicas. Para essa avaliação devem ser feitos os exames médicos admissionais, periódicos e acompanhados de análises laboratoriais (hemograma, coprocultura, coproparasitológico, VDRL e outros). A periodicidade dos exames médicos-laboratoriais deve ser anual, entretanto devido a algumas doenças endêmicas o período pode ser reduzido conforme verificado pelos serviços de Vigilância Sanitária e Epidemiológicas locais. Além desses controles obrigatórios, os funcionários que apresentarem lesões, feridas, chagas ou cortes nas mãos e braços bem como gastroenterites crônicas ou agudas (diarréias, etc) e infecções pulmonares e faringites não devem manipular alimentos. A gerência ou diretoria deve garantir que os funcionários nessas condições sejam afastados para outras atividades sem prejuízos de qualquer natureza. RDC 216/2004, deve ser implantado nos estabelecimentos de gêneros alimentícios, procedimentos de boas práticas de modo a prevenir ou minimizar a presença de insetos e roedores. Entre as práticas cita-se : colocação de telas em janelas e forros nos tetos; higiene constante de todos os ambientes (trabalho, estoque, área comercial, banheiros, vestiários, etc), ventilação em todos os ambientes inclusive em áreas de estoque, não armazenar itens desnecessários (ex. caixas de papelão de fornecedores, garrafas de vidro, etc), utilizar sistemas de fechamento de matéria prima aberta (prendedores, caixas plásticas com tampas), manter produtos de refrigeração em temperaturas corretas; proceder trocas periódicas do lixo ; instalação de câmaras frias para armazenamento de resíduos de alimentos (lixo orgânico) em estabelecimentos comerciais (inclusive padarias) com área igual ou superior a 200 m<sup>2</sup>, adoção de medidas sanitização de ambiente, equipamentos, utensílios utilizando produtos registrados no Ministério da Saúde e praticar metodologias de desinsetização e desratização através de empresas autorizadas e constantemente.

### **19- LAVANDERIA:**

A lavanderia coletiva com as seguintes áreas:

19.1- Armazenagem da roupa suja

19.2- Lavagem

19.3- Secagem

19.4- Passadeira

19.5- Armazenagem de roupa limpa.

19.5.1- A lavanderia deve ter espaço físico suficiente, piso lavável com ligeira inclinação para evitar retenção de água.

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

19.5.3- As roupas devem ser higienizadas, através da aplicação de produtos desinfetantes, devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde, a fim de reduzir microrganismos patogênicos.

19.5.4- A área destinada à lavagem de roupas sujas deve ser separada da área de roupa limpa por barreira física ou técnica para impedir a contaminação cruzada.

19.5.5- As roupas limpas devem ser dispostas de modo organizado em armário próprio e limpo, conforme os Procedimentos Operacionais Padrão - POP.

## **20 – ÁREA DE SERVIÇO:**

20.1- Deve ser previsto um recinto ou armário próprio para a guarda do material de limpeza, com área compatível com a quantidade de produtos armazenados, que impeça o acesso dos pacientes.

20.2- Prever tanque para lavagem de utensílios de limpeza geral.

## **21 - ALMOXARIFADO:**

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

## **22 - HIGIENE:**

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

22.2- A higienização das instalações, dos equipamentos, dos móveis, dos utensílios e das superfícies deve ser efetuada de modo periódico e adequada, de acordo com os Procedimentos Operacionais Padrão - POP elaborados pelo estabelecimento.

22.3- Os POP devem mencionar a área e/ou equipamento a ser higienizado, o método, a frequência, o produto utilizado, a concentração, a temperatura e tempo de ação, a ação mecânica e funcionário (s) responsável (is) pela tarefa.

### **23 – RESÍDUOS SÓLIDOS:**

Todos os produtos descartados (lixo) devem ser dispostos adequadamente em recipientes dotados de tampa e que sejam de fácil limpeza. O lixo fora da área de preparo deverá ficar em local fechado, isento de moscas, roedores e outros animais.

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

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

23.1.2- Dispor de ponto de água para higienização e de ralo para captação de água de lavagem, ligado à rede de esgoto.

23.1.3- Possuir pisos e paredes revestidos de material resistente e lavável.

23.2- Os abrigos destinados ao armazenamento temporário dos resíduos sólidos devem estar localizados de forma a facilitar a remoção pelo serviço de coleta.

23.3- Serão dispensados de necessidade de abrigos para resíduos sólidos, os estabelecimentos que, em função de alguma peculiaridade, apresentar soluções alternativas, sanitariamente aceitas pela autoridade sanitária.

23.4-É recomendável a coleta seletiva do lixo objetivando a reciclagem de materiais.

23.5- O depósito de lixo deve ser inacessível às crianças e animais.

## **24 - BOTIJÕES DE GÁS:**

24.1- Devem estar dispostos em área externa e exclusiva para armazenamento de recipientes de GLP e seus acessórios. A delimitação deve ser efetuada com tela, grade vazada ou outro processo construtivo, que impeça o acesso das crianças e permita uma constante ventilação.

De acordo com a ABNT deve existir uma área exclusiva para armazenamento de recipientes de GLP (gás liquefeito de petróleo) e de seus acessórios. A delimitação dessa área deve ser com tela, grades vazadas ou outro processo construtivo que evite a passagem de pessoas estranhas à instalação e permita uma constante ventilação. Determina a obrigatoriedade de afixação de aviso em todos os botijões e cilindros de GLP alertando sobre cuidados básicos inclusive de mantê-los em local aberto e ventilado e a lei 11.352 determina a obrigatoriedade de utilização de aparelho sensor de gás a fim de detectar e prevenir possíveis vazamentos de gás.

## **25 - PRODUTOS:**

25.1- Os produtos utilizados na limpeza e higienização devem ser devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde e dentro do prazo de validade.

25.2- Os produtos de higiene, cosméticos e perfumes devem ser devidamente registrados no órgão competente do Ministério da Saúde e dentro do prazo de validade, conforme a legislação vigente.

25.3- É vedado reutilizar embalagens vazias de produtos de higiene e limpeza.

## **26 - ÁGUA:**

26.1- As instalações prediais de água e esgoto devem seguir as normas e especificações da ABNT e determinações constantes da legislação sanitária vigente.

26.2- O estabelecimento deve ser abastecido com água potável em quantidade suficiente e nos padrões de potabilidade exigidos pela Portaria 518 /2004 do Ministério da Saúde.

26.3- No estabelecimento que possui solução alternativa de abastecimento de água (poços, minas e outros), o responsável deve requerer o cadastro do mesmo no órgão competente de Vigilância Sanitária.

26.4- No estabelecimento que conta com poços tubulares profundos como forma de solução alternativa de abastecimento deve também atender aos dispositivos de legislação federal ou estadual pertinente.

26.5- O estabelecimento deve contar com reservatório de água dimensionado para atender a demanda total de usuários, além da reserva para combate de incêndio, conforme normas específicas da ABNT, devendo ainda atender as seguintes exigências complementares:

26.6- O reservatório de água deve ser de material adequado, isento de rachaduras, limpo e tampado, a fim de manter os padrões exigidos de potabilidade da água para o consumo humano.

26.7- O reservatório de água deve ser higienizado e desinfetado semestralmente, na forma indicada pela autoridade sanitária, ou quando da ocorrência de fatos que possam comprometer a qualidade da água.

26.8- O estabelecimento deve estar conectado à rede pública coletora de esgoto sanitário ou na falta desta, ao sistema isolado de disposição e tratamento, em conformidade com as normas específicas da ABNT,

26.9- O estabelecimento deve dispor de sistema de drenagem de águas pluviais, em conformidade com as normas municipais e normas específicas da ABNT.

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

## **27 - CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS:**

27.1- O programa de controle de pragas implementado pela instituição deve contemplar todas as medidas preventivas necessárias para minimizar a necessidade da aplicação de produtos saneantes domissanitários: desinfetantes, raticidas e inseticidas.

27.2- O serviço de aplicação de produtos saneantes domissanitários, quando necessário, deve ser executado por empresa controladora de vetores e pragas urbana, devidamente licenciada pelo órgão competente de Vigilância Sanitária.

27.3- As instituições deverão apresentar à autoridade sanitária competente, os seguintes documentos referentes ao controle de pragas:

A - Procedimentos Operacionais Padrão - POP, contendo as medidas preventivas adotadas.

B - Certificado ou comprovante de execução do serviço de aplicação de produtos saneantes domissanitários, quando houver, deve conter todas as informações, indicações e orientações, conforme o preconizado na legislação sanitária vigente.

## **28- ALIMENTAÇÃO:**

28.1- As instituições que possuem serviços de alimentação próprio ou de empresa terceirizada devem obedecer aos critérios estabelecidos pela RDC 216/2004, que dispõe sobre os parâmetros e critérios para o controle higiênico sanitário em estabelecimentos de alimentos e NR-7 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o controle de saúde dos funcionários.

**RECOMENDAÇÕES AO CONSUMIDOR NA MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS**

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <p>Escolha alimentos elaborados em cozinha profissional e com ingredientes conhecidos</p>   | <p>Leia com atenção o rótulo, siga as instruções do fabricante quanto a conservação depois de aberta a embalagem</p>                | <p>Alimentos perecíveis não podem ficar fora de refrigeração</p>  |
|  | <p>Cozinhe os alimentos a temperatura adequada e o tempo necessário. A temperatura deve ser regulada com um termômetro. 74°C ou menos</p> | <p>Os ovos devem ser mantidos na geladeira, o prazo de validade deve ser observado e os ovos trincados não devem ser utilizados</p> | <p>Sempre descongele alimentos dentro da geladeira ou no microondas, nunca em cima da pia</p>                         |
|  | <p>Cozinhe bem os alimentos, principalmente aves e ovos</p>   | <p>Evite misturar alimentos crus com cozidos</p>  | <p>Consuma os alimentos logo após serem preparados. Quanto maior o tempo de espera, maior o risco de contaminação</p> |
|  | <p>Guarde os alimentos cozidos sob refrigeração. Mantenha os alimentos fora de alcance de roedores, insetos e outros animais</p>          |   |   |

DICAS DE PREPARO / MANIPULAÇÃO

|                     |   |  |   |
|---------------------|---|--|---|
| CUIDADOS DE HIGIENE | Mantenha sempre limpas e secas as superfícies da cozinha  | Os panos de pratos e as esponjas devem estar limpos e secos  | As tábuas para carne devem ser de plástico e lavadas com água quente  |
|                     | O ralo da pia deve ser lavado e enxaguado com água fervente ou água sanitária   | A pia deve estar sempre seca. Evite lixeira de pia.  | As mãos devem ser lavadas antes de lidar com os alimentos, principalmente após ir ao banheiro e mexer no lixo |
|                     | O lixo deve ser recolhido diariamente   | Evite lixeira de pia.  |   |
| CUIDADOS AO COMPRAR | As carnes devem estar sob refrigeração, com cor e aspecto normais. Quando congeladas, não devem apresentar sinais de descongelamento ou amolecidas; | O peixe seco (bacalhau) deve estar livre de sinais de umidade e manchas róseas; deverá estar exposto protegido da poeira, insetos e em local seco;                             | Observar as indicações da embalagem, quanto ao fabricante, endereço, data de validade, modo de conservação    |
|                     | As latas devem estar íntegras, sem sinais de estufamento e ferrugem;  | As frutas secas devem estar armazenadas em local fresco, sem umidade e com embalagem íntegra. No caso de produtos vendidos a granel, observar a ausência de mofo e de insetos; | Os manipuladores de alimentos devem estar com as mãos limpas, unhas curtas, sem                               |

Fonte: COVISA/SP

# CINCO CHAVES PARA A SEGURANÇA DOS ALIMENTOS



## Mantenha a limpeza

Lave as mãos regularmente quando estiver preparando os alimentos, principalmente depois de ir ao banheiro, de manipular alimentos crus ou materiais sujos, depois de tossir, espirrar, assoar o nariz, após início ou interrupção do serviço.

Lave e desinfete todas as superfícies e equipamentos usados na preparação de alimentos. Proteja os alimentos e as áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais (guarde os alimentos em recipientes fechados)



## Separe alimentos crus e cozidos

Separe sempre alimentos crus dos cozidos e prontos para o consumo. Use equipamentos e utensílios diferentes, como facas ou tábua de cortar, para manipular carne, frango, pescados e outros alimentos crus e cozidos.

Conserve os alimentos em recipientes separados para evitar o contato entre crus e cozidos.



74° C

## Cozinhe completamente

Cozinhe completamente os alimentos, especialmente carne, frango, ovos e pescados.

Ferva os alimentos como sopas e refogados para assegurar que alcançaram 74 C. Para carnes vermelhas e frangos cuide que os sucos sejam claros e não rosados. Recomenda-se o uso de termômetros. Reaqueça completamente a comida cozida.



## Mantenha os alimentos à temperatura seguras

Não deixe alimentos cozidos a temperatura ambiente por mais de 2 horas. Refrigere o mais rápido possível os alimentos cozidos e os perecíveis (abaixo de 5 C).

Mantenha a comida quente (acima de 65 C).

Não guarde comida por muito tempo, mesmo que seja na geladeira.

Os alimentos prontos para consumo para crianças não devem ser guardados.

Não descongele os alimentos a temperatura ambiente.



## Use água e matérias-primas seguras

Consuma água tratada.

Selecione alimentos são e frescos.

Para sua segurança, escolha alimentos já processados e inócuos, como leite pasteurizado.

Não ofereça para consumo preparações com ovos crus (maionese, mousse, cremes).

Lavar as frutas e as hortaliças, especialmente quando forem consumidas cruas.

Não utilize alimentos depois da data de vencimento.

### Porque?

Os microrganismos perigosos que causam doenças transmitidas por alimentos podem ser encontrados na terra, água, nos animais e nas pessoas. Eles são transportados de uma parte a outras pelas mãos, utensílios, roupas, panos, esponjas e quaisquer outros elementos que não tenham sido lavados de maneira adequada, e um leve contato pode contaminar os alimentos.

### Porque?

Os alimentos crus, especialmente carne, frango e pescado, podem estar contaminados com microrganismo perigosos que podem transferir-se a outros alimentos, como comidas cozidas ou prontas para o consumo durante o preparo dos alimentos ou durante a sua conservação.

### Porque?

A correta cocção mata quase todos os microrganismos perigosos. Estudos mostram que cozinhar os alimentos de forma que todas as partes alcancem 74 C, garante a segurança destes alimentos para o consumo. Existem alimentos como pedaços grandes de carne, frangos inteiros ou carne moída que requerem um especial controle da cocção. O reaquecimento adequado elimina os microrganismos que possam ter se desenvolvido durante a conservação dos alimentos.

### Porque?

Alguns microrganismos podem se multiplicar muito rapidamente se o alimento é conservado a temperatura ambiente, pois eles necessitam de alimento, umidade, temperatura e tempo para se reproduzir. Abaixo de 5 C ou acima de 65 C se reproduzem lentamente ou se detêm. Alguns microrganismos patogênicos podem crescer ainda em temperaturas abaixo de 5 C.

### Porque?

As matérias primas, incluindo a água, podem conter microrganismos e agentes químicos prejudiciais a saúde. Ovos podem estar contaminados com Salmonela que causa doença severa. É necessário ter cuidado na seleção de produtos crus e tomar medidas preventivas que reduzem o risco, como a lavagem e o destaque.

Conhecimento = Prevenção = Segurança = Economia

**DICAS DE PREPARO / MANIPULAÇÃO:** Escolha alimentos elaborados de forma higiênica e com procedência conhecida. Leia com atenção o rótulo, siga as instruções do fabricante quanto a conservação depois de aberta a embalagem. Alimentos perecíveis não podem ficar fora de refrigeração. A geladeira deve ser regulada para ficar a 5° C ou menos. Os ovos devem ser mantidos na geladeira, o prazo de validade deve ser observado e os ovos trincados não devem ser utilizados. Sempre descongele alimentos dentro da geladeira ou no microondas, nunca em cima da pia.

Cozinhe bem os alimentos, principalmente aves e ovos. Evite misturar alimentos crus com cozidos. Consuma os alimentos logo após serem preparados. Quanto maior o tempo de espera, maior o risco de contaminação. Guarde os alimentos cozidos sob refrigeração. Mantenha os alimentos fora de alcance de roedores, insetos e outros animais...

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

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

O lixo deve ser recolhido diariamente. Evite lixeira de pia.

**CUIDADOS AO COMPRAR:** As carnes devem estar sob refrigeração, com cor e aspecto normais. Quando congeladas, não devem apresentar sinais de descongelamento ou amolecidas; O peixe seco (bacalhau) deve estar livre de sinais de umidade e manchas róseas; deverá estar exposto protegido da poeira, insetos e em local seco; Observar as indicações da embalagem, quanto ao fabricante, endereço, data de validade, modo de conservação e preparo, peso e número de registro no SIF, SISP quando se tratar de origem animal; As latas devem estar íntegras, sem sinais de estufamento e ferrugem;

As frutas secas devem estar armazenadas em local fresco, sem umidade e com embalagem íntegra. No caso de produtos vendidos a granel, observar a ausência de mofo e de insetos; Os manipuladores de alimentos devem estar com as mãos limpas, unhas curtas, sem esmalte e adornos. Deve usar uniforme limpo e proteção no cabelo;

### **29- PRESENÇA DE ANIMAIS:**

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

### **30- SAÚDE DOS TRABALHADORES:**

30.1- Aos trabalhadores das comunidades terapêuticas devem ser asseguradas as condições técnicas, físicas, humanas e de organização do trabalho que impliquem na promoção da saúde e prevenção de acidentes, agravos e doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a característica das atividades desenvolvidas e dos fatores de risco existentes no local de trabalho, cumprindo o estabelecido na Portaria nº. 3.214/78 - Normas Regulamentadoras sobre Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE e outras disposições legais ou normativas vigentes.

30.2-Todos os trabalhadores devem ser submetidos a exames médicos: admissional, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, de acordo com o PCMSO da NR 7 do MTE.

30.3- Todos os trabalhadores devem ser imunizados através da aplicação de vacinas em conformidade com o Programa Nacional de Imunização – PNI, devendo ser obedecido o calendário previsto neste programa e outras, de acordo com o PCMSO.

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

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

30.6- Os trabalhadores devem utilizar os equipamentos de proteção individual, para cada tarefa destinada e posto de trabalho, conforme descrito na NR6 do MTE.

30.7- Em casos de acidentes, incidentes ou danos à saúde dos trabalhadores, o empregador deverá proceder à notificação previdenciária e epidemiológica, por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, e da Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - NET, para que sejam tomadas as medidas necessárias para o caso (investigação do acidente, medidas profiláticas, etc.).

### **31 - RECURSOS HUMANOS:**

A equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por:

- 01 (um) Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos

decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;

- 01 (um) Coordenador Administrativo;
- 03 (três) Agentes Comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgão oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's.

O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno. Recomenda-se a inclusão de Curso de Primeiros Socorros no curso de capacitação.

### **32 - MANUAIS DE NORMAS E ROTINAS:**

O estabelecimento deve manter disponível para os funcionários os Manuais de Normas e Rotinas, atualizados, referentes às atividades desenvolvidas.

Os serviços devem explicitar por escrito os seus critérios de rotina para triagem quanto a:

- Avaliação Médica por Clínico Geral;
- Avaliação Médica por Psiquiatra;
- Avaliação Psicológica;
- Avaliação familiar por Assistente Social e/ou Psicólogo;
- Realização de exames laboratoriais;
- Estabelecimento de programa terapêutico individual;
- Critérios de rotina de tratamento.

### **33 – MEDICAMENTOS:**

Medicamento - Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico

Psicotrópico - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico.

Receita - Prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado

Conforme Portaria SVS/MS n.º 344/98 – Os estabelecimentos de assistência à saúde que utilizarem em seus procedimentos medicamentos ou substâncias psicotrópicas ou sob regime de controle especial, deverão manter controles e registros na forma prevista na legislação sanitária.

33.1 Os estabelecimentos assistenciais de saúde, que possuem procedimentos de desintoxicação e tratamento de residentes com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, que fazem uso de medicamentos a base de substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicos e outras sujeitas ao controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98 - Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

33.2 A responsabilidade técnica pelo serviço junto ao órgão de Vigilância Sanitária dos Estados, Municípios e do Distrito Federal deve ser de técnico com formação superior na área da saúde e serviço social.

33.3. Nos estabelecimentos em que não há prescrição, mas admissão de pessoas usuárias de medicamentos controlados, a direção do serviço assumirá a responsabilidade pela administração e guarda do medicamento, ficando dispensada dos procedimentos de escrituração previstos na Portaria SVS/MS n.º 344/98 ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

33.4 G u a r d a / Estocagem de medicamentos de uso controlado:

Os medicamentos e substâncias constantes da Portaria SVS/MS nº344/98 e suas atualizações, deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim.

Dada às características desses medicamentos, sua área de estocagem deve ser considerada de segurança máxima.

Esses medicamentos precisam estar em área isolada das demais, somente podendo ter acesso a ela o pessoal autorizado.

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

### **III PARTE:**

#### **1.CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.**

##### 1.1 Critérios Clínicos para contraindicação de pacientes serem encaminhados ou permanecerem em Comunidade Terapêutica

As Comunidades Terapêuticas (CT) são modelo de tratamento desenvolvido nos Estados Unidos desde o fim da década de 50. Atualmente são encontradas nas Américas, Ásia, Europa e Austrália e seu tratamento é baseado na convivência com pares para a reabilitação global do indivíduo.

De acordo com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, filiada a Federação Mundial de CTs, a equipe mínima de uma comunidade com capacidade para 30 internos deve ser composta por: um profissional de saúde ou assistente social com nível superior, um coordenador administrativo e três agentes comunitários. Além disso, o estatuto assegura pelo menos um atendimento médico psiquiátrico ao mês para aqueles com comorbidade psiquiátrica. A equipe técnica fica também responsável por administrar e guardar medicações quando prescritas por médico que avaliou paciente previamente.

Os pacientes submetidos a regime de tratamento em comunidade terapêutica não são assistidos por equipe de saúde em tempo integral. Por isso precisam ter condições mínimas de autocuidado e entendimento da situação, assim como estarem motivados a seguir tratamento de forma voluntária. Deste modo, casos em que o paciente precise de assistência médica ou de saúde intensiva não devem ser encaminhados ou mantidos em CT. São condições em que isso ocorre:

1.2 Intoxicação. Os casos de intoxicação por álcool ou drogas, na sua maioria devem ser tratados em ambiente hospitalar. Por isso, devem ir a CT apenas após resolução do quadro.

1.3. Síndrome de abstinência de: álcool, opióides, anfetaminas, benzodiazepínicos ou qualquer outra substância em que haja risco de complicações clínicas em sua evolução.

1.4. Doenças clínicas agudas ou descompensadas como hipertensão, diabetes, cardiopatias, hepatopatias, infecções, alterações eletrolíticas etc. O médico deve avaliar a gravidade do quadro e só liberar o paciente para tratamento em comunidade terapêutica quando o quadro estiver compensado e em condições de ser tratado de forma ambulatorial.

1.5. Risco de auto ou heteroagressividade. Pacientes com risco de: suicídio, autoagressão, homicídio ou heteroagressão devem permanecer em ambiente hospitalar.

1.6. Sintomas psicóticos. Pacientes apresentando alucinações ou delírios não tem possibilidade de ir a CT.

1.7. Alterações de nível de consciência como estado comatoso, torporoso, sonolência, confusão mental deve ser assistida em ambiente hospitalar.

1.8. Suspeita de traumas (craniano, torácico, abdominal, ortopédico) devem ser avaliados e se necessário mantidos em observação.

1.9. Graves alterações do controle ou da vontade não devem ser encaminhadas a CT pela impossibilidade de seguirem as orientações propostas

1.10. Transtornos psiquiátricos graves e em fase aguda como depressão, mania, demências entre outros devem ser inicialmente tratados para terem possibilidade de seguirem tratamento, após melhora da sintomatologia, em CT.

Concluindo, a Comunidade Terapêutica é possibilidade de tratamento para dependentes de substância, mas o médico deve sempre avaliar a elegibilidade deste tratamento levando em conta o fato de ser tratamento fora de ambiente hospitalar e sem suporte para dar assistência a casos graves do ponto de vista clínico e psiquiátrico.

## **2.RECOMENDAÇÕES DE CONDOTA DE MORADIA DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CTs)**

Todos os programas de tratamento têm regras e normas específicas. Desde o Processo de Triagem o (a) candidato (a) e seus respectivos responsáveis deverão estar cientes das mesmas.

As Normas de Moradia devem ter como princípio básico a convivência comunitária, fator este que deverá contribuir na educação ou reeducação do residente.

Respeitando os Códigos de Ética das Federações de Comunidades Terapêuticas Brasileiras (FEBRACT), Latino-Americanas (FLACT) e Mundial (WFTC), deve-se proporcionar um ambiente saudável e livre de álcool, tabaco e outras drogas, sexo e violência.

Para o desenvolvimento de programas de tratamento as C.T's devem contar com uma equipe de funcionários e voluntários que poderão desenvolver atividades de acordo com a sua formação profissional e experiência.

As C.T's. devem contar com representantes que deverão responder pela Presidência, Conselho Consultivo, Coordenação, conforme estatuto. Quanto à equipe técnica das áreas de Psicologia, Pedagogia, Saúde, Serviço Social e Serviço Jurídico.

As C.T's podem manter em seu quadro de colaboradores dependentes em recuperação.

### **2.1 ESPIRITUALIDADE:**

A espiritualidade pode ser definida como estado psíquico que traz significado e propósito à vida das pessoas. É reconhecida como um fator de proteção que contribui para a saúde e qualidade de vida, favorecendo ao indivíduo o resgate da sua identidade e valores. Esse conceito é encontrado em todas as culturas e sociedades, desta forma deve-se respeitar a individualidade de cada um.

## 2.2 CRONOGRAMA:

- a) Durante o Processo de Triagem o (a) candidato (a) e seu responsável deverão ter consciência de como funciona o dia-a-dia na C.T. Receberá do (a) entrevistador (a) uma cópia do cronograma de atividades anexado às Normas de Moradia para conhecer o que lhe será sugerido durante o tratamento.
- b) No processo de adaptação, recomenda-se que o residente recém-chegado, tenha 15 dias para vivenciar o cronograma, contando com a colaboração de outro residente há mais tempo no programa que será indicado pela Equipe.
- c) É importante respeitar os horários das atividades estabelecidas, chegar minutos antes do seu início. Em casos de descumprimento do horário o residente estará sujeito a uma avaliação do grupo que proporá ações que possam ajudá-lo a cumprir o horário estipulado.
- d) O cronograma de atividades poderá ser alterado de acordo com as necessidades da C.T.

## 2.3 ATIVIDADES DIÁRIAS:

- a) Cada C.T. devesse ter um programa de atividades diárias.
- b) A equipe poderá avaliar a aptidão do residente e, após, indicar quais atividades ele passará a desenvolver na C.T. Este processo deve ser revisto periodicamente e o resultado obtido contará na sua avaliação.
- c) Deve-se ressaltar que cada C.T. deve organizar as atividades de acordo com a sua necessidade e a equipe responsável deverá dar ciência ao residente informando a sua grade de atividades.
- d) Deixar de participar das atividades propostas pela C.T. implica em não cumprir as normas previstas aceitas no ato da internação. A participação de todos visa ao bem-estar coletivo. Desta forma, o residente que terminar a sua atividade antecipadamente deverá procurar o técnico responsável ou o monitor para ser orientado a dar continuidade em outras atividades.

- e) O residente deverá estar atento ao primeiro chamado para participar das atividades, encaminhando-se para o local indicado, organizando-se para a distribuição de atividades.
- f) O residente deverá utilizar-se dos equipamentos de segurança de acordo com as atividades desenvolvidas.
- g) O material utilizado para o desenvolvimento das atividades quando necessário deverá ser devolvido para que seja guardado em lugar apropriado.
- h) A C.T. poderá indicar um dia para a realização de faxina geral em suas dependências e a todos é solicitada e sugerida a participação.

### **3. GENERALIDADES:**

- a) A C.T. poderá adotar a utilização de crachá em suas dependências.
- b) A comunicação verbal entre todos – companheiros, equipe, funcionários, voluntários, visitantes – deve ser sempre respeitosa, evitando gírias, palavrões, tom alto de voz, apelidos e brincadeiras com contatos físicos.
- c) O material didático deve sempre acompanhar o residente nos horários das reuniões de grupo.
- d) Somente em extrema necessidade e sempre com conhecimento e autorização da Equipe, objetos de uso pessoal (roupas, sapatos, higiênicos, etc.) poderão ser doados de residente para residente.
- e) Recomenda-se que ao “falar da ativa“, isto é, o que fez lá fora, **somente** na presença de um membro da Equipe e nas reuniões do cronograma.
- f) Usar vestimenta adequada para as atividades a serem desenvolvidas.
- g) Dinheiro e/ou objetos de maior valor e/ou bens pessoais que ficarem relacionados fora da lista do rol serão devolvidos aos responsáveis ou guardados até o término do tratamento.
- h) Aparelhos eletrônicos de uso pessoal deverão ser utilizados conforme a regulamentação das C.T's,
- i) Objetos perfuro-cortantes e pontiagudos em geral, estão excluídos da rotina diária da CT.
- j) Devolver aos devidos lugares e em ordem os objetos de uso coletivo (livros, jogos, ferro de passar roupa, etc.) após a utilização, sempre limpos e/ou arrumados.
- l) Os aparelhos eletroeletrônicos de uso comunitário devem ser manuseados e utilizados conforme a orientação e designação da Equipe.
- m) As correspondências recebidas serão distribuídas conforme a orientação da Equipe e os residentes deverão abri-las na frente do membro da Equipe e mostrar apenas o conteúdo do envelope.

- n) Atendimento familiar segundo a RDC (terapia familiar, falar sobre a evolução do tratamento).
- o) Sugestões ou críticas deverão ser colocadas na “Caixa de Sugestões” ou no grupo operativo.

#### **4. PATRIMÔNIO:**

O residente deverá zelar pela conservação do patrimônio da C.T.

##### **4.1 ESPAÇO FÍSICO:**

- a) o residente poderá utilizar dos espaços pré-programados de acordo com as atividades desenvolvidas.
- b) Manter limpas as áreas internas e externas das instalações da C.T.

##### **4.2 DORMITÓRIOS:**

- a) A entrada ou permanência nos quartos obedecerá aos horários das atividades do cronograma, salvo com autorização e acompanhamento da Equipe. É permitida a entrada somente no quarto onde se reside.
- b) Manter o armário limpo e arrumado, diariamente, usando-o somente para guardar roupas e objetos de uso e higiene pessoal.
- c) Ao levantar deixar a cama arrumada, mantendo-a organizada durante todo o período.
- d) As toalhas ou roupas deverão ser dependuradas ou estendidas nos varais externos, e na lavanderia em dias de chuva.
- e) É expressamente proibido transitar nos corredores com roupas íntimas e deve-se fechar a porta e a janela do quarto sempre que for trocar de roupa.
- f) Sempre que necessário colocar os colchões, travesseiros e cobertores para arejarem.
- g) Manter silêncio absoluto após o recolher e apagar das luzes, com exceção do corredor e do banheiro, até o momento do despertar do dia seguinte. A saída dos quartos somente é permitida para ir ao banheiro ou quando houver algum problema deverá ser solicitada orientação ao plantonista.
- h) Caso os residentes pernoitem em outra unidade da C.T, o recolher e o despertar fica sob a responsabilidade dos técnicos e monitores.

- j) Para os residentes na fase de Reinserção Social que participam de Cursos Profissionalizantes e similares o horário de recolher será definido pela equipe do programa.

## **6. HIGIENE PESSOAL:**

- a) O residente deve manter-se limpo através do banho e higiene bucal diários, barbear-se regularmente (dia sim, dia não), roupas adequadas e cabelos em ordem.
- b) Limpar bem os sapatos, botas, tênis e chinelos antes de guardá-los no lugar indicado.
- c) Todas as roupas sujas devem ser lavadas semanalmente. Após o término da lavagem, deve-se secar o piso e guardar os utensílios utilizados nos devidos lugares. Ressalta-se ainda que roupas e calçados que ficarem de molho devem ser lavados no mesmo dia. As roupas após secas deverão ser retiradas dos varais.
- d) Manter a porta fechada ao utilizar o banheiro. Ficar atento para não deixar objetos de uso pessoal. Ao sair do banho passar o rodo com pano, independente de ter outra pessoa para usá-lo. O tempo de banho deverá ser definido conforme regulamento interno. Recomenda-se que a lavagem das roupas e o fazer a barba sejam realizados em outro momento.

## **7 TELEFONE: CONTROLE E LIGAÇÕES:**

- a) O uso de telefone ou o recebimento de telefonemas fica a critério de cada C.T. respeitando-se as normas legais vigentes.

## **8 SAÍDAS DA COMUNIDADE:**

### EM GERAL:

- a) O residente deve portar sempre um documento de identidade.
- b) O residente será inspecionado em seus trajes e pertences ao retornar para a C.T.

## **9. REINSERÇÃO SOCIAL:**

- a) As saídas para reinserção social devem contemplar atividades terapêuticas, sociais, religiosas e de lazer, ou contatos com grupos de apoio, auxiliando o residente na sua reintegração social fortalecendo os fatores de proteção.
- b) É expressamente proibido ao residente dar, oferecer, pedir e receber dinheiro a outro residente ou de responsáveis e amigos em quaisquer saídas da CT.
- c) Qualquer saída que faça parte do cronograma de atividades dos programas poderá sofrer cortes temporários em função do comportamento individual ou coletivo dos residentes.
- d) Qualquer tipo de alimento deve ser consumido antes do retorno à CT ou entregue à Equipe para posterior distribuição.
- e) Caso haja algum restante de dinheiro, o residente deve devolvê-lo no mesmo dia para o responsável do plantão.
- f) A listagem para cronograma de saídas para grupos e lazer estará afixada na disciplina de cada programa de tratamento no dia determinado pela Equipe.
- g) A participação familiar na reinserção social do dependente mostra-se bem estabelecida nas comunidades terapêuticas, com atividades conjunta residente e família e visitas frequentes, na maior parte das comunidades. A importância da família na reinserção social do indivíduo é destacada também pela relevância para a segurança emocional e social do dependente durante essa fase. A família também é importante na reabilitação psicossocial que é obtida por meio de apoio, confiança e diálogo. As visitas familiares dentro da comunidade terapêutica, seja de forma semanal ou mensal, constituem importante elo objetivando uma reabilitação plena. O retorno à família constituiu o primeiro passo para a reinserção social, sendo este mais fácil ou difícil dependendo do interesse e preocupação das mesmas.

## **10. ADMISSÃO DO INTERNO E CONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA:**

- a) Durante o processo de triagem, o (a) candidato (a) à CT e seus responsáveis devem informar se o interessado faz algum uso de medicação. Em caso afirmativo, no dia da internação, o(s) medicamento(s) e o(s) receituário(s) serão entregues à Equipe, como condição importante para efetivar a internação.
- b) Todo e qualquer medicamento ficará guardado e administrado pela Equipe sempre sob orientação médica. Desta forma, nenhum remédio será fornecido sem autorização médica. E o residente deverá solicitar o medicamento no horário indicado e ingeri-lo junto ao membro da Equipe.
- c) Todo e qualquer medicamento ficará sob guarda e administrado pela Equipe supervisora. Desta forma, nenhum remédio será fornecido sem autorização médica (receituário).

d) A entrega dos medicamentos será realizada pelo responsável indicado pela equipe supervisora, levando em consideração que os mesmos deverão ser armazenados em armário fechado a chave.

### **11.DOAÇÕES:**

- a) Toda e qualquer doação deverá ser entregue à equipe responsável.
- b) O residente que precisar de qualquer produto deverá solicitá-lo a equipe responsável.

### **12.DIA DE VISITA:**

- a) Programação de visita de acordo com o cronograma da C.T.
- b) Pertences trazidos pelos responsáveis devem ser entregues à equipe.
- c) Os familiares e/ou responsáveis devem ficar atentos em evitar rigorosamente doações de cigarros, alimentos e outros objetos a qualquer residente, inclusive o seu familiar.
- d) A manobra, direção ou permanência de residentes em veículos, é expressamente proibida.
- e) Fotos e filmagens no interior da C.T. somente com autorização e acompanhamento, respeitando-se o anonimato dos residentes.
- f) Os visitantes só poderão utilizar telefones celulares, lap tops ou similares com a autorização da equipe.

### **13.SAÍDAS PARA VISITA:**

- a) O estabelecimento deverá realizar o trabalho de reinserção social, cabendo a equipe supervisora considerar o programa terapêutico e a avaliação de cada residente.
- b) O tempo de permanência fora da C.T. deverá estar indicado no programa terapêutico.

### **14.DESLIGAMENTO DO TRATAMENTO:**

- a) Quando o residente receber alta, pedir seu desligamento (desistência) ou for desligado (excluído) do tratamento pela Equipe, os responsáveis serão avisados de tal procedimento e deverão adotar providências para a saída do mesmo .
- b) Caso o residente queira solicitar o desligamento, o mesmo deverá estar dentro do espaço físico de seu programa de tratamento, não podendo fazê-lo em visita familiar.
- c) Os casos de desligamento imediato (exclusão) da CT: situações de violência, sexo e uso de álcool e outras drogas dentro da CT e a critério da mesma.
- d) Em caso de evasão, a Equipe comunicará aos responsáveis e providenciará o Boletim de Ocorrência (BO) em 24 horas. Quando a internação for por determinação judicial, o Juiz deverá ser informado, assim como a instituição que encaminhou o residente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – Galduróz J.C.F., Noto A.R., Nappo S.A., Carlini E.A. **Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de Drogas psicotrópicas** – Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: CEBRID, UNIFESP; 2000.

2 – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n.º 29, de 30/06/2011**. Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecido como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. Brasília: ANVISA, 2011.

3 – BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Relatório Preliminar do I Fórum Nacional Antidrogas**. Brasília: Casa Militar, Presidência da República; 1998.

4 – BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 11.343, de 23/08/2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006.

5 – BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n.º 6.437, de 20/08/1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1997.

6 – BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, 1988.

7 – REGULAMENTO técnico para o funcionamento das comunidades terapêuticas - serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/resolucoes.htm>>.

8 – O'BRIEN, W.B.; PERFAS, F.B. The Therapeutic Community. In: LOWINSON, J.H. (Ed.). **Substance abuse: a comprehensive textbook**. Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

9 – LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

10 – ASSESSMENT and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors: APA practice guidelines. Disponível em: <<http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aID=57699>>.