

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

Patrícia Silva da Silva Rosa, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL)/UFRGS. E-mail: patriciaairan@ig.com.br

Roger dos Santos Rosa, Doutor em Epidemiologia, UFRGS. E-mail: roger.rosa@bcb.gov.br

Károl Veiga Cabral, Doutora em Antropologia Médica e Saúde Internacional, UFRGS.

E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Tenille Dias Nozari, Graduada em Licenciatura em Pedagogia, Prefeitura Municipal de Gravataí. E-mail: nille.nozari@gmail.com

Marco Antônio Rocha Pereira, Médico Veterinário, Prefeitura Municipal de Gravataí. E-mail: marcorochapereira@gmail.com

### **RESUMO**

O objetivo do estudo foi caracterizar as Comunidades Terapêuticas (CT) do município de Gravataí a partir de dados secundários tendo por base a Resolução da Diretoria Colegiada nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. Foram utilizados como fontes de dados o último relatório de vistoria realizada em cada CT, no período de janeiro a outubro de 2011, presentes nos processos da Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí. Utilizou-se a análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual e os dados foram gerenciados no programa Microsoft Excel 2003. Constatou-se que no município de Gravataí havia 14 CTs, todas de natureza privada filantrópica e uma não era de caráter religioso. Cinco instituições não apresentavam alvará sanitário. Identificou-se que sete CTs possuíam aprovação do projeto arquitetônico na VIEMSA. Quatro instituições não apresentavam programa terapêutico institucional, e uma CT declarava possuir plano terapêutico singular. Sabe-se que o município é espaço de ações para as práticas de saúde, sendo assim a VIEMSA deve desenvolver ações educativas junto as CTs, visando o desenvolvimento da consciência sanitária e o conhecimento da legislação pertinente.

**Descritores:** Dependentes Químicos. Saúde Mental. Vigilância.

## **RESUMO**

O objetivo do estudo foi caracterizar as Comunidades Terapêuticas (CT) do município de Gravataí a partir de dados secundários tendo por base a Resolução da Diretoria Colegiada nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. Foram utilizados como fontes de dados o último relatório de vistoria realizada em cada CT, no período de janeiro a outubro de 2011, presentes nos processos da Vigilância em Saúde (VIEMSA) do município de Gravataí. Utilizou-se a análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual e os dados foram gerenciados no programa Microsoft Excel 2003. Constatou-se que no município de Gravataí havia 14 CTs, todas de natureza privada filantrópica e uma não era de caráter religioso. Cinco instituições não apresentavam alvará sanitário. Identificou-se que sete CTs possuíam aprovação do projeto arquitetônico na VIEMSA. Quatro instituições não apresentavam programa terapêutico institucional, e uma CT declarava possuir plano terapêutico singular. Sabe-se que o município é espaço de ações para as práticas de saúde, sendo assim a VIEMSA deve desenvolver ações educativas junto as CTs, visando o desenvolvimento da consciência sanitária e o conhecimento da legislação pertinente.

**Descritores:** Dependentes Químicos. Saúde Mental. Vigilância.

**ABSTRACT**

This study aimed the characterization of Rehab Centers (RC) in the city of Gravataí - Rio Grande do Sul, Brazil - considering the regulations of the resolution 29 (RDC 29/2011) of the Brazilian Health Surveillance Agency (ANVISA). The study is descriptive, observational and transverse. The data sources were the most recent reports of inspections in each RC, from January 2011 to October 2011, of licensing and complaint files from the city of Gravataí Health Surveillance Department (VIEMSA). It was used the descriptive statistical analysis with absolute frequency and percentage. The data was managed using Microsoft Excel 2003. It was found that Gravataí had 14 Rehab Centers, all of them were private philanthropic organizations and one was non-religious. Five institutions did not have health license. Seven RC had approved architecture project at VIEMSA. Four had no institutional therapeutic program and one declared to have individual therapeutic plan. It is known that the city (local level) is the place to take actions for health improvements and practices. Thus, VIEMSA should take educational actions aiming the development of mental and physical health consciousness as well as the sector regulations.

**Key words:** Drug addiction. Mental health. Health Surveillance.

## INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas, no Brasil, tomou proporção de grave problema de saúde pública nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. Sabe-se que o enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: segundo a Organização Mundial de Saúde, no mínimo 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem de maneira prejudicial essas substâncias, independentemente do sexo, da idade, do nível de instrução e do poder aquisitivo<sup>1</sup>. No território brasileiro, exceto variações sem repercussão epidemiológica, essa realidade apresenta-se equivalente<sup>1</sup>.

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

A pessoa com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas pode ser tratada de diversas maneiras, sendo o tratamento em Comunidades Terapêuticas (CT) uma alternativa. De acordo com Serrat<sup>2</sup>, membro do conselho deliberativo da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e responsável pela definição do papel das CT atualmente no Brasil, “o aumento significativo de CT é uma resposta à evolução do consumo de drogas ilícitas por parte dos jovens”. No entanto, analisando a demanda para internação em CT no estado do Rio Grande do Sul observa-se que o maior número de pedidos é para álcool e que a população-alvo não é necessariamente de jovens<sup>3</sup>. Talvez isto possa nos fazer pensar por que o crescente aumento pela busca de leitos ou mesmo de internações de longa permanência por parte de nossa sociedade? O que não queremos ver? Como estamos encaminhando o uso abusivo da droga?

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101/2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as Comunidades Terapêuticas são “instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência”<sup>4</sup>. Recentemente a ANVISA revogou esta RDC e decretou a RDC nº 29 de 30 de junho de 2011, na qual “dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”<sup>5</sup>.

No Brasil, temos mais de 80 Comunidades Terapêuticas filiadas à FEBRACT. Todavia, esses dados não elucubram a realidade numérica dessas instituições, pois existem várias Comunidades Terapêuticas que não estão filiadas a essa associação e também não se encontram adequadas, estrutural e/ou funcionalmente<sup>6</sup>, às normas mínimas exigidas para o funcionamento desses locais<sup>7</sup>, de acordo com as normas estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29/2011, da ANVISA<sup>5</sup>.

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

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

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

O objetivo do estudo foi caracterizar as Comunidades Terapêuticas do município de Gravataí a partir de dados secundários tendo por base a RDC 29/2011.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo observacional e transversal. A pesquisa foi realizada junto ao Serviço de Vigilância em Saúde do município de Gravataí. Foram utilizados como fontes de dados o último relatório de vistoria realizada em cada Comunidade Terapêutica, no período de janeiro a outubro de 2011, presentes nos processos da equipe de Vigilância em Saúde (VIEMSA) de Gravataí. Estes foram coletados por meio de um instrumento de pesquisa construído com base no roteiro de inspeção utilizado pela VIEMSA de Gravataí, contendo variáveis de interesse para análises relacionadas à organização (presença de Alvará Sanitário, responsável técnico legalmente habilitado, coordenador administrativo, aprovação de projeto arquitetônico); modalidade de atendimento (masculino, feminino, adolescente feminina e adolescente masculina); recursos humanos (categorias profissionais e ocupações, registro no conselho de classe, monitores de dependente químico); procedimentos do serviço de tratamento (programa terapêutico da instituição, plano terapêutico individualizado, avaliação do programa terapêutico, prontuário individual). Os dados foram gerenciados no programa Microsoft Excel versão 2003. Foi realizada análise estatística descritiva com frequência absoluta e percentual. Foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa da Educação e do Comitê de Ética da UFRGS para avaliação da adequação ética e metodológica como prevê a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>8</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

No município de Gravataí, até outubro de 2011, havia 14 Comunidades Terapêuticas, destas, cinco (35,7%) instituições não possuíam Alvará Sanitário (Tabela 1); todavia apresentavam processo de solicitação do mesmo. Todas as instituições eram de natureza privada filantrópica, e somente uma (7,1%) não era de caráter religioso.

Conforme a RDC 29/2011<sup>5</sup>, todos os serviços de atenção aos dependentes de Substâncias Psicoativas, somente poderão funcionar após autorização do órgão sanitário competente. A Vigilância em Saúde avalia cada situação individualmente e estabelece prazos para que a CT regularize a situação.

Quatro (28,6%) CTs não possuíam registros identificando o Responsável Técnico (RT) pelo serviço. Das 10 instituições que possuíam RT, seis (60%) dos responsáveis eram psiquiatras; três (30%) psicólogos, e um (10%) enfermeiro (Tabela 1). Quanto ao RT apresentar capacitação para o atendimento de pessoa com transtorno decorrente de uso abusivo de substância psicoativa, todos possuíam a devida capacitação.

O Responsável Técnico (RT) pelo serviço deve ter formação de nível superior na área da saúde e apresentar capacitação para o atendimento de usuários de Sustâncias Psicoativas<sup>9</sup>. A RDC 29/2011 determina que o RT é o responsável pelos medicamentos em uso pelos residentes e também pelo programa terapêutico da instituição<sup>5</sup>.

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

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

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

<b>ORGANIZAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Alvará Sanitário</b>		
Sim	09	64,3
Não	05	35,7
Total	14	100
<b>Responsável Técnico</b>		
Sim	10	71,4
Não	04	28,6
Total	14	100
<b>Profissão do RT</b>		
Psiquiatra	06	60
Psicólogo	03	30
Enfermeiro	01	10
Total	10	100
<b>RT capacitado</b>		
Sim	10	100
Não	00	0
Total	10	100
<b>Coordenador Administrativo</b>		
Sim	14	100
Não	00	0
Total	14	100
<b>Projeto Arquitetônico aprovado</b>		
Sim	07	50
Não	07	50
Total	14	100

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

A partir da pesquisa realizada, observa-se (Tabela 2) que as instituições do município de Gravataí declaravam contar com diferentes profissionais e ocupações em seus quadros. Oito (57,1%) instituições possuíam monitores no seu quadro funcional; sete CTs (50%) apresentavam psicólogo; e sete (50%), psiquiatra. Além desses profissionais, três instituições (21,4%) possuíam enfermeiro; três (21,4%), técnico de enfermagem; e três (21,4%), nutricionista. Constatou-se ainda que em uma (7,1%) das CTs havia educador físico e em outra (7,1%) um farmacêutico. Todos os profissionais de nível superior e técnico possuíam registros nos seus conselhos de classe.

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

<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Monitor	08	57,1
Psicólogo	07	50%
Psiquiatra	07	50%
Enfermeiro	03	21,4
Técnico de Enfermagem	03	21,4
Nutricionista	03	21,4
Assistente Social	02	14,3
Farmacêutico	01	07,1
Educador Físico	01	07,1

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

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

Quanto aos recursos humanos disponíveis nas instituições de Gravataí, de modo geral, pode-se dizer que havia profissionais de diversas áreas da saúde. Por outro lado, como muitos profissionais não trabalhavam em tempo integral nas instituições, entende-se que não havia trabalho em equipe; agindo cada um na sua área de atuação, sem a devida articulação multidisciplinar, que viria contribuir para o cuidado do usuário.

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

Acredita-se que o trabalho numa perspectiva interdisciplinar, com uma visão integral da pessoa, precisa ser alicerçado. Entende-se que o atendimento integral se expande pela qualidade real da atenção individual e coletiva, condicionando o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática interdisciplinar. A integralidade no cuidado individual e coletivo tem de compreender o usuário como sujeito social, político e histórico, considerando o seu contexto familiar, o meio ambiente e a sociedade na qual se insere<sup>10</sup>.

Considerando que a ocupação de monitor é a que prevalece dentro das instituições, destaca-se que estes profissionais, em sua totalidade, são ex-residentes que, tendo atendido os critérios estabelecidos pela instituição, tornaram-se aptos a assumirem essa função de acompanhamento e responsabilização pelos internos. Segundo Fonseca *et al.*<sup>11</sup> os monitores são aqueles sujeitos que se responsabilizam pelo acompanhamento direto dos residentes.

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

A partir destas e de outras interrogações, contextualiza-se as funções do monitor na Comunidade Terapêutica. Visto que, atividade deste vai além da tarefa e das suas atribuições, fazendo ver que o trabalho descrito em norma e o trabalho real se articulam em relações dinâmicas e profundamente ligadas. A exemplo disso, a resolução estabelece que as CTs

devem apresentar uma ficha individual para cada residente, para que a equipe possa registrar os atendimentos prestados, e também as eventuais intercorrências. Todavia, sabe-se que havia instituições que não permitiam que os monitores tivessem acesso a essas fichas, referindo que os profissionais de nível superior defendiam que, por estes serem ex-usuários, poderiam quebrar o sigilo profissional. Sendo assim, entende-se que há falhas no trabalho em equipe e no desenvolvimento e aplicabilidade do programa terapêutico, pois são os monitores quem prestam cuidados mais frequentes, em turno integral, a estes residentes.

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

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

Em relação à existência de um programa terapêutico institucional, observa-se na Tabela 3 que quatro (28,6%) das CTs não haviam disponibilizado à VIEMSA esse documento. Além disso, somente uma (7,1%) instituição declarava ter plano terapêutico individual.

O programa terapêutico da instituição e o plano terapêutico individual são documentos imprescindíveis para o desenvolvimento das atividades no serviço<sup>9</sup>. Todavia, a RDC 29/2011 não estabelece a existência desses planos terapêuticos nas CTs, esta cita que a instituição deve possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades técnicas, administrativas e assistências. Diante dessa resolução, fica a critério da instituição estabelecer o documento constando tais informações necessárias para o funcionamento das CTs.

Para Mattos<sup>12</sup>, na perspectiva da integralidade, o programa terapêutico tem de ser construído a partir do diálogo entre os usuários e os profissionais de saúde, construindo uma rede de cuidado aberta, em território. Entende-se que o caminho do usuário é de escolha dele, e é ele quem dirá se e quando quer ir, negociando as propostas da equipe de saúde<sup>13</sup>. O programa terapêutico singular deve levar em consideração não só o indivíduo, mas também o seu contexto social, por isso hoje se fala em programa terapêutico singular, ou seja, singular e não individual.

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

profissionais que vêm e realizam seu trabalho, sua consulta e não constroem coletivamente a intervenção.

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

Quanto a existência de registros individuais e atualizados de cada residente, nove instituições (64,3%) possuíam esse documento (Tabela 3). Sabe-se que a RDC 29/2011 determina que cada residente deve apresentar uma ficha individual para ser registrado periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas.

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

<b>SERVIÇO DE TRATAMENTO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Programa Terapêutico institucional		
Sim	10	71,4
Não	04	28,6
Total	14	100,0
Plano Terapêutico individual		
Sim	01	07,1
Não	13	92,7
Total	14	100,0
Avaliação Programa Terapêutico		
Sim	06	42,9
Não	08	57,1
Total	10	100,0
Prontuário individual e atualizado		
Sim	09	64,3
Não	05	35,7
Total	14	100,0

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

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

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

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

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

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

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

Quatro instituições não apresentavam programa terapêutico institucional, e somente uma CT declarava possuir plano terapêutico individual. Observou-se também que seis das instituições que tinham programa terapêutico institucional possuíam parecer favorável referente à avaliação deste documento. Acredita-se que os programas terapêuticos, tanto o institucional como o singular, devem ser elaborados a partir do diálogo entre os usuários e a equipe de cuidados, construindo assim uma rede de cuidados aberta e em território. Entretanto, esses planos exigem a presença contínua da equipe técnica, pois esse processo é dinâmico, necessitando de mudanças e avaliações frequentes no decorrer do tratamento.

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

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

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
2. Serrat SM. *Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos*. Entrevista [on-line]. 2002. Disponível em: <http://www.comciencia.br/>
3. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. *Relatório de Avaliação e Monitoramento das Comunidades Terapêuticas Conveniadas com o Estado do Rio Grande do Sul*. No prelo, 2011.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 101, de 30 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*, 2001.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*, 2011.
6. Raupp LM, Sapiro M. A “reeducação” de Adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o Tratamento da Drogadição em uma Instituição Religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008, vol. 24 n. 3, pp. 361-368.
7. Sabino NDM, Cazenave SOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. psicol.* (Campinas) [online]. 2005, vol. 22, n. 2, pp. 167-174. ISSN 0103-166X. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200006.
8. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. Brasília, DF. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
9. Meneguel SN. *Epidemiologia - exercícios e anotações*. 1. Ed. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2008, v. 176p.
10. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol. 12, n. 2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>
11. Fonseca JCF, Queiroz IS, Bernardes K, Abrantes T, Ferreira C, Braga LC. *Trabalho e Dependência Química: redes sociais e novas possibilidades de atenção à saúde*. 2009. Disponível em: [http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/imagens/anais/\\_XVENABRAPSO/601.%trabalho%20e%depend%Cancia%20qu%Cmica.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/imagens/anais/_XVENABRAPSO/601.%trabalho%20e%depend%Cancia%20qu%Cmica.pdf)

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

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

PSSR trabalhou na revisão bibliográfica, coleta de dados, análise de dados, análise e discussão dos resultados.

KVC trabalhou na revisão bibliográfica, análise e discussão dos resultados.

RSR trabalhou na análise e discussão dos resultados e revisão.

TDN trabalhou na revisão.