

COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Manual para instalação
e funcionamento do
serviço no Estado
de São Paulo

2020

COMUNIDADE TERAPÊUTICA 2020

**Manual para instalação e funcionamento
do serviço no Estado de São Paulo**

Governador do Estado de São Paulo

João Dória

Secretário da Justiça e Cidadania

Paulo Dimas Debellis Mascaretti

Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

Marcelo Ribeiro de Araújo

Vice-Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas

Pablo Andrés Kurlander Perrone

Equipe Técnica

Amouni Mohmoud Mourad (CRF), Katia Isicawa de Souza Barreto (FEBRACKT), Lisiane Cristina Braecher (MPF), Luciana Raguzza (CVS), Nubia Elias Santos (SES), Pablo Andrés Kurlander Perrone (FEBRACKT), Vanessa Camargo Giovanni da Silva (CVS) e Vera Lucia Bagnolesi (SJC)

Conselheiros do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas-CONED



Secretaria da
Justiça e Cidadania



Projeto Gráfico e Capa

Inês Ruivo Andrade

Sumário

Prefácio.....	5
Apresentação CONED.....	7
Como foi construído este Manual.....	10
Comunidades Terapêuticas no Brasil e no mundo.....	12
INTRODUÇÃO.....	17
1. ELEMENTOS ESSENCIAIS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	19
1.1 Desospitalização.....	20
1.2 Desinstitucionalização.....	22
1.3 Modelo Psicossocial.....	24
1.4 Singularização.....	25
1.4.1 Elementos do Projeto Terapêutico (PT).....	25
1.4.2 Elementos do Plano de Atendimento Singular (PAS).....	26
1.4.3 Critérios de Alta Administrativa.....	29
1.4.4 Alta Solicitada (Desistência).....	29
1.4.5 Registro de Prontuários.....	29
1.5 Ressocialização.....	31
1.6 Equipe.....	31
1.7 Avaliação e Monitoramento.....	32
2. LEGISLAÇÃO BÁSICA.....	33
2.1 Organização Documental da Comunidade Terapêutica.....	33
2.2 Etapas para regularização do Serviço.....	34
2.2.1 Licença de Funcionamento.....	34
2.2.2 Etapas para obtenção de Licença de Funcionamento.....	35
2.2.3 Solicitação inicial de Licença de Funcionamento, suas alterações ou cancelamento.....	35
3. INSTALAÇÃO E INFRAESTRUTURA.....	37
3.1 Legislação Infraestrutura.....	38
3.2 Instalações Prediais de água, Esgoto, Energia Elétrica, Proteção e Combate a Incêndio, Telefonia e outras.....	39

3.3	Estrutura física do serviço	40
3.4	Controle integrado de Pragas.....	47
3.5	Presença de Animais	48
3.6	Higiene dos ambientes	48
4.	EQUIPE DE RECURSOS HUMANOS.....	49
4.1	Saúde dos Trabalhadores	49
5.	PARCERIAS.....	51
6.	PROCESSO DE ADMISSÃO DO USUÁRIO.....	53
6.1	Portas de entrada.....	53
6.2	Critérios de admissão.....	54
6.3	Critérios de readmissão	56
6.4	Entrevista de Triagem.....	57
6.4.1	Função da Triagem.....	57
6.4.2	Procedimento de Triagem	57
6.5	Admissão	60
	REFERÊNCIAS	61
	ANEXOS.....	65
	ANEXO 1 – DECRETO Nº 56.091, DE 16 DE AGOSTO DE 2010.....	66
	ANEXO 2 – CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA FEBRACT	72
	ANEXO 3 – MANUAL DO MANIPULADOR DE ALIMENTOS.....	80
	GLOSSÁRIO.....	83

Prefácio

O consumo de substâncias psicoativas é uma das questões sociais e de saúde pública mais desafiadoras e complexas da atualidade. Para muito além do ato de consumir, os problemas advindos desse conjunto complexo de comportamentos repercutem de maneira grave e perene, tanto na vida do usuário, quanto na de seus grupos de convívio e na sociedade como um todo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), quase 300 milhões de pessoas (15-64 anos) já usaram algum tipo de droga na vida. Os problemas relacionados a esse hábito aumentaram na última década: acredita-se atualmente que 20 milhões de anos de vida sejam perdidos anualmente (DALYs, OMS), tanto com mortes prematuras, quanto com incapacidades funcionais decorrentes do consumo dessas substâncias.

No Brasil, o consumo de álcool é realizado com alguma regularidade por quase metade da população (15-64anos) e um quinto dela, utiliza-o pesadamente. As bebidas alcoólicas participam ativamente para a ocorrência de acidentes automobilísticos e mortes nas rodovias, assim como permeia muitos tipos de conflitos e relações interpessoais marcadas pela violência. Os progressos inconteste com a regulamentação e controle do tabagismo enfrentam atualmente a chegada de novos dispositivos e modos de se consumir nicotina por dispositivos eletrônicos, atingindo os adolescentes e colocando quase duas décadas de avanços em saúde pública em xeque. Quanto às substâncias consideradas ilícitas, a cocaína e suas apresentações – entre elas o crack –, a maconha e suas questões da atualidade – tais como aumento da concentração dos produtos, suas comorbidades e as pressões internacionais pela legalização –, as drogas sintéticas e as chamadas “novas drogas psicoativas” são uma fonte permanente de preocupações em termos de saúde pública, requerendo ajustes e desenvolvimento de modelos de prevenção e de atenção permanentes.

Temas dessa natureza requerem soluções desenvolvidas a ponto de abarcar a complexidade de todas as suas facetas. Esse é o contexto no qual foi elaborada “Comunidade Terapêutica 2020 – Manual para instalação e funcionamento de serviço no Estado de São Paulo”, publicação desenvolvida pelos membros do Conselho Es-

tadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo (CONED-SP) (2016-2018, 2018-2020), que a Secretaria da Justiça vem apresentar nesse prefácio.

Além de um roteiro essencial para se estruturar uma Comunidade Terapêutica em consonância com as normas mínimas de funcionamento, o manual em questão é uma oportunidade para aumentar a qualidade dos centros de atendimento. Em suas páginas, o leitor interessado encontrará as diretrizes jurídicas e organizacionais capazes de nortear a construção de um ambiente terapêutico e de cuidados psicossociais capaz de atender às necessidades dos usuários de substâncias psicoativas e suas famílias, considerando os referenciais teóricos em saúde mais avançados, referendados pela normatização sanitária vigente, dentro do melhor contexto de garantia de direitos e de acesso à cidadania.

Na última década, o Governo do Estado de São Paulo incluiu as Comunidades Terapêuticas no leque de ações desenvolvidas no cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, sempre em consonância com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, por intermédio da Secretária da Justiça e Cidadania, vem tomando medidas no sentido da prevenção ao uso de drogas, do acesso à justiça e à cidadania e da reinserção psicossocial.

A reedição desse manual – incorporando as inovações dos últimos cinco anos em relação a esse importante modelo de atenção e ampliando as fontes de informação relacionados a este –, reforça o compromisso do Governo do Estado de São Paulo e da Secretaria da Justiça e Cidadania (SJC) com o desenvolvimento de modelos viáveis e equilibrados, dispostos a construir estruturas de cuidado de pronta compreensão, fácil avaliação e em consonância com os anseios da sociedade, em especial daqueles que dela mais necessitam. Esperamos que esse manual possa se converter em uma excelente ferramenta de trabalho, capaz de auxiliar a prática dos profissionais e gestores oriundos desse ambiente de tratamento de extrema relevância para a sociedade paulista e brasileira como um todo.

Paulo Dimas Marcharetti

Secretário de Estado da Justiça e Cidadania

Apresentação CONED

Mais do que um ambiente, um modelo de atenção.

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (EMCDDA, em inglês), o termo “comunidade terapêutica” se refere “a uma variedade de tradições e abordagens de tratamento que compartilham a ideia de usar os relacionamentos e as atividades de um ambiente social ou ambiente de tratamento residencial projetado propositadamente para promover mudanças sociais e psicológicas”. Nesse sentido, prossegue, “oferecem um ambiente livre de álcool e drogas, no qual pessoas com problemas relacionados a essas substâncias convivem de maneira organizada e estruturada, buscando a promoção de mudanças e a possibilidade de uma vida em abstinência estável”, *a posteriori*. Desse modo, o seu principal recurso é “o uso da própria comunidade como um agente de mudança fundamental – comunidade como método”, partindo da filosofia e o sistema de valores da CT.

Nos últimos cinquenta anos, o Brasil assistiu ao surgimento e expansão do modelo de Comunidades Terapêuticas, o qual ocupa hoje um lugar de destaque no cuidado das pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, contando atualmente com uma rede disseminada de serviços, centros de treinamento e capacitação, federações e confederações, trabalhando geralmente em proximidade com grupos de mútua-ajuda e federação de pais e familiares de dependentes químicos.

No limiar daquele mesmo tempo, o Brasil começava a viver um período de suspensão dos direitos políticos e das garantias constitucionais. Uma década mais tarde, movimentos que buscavam recuperar esses direitos civis suprimidos – entre esses do “doente mental”, em grande parte internado em instituições asilares decadentes, degradadas e desassistidas – começaram a se organizar a partir de centros de estudos, espaços de discussão e congressos profissionais. Já no final dos anos oitenta, os movimentos de resistência democrática vinculados à saúde mental, bem mais estruturados e ao lado de inúmeros outros – oriundos de incontáveis setores da sociedade brasileira – contribuíram para o retorno da ordem democrática ao

país e levaram à promulgação da Constituição Cidadã (1988). Dentro dela, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, cujo acesso universal e baseado na equidade deveria ser garantido a partir da instituição de um sistema único de saúde, se tornou um compromisso constitucional pela primeira vez na história do Brasil.

Ao longo das décadas essas duas redes provedoras de atenção ao usuário de substâncias psicoativas seguiram caminhos de ampliação, estruturação e desenvolvimento aparentemente distintos, sendo com frequência encarados como formas de cuidados antagônicos e imiscíveis. Ao longo dos últimos vinte e cinco anos tem havido um crescente reconhecimento de abordagens biológicas, psicológicas, sociais e espirituais – quando oferecidas e combinadas de acordo com evidências científicas validadas – são benéficas ao processo de recuperação. Tal aproximação culminou a aprovação de uma série de normatizações relacionadas ao funcionamento das Comunidades Terapêuticas no Brasil, bem como a inclusão desse modelo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS – Portaria 3.088, 23.12.2011).

Acontece que a construção do modelo de saúde pública brasileiro – mesmo sendo considerado um dos mais promissores do planeta – é extremamente jovem e dotado de incomensuráveis desafios, entre esses um financiamento aquém de suas reais necessidades, a falta de acesso e de capilaridade conforme o desejável e a necessidade de mais treinamento e capacitação para a rede de cuidado. Nesse contexto, a adoção do modelo de Comunidade Terapêutica como estratégia de acolhimento e cuidado vem gerando uma série de críticas por parte de setores da sociedade – desde aquelas que identificam outras áreas do SUS como prioritárias, até outras que enxergam nas Comunidades Terapêuticas a reedição dos modelos manicomiais e uma ameaça ao Estado laico – avanços tão caros e duramente conquistados nas últimas décadas.

Com o intuito de contribuir para o amadurecimento não apenas desse debate, mas para a instituição de políticas de saúde que fortaleçam ainda mais o estado democrático de direito brasileiro, o Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas do Estado de São Paulo (CONED – SP) está lançando a segunda edição revisada do seu Manual para instalação e funcionamento de serviço no Estado de São Paulo. O CONED entende que o modelo de cuidado oferecido

pelas Comunidades Terapêuticas possui validade científica e que cabe à sociedade organizada e ao poder público democraticamente constituído definir sua participação e a integração dentro do SUS, certamente um patrimônio da sociedade brasileira de valor incalculável. Nesse sentido, o Manual das Comunidades Terapêuticas não apenas conceitualiza esse modelo com propósitos de financiamento e estruturação de políticas públicas para o Estado de São Paulo, como igualmente deixa clara relevância desse modelo como estratégia de cuidado e reinserção psicossocial, longe de propósitos que ainda permeiam o imaginário hodierno, tais como o internamento asilar ou a submissão ao dogma religioso.

O fortalecimento, a superação de conflitos de natureza filosófica e ideológica e o aumento da complexidade, tanto da RAPS, quanto dos vínculos pessoais e da recuperação do usuário-cidadão são os motivos que levaram o CONED-SP a reeditar esse manual. Nesse ensejo, toda a legislação referente ao tema foi atualizada e encontra-se disponível para consulta no corpo do texto. Informações conceituais, logísticas e as normas de funcionamento estão dispostas de forma detalhada e didática. Desejamos uma leitura proveitosa a todos.

Marcelo Ribeiro de Araújo

Presidente do Conselho estadual de Políticas sobre Drogas

Como foi construído este Manual

O CONED-SP, criado pelo Decreto 25.367 de 12/06/1986, é um Conselho paritário composto por 48 representantes do poder público e da sociedade civil.

O Conselho se reúne mensalmente, atualmente nas dependências do CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas, situado na Rua Prates 165, Bom Retiro, São Paulo, SP.

Há algum tempo o CONED-SP adotou o mecanismo do Grupo de Trabalho (GT) para desenvolver as ações mais complexas e controversas, considerando a heterogeneidade de sua composição no que diz respeito à posição dos seus membros em relação às políticas de drogas do Brasil.

Quando a plenária considera que precisa ser desenvolvido algum material específico sobre um tema, como no caso deste Manual, se cria o GT no intuito de dedicar atenção a este assunto. Este GT é composto por membros do Conselho que se autoindicam voluntariamente, não havendo geralmente número máximo de participantes, o que permite que qualquer membro do Conselho que assim o deseje possa participar do processo de construção do foco do GT.

Constituído o GT, se define a periodicidade dos encontros presenciais (geralmente mensal) e se ajusta a pauta de trabalho, estabelecendo uma previsão de prazo para finalização.

Assim que o GT produz algum material concreto, tanto durante as reuniões presenciais quanto por e-mail, se apresenta à plenária, numa reunião ordinária, o que está sendo produzido, e é também encaminhando por e-mail para avaliação de todos. Se a plenária, ou qualquer membro via e-mail, tiver considerações a fazer sobre o que está sendo produzido, a pauta volta para o GT para discussão, até chegar numa versão do material que seja aprovado pela maioria em plenária.

No caso deste Manual foi seguido este processo, considerando que já existia uma edição anterior do mesmo. O GT foi criado no começo de 2018, e se constituiu no intuito de revisar o antigo manual, considerando a necessidade de incluir questões operacionais e técnicas no mesmo, assim como de atualizá-lo de acordo

com as novas legislações. Desta forma se reuniram mensalmente e, às vezes, quinzenalmente, membros representantes de diversas instituições e órgãos públicos como: Vigilância Sanitária Estadual, Conselho Estadual de Farmácia, Coordenadoria Estadual de Políticas sobre Drogas (COED), Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), Amor Exigente, Secretaria da Justiça e Cidadania (SJC) além do Presidente.

Cabe ressaltar novamente que o GT esteve o tempo inteiro aberto para a participação de outros Conselheiros, se assim o desejassem.

Depois de alguns encontros o GT produziu a primeira versão da atualização, que foi encaminhada para todos os Conselheiros por e-mail, para ser lida e comentada por todos membros do Conselho que não puderam participar do GT, antes de votar a aprovação da versão definitiva.

Desta forma se garantiu a construção democrática e participativa, já que todos os membros tiveram acesso ao material antes de ser publicado e todos puderam se manifestar livremente, tanto por e-mail quanto durante as plenárias, nos diversos momentos em que o tema foi discutido, além, é claro, da possibilidade de todos participarem do GT, se assim o desejassem.

No final de 2018 já estava praticamente pronta a versão final do Manual, porém com a mudança de governo e com a iminência de novas legislações o GT considerou prudente aguardar mais um pouco para evitar que a publicação ficasse desatualizada em curto espaço de tempo.

Desta forma o Conselho teve mais um tempo para revisar e discutir as atualizações do Manual, o GT adaptou o mesmo às novas legislações, para agora poder apresentar um material que é fruto do trabalho conjunto e democrático de um Conselho extremamente heterogêneo, que tem aprendido a conviver e aprender com as diferenças de visão de mundo e, principalmente, da política sobre drogas.

O desejo do CONED-SP é que este material possa contribuir com a melhoria na qualidade do trabalho das Comunidades Terapêuticas do Estado, assim como também contribuir com os processos de fiscalização a serem realizados pelos órgãos públicos competentes, visando sempre o bom atendimento e a garantia dos direitos dos usuários destes serviços.

***Grupo de Trabalho sobre as Comunidades Terapêuticas
do CONED-SP***



Secretaria de
Justiça e Cidadania



Comunidades Terapêuticas no Brasil e no mundo

A ideia de comunidade como ambiente terapêutico sempre esteve presente ao longo da história da humanidade, fato que se evidencia em muitos dos relatos antigos, desde os protótipos de comunidades ascéticas, como os essênios de Qumran (Mar Morto), com regras de convivência muito semelhantes às das atuais Comunidades Terapêuticas, até os posteriores grupos de autoajuda espalhados por toda a Europa e América do Norte através do movimento humanista, baseado nas ideias de teóricos como Abraham Maslow, Carl Rogers e Rollo May.

Na segunda metade do século XX, num ambiente mundial de pós-Guerra, Maxwell Jones inicia o movimento definitivo de reforma da psiquiatria, desenvolvendo o método de Comunidade Terapêutica Psiquiátrica, modelo já difundido antigamente de forma religiosa e não institucionalizada, sendo agora denominado de “terceira revolução em psiquiatria”.

Maxwell Jones visava uma maior interação do paciente no seu próprio processo, fazendo-se este assim partícipe das suas pequenas conquistas cotidianas. Ele afirma que “de maneira recíproca, a total dependência e passividade [...] precisa ser mudada a fim de permitir-lhe uma participação mais ativa em sua própria cura e na dos outros” (JONES, 1972), o que caracteriza o modelo de trabalho chamado também de “gestão compartilhada”.

Por outro lado, diversos grupos já vinham constituindo-se como organizações de trabalho em prol da recuperação do alcoolismo e da dependência química, como os Alcoólicos Anônimos (AA), fundado em 1935, atualmente difundido a nível mundial.

Em 1953, a iniciativa dos AA dá origem a uma nova abordagem destes mesmos princípios, quando é criada uma nova associação chamada de Narcóticos Anônimos (NA), baseada nos mesmos 12 Passos, adaptados agora para a dependência não somente do álcool, mas também para outras drogas.

Anos depois, em agosto de 1959, em Santa Mônica, Califórnia, EUA, foi fundada Synanon, o primeiro protótipo de CT para a recu-

peração da dependência química da história, organizada por egresos dos grupos de AA.

Porém, o primeiro modelo autodenominado como Comunidade Terapêutica foi o Daytop Village, fundado em Nova York, em 1963, por Monsenhor William O'Brien e David Deitch, este último dissidente de Synanon. O principal diferencial desta nova abordagem foi a inclusão de profissionais da área da saúde dentro da equipe e a estruturação de um método específico de trabalho que foi depois consagrado internacionalmente.

Já no Brasil, em 1968, na cidade de Goiânia, nasce a primeira iniciativa brasileira de acolhimento a dependentes químicos, o Movimento Jovens Livres, fundado pelo casal Pastor Paulo Brasil e Pastora Ana Maria Avelar de Carvalho Brasil.

A segunda iniciativa brasileira teria sido o Desafio Jovem (*Teen Challenge*) Brasil, e a fundação da primeira casa de Goiânia teria acontecido em 1977, tendo como primeiro presidente o Pr. Bernardo Johnson, cinco anos depois do lendário Pr. David Wilkerson ter vindo ao Brasil pela primeira vez em 1972.

Em 1978 foi fundada a Associação Promocional Oração e Trabalho (APOT), hoje denominada como "Instituição Padre Haroldo Rahm", que no mesmo ano iniciou os trabalhos na CT "Fazenda do Senhor Jesus" para homens adultos, sendo esta a primeira CT do Brasil, já que foi o primeiro serviço a utilizar o método de CT, sendo este o método Daytop, já citado acima.

Em 16 de outubro 1990 é fundada a FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, pelo Padre Haroldo Joseph Rahm, pioneiro das CTs do Brasil, e pelo Prof. Saulo Montserrat, tendo como objetivo fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as CTs em todo o território nacional. Além de atuar em parceria junto ao poder público na elaboração e execução de políticas públicas no que se refere à dependência química.

A FEBRACT, portanto, foi criada objetivando contribuir nas ações referentes à: prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, construção de políticas públicas, formação de equipes e programas e representação nacional e internacional das CTs do Brasil.

Partindo das normas da Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas (WFTC), da qual a FEBRACT é representante oficial no Brasil, e tendo a dimensão da problemática na América Latina, con-

tribuiu na fundação da Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT) em 1987, sendo também sua atual Vice-Presidente, e representante no Brasil do Programa de Certificação de Conselheiros Terapêuticos em dependência química, realizado em parceria FEBRACT/FLACT/CICAD/OEA.

Em 21 de janeiro de 1995 é aprovado, em Assembleia Geral da FEBRACT, o primeiro Código de Ética das CT do Brasil, aprovado também pela Federação Mundial das Comunidades Terapêuticas em 24 de abril do mesmo ano, que deu embasamento para todas as legislações posteriores referentes à Comunidades Terapêuticas no Brasil.

Atualmente a FEBRACT congrega aproximadamente 300 Comunidades Terapêuticas em todo o território nacional, tendo 13 Delegacias oficiais nos Estados de RS, SC, PR, SP, MG, BA, MS, DF, GO, PE, MA, RO, AC, e mais 3 em processo de formação nos Estados de RJ, RR e PA, assim como diversas associações estaduais de Comunidades Terapêuticas vinculadas diretamente à FEBRACT.

Também desenvolve desde 2014 uma parceria inédita com o Governo do Estado de São Paulo, no gerenciamento de vagas em Comunidades Terapêuticas pelo Programa Recomeço: uma vida sem drogas, através de um Termo de Colaboração com o Estado e de um também inédito Termo de Atuação em Rede com aproximadamente 70 serviços, com os quais realiza ações de monitoramento, suporte técnico e repasse de recursos.

A FEBRACT também contribuiu com o desenvolvimento da legislação vigente referente às Comunidades Terapêuticas no Brasil, como, por exemplo:

- **RDC nº 29/2011**, atual Legislação Sanitária para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas.
- **Portaria nº 834/2016**, que define a possibilidade de as Comunidades Terapêuticas obter o CEBAS-Saúde.
- **Portaria nº 1482/2016**, que incluiu as Comunidades Terapêuticas na Tabela dos Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com o Tipo 83, Polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde.
- Apontamento de modificações na **Portaria nº 3.088/2011**, que inclui as Comunidades Terapêuticas no âmbito do SUS.

- **Lei nº 13.840/2019**, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar o financiamento das políticas sobre drogas.

Desta forma, para a FEBRACT a Comunidade Terapêutica é um serviço residencial transitório, de atendimento a dependentes químicos, de caráter exclusivamente voluntário, que oferece um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, cujo objetivo – muito mais ambicioso do que apenas a manutenção da abstinência – é a melhora geral na qualidade de vida, assim como a reinserção social do indivíduo.

***Federação Brasileira de
Comunidades Terapêuticas – FEBRACT***

INTRODUÇÃO

O cenário do uso de drogas no Brasil é preocupante. O impacto deste problema de saúde pública é potencializado quando levamos em consideração uma grande camada economicamente desfavorecida e vulnerável socialmente. Este contexto pode ser ainda mais negativo quando é combinado à falta de iniciativas de prevenção universais e eficazes. O impacto deste grave problema social é amplo e tem reflexo nas altas taxas de violência urbana e na sobrecarga do sistema assistencial. De acordo com o segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD, 2012), cerca de 2 milhões de brasileiros consumiram crack pelo menos uma vez na vida e um em cada 100 usou crack no último ano. Estima-se que um terço dos usuários reside na região sudeste e mais de 160 mil usuários vivem no Estado de São Paulo. Já o consumo abusivo de álcool tem alcançado proporções que colocam o Brasil no topo da lista dos países com maior consumo, com um padrão de uso extremamente nocivo e totalmente banalizado na sociedade.

A implementação de melhoras consistentes no nosso sistema de assistência direcionado à dependência química é essencial, e deve envolver aprimoramentos no seu acesso, treinamento de profissionais e, especialmente, na ampliação da rede de assistência e recuperação.

Tendo em vista o perfil da população que demanda esta assistência, as Comunidades Terapêuticas constituem-se como o principal serviço de atendimento em regime residencial para indivíduos com problemas decorrentes do uso nocivo e/ou dependência de substâncias psicoativas, dando conta, segundo dados da SENAD de mais de 80% da demanda, bem como proporciona um incentivo para a reinserção social, que passa pelo reestabelecimento dos vínculos familiares e capacidade de auto sustento.

A reinserção social é considerada muitas vezes como o maior desafio do processo de recuperação em dependência química. As dificuldades encontradas na reinserção social se intensificam especialmente em países como o Brasil, onde a combinação da desigualdade social com a falta de políticas públicas de amparo se misturam com os desafios já enfrentados por usuários problemáticos de drogas em recuperação. É neste contexto que o papel das Comunidades Terapêuticas se torna essencial, oferecendo não só o amparo social fundamental para que o indivíduo possa se dedicar a sua recuperação, mas também usando intervenções eficazes para promover o reestabelecimento de vínculos sociais saudáveis e autonomia financeira.

Para que estas metas sejam atingidas é imperativo que um sistema efetivo e contínuo de monitoramento e avaliação seja implementado, garantindo a prestação de serviços de qualidade e também nor-teando inovações e aperfeiçoamentos na rede de assistência.

Clarice Sandi Madruga

Psicóloga, Doutora em Psiquiatria, Pesquisadora da
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

ELEMENTOS ESSENCIAIS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

As Comunidades Terapêuticas (CT), como já dito, surgem na história como o primeiro dispositivo estruturado da Reforma Psiquiátrica, na década de 1950, quando Maxwell Jones inicia o trabalho da CT Psiquiátrica com os egressos da 2ª Guerra Mundial na Inglaterra, com o foco na maior interação do paciente no seu próprio processo, fazendo-se este assim partícipe das suas conquistas cotidianas e da construção do seu próprio processo.

Depois, na década de 1960 na Itália, Franco Basaglia cria as bases definitivas da Reforma Psiquiátrica por meio de sua experiência no Hospital Provincial de Trieste, contribuindo no desenvolvimento de uma extensa rede de cuidados extra hospitalares, na qual estiveram incluídas as CT. Deste processo resultou a Lei nº 180 – Lei da Reforma Psiquiátrica italiana, ou “Lei Basaglia”, como também ficou conhecida, e que serviu de base para a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Mesmo não tendo sido totalmente garantidas no Brasil, por causa das complicações experimentadas durante sua implantação, a Reforma Psiquiátrica possui 5 bases conceituais que norteiam todas as ações: Desospitalização, Desinstitucionalização, Modelo Psicossocial, Singularização, Ressocialização.

Estas bases estão contidas na Lei 10.216/2001, também conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”.

Considerando que as CTs foram, como já foi dito, o primeiro dispositivo humanizador da Reforma Psiquiátrica, são esses mesmos princípios e bases conceituais que norteiam o trabalho das CT originais, e é apoiado neles que as verdadeiras CTs desenvolveram princípios e estratégias de atendimento condizentes com estes.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar as principais características do modelo de atendimento das CTs:

- Todo acolhimento em CT é **exclusivamente voluntário**, sendo que o usuário pode desistir do processo a qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de constrangimento.
- Indivíduos com **sintomas psicóticos, sinais de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência grave**, não devem ser admitidos na CT, assim como os indivíduos com **agravos de saúde ou níveis de comprometimento cognitivo graves**, devendo ser referenciados para outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.
- O acolhimento na CT é de caráter residencial transitório, ou seja, deve existir **tempo máximo de permanência** e mecanismos que garantam a possibilidade de saída do usuário com recursos internos e externos que possibilitem a sua autonomia.
- Todos os **direitos constitucionais e humanos** do indivíduo devem ser garantidos e preservados dentro da CT.

A seguir serão descritas as ações propostas para as CT, de acordo com as bases conceituais da Reforma Psiquiátrica, e as legislações vigentes no país.

1.1 DESOSPITALIZAÇÃO

A **Desospitalização** significa, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica, o atendimento ao usuário fora do ambiente hospitalar, através dos dispositivos da rede de serviços. Cabe lembrar, como consta na Política Pública vigente, que mesmo tendo a desospitalização como princípio, não se desconsideram absolutamente os atendimentos em regime residencial, considerando o encaminhamento do usuário para outros equipamentos extra-hospitalares (não residenciais) para continuidade do tratamento, como CAPS (Centros

de Atenção Psicossocial), hospital-dia, NASF (Núcleo de Apoio de Saúde da Família), consultórios de rua, etc., como está atualmente previsto na Lei 13.840/2019.

O principal problema em relação a este referenciamento é que, mesmo após 32 anos do início da implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil através do Movimento de Luta Antimanicomial (fundado em 1987), e depois de 19 anos da promulgação da Lei 10.216/2001, a rede extra-hospitalar para a qual a CT deveria encaminhar seus usuários, ou a qual poderia encaminhar seus usuários para as CTs, ainda é insuficiente, o que dificulta sobremaneira a articulação com a mesma.

Mesmo assim é essencial que a CT trabalhe de forma articulada com a rede de serviços locais, em especial com as políticas de saúde, assistência social, educação, cultura e trabalho, dentre outras, instituídas para a garantia dos direitos dos seus usuários.

Considerando o princípio básico de que a CT é um equipamento da RAPS, de acordo com o estabelecido no Artigo 9º, inciso II, da Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, a CT seria um “serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial, transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”.

Por outro lado, as CT também podem ser equipamentos vinculados às Políticas de Desenvolvimento Social, como é o caso do “Programa Recomeço: uma vida sem drogas”, do Governo do Estado de São Paulo.

Também é fundamental que os usuários tenham acesso a todos os recursos disponíveis na comunidade local, os quais possam representar fatores de proteção para sua recuperação, vivência social e comunitária, incluindo grupos de mútua ajuda e atividades religiosas, culturais e de lazer.

Ao mesmo tempo, a articulação junto à rede de proteção social, o atendimento e acompanhamento das famílias – desde o ingresso do usuário na CT, bem como durante todo o período de permanência do mesmo no serviço e após o desligamento – são de fundamental importância tanto para o bom andamento do processo em regime residencial quanto para aumentar as chances de que a *ressocialização* (última base conceitual da Reforma Psiquiátrica) possa acontecer de fato.

Essa nova percepção levaria a uma notória “*ampliação do conceito de saúde*”, incluindo em seus determinantes as condições gerais de vida”, considerando assim a *melhora da qualidade de vida* como um dos principais objetivos a serem atingidos por meio dos dispositivos terapêuticos utilizados, e não mais somente a retirada ou a diminuição dos sintomas mais evidentes.

1.2 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A **Desinstitucionalização** visa eliminar as consequências da vida institucional, como: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional. No modelo de CT, isto significa o empoderamento do usuário durante o processo terapêutico, visando desenvolver sua autonomia e auto eficácia, no intuito de que o usuário não crie uma relação de dependência com a CT, assim como tenha todos os seus direitos constitucionais garantidos e preservados.

Para garantir isto, a CT deve oferecer condições dignas de **moradia e alimentação**, conforme as diretrizes contidas no capítulo 3 deste Manual.

A CT, em sua essência, deve garantir a participação do usuário na construção das normas e da rotina, tendo momentos específicos para isto, como **Assembleias**, por exemplo. Através desta participação ativa, garante-se tanto o empoderamento já mencionado, como a garantia da preservação dos direitos básicos. Caso estes não estejam sendo contemplados, o usuário pode se manifestar de forma individual ou grupal para modificar o que for necessário.

Algumas diretrizes podem contribuir com a garantia dos direitos dos usuários:

- Possuir mecanismo de registro de queixas e sugestões à disposição de cada usuário e família, onde seja possível expor quaisquer insatisfações e opiniões voltadas à melhoria do serviço.
- Garantir o sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, vedando a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição do usuário sem a autorização prévia do mesmo, por escrito.

- Não utilizar ações como contenção física, psicológica e medicamentosa, bem como quaisquer tipos de isolamento ou restrição que infrinjam a liberdade da pessoa.
- Não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os usuários ou familiares.
- Não tolerar violência física, verbal ou psicológica entre os usuários.
- Não violar, em nenhuma instância, a correspondência do usuário, e garantir que as ligações telefônicas sejam realizadas com privacidade.
- Permitir que a família e outros realizem visitas, bem como o acesso aos meios de comunicação que viabilizem o contato com a mesma.
- Comunicar imediatamente (ou em até 24h) a família, e/ou pessoa responsável, previamente indicada, sobre as intercorrências graves a respeito da condição de saúde e os procedimentos adotados pela CT, assim como da interrupção da permanência na CT.
- Não submeter os usuários a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes ou a exposição em vias públicas.
- Desenvolver atividades religiosas, de modo a permitir que os usuários possam decidir quanto a sua participação nas mesmas.
- Oferecer atividades alternativas para os usuários que não desejem participar das atividades religiosas oferecidas pela CT.
- Permitir aos usuários participar de atividades religiosas de seu credo, dentro ou fora da CT.
- Garantir aos usuários um ambiente livre de álcool e drogas ilícitas.

1.3 MODELO PSICOSSOCIAL

O **Modelo Psicossocial** se baseia na percepção de que o engajamento subjetivo e sociocultural é indissociável da definição de saúde mental. Este modelo psicossocial seria o contraponto do já ultrapassado modelo asilar, e significaria uma superação do modo de relação sujeito-objeto característico do modo médico.

Na CT acredita-se que todos os membros podem fazer-se responsáveis pelo grupo e pela instituição, independentemente das suas características pessoais, desde que devidamente empoderados e organizados. Assim, o usuário e os familiares teriam prerrogativas semelhantes e equivalentes às da equipe, para poder gerir cada fase do processo.

Como citado no ponto anterior, a **Assembleia** é o principal instrumento da CT para garantir esta participação ativa do sujeito em seu processo e na vida do grupo, o que garante que as relações estabelecidas dentro da CT sejam, de fato, terapêuticas.

George De Leon afirma que “é ao se esforçar para satisfazer as expectativas de participação da comunidade que os residentes perseguem suas *metas individuais de socialização e crescimento psicológico*” (2008). Desta forma, o indivíduo que consegue socializar-se dentro da CT teria desenvolvido recursos internos suficientes para dar conta de uma posterior socialização fora da CT.

Ao mesmo tempo a CT precisa oferecer outros elementos que contribuam com o restabelecimento do funcionamento das habilidades e valores saudáveis, assim como com o resgate da saúde física e emocional. Em outras palavras, a retomada de um estilo de vida saudável.

Para isto algumas ações têm se mostrado eficazes:

- Atividades de promoção de autocuidado e sociabilidade, que viabilizem a execução de trabalhos e/ou execução de tarefas que desenvolvam autonomia, organização e responsabilidades nas atividades da vida diária e prática.
- Atividades de conscientização sobre a dependência química que visem fomentar no usuário a percepção de hábitos, comportamentos, pensamentos e sentimentos que comprometem a sua qualidade de vida, proporcionando

também o desenvolvimento de habilidades para o resgate de valores e hábitos saudáveis.

- Atividades de espiritualidade, sem discriminação de credo, que promovam a dimensão da pessoa humana que traduz a busca em alcançar a plenitude da sua relação com o seu bem-estar espiritual na forma como cada um concebe.
- Atividades físicas e desportivas que promovam a reabilitação física e o convívio comunitário.
- Assistência psicossocial em atendimentos individuais ou em grupos.

1.4 SINGULARIZAÇÃO

A **Singularização** significa tratar o indivíduo de acordo com as suas características e necessidades pessoais. O foco do processo como um todo deve ser a reapropriação da identidade do sujeito, e não o conceito minimizador da abstinência como solução do problema, já que está claro que a dependência química é uma doença multifacetada, e que o consumo de SPA (substâncias psicoativas) é muito mais um sintoma do que a doença por si mesma.

Por este motivo é indicado que toda CT possua duas estratégias de atendimento fundamentais, devendo estar documentadas e embasadas cientificamente:

- **Projeto Terapêutico** (PT) → estratégia institucional
- **Plano Atendimento Singular** (PAS) → estratégia individual

Estas duas estratégias são diferentes, embora uma (PAS) esteja contida na outra (PT).

1.4.1 Elementos do Projeto Terapêutico (PT)

- Objetivos gerais e específicos
- Critérios de admissão e readmissão
- Critérios de desligamento (Alta administrativa)
- Protocolo de desistência (Alta solicitada)
- Critérios de Alta Terapêutica

- Tempo máximo de permanência
- Fases que compõem o Projeto Terapêutico
- Atividades desenvolvidas durante o processo
- Recursos materiais utilizados
- Recursos humanos envolvidos – Equipe Multidisciplinar
- Mecanismos de avaliação de resultados

1.4.2 Elementos do Plano de Atendimento Singular (PAS)

O PAS precisa estar **dividido em Fases**, considerando objetivos específicos para cada uma delas, assim como acontece em qualquer projeto, que podem estar descritas de forma geral no Projeto Terapêutico, mas que precisam ser aplicadas de forma individualizada em cada pessoa.

Estas fases devem iniciar com elementos de baixa complexidade e exigência, e ir aumentando progressivamente de acordo com o desenvolvimento do indivíduo, sendo que o fator tempo, analisado isolado e exclusivamente, nunca deve ser o critério de passagem de fase, e muito menos de conclusão do programa.

Cada equipe pode dividir estas Fases da forma que compreender mais eficaz, porém apresentamos aqui as bases e critérios mínimos para cada momento:

1. Ingresso
2. Fase inicial
3. Fase intermediária
4. Fase final

1.4.2.1 Ingresso

- **Triagem e avaliação inicial**
 - Avaliação gravidade da dependência química
 - 1º contato com família/responsável
- **Coleta de dados pessoais**
 - Sociodemográficos
 - Saúde
 - Dependência química

- **Avaliação de demandas emergenciais**
 - encaminhamento para a rede de saúde
 - encaminhamento para a RAPS
 - emissão de documentos
 - roupas e objetos de higiene pessoal
 - busca ativa familiar

1.4.2.2 Fase Inicial

- **Apresentação da CT**
 - Projeto Terapêutico
 - Atividades
 - Regulamentos
 - Estrutura física
 - Grupo e Equipe
- **Avaliação individual**
 - Recursos internos e externos
 - Comorbidades
 - Tratamentos anteriores
 - Gravidade da dependência
 - Fatores de risco e proteção
- **Adaptação com a CT**
 - Atividades de baixa complexidade
 - Maior tolerância da equipe
 - Necessidade de “tutor”
 - **Foco na permanência**

1.4.2.3 Fase Intermediária

- **Desenvolvimento individual**
 - Habilidades sociais
 - Estratégias de enfrentamento
 - Capacidade de resolução de conflitos
 - Tolerância à frustração
 - Comunicação
 - Atividades externas

- **Papeis na CT**

- Aumento da responsabilidade
- Papeis de compromisso
- Direção de atividades
- Participação ativa em Assembleias
- Compromisso com o programa

- **Contato familiar**

- Avaliação estrutura e dinâmica
- Avaliação do nível de codependência
- Maiores informações pessoais
- Participação ativa na construção do PAS
- Construção das primeiras saídas

1.4.2.4 Fase Final

- **Reinserção social**

- Condições de autossustento
- Vínculos familiares reconstituídos
- Retomada de estudos
- Maior equilíbrio emocional
- Maior autocontrole

- **Atividades externas**

- Trabalho remunerado
- Referenciamento à RAPS
- Grupos de apoio
- Grupos religiosos
- Lazer saudável
- Novas amizades
- Evitar situações de risco

Estes critérios da **Fase Final** podem ser considerados também como **critérios de Alta Terapêutica**.

Cabe lembrar que **O TEMPO NUNCA DEVE SER O CRITÉRIO DE ALTA TERAPÊUTICA**, já que isto significaria **simplificar e padronizar** o processo, em detrimento de critérios mais específicos como as melhoras acima descritas.

1.4.3 Critérios de Alta Administrativa

- **Indisciplina** (sempre após avaliação da equipe)
 - Violência
 - Roubos
 - Uso de SPAs dentro da CT
- **Encaminhamento**
 - Para tratamento de saúde geral
 - Para tratamento de saúde mental (comorbidades)
 - Para outra CT ou equipamento semelhante
- **Outros**
 - Ordem judicial
 - Óbito

1.4.4 Alta Solicitada (*Desistência*)

- Deve ser sempre de livre escolha do acolhido.
- É uma das formas do acolhido usufruir do direito da voluntariedade.
- Deve acontecer em ambiente calmo, sem hostilidade e agressões da equipe e/ou grupo.
- Precisa contemplar um Protocolo mínimo do Abandono após realizadas as intervenções possíveis:
 - Avisar a família (pode ser a última tentativa de reversão)
 - Revistar pertences (nunca a pessoa)
 - Verificar documentação pessoal (o acolhido deve levar toda a sua documentação pessoal)
 - Definir qual a forma de saída da CT (família busca, CT leva, sai sozinho)
 - Realizar registro e avaliação do abandono
 - Avaliar os critérios de readmissão

1.4.5 Registro de Prontuários

- Dados pessoais (Ficha de cadastro)
- Avaliação médica prévia

- Termo de adesão voluntária (CT)
- Relatório de atividades desenvolvidas
- Registro de saídas e encaminhamentos
- Registro de medicação
- Registro de intercorrências
- Registro de visitas familiares e ligações telefônicas
- Avaliação multidisciplinar e multiprofissional periódica
 - Mínimo mensalmente
- Registro dos critérios de Alta (Terapêutica ou Administrativa)
- Registro de Alta solicitada ou Evasão

No PAS (instrumento que compõe o prontuário) deve constar as seguintes informações:

- Dados pessoais do usuário.
- Dados da família e contatos com detalhes em relação ao vínculo.
- Histórico do acompanhamento, incluindo eventuais internações, acolhimentos e outras formas de tratamento de saúde.
- Indicação de profissional de referência da equipe para o usuário.
- Quais substâncias psicoativas de que fez uso.
- Atividades que o usuário executará dentro de seu plano terapêutico dentro do serviço bem como as saídas para atividades externas de reinserção social e comunitária.
- Detalhes sobre acompanhamento médico já feito, equipamento que fez tratamento, exames prévios realizados.
- Período de permanência e possíveis intercorrências.
- Evolução do usuário, seus resultados e o planejamento de saída.

O PAS deverá ser assinado pela equipe responsável e pelo próprio usuário, garantindo assim sua participação na elaboração.

O prontuário deverá estar à disposição para consulta, tanto para o usuário quanto para os órgãos fiscalizadores, e deverá ser atualizado periodicamente.

1.5 RESSOCIALIZAÇÃO

A **Ressocialização** significa o retorno do indivíduo à sociedade e à família, de acordo com as reais possibilidades de cada caso, buscando identificar ou desenvolver diversos dispositivos externos que se adaptem a cada necessidade.

Todo o processo dentro da CT tem como objetivo principal a reinserção social efetiva, para o qual são indicadas algumas ações:

- Construção do processo de desligamento da CT com a conquista da autonomia e reinserção familiar, de acordo com a realidade de cada indivíduo.
- Promover o acesso dos usuários à rede de qualificação e requalificação profissional, com vistas à inclusão produtiva.
- Atividades para reinserção social que promovam a realização de atividades remuneradas que apoiem a conquista da autonomia e do auto sustento.
- Construção do processo de desligamento do serviço com encaminhamentos para grupos de mútua ajuda e serviços de apoio a usuários de substâncias psicoativas, mesmo durante o processo de acolhimento.

Ao mesmo tempo, a participação ativa da família no processo aumenta a chance de uma ressocialização efetiva, por isso também são indicadas as seguintes ações:

- Promover a inclusão da família nas atividades desenvolvidas, desenhando intervenções e programas de orientação.
- Busca ativa da família ou da pessoa indicada pelo usuário, por meio da promoção a participação do processo, bem como das ações de preparação para a reinserção social.

1.6 EQUIPE

Em relação à equipe de referência da CT, é indicada a presença de uma equipe multidisciplinar, preferencialmente com profissionais da área da saúde e humanas, assim como de Conselheiros/Monitores, todos capacitados na área da dependência química, contratados formalmente, em número e carga horária compatível com a quantidade de usuários e com as atividades a serem desenvolvidas.

É importante considerar que em nenhum momento a CT pode ficar sem um responsável pelo serviço, compreendendo assim escalas de trabalho que contemplem as 24 horas do dia, os 7 dias da semana.

Também é indicado que a CT desenvolva estratégias de capacitação continuada para a sua equipe, considerando a constante necessidade de atualização das informações técnicas e legais nesta área.

1.7 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Todo trabalho precisa ser avaliado e monitorado regularmente para garantir a sua eficácia, por isto alguns indicadores de eficácia podem mensurar os resultados obtidos, indicadores estes validados por estudos nacionais e internacionais.

Portanto, sugere-se que as CT desenvolvam estratégias de avaliação de resultados, podendo utilizar-se de indicadores como os descritos abaixo.

- Taxa de conclusão do programa (Alta Terapêutica).
- Taxa de desistentes que permanecem pelo menos 90 dias no programa.
- Taxa de acolhidos que recebem cursos de qualificação profissional durante o programa.
- Taxa de acolhidos referenciados para equipamentos da rede externa (Saúde e Assistência Social).
- Taxa de acolhidos que concluem o programa com condições de autossustento.
- Taxa de acolhidos que concluem o programa com melhoras significativas na qualidade de vida (saúde, relação familiar, moradia, estudos, etc.).
- Taxa de acolhidos que concluíram o programa e permanecem com indicadores positivos de qualidade de vida após 12 meses da saída da CT.

LEGISLAÇÃO BÁSICA

2

2.1 ORGANIZAÇÃO DOCUMENTAL DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

As CT devem possuir:

- Licença de funcionamento atualizada expedida pelo órgão competente de vigilância sanitária.
- Atestado de Vistoria fornecido pelo Corpo de Bombeiros (conforme Decreto Estadual nº. 38.069/1993) atualizado.

Também devem encaminhar ao Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONED, para o e-mail coned@justica.sp.gov.br, **para fins exclusivos de banco de dados**, os seguintes documentos:

- Licença de funcionamento atualizada expedida pelo órgão competente de vigilância sanitária.
- Atestado de Vistoria fornecido pelo Corpo de Bombeiros (conforme Decreto Estadual nº. 38.069/1993) atualizado.
- Estatuto Social registrado em Cartório ou Contrato Social.
- Ata de eleição e posse da atual diretoria, quando cabível.
- Cartão de CNPJ.

Esta documentação deve ser atualizada anualmente.

2.2 ETAPAS PARA REGULARIZAÇÃO DO SERVIÇO

2.2.1 Licença de Funcionamento

Todo serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência de SPA, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município.

É a Portaria CVS nº. 1 de 9 de janeiro de 2019, que disciplina, no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA, o licenciamento dos estabelecimentos de interesse da saúde e das fontes de radiação ionizante, e dá providências correlatas.

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

Estes serviços segundo a CNAE Fiscal estão assim divididos:

- **CNAE 8711-5/03: Comunidade Terapêutica de Interesse à Saúde**

Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes, que compreendem as Instituições de assistência médica e psicossocial que prestem serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

- **CNAE 8720-4/99: Comunidade Terapêutica de Interesse Social**

Atividade de assistência psicossocial e à saúde à portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificada anteriormente. Compreende os espaços sociais destinados a fornecerem assistência psicossocial, alojamento, alimentação, supervisão e acompanhamento a pessoas com distúrbios psíquicos e problemas causados pelo uso ou abuso de drogas, por tempo limitado.

2.2.2 Etapas para obtenção de Licença de Funcionamento

A Documentação a ser entregue e protocolada junto ao órgão sanitário competente para emissão de LTA (Laudo Técnico de Avaliação), prévios à solicitação inicial de Licença de Funcionamento:

- Comprovante de recolhimento (DARE ou equivalente municipal) da taxa de laudo técnico de avaliação de projeto de edificação – original.
- Comprovante de responsabilidade técnica (ART: Anotação de Responsabilidade Técnica; ou RRT: Registro de Responsabilidade Técnica) – cópia.
- Memorial descritivo de fluxos e de atividades – cópia.
- Memorial descritivo do projeto arquitetônico da edificação – cópia
- Projeto arquitetônico da edificação (jogos de plantas, completo) – cópia

2.2.3 Solicitação inicial de Licença de Funcionamento, suas alterações ou cancelamento

Documentação a ser entregue ao órgão sanitário competente após publicação do LTA:

- Cadastro nacional de pessoa jurídica (CNPJ) – cópia, com apresentação do original
- Comprovante de recolhimento (DARE ou equivalente municipal) da taxa de inspeção sanitária – original
- Comprovante de recolhimento da taxa de termo de responsabilidade técnica – original
- Comprovante de responsabilidade técnica, emitida pelo conselho profissional competente – cópia com apresentação do original
- Comprovante de vínculo empregatício – cópia
- Contrato de atividade terceirizada – cópia
- Contrato social registrado em cartório de registro civil de pessoas jurídicas quando se tratar de sociedade simples, associações e fundações – cópia, com apresentação do original.

- Contrato social registrado na JUCESP – EIRELI, ME, EPP, entre outros – cópia, com apresentação do original.
- Formulário de solicitação de atos de Vigilância Sanitária – Anexo V da Portaria CVS 1/2019.
- Formulário de atividade relacionada à prestação de serviço de interesse da saúde – subanexo v. 1 da Portaria CVS 1/2019.
- Licença de funcionamento das atividades contratadas (terceirizadas) – cópia
- LTA – Laudo Técnico de Avaliação de projeto de edificação – cópia da página do Diário Oficial do Estado de São Paulo com o deferimento do LTA.

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

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

A renovação da licença deverá ser feita anualmente.

Os responsáveis do estabelecimento devem comunicar o órgão de vigilância sanitária: as alterações de endereço, estrutura física, de atividade, razão social, capacidade planejada, cancelamento de licença, responsabilidade técnica, responsabilidade legal, e outras que intervenham na qualidade do serviço prestado.

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

3

INSTALAÇÃO E INFRAESTRUTURA

As instalações e a infraestrutura dos serviços deverão estar de acordo com as atividades desenvolvidas e com as diretrizes fixadas na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA – RDC n° 29, de 30 de junho de 2011, na Resolução SS-SP 127 de 03 de dezembro de 2013 e na Portaria do Centro de Vigilância Sanitária do estado de São Paulo – Portaria CVS 01, de 09 de janeiro de 2019 ou a que vier substituí-la.

Os serviços devem garantir:

- Projeto Arquitetônico aprovado pelo órgão competente de vigilância sanitária.
- Acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, de acordo com as legislações específicas vigentes.
- Acesso externo que permita prevenir contaminação cruzada levando em conta o abastecimento da unidade, descarte de resíduos sólidos e acesso de usuários ao estabelecimento.
- Instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização,

conforto e limpeza, atendendo às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

- Instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras, atendendo às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.
- Água potável para o seu funcionamento, conforme os padrões de potabilidade exigidos, caso não disponham de abastecimento público.
- No caso de dispor de elevadores seguir as especificações exigidas.

3.1 LEGISLAÇÃO INFRAESTRUTURA

- **NBR/ABNT nº. 16537** – Acessibilidade – Sinalização tátil no piso- diretrizes para elaboração de projetos e instalações
- **RDC nº 29 de 30 de junho de 2011** – Dispões sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoa com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
- **Portaria MS nº. 2914/2011** – Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.
- **NBR 7192/ABNT** – Funcionamento de elevadores Elétricos de Passageiros – Requisição de segurança para construção e instalação.
- **NBR 13994/ABNT** – Elevadores de passageiros – Elevadores para transporte de pessoas portadoras de deficiência.
- **NBR 9050/ ABNT** – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e serviços urbanos.
- **NBR9077/ ABNT** – Saídas de Emergência em edifícios.
- **NBR 9191/ ABNT** – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo.

- **Portaria CVS nº 05/2013** – Aprova o regulamento técnico sobre boas práticas para estabelecimentos comerciais de alimentos e para serviços de alimentação, e o roteiro de inspeção.
- **Portaria CVS 1/2019** – Disciplina, no **âmbito** do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA, o licenciamento dos estabelecimentos de interesse da saúde e das fontes de radiação ionizante, e dá providências correlatas.
- **Portaria CVS 10/2017** – Define diretrizes, critérios e procedimentos no **âmbito** do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA, para avaliação físico funcional de projetos de edificações de atividades de interesse da saúde e emissão do Laudo Técnico de Avaliação – LTA.
- **Portaria GM MS nº. 1428/1993** – Regulamento Técnico para inspeção sanitária de Alimentos.
- **Resolução Estadual SS 65/2005** – Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao Controle e Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano no Estado de São Paulo e dá outras providências.
- **Resolução SS 127/2013** – Dispõe, em caráter complementar, sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas no âmbito do Estado de São Paulo.
- **Resolução Conjunta SMA/SERHS/SES nº. 03 de 21/06/2006** – Dispõe sobre procedimentos integrados para controle e vigilância de soluções alternativas coletivas de abastecimento de água para consumo humano proveniente de mananciais subterrâneos.

3.2 INSTALAÇÕES PREDIAIS DE ÁGUA, ESGOTO, ENERGIA ELÉTRICA, PROTEÇÃO E COMBATE A INCÊNDIO, TELEFONIA E OUTRAS

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

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

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

O reservatório deve atender as seguintes exigências:

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

3.3 ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO

As Organizações devem possuir os seguintes ambientes:

1. **Alojamento:** separado para ambos os sexos, respeitando a identidade de gênero do usuário, com acomodações individuais/beliches respeitando a metragem exigida pela Vigilância Sanitária (5,5m² por cama ou beliche) permitindo a livre circulação, incluindo neste dimensionamento área para guarda de roupas e pertences dos residentes.
2. **Banheiro para usuários:** Os serviços para cada seis residentes, deverão possuir um banheiro com área mínima de 3,60 m² e ser dotados de: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro com água

quente, lixeira com tampa, papel higiênico e, ao menos um banheiro deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, com no mínimo, 1 box para o vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR/ABNT 9050 e o estabelecido no Decreto 12.342 de 27 de setembro de 1978 ou o que vier a substituí-lo.

- 3. Sala de Atendimento Individual e Coletiva:** sala destinada aos atendimentos psicológicos e/ou sócioassistenciais.

Nota: Quando se tratar de CT de Interesse à Saúde, e essa possuir atendimento assistencial, como consultório médico, posto de Enfermagem, fisioterapia, etc., deverá cumulativamente atender nestes ambientes assistenciais, a RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002. Devem ainda atender a todas outras prescrições pertinentes ao objeto desta norma estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos.

- 4. Área para realização de Oficinas de trabalho:** Espaços destinados a trabalhar a valorização do potencial criativo, expressivo e imaginativo do usuário, fortalecendo a autoestima e autoconfiança.

As CT que não dispuserem destes serviços poderão utilizar os serviços disponíveis no município por meio de parceria.

- 5. Sanitário para funcionários:** As instalações sanitárias destinadas aos funcionários para ambos os sexos, respeitando a identidade de gênero dos funcionários, bem como apresentar bom estado de uso e conservação. Observar as orientações descritas para instalações sanitárias destinadas ao público.

O local deve ser dotado de armários individuais e pia para lavagem das mãos.

- 6. Cozinha coletiva:** A cozinha coletiva deve contar com as seguintes áreas:

- a. Recepção de gêneros alimentícios e inspeção de alimentos e utensílios:** com mobiliário e outros elementos constituídos de material de fácil limpeza e desinfecção, provida de bancada com pia;

- b. Armazenagem de gêneros alimentícios:**

A área destinada à armazenagem de produtos alimentícios em temperatura ambiente deve estar separada conforme os

itens (grupos) a serem armazenados. Por exemplo, sacos (farinhas, açúcar, etc.) devem ser dispostos sobre estrados com altura mínima de 25 cm, e distarem da parede e das pilhas no mínimo 10 cm, e do forro 60 cm (não é recomendado o uso de estrados e estantes de madeira pelo fato delas serem porosas e serem veículos de contaminação).

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

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

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

c. Área de **estoque**

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

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

No caso de instalação de câmaras frigoríficas, observar:

- 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 deligado-desligado;

- Prateleira de aço inoxidável ou outro material apropriado;
- Porta que permita a manutenção da temperatura interna;
- Dispositivo de segurança que permita abri-la do lado interno.

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

Observação:

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

d. Área de Preparo

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

e. Área de Cocção

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

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

f. Área para lavagem de louça e armazenagem de utensílios

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

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

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

- 7. Refeitório:** A área destinada ao refeitório deve ser compatível com o número de residentes atendidos (área mínima de 1m² por usuário), com local para guarda de lanches e sem comunicação direta com as instalações sanitárias.

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

Neste local é permitido serviços de manutenção de alimentos tais como: balcão térmico, limpo diariamente com água tratada, trocada diariamente e com temperaturas entre + 80° C e + 90° C, estufas, higienizadas diariamente e mantidas em temperaturas de + 65° C e balcões refrigerados, também higienizados diariamente e mantido à temperatura de + 10° C. Não é permitido serviços de refrigeração (geladeira, freezer, congelador, resfriador de água), devido ao calor excessivo.

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

- 8. Lavanderia coletiva:** A lavanderia coletiva deve dispor de sala para lavagem de roupas ou lavanderia simplificada e ter as seguintes áreas de armazenagem da roupa suja, lavagem, secagem, passadeira e armazenagem de roupa limpa.

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

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

Recomenda-se que as máquinas de lavar roupas não tenham revestimento de madeira. Para a lavagem das roupas devem ser utilizados somente produtos registrados no Ministério da Saúde.

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

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

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

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

9. **Almoxarifado:** Área utilizada para armazenagem de mobiliário, serviços, utensílios, material de expediente.
10. Área para depósito de material de limpeza: Recinto próprio ou armário específico para a guarda do material de limpeza, com área compatível com a quantidade de produtos armazenados e que impeça o acesso dos residentes. Este recinto deve contar com tanque para lavagem de utensílios de limpeza geral e estar fora da área da lavanderia.
11. Área para abrigo de resíduos sólidos: Os resíduos sólidos devem ser armazenados nos ambientes em recipientes próprios, providos de tampa e pedal, constituídos de material de fácil limpeza, revestidos com saco plástico resistente, conforme a **NBR 9191 da ABNT**, recolhidos periodicamente e armazenados temporariamente em locais fechados (abrigos), que atendam as seguintes especificações:
 - Ventilação natural através de aberturas devidamente teladas ou outra forma de proteção contra entrada de vetores;
 - Dispor de ponto de água para higienização e de ralo para captação de água de lavagem, ligado à rede de esgoto;
 - Possuir pisos e paredes revestidos de material resistente e lavável;

Os abrigos destinados ao armazenamento temporário dos resíduos sólidos devem estar localizados de forma a facilitar

a remoção pelo serviço de coleta; e ser inacessível às crianças e animais.

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

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

12. Área para realização de atividades laborais

13. Área para prática de atividades desportivas

14. Sala Administrativa

15. Sala de Acolhimento de residentes, familiares e visitantes

16. Área para arquivo dos prontuários

17. Local para armazenamento de alimentos

Nas CT de Interesse Social não há prescrição de medicamentos, porém o Responsável Técnico (RT) da organização deverá se responsabilizar pelos medicamentos em uso pelos usuários. Tais medicamentos foram prescritos pelo profissional do serviço de saúde de referência e que já foram dispensados pelas farmácias do serviço de referência ou farmácias privadas.

Os medicamentos deverão ser armazenados acompanhados da via da prescrição do paciente que o utiliza. É vedado o armazenamento de medicamentos na CT que não possuam prescrição médica.

A guarda dos medicamentos controlados pela Portaria 344/98 MS, deverá ocorrer em local com chave, que ficara em posse do RT, sendo armazenado indicando o nome do usuário que faz uso e outras informações pertinentes.

Tanto na CT de Interesse à Saúde como na CT de Interesse Social, é vedado o estoque de medicamentos, bem como **manter dispensário** de medicamentos.

Entende-se por **dispensário** o setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente (Lei 5991/73).

Os medicamentos sujeitos a controle especial ficam sujeitos a seguir a Portaria n^o 344 de 12 de maio de 1988 ou a que vier à substituí-la.

É também imprescindível o cuidado na identificação dos medicamentos, portanto é de suma importância que estes **não sejam fracionados** (não cortar o blister, cartela ou invólucro), pois existe o risco de perder dados dos mesmos como prazo de validade, lote e até mesmo o nome do medicamento. Ressalta-se que a não observação dessa orientação pode incidir em problemas relacionados aos medicamentos como, por exemplo: administrar medicamento errado ou vencido podendo incidir em falha do tratamento ou até mesmo intoxicação.

Porém, se a CT se utilizar da prática do **fracionamento da medicação**, no recipiente que o medicamento é acondicionado deverá ser anotado o número do lote, data de entrada e saída e o prazo de validade, numa etiqueta colada na embalagem específica de cada blister, cartela ou invólucro do fracionamento.

Observação: em hipótese alguma os medicamentos poderão ser separados individualmente (retirados do blister, cartela ou invólucro), pois isso dá margem para perda de identificação do medicamento, expondo o paciente aos riscos inerentes a confusão e troca de medicamentos.

3.4 CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS

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

A aplicação desses produtos saneantes desinfestantes só pode ser executada por empresa controladora de vetores e pragas urbana, devidamente licenciada pelo órgão competente de Vigilância Sanitária conforme RDC 52/2009 ou a que vier substituí-la.

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

1. Certificado ou comprovante de execução do serviço de aplicação de produtos saneantes desinfestantes, com todas as informações, indicações e orientações, preconizadas na legislação sanitária vigente.

3.5 PRESENÇA DE ANIMAIS

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

3.6 HIGIENE DOS AMBIENTES

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

A higienização das instalações, dos serviços, dos móveis, dos utensílios e das superfícies deve ser efetuada de modo periódico e estarem escritas no Manual de Rotinas e Procedimentos elaborado pelo estabelecimento. Este manual deve mencionar a área e/ou serviço 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.

4

EQUIPE DE RECURSOS HUMANOS

O serviço deverá manter equipe multidisciplinar com vínculo formal de trabalho e formação condizente com as atividades oferecidas no Projeto Terapêutico, para o pleno funcionamento do serviço, sob responsabilidade técnica de um profissional de nível superior legalmente habilitado, que atue diretamente na organização e realize a supervisão das atividades.

A equipe mínima de referência no serviço deverá ser compatível com o número de usuários junto à organização, garantindo a execução do serviço ofertado condizente com o Projeto Terapêutico.

4.1 SAÚDE DOS TRABALHADORES

Os serviços devem assegurar condições técnicas, físicas, humanas e de organização do trabalho que impliquem na promoção da saúde e prevenção de acidentes, agravos e doenças relacionadas ao trabalho, de acordo com a característica das atividades desenvolvidas e dos fatores de risco existentes no local de trabalho, cumprindo o estabelecido na Portaria MTE nº 3.214/1978 e na NR nº 32 – Norma Regulamentadora sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, e outras disposições legais ou normativas vigentes.

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

Os trabalhadores dos serviços devem receber capacitação inicial e permanente sobre: as rotinas da CT, cuidados de higiene, saúde e alimentação, medidas de proteção individual, normas e procedimentos a serem adotadas no caso de ocorrência de incidentes ou acidentes. Estas capacitações devem ser ministradas por instituições ou profissionais devidamente capacitados e certificados.

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.).

5

PARCERIAS

As Comunidades Terapêuticas poderão formalizar parceria com o poder público.

O instrumento jurídico para o estabelecimento das parcerias dar-se-ão embasados na lei 13.019/2014, que *estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil*, ou na lei 8.666/1993, que *institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências*.

As regras para o estabelecimento das parcerias serão norteadas de acordo com cada órgão concessor.

6

PROCESSO DE ADMISSÃO DO USUÁRIO

Como todo serviço da rede, a Comunidade Terapêutica possui um público alvo específico, e é extremamente necessário que o processo de admissão seja também um mecanismo capaz de filtrar apenas os casos que, de fato, se enquadrem nas características básicas desta população específica.

6.1 PORTAS DE ENTRADA

O processo pode ter início das seguintes formas:

- a. **Por demanda espontânea:** o candidato procura a Comunidade Terapêutica para buscar acolhimento.
- b. **Por referência da Saúde:** o candidato é atendido numa unidade de saúde do território da Comunidade Terapêutica e, por demanda do candidato, a unidade de saúde indica o acolhimento na Comunidade Terapêutica.
- c. **Por referência da Assistência Social:** o candidato se encontra assistido num serviço de proteção social do território, ou o serviço é acionado pela família ou algum outro serviço da rede, e este, por demanda do candidato, indica o acolhimento na Comunidade Terapêutica.

Nos casos descritos no item “a”, a Comunidade Terapêutica deve garantir a realização de avaliação médica prévia ao ingresso, podendo referenciar o usuário para os serviços de Saúde e Assistência Social do território.

Nos casos descritos nos outros itens, o indivíduo deverá ser encaminhado somente após ter realizado avaliação médica na rede.

6.2 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Como foi dito, o candidato deve reunir uma série de características específicas para poder ingressar na Comunidade Terapêutica, dentre estas:

a. Solicitar voluntariamente o ingresso

Embora possa parecer óbvio para os trabalhadores de CT, este é um ponto crucial quando se descreve o modelo, diferente de outros serviços que realizam internações involuntárias e/ou compulsórias.

A CT ATENDE UNICAMENTE DE FORMA VOLUNTÁRIA. O usuário ingressa por livre e espontânea vontade, e pode se desligar no momento em que o desejar. Qualquer outra forma de intervenção descaracteriza na essência o modelo de CT.

Por este motivo a equipe de triagem deve avaliar se, de fato, o candidato deseja ser encaminhado para a CT, se está em condições de compreender as implicações de sua escolha e se consegue compreender minimamente o tipo de programa ao qual está se propondo a participar.

b. Apresentar evidência de problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs)

Considerando que a CT é um serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência de SPA, é fundamental que a equipe de triagem da CT colete os dados necessários para realizar esta avaliação, mesmo nos casos de encaminhamento pela rede de Saúde ou Assistência Social.

Dada a escassez de serviços, as famílias muitas vezes procuram as CTs como primeiro recurso, sem nem mesmo ter recorrido a modelos não residenciais.

Está claro que nem todos os indivíduos que têm problemas com álcool e/ou drogas necessitam de modelos residenciais para poder melhorar as suas condições de vida, por isto é importante uma avaliação minuciosa que justifique por que esse indivíduo necessita realmente de uma CT, e não de outro serviço.

c. Idade

A CT deve especificar qual a idade de seu público alvo em cada serviço, considerando que acolher menores de idade com adultos é potencialmente iatrogênico.

Por este motivo a CT pode desenvolver trabalhos para adultos e adolescentes preferencialmente em ambientes físicos separados, com Projetos Terapêuticos distintos, e com estrutura de equipe compatível com as necessidades de atendimento de cada público específico, podendo compartilhar alguns espaços comuns, como refeitórios, oficinas, locais de esporte e lazer.

No caso de atendimento a adolescentes é imprescindível que se garanta a preservação dos direitos preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

d. Identidade de Gênero

No processo de admissão deve ser respeitado o critério da identidade de gênero do usuário, no que diz respeito ao ingresso em serviços masculinos ou femininos. Ou seja, pessoas com identidade de gênero masculina devem ser acolhidas em CTs masculinas e vice-versa.

e. Não apresentar sintomas psicóticos, sinais de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência grave, assim como níveis de comprometimento cognitivo grave.

A questão das comorbidades na dependência química é uma realidade frequente e não poderia ser diferente na CT.

Considerando que a CT é um espaço de convivência terapêutica, no qual as relações sociais, a participação ativa na vida cotidiana e o desenvolvimento de papéis de relevância são elementos essenciais do modelo de CT, indivíduos acometidos de transtornos mentais e/ou déficits cognitivos graves, dificilmente conseguirão desenvolver a autonomia e o protagonismo necessários para conseguir se beneficiar deste modelo.

f. Portadores de necessidades especiais, gestantes e mães nutrizes.

As CT devem dispor de mecanismos para o atendimento a indivíduos portadores de necessidades especiais, gestantes e mães nutrizes, tanto em relação às instalações físicas quanto à equipe de referência (conforme RDC 29/2011, Art. 14, § 2º).

6.3 CRITÉRIOS DE READMISSÃO

Assim como a CT precisa definir claramente os critérios de admissão, precisa também de critérios de readmissão, que devem levar em conta a forma de saída, como: programa concluído, desistência, exclusão e evasão.

Os critérios adotados pela CT não excluem nova avaliação médica prévia.

a. Programa concluído (Alta Terapêutica)

O usuário completou o programa proposto pela CT, retornou para o convívio externo e depois retomou o uso nocivo de SPAs, até solicitar novamente o ingresso.

Neste caso podem ser utilizados dois critérios diferentes: um para o caso da primeira readmissão e outro para readmissões posteriores.

A equipe precisa avaliar se o indivíduo está tendo um ganho real com a intervenção da CT, já que pode se tratar de um caso que necessite de intervenções diferentes, no qual pode ser avaliada a possibilidade de encaminhamento para outros serviços existentes no território.

b. Desistência (Alta Solicitada)

Considerando que a CT propõe um modelo totalmente voluntário de intervenção, o usuário pode interromper o processo quando o desejar. A alta rotatividade pode afetar negativamente o desenvolvimento do clima terapêutico na CT, e por este motivo precisam ser adotados critérios específicos de readmissão para os casos de desistência, diferentes dos adotados para os casos que concluíram o programa.

Neste caso pode ser estabelecido um prazo mínimo de espera para a readmissão, desde que isto esteja alinhado com uma justificativa técnica compatível.

c. Exclusão (Alta Administrativa)

Os usuários podem ser desligados do programa por diversos motivos, que devem constar no regulamento básico da CT.

Neste caso pode ser estabelecido um prazo mínimo de espera, após avaliação da possibilidade de readmissão.

d. Evasão

Como o modelo de CT é voluntário, a evasão (fuga) não é frequente, entretanto é importante definir os critérios de readmissão a serem aplicados a estes casos.

Pode ser estabelecido um prazo mínimo de espera, após avaliação da possibilidade de readmissão.

6.4 ENTREVISTA DE TRIAGEM

A Triagem serve, em primeiro lugar, para auxiliar na identificação do público alvo do serviço, especificamente da CT.

6.4.1 Função da Triagem

- Avaliar a necessidade real do acolhimento em CT
 - Avaliação da Gravidade da dependência
 - Avaliação de intervenções anteriores
 - Avaliação de perfil para CT
- Excluir casos de risco para a CT
 - Agressões
 - Suicídios
 - Danos ao patrimônio
- Excluir casos de comorbidades graves
 - Psicóticos
 - Distúrbios afetivos graves
 - Casos com condições médicas graves que necessitam tratamento de saúde prévio ao ingresso na CT.

6.4.2 Procedimento de Triagem

Preferencialmente deve ser utilizado um instrumento semiestruturado de coleta de dados, devendo abranger, pelo menos, os seguintes itens:

- Dados Sociodemográficos
 - Dados pessoais
 - Religião e prática religiosa
 - Etnia; Profissão; Escolaridade
 - Avaliação de estrato social
- Dependência Química
 - SPA utilizadas e de abuso
 - Tempo de uso
 - Problemas decorrentes do consumo
- Saúde
 - Medicação e doenças não psiquiátricas
 - Medicação e doenças psiquiátricas
 - Histórico de saúde geral
- Observações
 - Fatores de risco e proteção
 - Chance de abandono
 - Indicações de urgência

Este deve ser aplicado por um membro da equipe, treinado especificamente para este fim, não necessariamente por um técnico da CT.

A duração mínima de uma boa entrevista de Triagem é de aproximadamente 1 hora.

Uma Triagem estruturada pode ser composta por 4 momentos:

A. Momento conjunto inicial

É o momento da Triagem em que se encontram presentes o candidato e os seus familiares ou acompanhantes.

Os principais objetivos deste momento são:

- Apresentação do entrevistador
- Conhecimento inicial da demanda
- Apresentação do serviço da CT
- Observação das relações
- Início do preenchimento da Ficha de Triagem
- Coleta dos dados iniciais

B. Momento com o candidato

Ter um momento a sós com o candidato pode contribuir para que este manifeste questões que poderia omitir perante seus familiares ou acompanhantes.

Os principais objetivos deste momento são:

- Avaliação das queixas individuais
- Relato das relações familiares
- Anamnese detalhada
- Avaliação do estágio motivacional
- Avaliação da chance de abandono
- Preenchimento da Ficha de Triagem
- Dados relacionados à saúde e à dependência química

C. Momento com os familiares ou responsáveis

Ter um momento a sós com os familiares ou acompanhantes pode contribuir para que estes manifestem questões que poderiam omitir na presença do candidato, ou até mesmo para que o entrevistador possa fazer perguntas e colocações que poderiam não ser produtivas na presença do candidato.

Os principais objetivos deste momento são:

- Avaliação das queixas familiares
- Relato das relações familiares
- Avaliação de fatores de risco e proteção
- Pactuação dos compromissos familiares
- Complementação da Ficha de Triagem

D. Momento conjunto final

Neste momento poderá ser definida a admissão, ser dadas maiores instruções sobre o processo de ingresso, ou indicar outro tipo de serviço, caso o candidato não se enquadre nos critérios de admissão da CT.

Os principais objetivos deste momento são:

- Avaliação da aptidão para admissão na CT

- Avaliação da motivação para ingresso na CT
- Pactuação dos compromissos do candidato, dos familiares e da CT
- Assinatura e entrega dos documentos de admissão
 - Regulamento interno
 - Termo de adesão voluntária
 - Termo de compromisso familiar
 - Termo de responsabilidade de pertences pessoais (opcional)
 - Termo de autorização de uso de imagens (opcional)
 - Manual de orientação para familiares

6.5 ADMISSÃO

Após ter realizado os procedimentos referentes à triagem, e tendo o candidato preenchido todos os critérios de admissão da CT, realiza-se a admissão de fato.

Neste momento é importante que todos os documentos referentes aos regulamentos internos, normas de moradia e compromissos dos familiares (contrato de prestação de serviços), sejam lidos em conjunto e que seja entregue uma cópia para os familiares ou responsáveis.

Caso haja custos, estes devem estar especificados na documentação assinada no ingresso, e devem ser mantidos durante todo o período.

Considerando a proteção e o bem-estar de todos os usuários, a equipe da CT pode revistar os pertences do candidato, desde que constante no regulamento interno, antes do ingresso definitivo na CT, para verificar a presença de objetos não permitidos. Esta revista deve acontecer obrigatoriamente na presença do candidato.

Não pode ser realizada, sob hipótese alguma, inspeção corporal ou revista íntima vexatória, na qual se obriga o candidato a se despir parcial ou totalmente.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução – RDC N° 29, de 30 de Junho de 2011**. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html>.
- Aliane PP et al. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 11, n. 1, jan-abr. 2006, p. 83-88.
- Amarante P, organizador. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 1995.
- Araújo MR. **Comunidades Terapêuticas: um ambiente tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil**. Hospital Israelita Albert Einstein; 2003. Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm.
- Badaracco JEG. **Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.
- Brasil. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde: Texto preliminar destinado à consulta pública**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Brasil. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- Brasil. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007**. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/Instituicoes/327691.pdf.

- Brasil. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Edição 70-A, Seção 1 – Extra.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.247, 26 dez.2011.Seção 1, p.230-232.
- Brasil. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **Resolução n.1, 19 de agosto de 2015.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SINAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substâncias psicoativas, caracterizadas como Comunidades Terapêuticas. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF, 28 ago. 2015. Seção 01. p. 51-52.
- Brasil. **Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos:** locais de internação para usuários de drogas. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2011. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/publicacoes/publicacoesDocumentos/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf.
- Costa NR et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] 2011; 16(12): 4603-4614.
- Costa-Rosa A, Luizio CA, Yasui S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate** [periódico na internet] 2001 mai-ago; 25(58): 12-25.
- De Leon G. **A Comunidade Terapêutica:** teoria, modelo e método. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2008.
- Fracasso L. **Comunidade Terapêutica:** uma abordagem psicossocial. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Educação Física. 2008. Disponível em: <http://www.fef.unicamp.br/biblioteca/Encontrointerdisciplinar/Texto%20%20Laura.pdf>.
- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Disponível em: www.febract.org.br.
- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **Comunidades Terapêuticas Filiadas – Titulares e Provisórias.** Disponível em: www.febract.org.br/filiadas.htm.

- Goñi JLL. *Evaluación de la eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra* [tese]. Pamplona, España: Universidad Pública de Navarra, Departamento de Psicología y Pedagogía; 2005. Disponível em: <http://www.proyectoahombrenavarra.org/documentacion/tesisjope.pdf>.
- Goti ME. *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1990.
- Jones M. *A Comunidade Terapêutica*. Tradução de: Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972. Coleção Psicanálise, v. 3.
- Jorge MAS. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental* [dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>.
- Lourenço RA. A família do dependente químico. In: Monte Serrat S. *Drogas e álcool: Prevenção e tratamento*. Campinas: Komedi, 2012. p. 170-177.
- Lüchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2007; 12(2): 399-407.
- Machado LP. *Comunidades Terapêuticas: saber e poder na rede de atenção a usuários de substâncias psicoativas*. Disponível em: http://www.interativa-designba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/098.pdf.
- Mari JJ. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2011; 16(12): 4593-4596.
- National Institute of Drug Abuse – NIDA. *La Comunidad Terapéutica*. Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Terapeutica/Terapeutica.html>.
- Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] 2011; 16(12): 4579-4589.
- Rodríguez E. *Biografía de una Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1965.
- São Paulo. **Portaria CVS – 01, de 09.01.2019**. Dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), define o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS) e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes estaduais e municipais de vigilância sanitária no estado de São Paulo e dá outras providências. DOE (Diário Oficial do Estado) de 31.01.2019.
- São Paulo. **Portaria CVS – 10, de 05.08.2017**. Define diretrizes, critérios e procedimentos no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária – SEVISA, para avaliação físico funcional de projetos de edificações de atividades de interesse da saúde e emissão do Laudo Técnico de Avaliação – LTA. DOE (Diário Oficial do Estado) de 16.08.2017.
- São Paulo. **Decreto nº 61.674, de 02 de dezembro de 2015**. Reorganiza o “Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack – Programa Recomeço”, que passa a denominar-se “Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – Programa Recomeço: uma vida sem drogas”. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP. 02 dez. 2015.

- São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde. **Resolução n. 127, 03 de dezembro de 2013**. Dispõe, em caráter complementar, sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas no âmbito do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo. São Paulo, SP. 04 dez. 2013. Seção I. p. 65-66.
- São Paulo. Secretaria Estadual do Desenvolvimento Social. **Resolução n. 8, 04 de maio de 2017**. Dispõe sobre as instruções complementares para o serviço de Acolhimento Social na modalidade Comunidade Terapêutica de Interesse Social, específico da Política Sobre Drogas, no âmbito do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas – Programa Recomeço: uma vida sem drogas. Diário Oficial do Estado de São Paulo; Poder Executivo. São Paulo, SP. 05 mai. 2017. Seção I. p. 83.
- Sabino NM, Cazenave SOS. Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia (Campinas)** [periódico na internet] 2005 abr-jun; 22(2): 167-174. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=es&nrm=iso.
- Sampaio JJC et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Cien Saude Colet** [periódico na internet] 2011; 16(12): 4685-4694.
- Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. **Manual de Saúde Mental**: guia básico para atenção primária. Tradução de: Willians Valentini. São Paulo: HUCITEC; 1994.
- Tenorio F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos** [periódico na internet] 2002 jan-abr; 9(1): 25-59.
- Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunic., Saúde, Educ** [periódico na internet] 2009 jan-mar; 13(28): 151-164.

ANEXOS

ANEXO 1 – DECRETO Nº 56.091, DE 16 DE AGOSTO DE 2010

Altera a denominação do Conselho Estadual Sobre Drogas para Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONED, dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas

ALBERTO GOLDMAN, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e à vista da exposição de motivos do Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania,

Decreta:

Artigo 1º - O Conselho Estadual Sobre Drogas, instituído junto à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, pelo Decreto nº 25.367, de 12 de junho de 1986, alterado pelo Decreto nº 54.382, de 27 de maio de 2009, passa a denominar-se Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED.

Artigo 2º - São objetivos do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED:

- I - propor a política estadual sobre drogas, compatibilizando-a com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, bem como acompanhar a respectiva execução;
- II - estimular pesquisas visando ao aperfeiçoamento dos conhecimentos técnico-científicos referentes ao uso e tráfico de drogas;
- III - articular, estimular, apoiar e acompanhar os programas de prevenção e tratamento, redução de danos e repressão ao tráfico de drogas;
- IV - propor ao Governador do Estado a celebração de convênios para os fins previstos nos incisos anteriores;
- V - encaminhar ao Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas propostas fundamentadas de alteração do sistema legal de prevenção, fiscalização e repressão ao uso e tráfico de drogas.

Parágrafo único - O CONED elaborará, anualmente, proposta de programa dentro dos objetivos do presente artigo, encaminhando-a ao Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania que, por sua vez, irá submetê-la ao Governador do Estado.

Artigo 3º - O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONED será composto pelos seguintes membros titulares, designados juntamente com os respectivos suplentes, pelo Governador do Estado:

- I - 3 (três) representantes da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, sendo:
 - a) 1 (um) do Gabinete do Secretário;
 - b) 1 (um) do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo - IMESC;
 - c) 1 (um) da Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente - Fundação CASA-SP;
- II - 3 (três) representantes indicados pela Secretaria da Saúde, sendo:
 - a) 1 (um) da Coordenadoria de Planejamento de Saúde;
 - b) 1 (um) do Centro de Vigilância Sanitária;
 - c) 1 (um) do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas;
- III - 2 (dois) representantes indicados pela Secretaria da Segurança Pública, sendo:
 - a) 1 (um) da Polícia Civil, escolhido entre os integrantes da Divisão de Prevenção e Educação do Departamento de Investigações sobre Narcóticos - DENARC;
 - b) 1 (um) da Polícia Militar do Estado de São Paulo, escolhido entre os integrantes do PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência;
- IV - 2 (dois) representantes da Secretaria da Educação;
- V - 1 (um) representante da Secretaria de Economia e Planejamento;
- VI - 1 (um) representante da Secretaria de Esporte, Lazer e Turismo;
- VII - 1 (um) representante da Secretaria da Cultura;
- VIII - 1 (um) representante da Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social;
- IX - 1 (um) representante da Secretaria da Administração Penitenciária;
- X - 1 (um) representante da Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho;

- XI - 1 (um) representante da Secretaria da Habitação;
- XII - 1 (um) representante do Ministério Público do Estado de São Paulo;
- XIII - 4 (quatro) representantes da comunidade acadêmico-científica, de notório saber na área de drogas, tabaco e álcool;
- XIV - 6 (seis) representantes da sociedade civil, pertencentes a organizações não-governamentais de reconhecida atuação na área de drogas, tabaco e álcool;
- XV - 1 (um) representante de cada uma das seguintes entidades, mediante convite:
 - a) do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;
 - b) do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo;
 - c) do Conselho Regional de Enfermagem;
 - d) do Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região;
 - e) do Departamento de Polícia Federal (SR/SP);
 - f) do Ministério Público Federal;
 - g) da Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de São Paulo - OAB/SP;
 - h) da Coordenadoria de Atenção às Drogas da Prefeitura de São Paulo;
- XVI - 1 (um) representante do Fundo de Solidariedade e Desenvolvimento Social e Cultural do Estado de São Paulo;
- XVII - 1 (um) representante da Defensoria Pública do Estado de São Paulo;
- XVIII - 1 (um) representante da Procuradoria Geral do Estado.

§ 1º - Os membros titulares e suplentes do CONED terão mandato de 2 (dois) anos, permitida uma recondução.

§ 2º - O membro titular e seu suplente, ausentes por 4 (quatro) vezes, de forma injustificada, ou por 6 (seis) vezes, ainda que justificadamente, no mesmo ano, terão sua substituição solicitada ao órgão ou entidade que representam.

§ 3º - Todas as ausências serão consignadas em ata e, havendo 2 (duas) ausências injustificadas e consecutivas, estas serão comunicadas ao órgão ou entidade respectivos.

Artigo 4º - O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED terá um Presidente e um Vice-Presidente, escolhidos dentre seus membros e designados pelo Governador do Estado, com suas competências estabelecidas em regimento interno, a ser aprovado pelo Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania.

Artigo 5º - As sessões do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED exigirão, para sua instalação, quórum mínimo de 1/3 (um terço) de seus membros, sendo as deliberações tomadas por maioria simples dos presentes.

Artigo 6º - As funções de membro titular e suplente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED não serão remuneradas, mas consideradas como serviço público relevante.

Artigo 7º - Os organismos estaduais atuantes em áreas relacionadas com a prevenção e tratamento do uso de drogas, bem como os voltados à repressão ao tráfico de drogas, prestarão apoio técnico-científico ao Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED.

Artigo 8º - O Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED conta com uma Secretaria Executiva, com a organização definida nos artigos 7º-A, 7º-B, 7º-C, 7º-D e 7º-E do Decreto nº 25.367, de 12 de junho de 1986, incluídos pelo Decreto nº 34.073, de 29 de outubro de 1991, observadas as disposições do Decreto nº 42.822, de 20 de janeiro de 1998, e deste decreto.

Parágrafo único - A atribuição prevista no inciso I do artigo 7º-B do Decreto nº 25.367, de 12 de junho de 1986, será exercida sem prejuízo do disposto no artigo 7º deste decreto.

Artigo 9º - O artigo 4º do Decreto nº 34.074, de 29 de outubro de 1991, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Artigo 4º - A articulação e o acompanhamento do desenvolvimento do Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas serão exercidos pelo Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas - CONED, da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania.”. (NR)

Artigo 10 - O inciso III do artigo 1º do Decreto nº 51.074, de 28 de agosto de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

“III -Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONED.”.
(NR)

Artigo 11 - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário, em especial:

- I - os artigos 2º ao 7º do Decreto nº 25.367, de 12 de junho de 1986;
- II - o Decreto nº 28.890, de 16 setembro de 1988;
- III - o parágrafo único do artigo 7º-B do Decreto nº 25.367, de 12 de junho de 1986, incluído pelo Decreto nº 34.073, de 29 de outubro de 1991;
- IV - o Decreto nº 40.218, de 26 de julho de 1995;
- V - o artigo 2º do Decreto nº 54.382, de 27 de maio de 2009.

Palácio dos Bandeirantes, 16 de agosto de 2010

ALBERTO GOLDMAN

Ricardo Dias Leme

Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania

Nilson Ferraz Paschoa

Secretário da Saúde

Antonio Ferreira Pinto

Secretário da Segurança Pública

Paulo Renato Costa Souza

Secretário da Educação

Francisco Vidal Luna

Secretário de Economia e Planejamento

José Benedito Pereira Fernandes

Secretário de Esporte, Lazer e Turismo

Angelo Andréa Matarazzo

Secretário da Cultura

Luiz Carlos Delben Leite

Secretário Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social

Lourival Gomes

Secretário da Administração Penitenciária

Pedro Rubez Jeha
Secretário do Emprego e Relações do Trabalho

Ulrich Hoffmann
*Secretário-Adjunto, Respondendo pelo Expediente
da Secretaria da Habitação*

Luiz Antonio Guimarães Marrey
Secretário-Chefe da Casa Civil

Publicado na Casa Civil, aos 16 de agosto de 2010.

Alterações do Decreto nº 56091/2010

Decreto 60.628 de 03/07/2014

Decreto 62.818 de 04/09/2017

Decreto 64.640 04/12/2019

ANEXO 2

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA FEBRACT



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Conselho Deliberativo

CÓDIGO DE ÉTICA E CONDUTA 7º Edição

Os princípios Éticos contidos neste Código, assim como a evolução técnica que a FEBRACT alcançou, apresentam expressa relação de gratidão com seus fundadores, Padre Haroldo Joseph Rahm e Professor Saulo Monte Serrat.

Desde a sua fundação, a FEBRACT tem como Finalidade Institucional:

- Capacitar os profissionais de Comunidades Terapêuticas
- Congregar as Comunidades Terapêuticas do Brasil
- Promover encontros, congressos e eventos científicos
- Participar na construção de Políticas Públicas
- Desenvolver pesquisas
- Representar as CTs nacional e internacionalmente

Visando os princípios evidenciados pela ciência, propiciou no Brasil um imensurável avanço na qualidade dos serviços que atendem dependentes químicos. O olhar para a ciência, baseado nos princípios da dignidade humana, congrega inevitavelmente com a Ética.

Palavras Iniciais

As diferentes profissões, particularmente as que trabalham com problemas relacionados ao ser humano, estabeleceram Códigos de Ética, com a finalidade primordial de assegurar aos seus clientes um tratamento eficaz, respeitoso e digno. Ao buscar garantir um ambiente de respeito e harmonia entre as partes envolvidas, o Código beneficia principalmente o cliente, foco principal de todo processo.

Essa preocupação já encontramos no Juramento de Hipócrates, que data de 400 A.C., e que trazia em si o embrião dos Códigos de Ética que viriam a surgir ao longo do tempo.

A Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas elaborou um documento no qual abordou os seguintes tópicos: “Código de Ética da Equipe de Assistência” e “Declaração de Direitos para Membros e Clientes”. Ao iniciar suas atividades em 31 de janeiro de 1994, o Centro de Formação e Treinamento elegeu como uma de suas prioridades o debate a respeito dos princípios éticos que devem presidir o relacionamento entre os participantes de uma Comunidade Terapêutica.

Na 13ª turma de cursistas iniciou-se a reflexão sobre o Código da Federação Mundial, buscando adequá-lo à nossa realidade. Com os subsídios coletados nos debates com todas as turmas do ano 1994, foi elaborado o projeto inicial e apresentado à Assembleia Geral da FEBRACT, realizada no dia 21 de janeiro de 1995, que o aprovou por unanimidade. Remetido para aprovação à Federação Mundial, recebeu uma apreciação elogiosa de seu Presidente Mons. William B. O’Brien.

Todas as Comunidades Terapêuticas, ou outras OSC – Organizações da Sociedade Civil filiadas, recebem o Código de Ética, cujo cumprimento é condição imprescindível para que permaneçam vinculadas à FEBRACT. As pessoas que se dedicam à resolução de problemas associados ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas agem de um modo geral, impulsionadas por sentimentos generosos de solidariedade humana. Que esses sentimentos, mais do que qualquer disposição impositiva, sejam a garantia da fiel observância do Código de Ética.

Desde a fundação da FEBRACT, as versões do Código de Ética que a Federação produziu e validou, influenciaram o desenvolvimento de princípios técnicos e éticos em centenas de Comunidades Terapêuticas e fomentou junto ao Poder Público a implantação das Legislações sobre o assunto, entre elas as Legislações Sanitárias - RDC 101/01 (revogada) e RDC 29/11, assim como inúmeros Editais de Financiamento e Resoluções Estaduais; inclusive, nos documentos citados, observa-se a menção à participação da FEBRACT.

Desde o ano 2015, a pedido do próprio Padre Haroldo, assim como por força estatutária, o senhor Luís Roberto Chaim Sdoia, então Vice-Presidente, assumiu a Presidência da FEBRACT, e imediatamente propôs a reforma do estatuto da entidade, onde o grande

destaque foi a criação do Conselho Deliberativo, ampliando significativamente a participação de lideranças de CTs de todas as regiões do Brasil, na gestão executiva e técnica da FEBRACT. O novo Presidente, também desde o início de seu mandato, estabeleceu como prioridade a elaboração de uma nova edição do Código de Ética e de Conduta da entidade, de maneira que esse documento viesse a refletir fielmente a Missão, a Visão e os Valores da FEBRACT, assim como para que seja a referência para ser observada por todas as Comunidades Terapêuticas filiadas.

As reuniões do Conselho Deliberativo e o trabalho desenvolvido pela FEBRACT, especialmente no que se refere ao desenvolvimento científico, culminaram no estudo de parâmetros atualizados e na revisão do Código de Ética, visando proteger o modelo essencial da Comunidade Terapêutica, sem deixar de considerar as peculiaridades sociais, legais e políticas da atualidade.

CÓDIGO DE ÉTICA DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

INTRODUÇÃO

O Código de Ética subordina-se às Leis vigente no país, naquilo que lhe for aplicável, ao Código de Ética da Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas e ao Estatuto da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas.

1. PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

- 1.1** Todas as atividades desenvolvidas nas Comunidades Terapêuticas devem ser baseadas no respeito à dignidade da pessoa humana.
- 1.2** A permanência na Comunidade Terapêutica deve ser voluntária e decidida após o acolhido ser informado sobre a orientação a ser seguida e as normas em vigor.
- 1.3** Nas Comunidades Terapêuticas deve ser assegurado, a todos que dela participam, um ambiente livre de drogas e violência.
- 1.4** As atividades realizadas devem ser orientadas por Equipe Técnica, comprovadamente capacitada, condizente com a quantidade de acolhidos/residentes.
- 1.5** Reconhecimento da espiritualidade, como recurso terapêutico que poderá ser desenvolvido nos acolhimentos, como

elemento edificante no processo terapêutico, sem a imposição de crenças religiosas.

- 1.6 Promoção do desenvolvimento pessoal, pautado na construção de um novo estilo de vida.
- 1.7 Conscientização dos acolhidos/residentes sobre dependência química por meio de atividades educativas.
- 1.8 Promoção da inserção ou reinserção do acolhido no mercado de trabalho através da promoção de atividades de capacitação e formação.
- 1.9 Auxílio no desenvolvimento de habilidades para superação de padrões comportamentais nocivos para si mesmo e/ou para outros.
- 1.10 Projeto Terapêutico baseado em evidências científicas.

2. DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

- 2.1 A Comunidade Terapêutica deve apresentar Projeto Terapêutico coerente, no qual constem:
 - 2.1.1 Critérios de admissão, readmissão e permanência.
 - 2.1.2 Critérios que caracterizem a reinserção social como objetivo principal.
 - 2.1.3 Critérios específicos de conclusão do Projeto Terapêutico, que avaliem a evolução do acolhido/residente em todos os sentidos.
- 2.2 Apresentar programa de capacitação e treinamento de sua Equipe Técnica, em cursos reconhecidos pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e ou outras instituições devidamente habilitadas.
- 2.3 Manter com as outras Organizações filiadas, relacionamento baseado na colaboração e no respeito.
- 2.4 Proporcionar aos acolhidos/residentes, em ambiente saudável e relacionamento digno e respeitoso, independente de raça, credo religioso ou político, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.
- 2.5 Zelar pelo bem-estar físico, psíquico e espiritual do acolhido/residente proporcionando a ele alimentação nutritiva, alojamento adequado, tratamento eficiente e assistência espiritual que não conflite com suas crenças.

- 2.6 Propiciar aos acolhidos/residentes todos os meios possíveis de acesso aos recursos disponíveis na Rede Social (equipamentos disponíveis no território), tais como serviços públicos, atividades de lazer, acesso a grupos de mútua ajuda e à família.
- 2.7 Elaborar o PAS – Plano de Atendimento Singular, de acordo com as necessidades específicas do acolhido/residente.
- 2.8 Desenvolver ações específicas com os familiares do acolhido/residente, visando a inclusão destes no processo terapêutico, assim como contribuir com a melhora da qualidade de vida de todo o grupo familiar, o que será de grande importância durante o processo final de reinserção social.
- 2.9 Prestar orientações técnicas e desenvolver estratégias em conjunto com o acolhido/residente visando o resgate de valores e hábitos salutares e melhoria da qualidade de vida.
- 2.10 Realizar atividades que promovam autonomia, organização e senso de responsabilidade dos acolhidos/residentes.
- 2.11 Realizar avaliações periódicas da Equipe Técnica, da infraestrutura e da administração da Comunidade Terapêutica, sempre visando a capacitação dos profissionais, a adequação e acessibilidade dos espaços físicos, bem como a eficiência e lisura da gestão.
- 2.12 A Comunidade Terapêutica não poderá utilizar-se de sanções que incluam castigos físicos, constrangimento moral, restrição de alimentos, sono ou higiene pessoal.
- 2.13 O Projeto Terapêutico deverá estar pautado na convivência entre os pares, em ambiente residencial e comunitário.
- 2.14 Em caso de infração grave ou de reincidência, relativas às determinações deste Código de Ética, os órgãos diretores da Organização Social deverão afastar o responsável, de acordo com as normas estatutárias.

3 DO ACOLHIDO/RESIDENTE

O acolhido/residente da Comunidade Terapêutica tem o direito de:

- 3.1 Receber, por escrito, a orientação e os objetivos do Projeto Terapêutico e as regras existentes na Comunidade Tera-

pêutica, declarando, de modo explícito, sua concordância, assim como, sua voluntariedade na adesão. Qualquer modificação nas determinações acima deverá ser comunicada com antecedência.

- 3.2** Estar protegido em relação a castigos físicos e violências psíquicas ou morais.
- 3.3** Ter acesso a recursos externos, em caso de doença ou outras necessidades das quais tenha direito, quando a Comunidade Terapêutica não dispuser de meios para atendê-lo.
- 3.4** Ter conhecimento antecipado das exigências financeiras para o acolhimento e dos procedimentos afins, quando aplicável.
- 3.5** Ter possibilidade de encaminhar à pessoa responsável ou local apropriado, queixas e sugestões relacionadas com a vida na Comunidade Terapêutica.
- 3.6** Ter liberdade para desligar-se da Comunidade Terapêutica a qualquer momento, sem sofrer nenhum constrangimento por parte da Equipe Técnica ou dos acolhidos/residentes.
- 3.7** Contribuir para que haja um clima de cordialidade e de respeito mútuo dentro da Comunidade Terapêutica.
- 3.8** Ter acesso, sempre que precisar, às normas estabelecidas nas Normas de Moradia, livremente aceitas no ato do acolhimento.
- 3.9** Participar ativamente das decisões da vida diária da Comunidade Terapêutica, como também da formulação e reformulação das normas de moradia, garantindo assim, que o grupo seja a unidade auto reguladora da vida da CT.
- 3.10** Participar ativamente da construção do seu Plano de Atendimento Singular, garantindo assim, o desempenho do papel de agente de seu próprio processo de recuperação.
- 3.11** Ser orientado a desempenhar papéis de relevância na vida diária e organização da Comunidade Terapêutica, de acordo com as fases propostas no Projeto Terapêutico-e segundo a evolução do seu Plano de Atendimento Singular.
- 3.12** Ter acesso a atendimento psicossocial.

4 DA EQUIPE TÉCNICA

A Equipe Técnica da Comunidade Terapêutica deve:

- 4.1 Manter relacionamento profissional com o acolhido/residente, respeitando em todas as circunstâncias, sua dignidade e singularidade.
- 4.2 Evitar qualquer tipo de envolvimento amoroso e/ou sexual com o acolhido/residente.
- 4.3 Evitar receber presentes ou semelhantes, do acolhido/residente assim como de seus familiares, a fim de evitar distorções no relacionamento profissional.
- 4.4 Abster-se da utilização do trabalho do acolhido/residente, ainda que remunerado, em proveito pessoal.
- 4.5 Atuar apenas dentro dos limites de sua competência, procurando ampliar estes limites por meio de treinamento e de cursos de formação.
- 4.6 Atuar junto à família do acolhido/residente procurando fazer com que participe ativamente do PAS – Plano de Atendimento Singular.

5 DO SIGILO PROFISSIONAL

- 5.1 As informações sobre o acolhido/residente, obtidas pela Equipe Técnica em decorrência de sua atividade profissional, devem ser mantidas em sigilo, incluindo prontuários e todas as formas de registro existentes.
- 5.2 No caso de encaminhamento/transferência para outra Organização Social e/ou atendimento por profissional, ambos obrigados à observação do sigilo profissional por Código de Ética, as informações confidenciais sobre o acolhido/residente somente poderão ser remetidas, com o prévio consentimento por escrito, do mesmo.
- 5.3 As informações pessoais dos acolhidos, não podem ser reveladas a terceiros, exceto em cumprimento a ordem judicial. Informações confidenciais dos acolhidos/residentes somente poderão ser remetidas a outros profissionais em atendimento à solicitação expressa do titular das informações. As quebras de sigilo serão discutidas e decididas em conjunto pela Equipe Técnica da Comunidade Terapêutica.

6 DAS SANÇÕES

6.1 Em caso de descumprimento às disposições deste Código de Ética, a Comunidade Terapêutica filiada estará sujeita às seguintes sanções:

- a) Advertência individual.
- b) Advertência em boletim da FEBRACT, através de meios de comunicação e divulgação da FEBRACT, impressos ou eletrônicos.
- c) Suspensão provisória da filiação.
- d) Desfiliação definitiva.

5.2 O membro da Comunidade Terapêutica filiada que pertencer aos Órgãos Diretivos da FEBRACT, em caso de infração aos princípios éticos poderá ser:

- a) Advertido individualmente.
- b) Destituído de seu cargo ou função.

6.3 O membro da Equipe Técnica que cometer infração grave aos princípios éticos contidos neste Código de Ética, além das sanções impostas pela Comunidade Terapêutica na qual presta serviços, pode ter cancelado seu Certificado de Coordenador fornecido no curso da FEBRACT, por meio de comunicação por e-mail e registro no site da FEBRACT.

6.4 As penas de desfiliação e de destituição do cargo ou função serão aplicadas pelo Conselho Deliberativo. As demais, pela Diretoria Executiva da FEBRACT.

O Código de Ética da FEBRACT norteará as ações das OSC – Organizações da Sociedade Civil e/ou Entidades de outra natureza, desde que sem fins lucrativos e que atuem na modalidade de Comunidade Terapêutica.

Texto base aprovado pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas em 24 de abril de 1995.

Texto da 7ª Edição aprovado em Assembleia, em 16 de junho de 2018.

ANEXO 3

MANUAL DO MANIPULADOR DE ALIMENTOS

Para executar tal atividade, boas normas de higiene e os cuidados básicos deveram ser adotados a fim de evitar fatores de risco para a sua saúde de terceiros.

O Manual do Manipulador de Alimentos tem a finalidade de servir como um instrumento que auxilie neste processo. É importante que haja um treinamento dos manipuladores de alimentos abordando, no mínimo, os seguintes temas: **1-** contaminantes alimentares, **2-** doenças transmitidas por alimentos, **3-** manipulação higiênica dos alimentos e boas práticas, e **4-** uma supervisão constante para o cumprimento das normas vigentes.

Recomendações na Manipulação de Alimentos Segurança Alimentar

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 abaixo de 5° C.
- 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 micro-ondas, 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 lavado 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 bem lavadas antes de lidar com os alimentos, principalmente após ir ao banheiro e mexer no lixo.
- O lixo deve ser recolhido diariamente.

GLOSSÁRIO

CADASTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (CEVS): conjunto de dados de um estabelecimento que desenvolve atividade de assistência à saúde e de interesse à saúde, expresso por um número padronizado pelo Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA), cujo dígito identificador de situação do Número CEVS é “dois”. (Portaria CVS nº. 01/2019)

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

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): oficialmente criados a partir da Portaria MS/SAS nº. 224, de 29/01/1992, e atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM, de 19/02/2002, são serviços de saúde municipais de atendimento de saúde mental, abertos e comunitários do SUS, criados para serem substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. São locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personali-

zado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d.)

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

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

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

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS: ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a

ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

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

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

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

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

INSPEÇÃO SANITÁRIA: todo procedimento realizado pela autoridade sanitária competente que busca levantar e avaliar “in loco” os riscos à saúde da população presentes na produção e circulação de mercadorias, na prestação de serviços e na intervenção sobre o meio ambiente, inclusive o de trabalho. (Portaria CVS nº. 01/2019)

LAUDO TÉCNICO DE AVALIAÇÃO (LTA): laudo emitido pela Vigilância Sanitária, que expressa a concordância do órgão a respeito da adequação da edificação à finalidade proposta. Deve ser assinado pela equipe multiprofissional que participou da avaliação técnica do projeto de arquitetura e é o documento exigido como pré-requisito para emissão da licença sanitária inicial e quando da alteração de estrutura física (ampliação ou adaptação). (Portaria CVS nº. 10/2017)

LICENÇA DE FUNCIONAMENTO: ato privativo do órgão de saúde competente que permite o funcionamento dos estabelecimentos que desenvolvem atividades de acordo com a legislação sanitária vigente, cujo dígito identificador de situação do Número CEVS é “um”. (Portaria CVS nº. 01/2019)

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

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

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

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

RESPONSÁVEL LEGAL: pessoa física designada em estatuto, contrato social ou ata, encarregada de representar a pessoa jurídica, ativa e passivamente, nos atos judiciais e extrajudiciais. (Portaria CVS nº. 01/2019)

RESPONSÁVEL TÉCNICO: pessoa física de nível superior, legalmente habilitada pelo conselho de classe, para o exercício profissional de atividade nas diversas etapas da prestação de serviços nas instituições. (Portaria CVS nº. 01/2019)

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SIVISA): software que permite o gerenciamento das ações de Vigilância Sanitária nas diversas esferas do SUS. O sistema registra dados referentes à produção e qualidade dos serviços prestados pelas equipes de Vigilância Sanitária, tanto municipais como estaduais. (Portaria CVS nº. 01/2019)

SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SEVISA): sistema que têm como base o princípio da descentralização da execução das ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS no Estado de São Paulo, sob a Gestão do Centro de Vigilância Sanitária. (Portaria CVS nº. 01/2019)

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): instituído pelas Leis nº. 8.080/1990, e Lei nº. 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na

Constituição Federal de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). É constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. São princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade (Lei nº. 8.080/1990).

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

CONSELHO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS – CONED-SP

Rua Boa Vista 150 ▪ 14º andar ▪ 101014-000 ▪ São Paulo ▪ SP



(11) 3105-3669



coned@justica.sp.gov.br



<http://justica.sp.gov.br/index.php/servicos/coned/>



www.facebook.com/conedsp