

Condições sanitárias de comunidades terapêuticas para tratamento da dependência química

Sanitary conditions of therapeutic communities for the treatment of addictions

Lara Dias Cavalcante*

Maria Eduarda Debiazzi
Bombardelli

Rogério José de Almeida

RESUMO

Comunidades terapêuticas que visam o tratamento da dependência química são instituições que, por meio da convivência entre pares, devem enfatizar o indivíduo de forma holística. No que concerne às questões sanitárias, devem seguir as determinações sanitárias estabelecidas na RDC n° 29/2011 instituídas pela Anvisa. Este trabalho teve por objetivo caracterizar as condições sanitárias das comunidades terapêuticas, procurando identificar se as normas estabelecidas pela RDC n° 29/2011 estavam sendo cumpridas a fim de uma melhor qualidade de vida dos residentes. Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa com 28 comunidades terapêuticas que atendem dependentes químicos de forma voluntária, localizadas no município de Goiânia, GO, e região metropolitana, incluindo também a cidade de Anápolis, GO. Foi utilizado um questionário semiestruturado e os resultados obtidos por meio de estatística descritiva. Demonstrou-se que as comunidades já tinham alvará sanitário (39,3%) e a maioria estava aguardando os trâmites do processo de concessão (46,4%). A maior parte da água era advinda de poços artesianos ou cisternas, com o devido armazenamento, mas sem a devida desinfecção. Há preocupação sanitária com os ambientes alimentares. O uso de EPI não foi observado na lavagem de roupas ou na manipulação do lixo. Os medicamentos são guardados de acordo com as normas da RDC n° 29/2011 e os residentes passam com frequência por atendimentos em atenção à saúde no SUS. Conclui-se que as normas sanitárias da RDC n° 29/2011 tendem a ser observadas nas comunidades pesquisadas. Entretanto, há muito a desenvolver em relação às questões sanitárias com vistas ao bem-estar e à saúde dos residentes.

PALAVRAS-CHAVE: Comunidade Terapêutica; Dependência Química; Infraestrutura Sanitária

ABSTRACT

Therapeutic communities FOR THE TREATMENT OF drug ADDICTIONS are institutions that, through the interaction between their residents, should holistically focus on the individual. With regard to health issues, they should follow the sanitary provisions of RDC 29/2011 by Anvisa. This work aimed to characterize the health conditions of therapeutic communities, in terms of their compliance with RDC 29/2011, pursuing a better quality of life of their residents. This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach with 28 therapeutic communities voluntarily serving drug users, located in Goiânia/GO and metropolitan area, and also including the city of Anapolis/GO. We used a semi-structured questionnaire; the obtained data were analyzed using descriptive statistics. The results show that 39.3% of the communities had sanitary license, and 46.4% were in the process of receiving it. Most of the water came from artesian wells or tanks, with proper storage, but without proper disinfection. Health concerns with food environments were identified. The use of PPE was not observed in clothes washing or waste disposal. Medications were stored in accordance with the rules of RDC 29/2011 and residents often went to get health care in the SUS. It was concluded that health conditions of RDC 29/2011 tend to be observed in the surveyed communities. However, there is much to develop in relation to health issues pursuing the welfare and health of residents.

Pontifícia Universidade Católica de
Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil

* E-mail: lara_dc@hotmail.com

Recebido: 13 mai 2015
Aprovado: 09 mai 2016

KEYWORDS: Therapeutic Community; Substance-related Disorders; Health Infrastructure



INTRODUÇÃO

O uso de drogas lícitas e ilícitas e seu conseqüente abuso são problemas sociais mundiais¹. Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2012, entre 3,4% e 6,6% da população mundial com idade de 15 a 64 anos faz uso de drogas ilícitas. Destes, de 10% a 13% apresentam dependência ou outros distúrbios relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas².

O uso/abuso de drogas está concentrado primordialmente na população jovem urbana dos países em desenvolvimento³. Neste contexto, se destaca o Brasil que, de acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, foi considerado o país com maior mercado consumidor de cocaína da América do Sul. Estima-se que 1,75% da população adulta seja usuária dessa droga³.

Com o intuito de alterar esse panorama, por meio da Portaria n° 3088, de 23 de dezembro de 2011, o Governo Federal instituiu a “Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”⁴. Essa Portaria busca instituir a prevenção e redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas, assim como a promoção da reabilitação e reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes desse consumo na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária⁴. Essa ação governamental também prevê a criação, ampliação e articulação de serviços de cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental ou em situação de uso, abuso ou dependência de álcool, crack e outras drogas⁴.

Embora sejam muitas as ações governamentais em relação ao enfrentamento às drogas, o problema da dependência química ainda é um fenômeno que merece maior atenção da sociedade civil e do governo. A modalidade de assistência oferecida já há algum tempo pela sociedade civil ao usuário dependente de drogas discutida e avaliada no presente estudo são as chamadas comunidades terapêuticas.

Esse tipo de assistência surgiu na Inglaterra no ano de 1940. Inicialmente, recebiam pacientes psiquiátricos crônicos e, posteriormente, foi utilizada como meio de assistência ao dependente químico⁵. São instituições sociais que visam oferecer ao indivíduo um ambiente seguro, com suas próprias regras, que tentam construir a moral e religiosidade dos internos, visando à recuperação biopsicossocial dos pacientes⁵.

Do ponto de vista legal, as comunidades terapêuticas estão enquadradas na Portaria n° 3.088/2011. Estas devem estar articuladas com a atenção básica (para cuidados clínicos gerais do dependente) e com o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (responsável pela indicação do acolhimento, acompanhamento durante o período que o paciente permanecer na comunidade terapêutica e pelo planejamento de saída)⁴.

Sendo assim, as comunidades terapêuticas, segundo a RDC n° 29/2011, são instituições que oferecem assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência

de substâncias psicoativas, em regime de residência, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. As comunidades terapêuticas devem oferecer, dentre outras atividades, espiritualidade, suporte social e segurança ao usuário para tentar se reabilitar integralmente⁶.

Para De Leon⁷, essas instituições devem focar o indivíduo de forma holística, com objetivo de auxiliar a mudança em sua vida, suas relações interpessoais e, principalmente, familiares. Por trabalharem com dependentes químicos, devem oferecer cuidado eficaz para o residente, prevenindo reincidências relacionadas às drogas no período de internação e oferecendo oportunidade de mudança de vida desenvolvendo processos de reinserção familiar e social⁸.

Atualmente, no Brasil, há uma crescente demanda por tratamentos que visam a recuperação integral, ou seja, a reabilitação em relação às drogas e a reinserção social do indivíduo dependente de drogas. Assim sendo, a busca pelas comunidades terapêuticas também tende a aumentar, uma vez que o poder público, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS, ainda não consegue suprir as necessidades e demandas desses atores sociais⁹.

Para Mergulhão¹⁰, a falta de oferta em unidades de saúde vem aumentando a procura por comunidades terapêuticas. Essa progressiva procura pelas comunidades pode gerar preocupações quanto às condições sanitárias e de saúde, bem como da superlotação, infraestrutura adequada, número insuficiente de funcionários para suprir as necessidades de atendimento à higiene local e dos residentes.

Este estudo se debruça sobre as condições sanitárias dessas comunidades. As questões sanitárias são integrantes da atenção primária à saúde, fundamentais para a abordagem de qualquer indivíduo como paciente. Como determinantes sociais de saúde são entendidas como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população¹¹.

No que concerne às questões sanitárias e de saúde oferecidas aos residentes, as comunidades terapêuticas devem seguir as determinações sanitárias da RDC n° 29/2011⁶. O não cumprimento das normas da vigilância sanitária, além de configurar infração, pode levar o residente da comunidade a um processo de adoecimento, dificultando ainda mais o enfrentamento do processo de reabilitação. Para que as condições sanitárias sejam efetivas e possam oferecer condições adequadas e dignas aos dependentes químicos, as comunidades terapêuticas devem estar legalizadas do ponto de vista sanitário¹².

O foco de análise da problemática desenvolvida neste estudo se volta para o seguinte problema de pesquisa: Quais as condições sanitárias de comunidades terapêuticas para o tratamento da dependência química? Assim, o presente estudo teve por objetivo caracterizar as condições sanitárias das comunidades terapêuticas que visam de forma voluntária tratar a dependência



química, procurando identificar se as normas sanitárias estabelecidas pela RDC n° 29/2011⁶ estavam sendo cumpridas e discutir adequações necessárias para melhorar a qualidade de vida dos que ali residem temporariamente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa com 28 comunidades terapêuticas que atendem dependentes de álcool e outras drogas de forma voluntária. A pesquisa foi desenvolvida na região metropolitana de Goiânia, GO, que corresponde a 20 municípios, conforme dispõe a Lei Complementar Estadual n° 78, de 25 de março de 2010¹³. Destes, acrescido o município de Anápolis, GO, 12 foram visitados, por terem localizados em suas abrangências territoriais, comunidades terapêuticas que se enquadravam no modelo de acolhimento voluntário e manifestaram interesse em participar da pesquisa.

Optou-se pela utilização de um questionário semiestruturado aplicado pelo pesquisador para a obtenção de dados gerais dos entrevistados e das instituições, infraestrutura sanitária, serviços oferecidos pela comunidade aos residentes, equipes de trabalho, público atendido e relação da comunidade com os serviços de atenção à saúde^a.

As comunidades entrevistadas foram localizadas por meio de cadastro junto ao Fórum Goiano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e ao Grupo Executivo de Enfrentamento às Drogas - GEED. O trabalho de campo foi realizado por meio da aplicação do questionário na sede da instituição. As visitas às instituições foram realizadas no período compreendido entre os meses de agosto de 2014 a fevereiro de 2015.

Antes da entrevista, o responsável pela instituição lia e assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, que visa garantir o sigilo e a identidade do participante. Esta pesquisa está inscrita na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP com a CAAE: 12416213.1.0000.0037 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás.

Após a aplicação dos questionários, foi confeccionado um banco de dados utilizando-se do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* - SPSS versão 16. As variáveis referentes ao tema objeto de estudo do presente artigo foram destacadas e os resultados obtidos por meio de estatística descritiva.

RESULTADOS

De acordo com a aplicação e tabulação dos dados das 28 comunidades terapêuticas pesquisadas da cidade de Goiânia e região metropolitana, bem como da cidade de Anápolis, as comunidades terapêuticas afirmaram que a orientação do trabalho é de cunho religioso (53,6%), religioso e comunitário (14,3%),

comunitário (28,6%) e de recuperação (3,6%). Tais comunidades visam a recuperação de indivíduos usuários predominantemente de drogas lícitas e ilícitas (96,4%).

O alvará sanitário que é solicitado e cedido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa está em andamento na maioria das entidades 46,4%, sendo que 39,3% já possuem o alvará para devido funcionamento e somente 14,3% ainda não possuíam esse documento que atesta as condições sanitárias do local.

As comunidades funcionam em locais próprios (42,9%), alugados (35,7%) ou cedidos (21,4%), que dependem sobremaneira de sua natureza de funcionamento, fontes de financiamento e se estão localizadas na zona urbana ou rural. O tempo de permanência dos residentes nas comunidades é bem variável de acordo com as regras de cada entidade. A maioria das comunidades estabelece que os internos fiquem, de forma voluntária, por até nove meses (53,6%), mas 10,7% fixam a terapêutica em um ano. As outras 35,7% fixam períodos variados e até sem tempo máximo de residência.

A água oferecida nas comunidades, um dos mais importantes fatores sanitários analisados pelo presente estudo, é fornecida por meio da rede pública de distribuição em apenas 28,6%, por poços artesianos em 50% e por meio de cisternas em 44,4%. Em se tratando do abastecimento de água feito por meio de cisternas e poços artesianos, a desinfecção (cloração da água) para torná-la potável é realizada somente em 28,6% das comunidades. Todas as instituições analisadas referem armazenar a água em caixa d'água com tampa. A limpeza e a manutenção da caixa d'água são feitas por 92,9% das comunidades, sendo que são realizadas por 37% das instituições no período de seis em seis meses e a cada 12 meses por 18,5%, sendo que outras 44,5% fazem a limpeza em períodos diversos.

Em 96,4% das instituições entrevistadas são os próprios residentes que preparam as refeições do dia e, em 25% dos casos, há com eles funcionários contratados para esse fim. Em toda a estrutura destinada a trabalhar com alimentação, observa-se que há espaço separado exclusivamente para preparação e armazenamento dos alimentos em 92,9% das comunidades. É referido o uso de equipamentos de proteção individual - EPI, como por exemplo, toucas e luvas, durante a manipulação e cozimento dos alimentos, por 78,6% das instituições. Um ponto a considerar é que todas as comunidades afirmam limpar a cozinha todos os dias: 21,4% limpam uma vez ao dia, 46,4% duas vezes e 21,4% três vezes ao dia. O restante faz a higiene da cozinha a cada refeição (3,6%), quatro vezes (3,6%) e cinco vezes (3,6%).

Já em relação à lavagem das roupas, nenhuma comunidade possui lavanderia industrial. Em todas as instituições, a lavagem de roupas é feita pelos próprios residentes. Somente em 17,9% dos casos há o uso de EPI disponíveis para esse serviço. Um total de 74,1% possui espaço para recepção e armazenamento de roupa suja e 90,9% possuem armazenamento individual. Ainda sobre a

^a Morselli V, Rezende S, Rocha S. Cadastro estadual das comunidades terapêuticas e instituições afins - Goiás. Eixo das Comunidades Terapêuticas / Fórum Goiano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Manuscrito não-publicado. 2012.



lavagem de roupas, 89,3% referem que há uma área de lavagem separada da área de secagem e 85,7% apresentam área específica para armazenamento de roupa limpa, que em todos os casos é o próprio armário disponível ao residente nos quartos.

Sobre a presença de almoxarifado, 85,7% das comunidades responderam positivamente, sendo que em 85,7% o material de limpeza não é armazenado junto ao material de escritório, o que corrobora com o dado de que 75% possuem um depósito específico para o material de limpeza, denominado de DML. Já em relação ao lixo produzido, 75% afirmam possuir um local de abrigo e em apenas 32,1% há uso de EPI pelos residentes que manuseiam o lixo.

Em relação à questão dos medicamentos dentro das comunidades, em 96,4% das comunidades, a responsabilidade pela administração e guarda dos medicamentos é de algum responsável pela comunidade. Em 71,4% dos casos, os medicamentos são guardados em armários com chave e, em 88,9%, junto com a prescrição médica. Em 75% das instituições, há kit de primeiros socorros e, em 60,7%, há medicamentos de uso geral, como remédios para dor de cabeça e estômago.

Um aspecto importante em relação à saúde dos residentes pode ser constatado na relação das comunidades com a assistência de saúde. Em 48,1% dos pesquisados, há a informação de que solicitam exames clínicos antes da internação. Identifica-se também que 100% das comunidades fazem internação de moradores de rua.

Ainda sobre a assistência à saúde dos residentes, constata-se que há atendimento médico dentro das comunidades em apenas 14,3% delas, cujo período varia entre semanal (50%) e mensal (50%). Mesmo sendo baixo o número de comunidades que levam atendimento clínico para ser realizado dentro da instituição, observa-se que os residentes passam por consultas médicas, odontológicas ou com outros profissionais, mas que são feitas fora da comunidade utilizando-se o SUS em 100% das comunidades, e a periodicidade varia entre semanal (51,9%), mensal (25,9%), bimestral (7,4%) e semestral (14,8%).

DISCUSSÃO

As comunidades terapêuticas têm, em sua origem no Brasil, uma relação direta com entidades religiosas. Em 1968, em Goiânia, GO, foi fundada a primeira comunidade terapêutica pela Missionária Presbiteriana Ana Maria Brasil. Já o movimento católico de atenção aos dependentes químicos no Brasil teve início em 1978 com o Padre Haroldo J. Rham, em Campinas, SP, que também influenciou na abertura de comunidades no território nacional¹⁴.

Gomes⁵ afirma que, apesar de não ser uma finalidade das comunidades funcionarem como uma igreja ou apêndice de seita religiosa, a religiosidade está quase sempre presente na prática de recuperação de residentes dessas instituições como um elemento transformador, principalmente porque os princípios religiosos são notadamente veículos eficazes para a mudança de estilo de vida e de identidade dos usuários de drogas.

Essa especificidade encontrada nas comunidades terapêuticas pesquisadas de se estabelecer vínculos espiritualistas, com ou sem algum dogma religioso, é observada como essencial pelas comunidades terapêuticas para desenvolver o tratamento para a dependência em seus residentes. Identifica-se, por exemplo, que existem as comunidades que mesclam o religioso e o comunitário, levando em consideração que a religião pode ser um pilar de apoio para que o paciente consiga sua recuperação¹⁵.

Atualmente, a comunidade terapêutica necessita, para seu pleno e legal funcionamento, obter o alvará concedido pela vigilância sanitária do município em que está situada a comunidade. Para isso, as comunidades devem estar adaptadas do ponto de vista sanitário às normas prescritas na resolução RDC n° 29/2011, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas⁶. Importante observar que a grande maioria das comunidades pesquisadas já possuem ou já estão aguardando os trâmites legais para a obtenção do alvará, o que, do ponto de vista sanitário, já é um grande avanço para que as comunidades possam receber adequadamente seus residentes.

As internações, em sua grande maioria, não fazem distinções entre abuso de drogas lícitas e ilícitas, visto que há dependência em ambas, bem como uma droga pode vir acompanhada pela outra, compondo o chamado “fenômeno das drogas”¹⁶. O tempo de internação nas comunidades, segundo Machado¹⁶, varia de acordo com regras próprias das instituições, porém o tratamento da adição é longo e deveria incluir muitas atividades que visam simular as situações que o paciente encontrará na vida cotidiana e ao mesmo tempo oferecer apoio social para não recair.

Algumas condições sanitárias como a água fornecida nas comunidades dependem também sobremaneira de suas localizações. Importante considerar que as entidades pesquisadas estão situadas em zona urbana e rural, não havendo assim, em muitas comunidades, a rede pública de abastecimento, sendo necessária a construção de abastecimento por meio de poços artesianos ou cisternas. Em outros casos, os três tipos de fontes de água coexistem em uma mesma comunidade. Independentemente da forma de abastecimento, o artigo 13 da RDC n° 29/2011 preconiza a obrigatoriedade de as instituições garantirem a qualidade da água para o seu funcionamento⁶.

Vale ressaltar que, dentre essas possibilidades de fornecimento de água, as cisternas são a opção mais barata, podendo ser adotada por comunidades com situação financeira limitada. Porém, seja poço artesianos ou cisterna, esta água deve ser desinfetada/clorada para o consumo, prática que não é realizada pela maioria das comunidades estudadas. De acordo com a Portaria n° 2.914/2011, toda água destinada ao consumo humano, distribuída coletivamente por meio de sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, deve ser objeto de controle e vigilância da qualidade da água¹⁷.



Quanto ao armazenamento desta água, independentemente do tipo de fornecimento, todas as comunidades referem a utilização de caixa d'água tampada, porém menos da metade observa o que é preconizado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT na NBR nº 5626, que atesta ser necessário fazer a manutenção no período de seis em seis meses¹⁸.

Em relação à preparação dos alimentos, observa-se que a quase totalidade das comunidades terapêuticas pesquisadas afirma que são os próprios residentes que fazem a manipulação dos alimentos para as refeições e também a limpeza do ambiente destinado às vivências alimentares.

A criação de uma rotina de trabalho, de acordo com De Leon⁷, tem por objetivo beneficiar os residentes no sentido de desenvolverem o trabalho em equipe e o senso de responsabilidade para com os outros que ali também residem temporariamente. No momento em que aos internos são designadas determinadas tarefas indispensáveis para o funcionamento da comunidade, exercita-se a criação de uma rotina, conceito que será importante na sua reabilitação após o indivíduo deixar a comunidade. Entretanto, seria necessário que as comunidades conscientizassem melhor os residentes envolvidos na manipulação dos alimentos, ensinando que são várias as medidas que são fundamentais para o controle de infecções de origem alimentar, principalmente pela característica de fornecer refeições coletivas¹⁹.

Contudo, do ponto de vista sanitário sobre as questões referentes à alimentação, identifica-se que a maioria das comunidades afirma ter um espaço exclusivo para preparação, armazenamento de alimentos, bem como dos utensílios utilizados. A correta separação e utilização dos espaços e materiais são importantes adequações sanitárias. Os utensílios utilizados, por exemplo, precisam ser armazenados em local apropriado, de forma organizada e protegidos de qualquer fonte de contaminação²⁰. Considera-se relevante também destacar o fato de que a grande maioria das comunidades pesquisadas limpam esses ambientes mais de uma vez por dia.

Essa realidade higiênica dos ambientes contrasta com a importância da utilização de EPI, o que infelizmente não é seguido por todas as comunidades. Sobre isso, Souza²¹ alerta que as mãos constituem importante foco de microrganismos. Assim, quando mal higienizadas e sem a utilização de luvas adequadas, podem veicular microrganismos que são transferidos para os alimentos.

As roupas são importantes itens carreadores de microrganismos e, por consequência, causadoras de várias doenças. De acordo com RDC nº 29/2011, as comunidades terapêuticas devem possuir lavanderia coletiva. Identifica-se que, nesse ponto, as instituições pesquisadas estão adequadas⁶. Entretanto, tal realidade também se inverte quando da necessidade de utilização de EPI, principalmente levando-se em conta que são os próprios residentes que são responsáveis pela higienização de suas roupas.

A RDC nº 29/2011 é clara e direta quanto à utilização de medicamentos dentro das comunidades terapêuticas quando, no

seu artigo 17, esclarece que “cabe ao responsável técnico da instituição a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos residentes, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica”⁶. Sobre esse ponto, identifica-se que a grande maioria procura seguir esta norma, pois afirmam que os medicamentos são trancados com chaves junto das respectivas prescrições médicas. Porém, desobedece a norma quando observado que a maioria utiliza medicamentos de uso geral, como analgésicos e antiácidos.

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

as instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de substâncias psicoativas, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde⁶.

Esse direito dos residentes à manutenção de sua saúde é garantido por todas as comunidades pesquisadas, que já afirmam que seus residentes passam por consultas médicas, odontológicas ou com outros profissionais fora da comunidade.

Identificou-se que, apesar de uma boa aproximação com a atenção básica de saúde, por meio de atendimento clínico e de odontologia, foi observado no estudo que as comunidades não apresentam um vínculo de referência e contrarreferência com os CAPS. Há, dessa forma, uma falha na rede de atenção e no cuidado com o dependente, já que não se observa essa articulação e utilização do potencial que os CAPS têm em relação à questão das drogas e da dependência.

CONCLUSÃO

Identificou-se que as comunidades terapêuticas pesquisadas têm orientações religiosas, com o intuito de tratar a dependência química de forma voluntária em caráter residencial com uma permanência de até nove meses. São comunidades cujo alvará sanitário já estava presente em algumas delas, com uma grande quantidade ainda passando pelos trâmites e adequações para receberem este documento da vigilância sanitária local.

Conclui-se este estudo respondendo ao problema de pesquisa: que as condições sanitárias das comunidades terapêuticas pesquisadas necessitam ser aprimoradas. Embora algumas comunidades já tenham recebido o alvará sanitário, medidas importantes como a desinfecção da água, a utilização de EPI no manuseio de alimentos, resíduos sólidos e lavagem de roupas, bem como a aproximação necessária com os CAPS necessitam de atenção especial.

Se há condições sanitárias que merecem atenção, por outro lado há que se concluir com base em outros quesitos que as comunidades demonstraram importante preocupação higiênico-sanitária para com seus residentes, principalmente no que tange às refeições diárias, no armazenamento de medicamentos e na estreita



relação estabelecida com os serviços de atenção à saúde (médicos e odontólogos), disponibilizados pelo SUS.

Ratifica-se, portanto, a importância de um monitoramento constante das normas sanitárias preconizadas pela RDC n° 29/2011. O alvará sanitário concedido, por si só, não é garantia de boas condições sanitárias. Entretanto, se apresenta como requisito mínimo para que as comunidades terapêuticas observem estritamente os parâmetros sanitários a serem seguidos visando o bem-estar e a saúde de seus residentes. E esse é justamente uma limitação do presente estudo, já que foi apresentado o

ponto de vista *in loco* das comunidades, necessitando no futuro a busca de dados acerca da própria atuação da vigilância sanitária nas comunidades terapêuticas, com o intuito de verificar se há o monitoramento e avaliação periódica do cumprimento da RDC n° 29/2011.

Há muito a desenvolver na busca por melhorias em relação às questões sanitárias nas comunidades terapêuticas. A garantia da aplicação dessas normas é necessária para uma melhor reabilitação integral do indivíduo que busca o tratamento para a dependência química.

REFERÊNCIAS

1. Raupp LM, Milnitisky-Sapiro C. A “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psic Teor Pesq.* 2008;24(3):361-8. doi:10.1590/S0102-37722008000300013
2. United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC. Relatório Mundial sobre drogas. Brasília, DF: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime; 2012 [acesso 12 mar 2014]. Disponível em: <http://www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>
3. United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC. Relatório mundial sobre drogas. Brasília, DF: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime; 2015 [acesso 23 mar 2015]. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 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. *Diário Oficial União* 23 dez 2011.
5. Gomes RM. Comunidade terapêutica e (re) educação. *Segurança Urbana Juventude.* 2010;3(2):1-18.
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. RDC n° 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. *Diário Oficial União.* 30 jul 2011.
7. De Leon G. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola; 2003.
8. Silva BLC, Araújo AP, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Queiroz D. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2012;14(4):61-8.
9. Reale D. O diagnóstico em crise: a descoberta do uso de droga na adolescência. In: *Simpósio Internacional do Adolescente; 2004* [acesso 8 mar 2015]; São Paulo. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000082005000200067&lng=en&nrm=abn
10. Mergulhão A. Ajuda cada vez mais difícil. *O Popular,* 8 dez 2013 [acesso 10 mar 2015]. Disponível em: <http://www.opopular.com.br/editorias/cidades/ajuda-cada-vez-mais-dif%C3%ADcil-1.439132>
11. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007;17(1):77-93. doi:10.1590/S0103-73312007000100006
12. Kraemer AC. Condições sanitárias básicas para funcionamento dos estabelecimentos assistenciais de saúde e dos de interesse à saúde. Porto Alegre: Divisão de Vigilância Sanitária do Rio Grande do Sul; 2010.
13. Goiás. Lei Complementar n° 78, de 25 de março de 2010. Altera a Lei Complementar n. 27, de 30 de dezembro de 1999, que cria a Região Metropolitana de Goiânia, autoriza o Poder Executivo a instituir o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Goiânia, a Secretaria Executiva e a constituir o Fundo de Desenvolvimento Metropolitano de Goiânia. *Diário Oficial Estado Goiás.* 5 abr 2010.
14. Chaves SEM, Chaves EM. Descortinando a realidade das Comunidades Terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas: dos amparos legais aos amparos reais [monografia]. Bauru: Instituição Toledo de Ensino; 2007.
15. Silva AR. A religião com Deus: dependência química e religiosidade. In: *Experiências e interpretações do sagrado: interfaces entre saberes acadêmicos e religiosos. Anais dos Simpósios da ABHR; 31 maio-3 jun 2011; Juiz de Fora, MG.*
16. Machado LP. Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa (dissertação). Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia; 2011.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial União.* 12 dez 2011.



18. Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. NBR 5626: Instalação predial de água fria. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas; 1998.
19. Oliveira MN, Brasil ALD, Taddei JAAC. Avaliação das condições higiênico-sanitárias das cozinhas de creches públicas e filantrópicas. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(3):1051-60. doi:10.1590/S1413-81232008000300028
20. Guimarães SL, Figueiredo EL. Avaliação das condições higiênico-sanitárias de panificadoras localizadas no município de Santa Maria do Pará - PA. Rev Bras Tecnol Agroindustri. 2010;4(2):198-206. doi:10.3895/S1981-36862010000200008
21. Souza LHL. A manipulação inadequada dos alimentos: fator de contaminação. Hig Aliment. 2006;20(146):32-9.

Agradecimentos

Queremos agradecer o financiamento da pesquisa pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG e ao Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.
Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.