**NOTA TÉCNICA Nº 08/2021 – CRUZ AZUL NO BRASIL, DE 11 DE OUTUBRO DE 2021**

**INTERESSADOS:**

- **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA**
- **SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**
- **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE SANTA CATARINA**
- **POPULAÇÃO CATARINENSE**

**ASSUNTO: REGULAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO E AVALIAÇÃO MÉDICA PARA ACOLHIMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – PROGRAMA REVIVER SC - DELIBERAÇÃO 143/CIB/2021 - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - GOVERNO DE SANTA CATARINA**

## INTRODUÇÃO

Em 20 de julho de 2021 a Comissão Intergestores Bipartite, pela Deliberação 143/CIB/2021 deliberou "organizar o acesso regulado para acolhimento em vagas contratadas e custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde, nas Comunidades Terapêuticas"[1].

Deliberou que "as solicitações de acolhimento devem ser enviadas por meio do Sistema de Regulação (SISREG) para a Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA)", sendo que o "operador solicitante poderá ser":

"I. Unidade da Atenção Primária à Saúde (APS) ou a Unidade Especializada Municipal (CAPS, ambulatório ou equipe de saúde mental) que vinha acompanhando o candidato a acolhimento;

"II. Setor de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município de moradia do candidato a acolhimento;

"III. A Coordenação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);".[2]

O ponto central da Nota Técnica diz respeito à análise da exclusividade de encaminhamento pelo poder público expressa na Deliberação 143/CIB/2021 em confronto com a legislação e normas federais que regulam as comunidades terapêuticas.

Será também analisada a conformidade da Deliberação 143/CIB/2021 com o Edital 439/2017, da Secretaria Estadual de Saúde e com a minuta de Contrato constante do referido Edital.

A presente Nota Técnica visa também a demonstrar as principais características das comunidades terapêuticas, trazendo um breve histórico, sua resolutividade de acordo com estudos científicos.

[1] SC, Secretaria Estadual da Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, DELIBERAÇÃO 143/CIB/2021, Art.1º.
[2] Idem, art.2º.

## ÍNDICE


INTRODUÇÃO ..... 01
ÍNDICE ..... 03
1. DA DELIBERAÇÃO 143/CIB/2021 – SC .....
2. HISTÓRICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ..... 04
3. DA RESOLUTIVIDADE DO MODELO COMUNIDADE TERAPÊUTICA .....
4. DAS LEIS E NORMAS FEDERAIS ..... 08
   a. DA LEI Nº 13.840/2019 QUE ALTERA A LEI Nº 11.343/2006 ..... 08
   b. DO DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019 ..... 10
   c. DA REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – MARCO REGULATÓRIO ..... 13
   d. DO NORMATIVO SANITÁRIO FEDERAL PARA AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ..... 19
   e. DA FISCALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ..... 22
   f. DO CREDENCIAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NA SENAPRED ..... 23
   g. DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E SEU CADASTRAMENTO NO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES ..... 24
5. DO PROJETO DE LEI. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ..... 25
   a. DO PODER REGULADOR DA UNIÃO..... 25
   b. DO PODER PRIVATIVO DA UNIÃO ..... 26
   c. DAS CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTAIS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS 27
   d. AUTONOMIA E O RESPEITO AOS DIFERENTES PROGRAMAS TERAPÊUTICOS DO MODELO COMUNIDADE TERAPÊUTICA ..... 28
   e. DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR ..... 29
   f. DO ACOLHIMENTO DE PESSOAS ENCAMINHADAS PELO PODER JUDICIÁRIO .... 30
   g. DA POSSIBILIDADE DE CONTRATAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PELAS DISPOSIÇÕES DA LEI Nº 13.019/2014 OU DA LEI Nº 8.666/1993 ..... 30
6. CONCLUSÃO ..... 33
REFERÊNCIAS ..... 35
ANEXO I - RESOLUÇÃO Nº 1/2015 DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS – CONAD ..... 36
ANEXO II - RESOLUÇÃO RDC-029/2011, DA ANVISA, DE 30 DE JUNHO DE 2011 ..... 52
ANEXO III - NOTA TÉCNICA GRECS/GGTES/ANVISA Nº 55/2013, DE 16 DE AGOSTO DE 2013 58
ANEXO IV – PORTARIA Nº 562/2019, DO MINISTÉRIO DA CIDADANIA – DO PLANO DE FISCALIZAÇÃO E MONITORAMENTO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA ..... 61

## ANÁLISE

### 1. DA DELIBERAÇÃO 143/CIB/2021 – SC

Em 20 de julho de 2021 a Comissão Intergestores Bipartite, pela Deliberação 143/CIB/2021 deliberou "organizar o acesso regulado para acolhimento em vagas contratadas e custeadas pela Secretaria de Estado da Saúde, nas Comunidades Terapêuticas"[3].

Deliberou que "as solicitações de acolhimento devem ser enviadas por meio do Sistema de Regulação (SISREG) para a Central Estadual de Regulação Ambulatorial (CERA)", sendo que o "operador solicitante poderá ser":

"I. Unidade da Atenção Primária à Saúde (APS) ou a Unidade Especializada Municipal (CAPS, ambulatório ou equipe de saúde mental) que vinha acompanhando o candidato a acolhimento;

"II. Setor de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Município de moradia do candidato a acolhimento;

"III. A Coordenação Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);".[4]

Em seu art.3º, a Deliberação 143/CIB/2021 estabelece que:

a) "As referências das Comunidades Terapêuticas serão regionalizadas;
b) "O médico regulador fica autorizado a realizar quebra de referência sempre que necessário, conforme a disponibilidade de vagas e especificidades de cada caso;
c) "A CERA configurará os perfis das agendas das Comunidades Terapêuticas, definindo as nomenclaturas, códigos e os filtros por idade, sexo, municípios de acordo com as referências estabelecidas".

Em seu art.5º, a Deliberação 143/CIB/2021 estabelece que "Para fins de pagamento não serão computados os usuários acolhidos que não apresentarem autorização no Sistema de Regulação (SISREG)".

A Deliberação 143/CIB/2021 estabelece período máximo de acolhimento em 6 meses, podendo ser prorrogado por 3 meses[5].

Estabelece ainda que "A equipe técnica municipal de referência em saúde mental, deverá acompanhar o tratamento do acolhido por meio de visitas à Comunidade ou de frequência do usuário ao CAPS ou UAP, com periodicidade a ser definida em cada Projeto Terapêutico Singular".[6]

"A Comunidade Terapêutica deverá disponibilizar relatórios individuais de evolução com periodicidade a ser definida junto à equipe técnica designada pelo município".[7]

[3] SC, Secretaria Estadual da Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, DELIBERAÇÃO 143/CIB/2021, Art.1º.
[4] Idem, art.2º.
[5] Ibidem, art.6º.
[6] Ibidem, § 1º, art.7º.
[7] Ibidem, § 2º, art.7º.

## 2. HISTÓRICO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

A importância do segmento das Comunidades Terapêuticas é demonstrada pela existência de cerca de 2.000 Comunidades Terapêuticas no Brasil, acolhendo mais de 83.000 pessoas, tendo prestado relevantes serviços ao País, complementando os serviços oferecidos nas esferas governamentais e suprindo carências desses serviços. Este fato foi expresso na NOTA TÉCNICA Nº 055/2013 – GRECS/GGTES/ANVISA, a saber:

> *"O Sistema Único de Saúde - SUS começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares na área de drogadição a partir de 2003, com o lançamento da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. (Brasil, 2009)*

> *"Diante das lacunas assistenciais do SUS, alguns setores da sociedade civil formados por ações sociais, abrigos e instituições filantrópicas, começaram a oferecer apoio ao dependente químico e familiares, destacando-se as Comunidades Terapêuticas como instituições não governamentais, que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os residentes (Costa, s/d). Destaca-se que essas instituições surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes de existir política pública de atenção à dependência química no País".*

No Brasil a primeira Comunidade Terapêutica de que se tem registro foi fundada em 1968, mas a modalidade tem abrangência temporal e territorial muito maior em termos mundiais, já que muito antes dessa data já se fazia presente, com origens que datam de meados do século XIX, com o movimento Oxford, da Inglaterra, com movimentos de grupos de mútua ajuda e de acolhimento da Cruz Azul Internacional, movimento iniciado pelo pastor suíço Louis-Lucien Rochat em 1877, com os movimentos de grupos de mútua dos Alcoólicos Anônimos (AA) a partir de 1935, com William Griffith Wilson e Dr. Robert Smith, depois também com os Narcóticos Anônimos (NA) no final dos anos 1940 e início de 1950, tendo-se "consagrado por Maxwell Jones, psiquiatra inglês que estabeleceu, nos anos 1950, um modelo de atenção à saúde mental" e que "colocava-se como alternativa aos tratamentos psiquiátricos tradicionais", "propondo inovações, como: relações horizontais entre pacientes e profissionais do cuidado; participação ativa dos pacientes nas decisões inerentes aos processos terapêuticos; realização de atividades laborativas e educativas, como parte destes processos; e convivência e interlocução entre pares – ou seja, o conjunto de pacientes internados – como forma de propiciar apoio mútuo no enfrentamento do sofrimento individual" (Nota Técnica nº 21, do IPEA, 2017).

## 3. DA RESOLUTIVIDADE DO MODELO COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Um modelo terapêutico tem se provado como uma das grandes alternativas e opções para o tratamento da dependência do álcool e outras drogas, sendo uma de suas maiores evidências a consolidação ao longo de mais de 50 anos no Brasil e muito além disso, no exterior.

Sua eficácia foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina no Parecer nº 9/2015, referindo-se às comunidades terapêuticas, expressando:

> "Esse artigo objetiva deixar claro que os médicos entendem que parte do tratamento de portadores de doenças mentais ou de pessoas com problemas de ajustamento não exige a presença de médicos porquanto

as estratégias terapêuticas têm também perfil reabilitador, reeducador e voltado para a reinserção sócio-familiar-ocupacional."

Estudos internacionais também demonstram a eficácia do modelo terapêutico "comunidade terapêutica. Citamos:

Metanálise da Cochrane (SMITH; GATES; FOXCROFT, 2006):

86,0% maior chance de melhor desfecho que as residências terapêuticas em relação à abstinência 12 meses pós tratamento

32,0% maior chance em relação a estar empregado pós-tratamento

Magor-Blatch et al. (2014), na revisão sistemática de 11 estudos de eficácia de CTs (caso controle: CT x não tratamento), encontraram evidências de melhores resultados para o tratamento em CT em 4 áreas pós-tratamento:

abstinência

crimes

saúde mental

inserção social.

2,5 vezes mais chance de maior qualidade de vida 12 meses pós-saída para quem teve alta terapêutica

## 4. CRONOLOGIA DE NORMAS E LEIS FEDERAIS QUE REGULAM OU TEM RELAÇÃO COM AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Inicialmente as Comunidades Terapêuticas eram disciplinadas pela Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Em 2011, por iniciativa de federações nacionais de Comunidades Terapêuticas, houve a promoção de intenso diálogo com os poderes Executivo e Legislativo federais, visando ao seu reconhecimento e normatização, fundando-se a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas – CONFENACT.

A sequência de normas e fatos, em nível federal, relacionados às Comunidades Terapêuticas abaixo relacionada não é exaustiva, mas abrange grande parte do arcabouço legal, normativo e jurídico do segmento:

a. RDC-101/2001, da ANVISA, de 30 de maio de 2001 - Regulamento Técnico da Comunidades Terapêuticas;
b. Resolução RDC-029/2011, da ANVISA, de 30 de junho de 2011, estabelecendo requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, revogando a Resolução ANVISA RDC 101/2001;
c. Nota Técnica GRECS/GGTES/ANVISA nº 55/2013, de 16 de agosto de 2013, que nomina expressamente as Comunidades Terapêuticas e dá informações complementares relativas à Resolução RDC-029/2011, da ANVISA;
d. Portaria n° 3.088/GM/MS/2011, inserindo as Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do SUS;
e. Portaria 131/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, que fixa incentivo financeiro no âmbito do Ministério da Saúde para o financiamento de Comunidades Terapêuticas
f. Aprovação em 28 de maio de 2013 do PL 7663/2010 na Câmara dos Deputados, com a Inclusão da Modalidade de Comunidade Terapêutica na Lei nº 11.343/2006;
g. Editais do MS (Vagas Acolhimento – Portaria 131/2012 - e Projetos de Reinserção Social);
h. Edital de Chamamento Público n.º 001/2013 - SENAD/MJ;
i. Lei 12.868/2013, alterando a Lei 12.101/2009, que prevê certificação específica para as Comunidades Terapêuticas para a obtenção do CEBAS (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social) nos artigos 7º-A e 8º-B, além de incluir as entidades de promoção da saúde no artigo 8º-A;
j. Edital de Chamamento Público nº 07/2014 - SENAD/MJ;
k. MARCO REGULATÓRIO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. Aprovação da Resolução 01/2015 do CONAD em 07/05/2015, e publicada no Diário Oficial dia 28/08/2015;
l. Portaria 834 do MS, de 27/04/2016 – Regulamentação do CEBAS das Comunidades Terapêuticas e entidades de promoção da Saúde;
m. Portaria 1.482, de 27/10/2016, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde: Art. 1º Fica incluído na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do CNES, o tipo 83 - POLO DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E PROMOÇÃO DA SAÚDE;
n. PORTARIA N 3.275 do MS, de 29 de dezembro de 2016: A CONFENACT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas passa a integrar o Comitê Consultivo DCEBAS do MS;
o. Portaria Interministerial 02/2017, DOU 22/12/2017, que instituiu o Comitê Interministerial para programas e ações voltadas à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, instituindo, no âmbito do governo federal a atuação conjunta dos Ministérios JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA, DA SAÚDE, DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DO TRABALHO, que “priorizará as ações de cuidado e reinserção social, com foco no acolhimento residencial transitório de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, as quais serão realizadas por pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, dentre elas as comunidades terapêuticas”;
p. Resolução CONAD 001/2018, DOU 13/03/2018, que aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD e estabelece que “A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da

sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social";

q. EDITAL DE CREDENCIAMENTO - SENAD Nº 1/2018, DOU 25/04/2018, com a abertura do processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.
r. Portaria Interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017, que institui o Comitê Gestor Interministerial para atuar no desenvolvimento de programas e ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, inclusive Comunidades Terapêuticas;
s. Resolução nº 1, de 9 de março de 2018, aprovando as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD, incluindo as Comunidades Terapêuticas;
t. MEDIDA PROVISÓRIA Nº 870, DE 1º DE JANEIRO DE 2019, convertida na BRASIL. LEI Nº 13.844, de 18 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios, e transfere para o Ministério da Cidadania a competência relativa à política sobre drogas na área de redução de demanda, no qual se encontram as comunidades terapêuticas;
u. DECRETO Nº 9.674, DE 2 DE JANEIRO DE 2019, e decretos que o sucederam, que fixa a estrutura do Ministério da Cidadania, criando a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, responsável pela política sobre drogas na área da redução da demanda, incluídas as comunidades terapêuticas;
v. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS – Lista as Comunidades Terapêuticas como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definindo que para fins de contratualização com o poder público as Comunidades Terapêuticas devem obedecer a Resolução CONAD 01/2015;
w. Portaria 562, de 19/03/2019, do Ministério da Cidadania, que "Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED";
x. Portaria 563, de 19/03/2019, do Ministério da Cidadania, de 19/03/2019, que "Cria o cadastro de credenciamento das comunidades terapêuticas e das entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares, e estabelece regras e procedimentos para o referido credenciamento no âmbito do Ministério da Cidadania";
y. Portaria 564, de 19/03/2019, que "Institui a Certificação de Qualidade dos Cursos de Capacitação para Comunidades Terapêuticas";
z. DECRETO 9.761/2019, de 11/04/2019, integrando as comunidades terapêuticas na Política Nacional sobre Drogas;
aa. LEI 13.840/2019, que altera a Lei 11.343/2006, inserindo o art. 26-A, que define as características das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, estabelece quem pode ser nelas acolhidas e dispõe sobre o Plano Individual de Atendimento – PIA, inclusive prevendo § 3º do art.23-B a "participação dos familiares ou responsáveis, os quais têm o dever de contribuir com o processo, sendo esses, no caso de crianças e adolescentes, passíveis de responsabilização civil, administrativa e criminal, nos termos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente".
bb. Tribunal Regional Federal da 3ª Região - TRF3, no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP, em 05 de setembro de 2019 referendou a Resolução 1/2015 do

CONAD e a Resolução 29/2011 da ANVISA, declarando sua consonância com a Lei nº 13,840/2019, com o Decreto nº 9.761/2019, com a Lei nº 10.216/2001, esta última dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

cc. EDITAL DE CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 17/2019, para o credenciamento e de habilitação para a contratação de serviços de acolhimento a dependentes químicos, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário.

dd. Portaria nº 340, de 30 de março de 2020, do Ministério da Cidadania, que declara as Comunidades Terapêuticas como atividades essenciais, nos termos do Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020 e da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019;

ee. Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, da Secretaria Nacional de Assistência Social, pela Secretaria Especial do Desenvolvimento Social, do Ministério da Cidadania, que orienta questões relativas ao encaminhamento de pessoas em situação de morador de rua para as Comunidades Terapêuticas;

ff. Nota Técnica CSIPS/GGTES/ANVISA Nº 02/2020 - Esclarecimentos e orientações sobre o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas conhecidas como Comunidades Terapêuticas Acolhedoras - RDC n° 29, de 30 de junho de 2011.

gg. Resolução nº 3/2020, de 24 de julho de 2020, que "Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas."

hh. Portaria GM/MS nº 1.684, de 23 de julho de 2021, revoga o Anexo XCI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, revogando o teor das disposições originárias da Portaria 131/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012;

ii. Portaria Conjunta nº 4, de 22 de outubro de 2020 da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS e da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED, que regula o acesso da população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas fixou fluxograma de acolhimento em comunidade terapêutica;

jj. PORTARIA MC Nº 625, DE 6 DE ABRIL DE 2021, que "Institui a Fiscalização Remota de Comunidades Terapêuticas no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED".

## 5. DAS CARACTERÍSTICAS DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - DA LEI Nº 13.840/2019 QUE ALTERA A LEI Nº 11.343/2006

As características fundamentais das Comunidades Terapêuticas estão expressas no Art.26-A, da Lei nº 11.343/2006, com a redação dada pela Lei nº 13.840/2019, na Resolução nº 1/2015 do CONAD e na Resolução RDC ANVISA nº 29/2011 com a respectiva Nota Técnica nº 55/2013.

O histórico apontado no item 1 da Análise e a Cronologia no item 2 desta Nota Técnica demonstram que os parâmetros e as características levaram anos para se chegar ao consenso e à regulamentação das

Comunidades Terapêuticas, de forma a reconhecer, dar segurança a acolhidos, familiares de dependentes, às Comunidades Terapêuticas, aos órgãos públicos, com clareza, inclusive com parâmetros para sua fiscalização, permitindo sua aplicação uniforme no Brasil.

A CONFENACT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas, das quais a Cruz Azul no Brasil é uma das fundadoras junto com as demais federações nacionais de Comunidades Terapêuticas, FETEB – Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil, Fazenda da Esperança, Fennoct – Federação Norte Nordeste de Comunidades Terapêuticas, Febract – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, a Compacta – Federação Paranaense de Comunidades Terapêuticas Associadas atuaram fortemente em nível nacional, participando de debates, de reuniões e audiências, de diálogos com partes dissonantes e consonantes. Foi possível construir um consenso entre as federações, na Confenact e no âmbito do legislativo, do executivo e mesmo do judiciário.

O modelo Comunidade Terapêutica hoje é reconhecido e regulado como intersetorial, interdisciplinar e transversal, como bem expressa o Decreto nº 9.761/2019, inserido no Sistema Nacional sobre Drogas e na Política Nacional sobre Drogas, tendo regulada a sua forma de interação com a rede, seja da Saúde, da Assistência Social e outros órgãos.

O Conselho Federal de Medicina também reconheceu o modelo Comunidade Terapêutica, guardando consonância com o Art.26-A da Lei nº 11.343/2006, com a redação dada pela Lei nº 13.840/2019, e que conforme o § 1º deste artigo define que "Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde", mas, como define o Art.8º-B, da Lei nº 12.101, com a redação dada pela Lei nº 12.868/2013, como de "promoção da saúde", mas diversos dos equipamentos clínico-hospitalares ou ambulatoriais.

Neste sentido, o Parecer CFM nº 9/2015 declara em seu caput que "As Comunidades Terapêuticas, conforme definição da RDC Anvisa nº 29/11, não são consideradas ambiente médico" e que a presença de "médico" não é nelas exigida, salvo se ofertados serviços próprios de "ambientes médicos".

O Parecer CFM n 9/2015 ainda expressa:

"Podemos, então, considerar que a Anvisa conseguiu um equilíbrio em sua disposição de regulamentar essa matéria, uma vez que estabelece um perfil que veta a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição. Além disso, define que a direção técnica pode ser exercida por quem não é médico, embora seja de conhecimento da Anvisa que a presença de médicos é exigida nos ambientes médicos, para funcionamento em qualquer ponto do território nacional."

"No encerramento de sua exposição, o consultado Carlos Alberto Iglesias Salgado arremata que é válido o esforço para se criar um ambiente estruturado, sem a presença de médicos, para receber os dependentes químicos. Esse local deve ter como elemento central a definição de estratégias para a permanência prolongada dos que buscam tratamento e daí esperar o benefício terapêutico.

"Esse artigo objetiva deixar claro que os médicos entendem que parte do tratamento de portadores de doenças mentais ou de pessoas com problemas de ajustamento não exige a presença de médicos porquanto as estratégias terapêuticas têm também perfil reabilitador, reeducador e voltado para a reinserção sócio-familiar-ocupacional. Significa dizer que nesses ambientes podem estar pacientes que fazem uso regular de medicamentos, porém sem prescrição no ambiente onde o paciente recebe a aplicação das referidas técnicas. Nesse ambiente não existe tutela médica, nem de enfermagem com prontuários para prescrição e assentamento de condutas médicas e de enfermagem. A assistência médica pode ocorrer em ambulatórios ou em consultórios públicos ou privados, como seria feito em qualquer paciente que se trata permanecendo em sua casa. Definitivamente esses ambientes não são ambientes médicos."

Da mesma forma, como serviços "extra-hospitalares" as Comunidades Terapêuticas têm amparo na Lei nº 10.216/2001 em seu Art.4º, que define que "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes."

Também quanto à consonância de todo o arcabouço legal e regulatório federal da Comunidades Terapêuticas, o poder judiciário, na sentença proferida no julgamento do Agravo de Instrumento nº 0016133-39.2016.4.03.0000/SP, em 05 de setembro de 2019, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (TRF3), no item 11, do relatório proferido nesse processo pela Desembargadora Federal Consuelo Yoshida, aprovado por unanimidade da Egrégia Sexta Turma do Tribunal Regional Federal da 3ª Região reconhece que "O regramento das comunidades terapêuticas acolhedoras não tem incompatibilidade com a política antimanicomial da lei nº 10.216/2001 (Reforma Psiquiátrica)".

A manutenção do arcabouço legal e normativo federal das Comunidades Terapêuticas, seja no campo legislativo, no campo executivo e mesmo do judiciário, e sua aplicação uniforme no Brasil é fundamental.

Tal conjunto de leis e normas federais é suficiente para sua aplicação em todos os estados.

Como já expresso, as comunidades terapêuticas tiveram suas caraterísticas reconhecidas pela Lei 13.840/2019, introduzindo o Art.26-A na Lei 11.343/2006, que, entre outros, trata do "Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas".

É importante ressaltar que o texto básico do Art.26-A, acima citado, foi aprovado na Câmara dos Deputados em 28/05/2013 e no Senado Federal em 23 de maio de 2019 e publicada no Diário Oficial da União em 06/06/2019, tramitando durante quase 10 anos no Congresso Nacional, com dezenas de audiências públicas, dessa forma, com amplo debate com a sociedade e com as próprias Comunidades Terapêuticas.

A Lei 13.840/2019, que alterou a Lei 11.343/2006, denominou as comunidades terapêuticas de "Comunidades Terapêuticas Acolhedoras" e listou suas características no Art.26-A:

> *"Art. 26-A. O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:*

*I - oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;*
*II - adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas;*
*III - ambiente residencial, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para acolhimento ao usuário ou dependente de drogas em vulnerabilidade social;*
*IV - avaliação médica prévia;*
*V - elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e*
*VI - vedação de isolamento físico do usuário ou dependente de drogas.*

*§ 1º Não são elegíveis para o acolhimento as pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos de natureza grave que mereçam atenção médico-hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde."*

O Art.23-B, citado no Art.26-A, inserido também na Lei nº 11.343/2006, aplicável às Comunidades Terapêuticas prevê:

*"Art. 23-B. O atendimento ao usuário ou dependente de drogas na rede de atenção à saúde dependerá de:*
*I - avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial; e*
*II - elaboração de um Plano Individual de Atendimento - PIA.*

*§ 1º A avaliação prévia da equipe técnica subsidiará a elaboração e execução do projeto terapêutico individual a ser adotado, levantando no mínimo:*
*I - o tipo de droga e o padrão de seu uso; e*
*II - o risco à saúde física e mental do usuário ou dependente de drogas ou das pessoas com as quais convive.*

*§ 2º (VETADO).*

*§ 3º O PIA deverá contemplar a participação dos familiares ou responsáveis, os quais têm o dever de contribuir com o processo, sendo esses, no caso de crianças e adolescentes, passíveis de responsabilização civil, administrativa e criminal, nos termos da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente.*

*§ 4º O PIA será inicialmente elaborado sob a responsabilidade da equipe técnica do primeiro projeto terapêutico que atender o usuário ou dependente de drogas e será atualizado ao longo das diversas fases do atendimento.*

*§ 5º Constarão do plano individual, no mínimo:*
*I - os resultados da avaliação multidisciplinar;*
*II - os objetivos declarados pelo atendido;*
*III - a previsão de suas atividades de integração social ou capacitação profissional;*
*IV - atividades de integração e apoio à família;*
*V - formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual;*
*VI - designação do projeto terapêutico mais adequado para o cumprimento do previsto no plano; e*
*VII - as medidas específicas de atenção à saúde do atendido.*

*§ 6º O PIA será elaborado no prazo de até 30 (trinta) dias da data do ingresso no atendimento.*

*§ 7º As informações produzidas na avaliação e as registradas no plano individual de atendimento são consideradas sigilosas."*

Cabe ainda reprisar o disposto no Art.23-A, da Lei nº 11.343/2006, com a redação dada pela Lei nº 13.840/2019, onde fica estabelecido que "o tratamento do usuário ou dependente de drogas" e as "internações e atendimentos ambulatoriais" "*deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo excepcionalmente formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais*", sendo "*vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras*".

Com a promulgação da Lei nº 13.840/2019, e a edição de vasta regulamentação das comunidades terapêuticas em nível federal, a União cumpre o estabelecido no § 1º do Art.24 da Constituição Federal, que expressa que cabe à União legislar sobre "*normas gerais.*

## 6. DO ACESSO À COMUNIDADE TERAPÊUTICA POR DEMANDA ESPONTÂNEA

### A. DA DEMANDA ESPONTÂNEA POR FORÇA NORMATIVA FEDERAL

As comunidades terapêuticas têm características intersetorial, interdisciplinar e transversal, tendo o acesso aos seus serviços já regulados em termos nacionais por três políticas distintas.

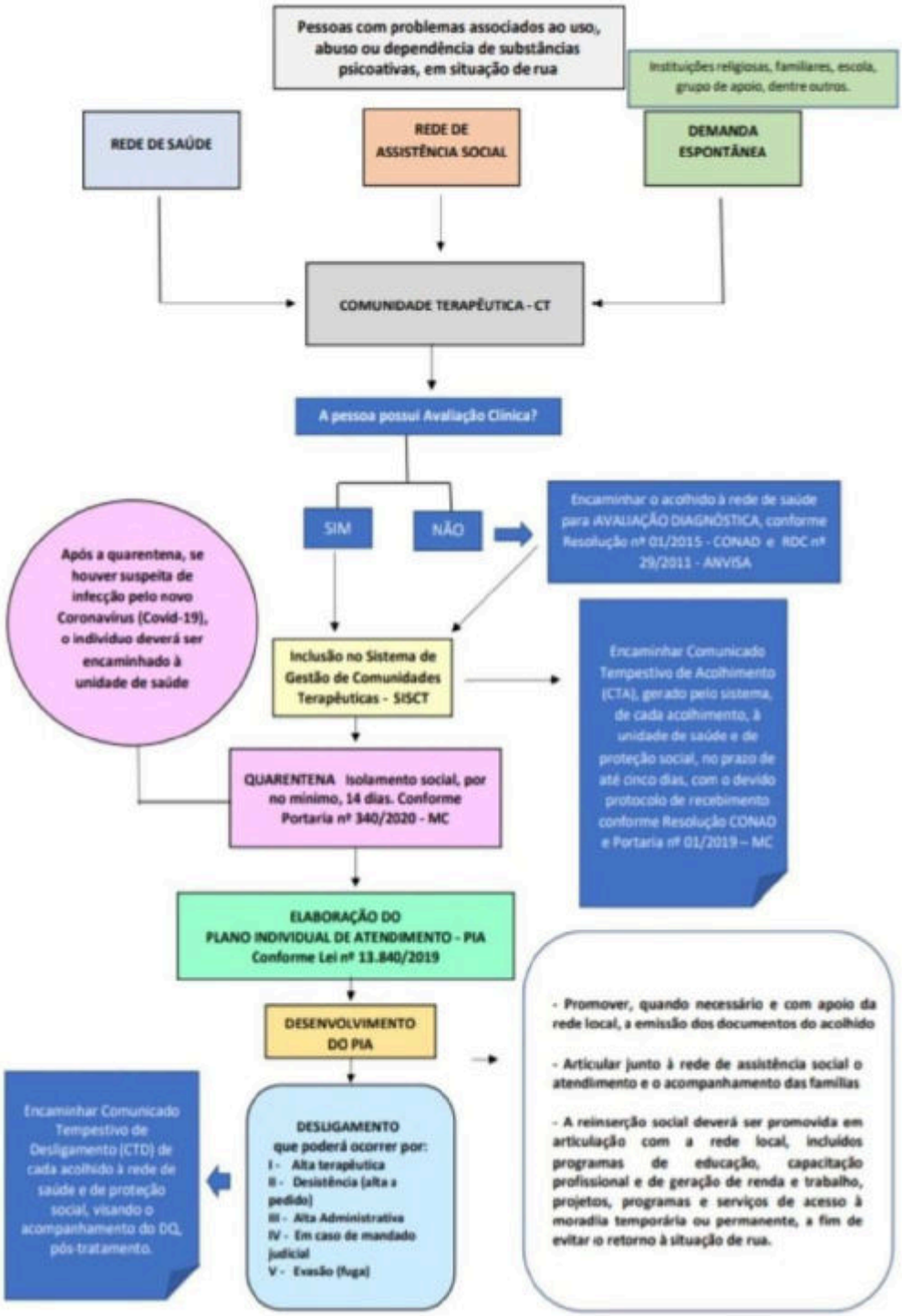
Primeiramente, no âmbito da Saúde, a Portaria nº 1.482 SAS/MS, de 25 de outubro de 2016, DOU nº 207, de 27/10/2016, que inclui na "Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde", incluindo nelas as comunidades terapêuticas. Esses serviços são caracterizados como de "demanda espontânea".

No âmbito da Assistência Social e da Política sobre Drogas, na Portaria Conjunta nº 4, de 22 de outubro de 2020, expedida pela Secretaria Nacional de Assistência Social e pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, ao regular o acesso da população em situação de rua, usuária abusiva de substâncias psicoativas, fixou fluxograma de acolhimento em comunidade terapêutica na amplitude que contempla tanto o requisito já anteriormente fixado pela Portaria nº 1.482 SAS/MS, de 25 de outubro de 2016, da "demanda espontânea", assim como atende à visão intersetorial, transversal das diversas políticas, inclusive, reconhecendo atores imprescindíveis na atenção e cuidados de usuários, usuários abusivos e dependentes do álcool e outras drogas, a saber:

- A rede de saúde;
- A rede de assistência social;
- A demanda espontânea, incluindo instituições religiosas, familiares, escola, grupo de apoio, dentre outros.

Transcrevemos abaixo a íntegra do fluxograma fixado pela Portaria Conjunta nº 4, do Ministério da Cidadania, que, apesar de ter sido fixado para acolhimento de moradores de rua, expressa com precisão e coerência, tanto do ponto de vista legal, assim como do ponto de vista terapêutico, a

forma de acesso ao acolhimento em comunidades terapêuticas.




Somos do parecer de que o fluxo acima, com pequenas adaptações, poderia ser adotado para fins do programa REVIVER, desde que isso não signifique que o acolhimento se dê unicamente pelo sistema público de saúde.

Adotando o fluxograma da Portaria Conjunta nº 4, já citada, será respeitada a autonomia do cidadão de buscar o serviço que mais lhe convier ou com o qual construiu um vínculo, a

autonomia da comunidade terapêutica, garantida pela legislação e pelas normas em vigor, assim como garantindo o controle que é próprio e necessário no caso de financiamento pelo poder público.

**B. DA ISONOMIA DE**

## 7. AUTONOMIA E O RESPEITO AOS DIFERENTES PROGRAMAS TERAPÊUTICOS DO MODELO COMUNIDADE TERAPÊUTICA

As características fundamentais das Comunidades Terapêuticas estão definidas no Art.26-A da Lei nº 11.343/2006 com a redação dada pela Lei nº 13.840/2019 e pela Resolução nº 1/2015 do CONAD.

Essas características, porém, devido a construção coletiva e de consenso entre as diversas federações de Comunidades Terapêuticas, sob a liderança da CONFENACT – Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas, permite que a diversidade de programas das cerca de 2.000 Comunidades Terapêuticas existentes no Brasil possam atender mais de 83.000 pessoas, segundo o Relatório Técnico nº 21, do IPEA, conforme cadastro "organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da UFRGS, observadas as características fundamentais possa acolher pessoas usuárias abusivas ou dependentes do álcool e outras drogas, de forma voluntária, considerando suas características, opções pessoais, suas convicções e peculiaridades.

A riqueza das diversidades de programas, consideradas as características principais fixadas em lei e na regulamentação deve ser mantida, pois consagrou-se como modelo de sucesso há mais de 50 anos no Brasil e muito além disso, mundo afora.

Engessar essa diversidade de programas, impondo-lhes obrigações diversas daquelas já consensadas e reconhecidas em termos nacionais certamente virá em prejuízo dos acolhidos, da sociedade e, inclusive, do Estado.

As Comunidades Terapêuticas já estão suficientemente reguladas nas interações com as diversas redes, seja de assistência social, da saúde, do judiciário, dos Conselhos Tutelares e outros.

Não se pode ferir "a livre iniciativa", valor fundamental previsto na Constituição Federal no inciso IV do Art.1º, que define que "*A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos*" "*os valores sociais do trabalho e da* ***livre iniciativa***".(grifo nosso)

Impor às Comunidades Terapêuticas que, por exemplo, as "atividades externas" (§ 7º do Art.9º) ou em ambiente externo (inciso X do Art.5º), definindo prazos distintos daqueles normalmente adotados nos programas terapêuticos das mesmas (inciso II do § 7º do Art.9º), entre outros, *data vênia*, fere o disposto no inciso IV do Art.1º da Constituição Federal, além de ferir a autonomia de definição do programa terapêutico e o direito do acolhido de, juntamente com a instituição, definir o Programa Individual de Atendimento (PIA).

A adesão e permanência de pessoas em Comunidades Terapêuticas é voluntária, pelo que a opção do acolhido, desde que feita, por escrito, deve ser respeitada, assim como a autonomia de proposta terapêutica, inclusive podendo a espiritualidade fazer parte do "*método de recuperação",* na "*visão holística do ser humano"* e "*assegurado o disposto nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição*" previstos no Art. 14 da Resolução nº 1/2015, do Conad.

**CONCLUSÃO**

Diante do exposto, concluímos que:

1. As Comunidades Terapêuticas, suas características, seus serviços e atividades, seu funcionamento e fiscalização, o acolhimento e as vedações de acolhimento de pessoas em decorrência do uso abusivo ou dependência do álcool e outras drogas, estão suficientemente reguladas por robusto conjunto de leis, normas e, inclusive, reconhecimento judicial em nível federal;

2. Cabe à União regular as condições gerais relativas à saúde, na forma do inciso XII do Art.24 da Constituição Federal, consideradas que as Comunidades Terapêuticas, intersetoriais e transversais, também são estabelecimentos de promoção da saúde, ainda que não de natureza clínica, hospitalar, de enfermaria ou ambulatorial;

3. Cabe unicamente à União regular as "condições para o exercício de profissões" na forma do inciso XVI do Art.22 da Constituição Federa, não cabendo à lei estadual fixar critérios diversos das disposições federais;

4. Cabe à União regular sobre "*direito civil*" na forma do inciso I do Art.22 da Constituição Federal, não cabendo à lei estadual fixar critérios sobre estatuto, a aplicação de recursos a entidades de natureza privada sem fins lucrativos;

5. É garantida a "livre iniciativa", como direito fundamental assegurado pelo inciso IV do Art.1º da Constituição Federal, devendo ser respeitados os programas terapêuticas de cada Comunidade Terapêutica, observadas as características fixadas pelo Art.26-A da Lei nº 11.343/2006 com a redação dada pela Lei nº 13.840/2019;

6. Deve ser respeitada a autonomia de vontade do acolhido em aderir e permanecer ou não ao programa terapêutico da Comunidade Terapêutica;

7. É desnecessária a regulamentação estadual das Comunidades Terapêuticas, aplicando-se as disposições federais de forma uniforme em todo o território nacional.
8. Não se pode restringir a contratação das Comunidades Terapêuticas às disposições e formas da Lei nº 13.019/2014, que, por serem intersetoriais, interdisciplinares e transversais, inclusive de promoção da saúde, mediante credenciamento, podem ser contratadas pelo poder público na forma da Lei nº 8.666/1993;

9. Cabe à lei estadual autorizar a contratação de Comunidades Terapêuticas que atendam aos requisitos fixados em lei ou normas federais;

10. Diante dos fatos expostos, somos de parecer NÃO favorável ao PROJETO DE LEI que trata da ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. PROTOCOLO 15.824.636-8, no estado do PARANÁ.

Blumenau, 08 de junho de 2020.

Egon Schlüter – Advogado e Secretário Geral da Cruz Azul no Brasil

OAB/SC 13.324

Rolf Hartmann – Presidente da Cruz Azul no Brasil

## REFERÊNCIAS


a. Constituição Federal;
b. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006;
c. Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019;
d. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001;
e. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009;
f. Lei nº 12.868, de 15 de outubro de 2013;
g. Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019;
h. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020;
i. Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020;
j. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019;
k. Decreto nº 9.674, de 02 de janeiro de 2019;
l. Resolução nº 1/2015, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD);
m. Resolução RDC-029/2011, da ANVISA, de 30 de junho de 2011 e respectivas Notas Técnicas GRECS/GGTES/ANVISA nº 55/2013, de 16 de agosto de 2013 e CSIPS/GGTES/ANVISA Nº 02/2020, de 25 de maio de 2020;
n. Portaria nº 340, de 30 de março de 2020, do Ministério da Cidadania;
o. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 16 de agosto de 2013;
p. Portaria 3.088/GM/MS/2011, inserindo as Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS
q. Portaria 131/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012, que fixa incentivo financeiro no âmbito do Ministério da Saúde para o financiamento de Comunidades Terapêuticas;
r. Edital de Chamamento Público nº 001/2013, SENAD/MJ;
s. Edital de Chamamento Público nº 07/2014, SENAD/MJ;
t. Portaria nº 834/2016, do MS;
u. Portaria nº 1.482/2016, SAS/MS;
v. Edital de Credenciamento nº 1/2018, SENAD/MJ;
w. Portaria nº 562/2019, do Ministério da Cidadania;
x. Portaria nº 563/2019, do Ministério da Cidadania;
y. Edital de Credenciamento Público nº 17/2019, do Ministério da Cidadania;
z. Portaria nº 69, de 14 de maio de 2020, da SNAS, SEDS, Ministério da Cidadania.

**ANEXO I**

**Resolução nº 1/2015 do Conselho Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – CONAD**

# RESOLUÇÃO Nº 1, DE 19 DE AGOSTO DE 2015

Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICASSOBRE DROGAS - Conad, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o disposto no art. 19, inciso XII, da Lei nº11.343, de 23 de agosto de 2006, e nos arts. 2º, inciso I, e art. 4º, inciso II, ambos do Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006,

Considerando o texto aprovado pelo Plenário do Conad em sessão realizada em 6 de maio de 2015;

Considerando a necessidade de regulamentação das entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, sem prejuízo do disposto na Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011, da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando a necessidade de prever garantias às pessoas acolhidas, com vistas a preservar seus direitos e evitar a sua institucionalização;

Considerando que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad;

Considerando que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa não são estabelecimentos de saúde, mas de interesse e apoio das políticas públicas de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social;

Considerando o disposto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de2001, no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, e na Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde; e

Considerando a necessidade de articular as entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa com a rede de cuidados, atenção, tratamento, proteção, promoção e reinserção social do Sistema Único de Saúde - SUS, do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e das demais políticas públicas, resolve:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, serão regulamentadas, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, por esta Resolução.

CAPÍTULOII

DAS ENTIDADES

Art. 2º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características:

I - adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sociofamiliar e econômica do acolhido;

II - ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;

III - programa de acolhimento;

IV - oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12; e

V - promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.

§ 1º As entidades que oferecerem serviços assistenciais de saúde ou executarem procedimentos de natureza clínica distintos dos serviços previstos nesta Resolução não serão consideradas comunidades terapêuticas e deverão, neste caso, observar as normas sanitárias e os protocolos relativos a estabelecimentos de saúde.

§2º O acolhimento de que trata esta Resolução não se confunde com os serviços e programas da rede de ofertas do Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

Art. 3º Somente deverão ser acolhidas pessoas que façam uso nocivo ou estejam dependentes de substâncias psicoativas, com necessidade de proteção e apoio social e previamente avaliadas pela rede de saúde.

Parágrafo único. As comunidades terapêuticas deverão possuir mecanismos de encaminhamento e transporte à rede de saúde dos acolhidos que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de substância psicoativa, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

Art. 4º A instalação e o funcionamento de entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, ficam condicionados à concessão de alvará sanitário ou outro instrumento congênere de acordo com a legislação sanitária aplicável a essas entidades.

Art. 5º As entidades deverão comunicar o início e o encerramento de suas atividades, bem como o seu programa de acolhimento, para os seguintes órgãos:

I - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - Senad;

II - Órgãos gestores de políticas sobre drogas estadual emunicipal, se houver;

III - Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas;

IV - Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas, se houver;

V- Secretaria e Conselho Estadual de Saúde;

VI - Secretaria e Conselho Municipal de Saúde;

VII - Secretaria e Conselho Estadual de Assistência Social; e

VIII - Secretaria e Conselho Municipal de Assistência Social.

Parágrafo único. A entidade deverá atuar de forma integrada, desde o início de seu funcionamento, à rede de serviços, situada em seu território, de atenção, cuidado, tratamento, proteção, promoção, reinserção social, educação e trabalho, além dos demais órgãos que atuam direta ou indiretamente com tais políticas sociais.

Art. 6º São obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas, dentre outras:

I - possuir e cumprir seu programa de acolhimento, que também deverá conter as normas e rotinas da entidade;

II - somente acolher pessoas mediante avaliação diagnóstica prévia, emitida pela rede de saúde ou por profissional habilitado, que as considere aptas para o acolhimento, em consonância com o disposto no art. 3º desta Resolução;

III - elaborar Plano de Atendimento Singular - PAS, em consonância com o programa de acolhimento da entidade;

IV - informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido;

V- garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social;

VI - comunicar cada acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade, no prazo de até cinco dias;

VII - comunicar o encerramento do acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território do acolhido;

VIII - oferecer espaço comunitário e de atendimento individual, com acompanhamento e suporte de equipe da entidade;

IX - incentivar, desde o início do acolhimento, o vínculo familiar e social, promovendo-se, desde que consentido pelo acolhido, a busca da família;

X - permitir a visitação de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares;

XI - nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado;

XII- não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida;

XIII- manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples;

XIV - não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares;

XV - não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes;

XVI - informar imediatamente aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido e comunicar, no prazo de até vinte e quatro horas, às unidades de referência de saúde e de assistência social, intercorrência grave ou falecimento da pessoa acolhida;

XVII - observar as normas de segurança sanitária, de instalações prediais e de acessibilidade, além de manter atualizadas as licenças emitidas pelas autoridades competentes;

XVIII - fornecer alimentação, condições de higiene e alojamentos adequados;

XIX - articular junto à unidade de referência de saúde os cuidados necessários com o acolhido;

XX - articular junto à rede de proteção social para atendimento e acompanhamento das famílias dos acolhidos, quando do seu ingresso, durante sua permanência na instituição e, também, após o desligamento da entidade;

XXI - articular junto à rede intersetorial a preparação para o processo de reinserção social do acolhido;

XXII - promover, quando necessário e com apoio da rede local, a emissão dos documentos do acolhido, incluindo certidão de nascimento ou casamento, cédula de identidade, CPF, título de eleitor e carteira de trabalho;

XXIII - promover, com o apoio da rede local, além das ações de prevenção relativas ao uso de drogas, também as referentes às doenças transmissíveis, como vírus HIV, hepatites e tuberculose;

XXIV - manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação;

XXV - promover, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam na entidade.

§ 1º O acolhimento não poderá exceder o limite de doze meses no período de vinte e quatro meses.

§ 2º A fim de se evitar a institucionalização, no período de até seis meses subsequente ao último desligamento, o novo acolhimento deverá ocorrer mediante justificativa fundamentada da equipe da entidade, em parceria com a rede de cuidados, decisão que deverá ser inserida no PAS.

§ 3º Não se aplica o disposto no § 2º quando o acolhimento anterior tiver duração inferior a trinta dias.

§ 4º A avaliação diagnóstica de que trata o inciso II deverá envolver avaliação médica e a caracterização do uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, realizada por profissional habilitado, preferencialmente com capacitação na abordagem de pessoas com uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.

§ 5º Em caso de falecimento do acolhido na entidade, sem prejuízo das providências contidas no inciso XVI, deverão ser imediatamente comunicadas as autoridades policiais.

Art. 7º Caso o acolhido possua renda própria ou receba algum tipo de benefício, é vedado à entidade ou aos membros da sua equipe receber da fonte pagadora ou administrar, direta ou indiretamente, tais recursos.

Parágrafo único. Nesses casos deverá a entidade, no PAS, prever a orientação ao acolhido no tocante à administração responsável de seus recursos financeiros, com a participação da família ou pessoa por ele indicada, desde que com seu consentimento, como medida de reinserção social.

CAPÍTULO III

DOS ACOLHIDOS

Art. 8º São direitos da pessoa acolhida:

I - interromper o acolhimento a qualquer momento;

II - receber tratamento respeitoso, bem como à sua família, independente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira;

III - ter assegurada a privacidade, inclusive no tocante ao uso de vestuário, corte de cabelo e objetos pessoais próprios, observadas as regras sociais de convivência;

IV - participar das atividades previstas no art. 12, mediante consentimento expresso no PAS;

V - ter assegurado o sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, sendo vedada a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição da pessoa sem sua autorização prévia, por escrito; e

VI - participar da elaboração do PAS, em conjunto com a família ou pessoa indicada pelo acolhido, e em consonância com o programa de acolhimento da entidade.

Parágrafo único. A prestação de informações administrativas aos órgãos de gestão e de controle de vagas financiadas com recursos públicos não fere o sigilo de que trata o inciso V.

Art. 9º Para garantir a harmonia e a convivência na entidade, o acolhido e todas as pessoas envolvidas deverão observar:

I - o respeito interpessoal;

II - as normas e rotinas da entidade previstas no programa de acolhimento; e

IV - a realização das atividades contidas no programa de acolhimento da entidade consentidas expressamente pelo acolhido no PAS.

Art. 10. Não será admitido o acolhimento de crianças, assim consideradas aquelas com até doze anos de idade incompletos.

Parágrafo único. Não se aplica esta Resolução ao acolhimento de adolescentes, observado o disposto no art. 29.

CAPÍTULO IV

DO PLANO DE ATENDIMENTO SINGULAR - PAS

Art. 11. O PAS é o instrumento que especifica e monitora as ações de acolhimento individual, devendo reunir todas as informações a respeito do acolhido, inclusive aquelas exigidas pelos órgãos de controle e fiscalização, conforme modelo constante do Anexo desta Resolução.

§ 1º O PAS deverá necessariamente conter as seguintes informações:

I- dados pessoais do acolhido;

II - indicação dos familiares ou pessoas indicadas pelo acolhido, os respectivos contatos, bem como a evolução do vínculo familiar durante o período de acolhimento;

III - histórico de acompanhamento psicossocial, incluindo eventuais internações, acolhimentos e outras formas de tratamento;

IV - indicação do profissional de referência da equipe da entidade para o acolhido;

V - qual(is) a(s) substância(s) psicoativa(s) de que faz uso o acolhido;

VI - motivação para o acolhimento;

VII - todas as atividades a serem exercidas pelo acolhido, dentre aquelas do art. 12, e a frequência de suas realizações;

VIII - período de acolhimento e as intercorrências;

IX - todos os encaminhamentos do acolhido aos serviços da rede do SUS, SUAS e demais órgãos;

X - todos os encaminhamentos visando à reinserção social, incluídos os projetos de educação, capacitação profissional e geração de trabalho e renda; e

XI - evolução do acolhimento, seus resultados e o planejamento de saída do acolhido.

§ 2º O PAS deverá ser periodicamente atualizado e revisado a qualquer tempo, por iniciativa da entidade ou a pedido do acolhido, ficando o documento sempre à sua disposição para consulta, bem como das autoridades competentes para fins de fiscalização.

§ 3º Os critérios de admissão, permanência e saída, o programa de acolhimento da entidade e o PAS devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido e, quando houver, de seu familiar ou pessoa por ele indicada.

§ 4º O acolhido e seu familiar ou pessoa por ele indicada deverão participar na construção e no cumprimento do PAS, sendo o protagonismo do acolhido, o respeito e o diálogo os princípios norteadores do acolhimento.

§ 5º O PAS deverá ser elaborado no prazo máximo de vinte dias a contar do acolhimento.

Art. 12. O programa de acolhimento da entidade poderá incluir a realização, dentre outras, das seguintes atividades terapêuticas:

I- recreativas;

II - de desenvolvimento da espiritualidade;

III - de promoção do autocuidado e da sociabilidade; e

IV - de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e atividades práticas inclusivas.

§ 1º O PAS deverá prever quais as atividades que serão realizadas pelo acolhido.

§ 2º As atividades deverão ser realizadas pelo acolhido e, quando houver, pela sua família ou pessoa por ele indicada, mediante acompanhamento da equipe da entidade.

Art. 13. Atividades recreativas são aquelas que estimulam o lazer e a prática de atividades esportivas, artísticas e culturais.

Art. 14. Atividades de desenvolvimento da espiritualidade são aquelas que buscam o autoconhecimento e o desenvolvimento interior, a partir da visão holística do ser humano, podendo ser parte do método de recuperação, objetivando o fortalecimento de valores fundamentais para a vida social e pessoal, assegurado o disposto nos incisos VI e VII do art. 5º da Constituição.

Art. 15. Atividades de promoção do autocuidado e da sociabilidade são aquelas que têm por objetivo, exclusivamente, a prática de atos da vida cotidiana, tais como:

I - higiene pessoal;

II - arrumação e limpeza dos pertences e das acomodações de repouso e banheiro;

III - participação na elaboração de refeições e limpeza da cozinha e do refeitório de uso coletivo;

IV - participação na limpeza e organização de espaços coletivos, como salas de recreação, jardins e hortas de consumo interno; e

V - participação na organização e realização de eventos e programas da entidade.

Parágrafo único. As atividades previstas neste artigo não poderão ter caráter punitivo e deverão ser supervisionadas por membros da equipe da entidade, a quem caberá motivar os acolhidos, dando o caráter terapêutico a tais atividades.

Art. 16. Atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e as práticas inclusivas são aquelas que buscam a inserção e a reinserção social, o resgate ou a formação de novas

habilidades profissionais, práticas ou para a vida, e o aprendizado de novos conhecimentos, de modo a promover o empoderamento e o desenvolvimento das habilidades sociais do acolhido.

§ 1º As atividades a que se refere o caput deverão ser desenvolvidas em ambiente ético e protegido, não podendo ser realizadas em locais que exponham o acolhido à situação de constrangimento ou de vulnerabilidade, como ações em vias públicas de vendas de produtos ou de arrecadação de recursos, ou outras atividades congêneres.

§ 2º As atividades práticas inclusivas a que se refere o caput poderão ser regidas pela Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, que trata do voluntariado, exceto quando houver a formação de vínculo empregatício, hipótese em que será aplicada a legislação trabalhista.

Art. 17. No caso de acolhimento de mãe acompanhada de seu filho, deverá a entidade garantir também os direitos da criança.

§ 1º O acolhimento, nesses casos, deverá ser comunicado ao Conselho Tutelar, Ministério Público e Defensoria Pública, com vistas à manutenção do vínculo familiar.

§ 2º Caso a criança não tenha registro civil, deverá a entidade buscar, com o apoio da rede local, a emissão de tal documento.

CAPÍTULO V

DA ARTICULAÇÃO COM A REDE DE SERVIÇOS

Art. 18. A entidade deverá buscar, com o apoio dos gestores locais e mediante pactuação, a articulação com a rede de atenção, cuidado, tratamento, proteção, promoção, reinserção social, educação e trabalho, além dos demais órgãos que atuam direta ou indiretamente com tais políticas sociais.

Art. 19. A entidade deverá buscar a rede situada no território para oferecer cuidados integrais com a saúde dos acolhidos.

Art. 20. A reinserção social deverá constar no programa de acolhimento da entidade e ser promovida em articulação com a rede local, incluídos programas de educação, capacitação profissional e de geração de renda e trabalho, sem prejuízo das iniciativas da própria entidade.

Art. 21. A eventual inexistência ou recusa da oferta de serviços da rede de saúde e de assistência social no território deverá ser imediatamente comunicada ao respectivo gestor e às instâncias de controle social e, se necessário, ao Ministério Público.

Art. 22. Em caso de vaga financiada com recursos públicos federais, caberá ao órgão responsável pelo programa de financiamento promover a articulação com a rede estadual ou municipal para regular o processo de ingresso do acolhido na entidade, respeitados os mecanismos de acolhimento de cada entidade, e com o apoio do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - Conad.

§ 1º Recomenda-se aos Estados e aos Municípios, em caso de vaga financiada com recursos públicos estaduais ou municipais, que se promova a regulação de que trata este artigo, com o apoio dos Conselhos Estaduais ou Municipais de Políticas sobre Drogas.

§ 2º Será de responsabilidade do órgão financiador o monitoramento da qualidade da prestação do serviço das entidades financiadas.

CAPÍTULOVI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. Esta Resolução deverá ser afixada, na entidade, em local visível ao público.

Art. 24. O Conad, por meio de sua Secretaria Executiva, adotará medidas para dar ampla publicidade e garantir a execução desta Resolução.

Parágrafo único. Ao receber representação ou denúncia de descumprimento desta Resolução, o Conad oficiará aos órgãos competentes para adoção das medidas cabíveis e dará ciência à entidade interessada.

Art. 25. As entidades deverão encaminhar ao Conad anualmente informações atualizadas sobre o seu funcionamento, número de vagas e perfil das pessoas acolhidas.

Parágrafo único. O Conad, por meio de sua Secretaria Executiva, deverá sistematizar as informações repassadas pelas entidades, em banco de dados próprio e público, com garantia de georreferenciamento das entidades.

Art. 26. No caso de financiamento de vagas com recursos públicos federais, o órgão responsável pelo programa de financiamento deverá tornar públicas as prestações de contas, garantindo transparência.

Art. 27. O descumprimento ao disposto nesta Resolução ensejará a adoção das medidas cabíveis, podendo ser aplicadas as sanções administrativas, pelos órgãos competentes, desde que obedecidos os princípios do contraditório e da ampla defesa, sem prejuízo das iniciativas no campo judicial.

Art. 28. As entidades em funcionamento na data da publicação desta Resolução terão o prazo máximo de doze meses para se adaptarem ao disposto neste instrumento, sob pena de adoção dasmedidas cabíveis.

Art. 29. O Conad deverá fomentar o fortalecimento da rede de cuidados e tratamento para adolescentes e editar, no âmbito de sua competência, normas próprias sobre a matéria no prazo de até doze meses da data de publicação desta Resolução.

§ 1º Para os fins do disposto no caput, o Conad deverá articular-se com as instâncias competentes das políticas públicas para adolescentes.

§ 2º Enquanto não editadas as normas próprias dentro do prazo estabelecido no caput, para o acolhimento de adolescentes deverão ser observadas as garantias previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que lhes confere proteção integral, e, em caráter subsidiário, o disposto nesta Resolução, bem como nas demais normas aplicadas à espécie.

Art. 30. A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ EDUARDO CARDOZO

ANEXO

| **1. Identificação do acolhido** |
|---|
| Nome:_____ |
| Data de nascimento: __/__/____ |
| Nome da mãe: _____ |
| CPF: _____ RG: _____ UF: __ |
| Título de eleitor: _____ UF: __ |
| Carteira de trabalho: _____ |
| Endereço: _____ |
| Bairro: _____ |
| Município - UF: _____ |
| CEP: _____ |
| Telefones: _____ |
| Data de acolhimento: __/__/____ |

Possui renda própria: ( ) Sim ( ) Não

Grau de escolaridade: _____

Responsável pelo acompanhamento do acolhido: _____

**2. Familiares**

| Nome | Grau de parentesco | Contato |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Contatos:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | Telefonemas | ( ) | Visita ativa | ( ) | Visita receptiva |

Evolução do vínculo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**3. Quadro clínico**

Uso de substância psicoativa:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | Álcool | ( ) | Maconha / Haxixe | ( ) | Cocaína |
| ( ) | Crack | ( ) | Inalantes / Cola / Solvente / Tiner | ( ) | Benzodiazepínico / Diazepan |
| ( ) | Anfetaminas / Remédios para Emagrecer | ( ) | Ecstasy / MDMA | ( ) | LSD |
| ( ) | Heroína / Morfina / Metadona | ( ) | Outros: | | |

Observações: _____

_____

_____

_____

_____

Antecedentes de tratamento:

( ) Não

( ) Sim:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | Redução de danos | ( ) | Abstinência (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, inclusive) | ( ) | CAPS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | Comunidade terapêutica | ( ) | Internação | ( ) | Outros |

Observações: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Comorbidades:

( ) Não

( ) Sim:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Acompanhamento médico:

( ) Não

( ) Sim:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | Hospital | ( ) | Posto de Saúde | ( ) | Clínica |
| ( ) | CAPS | ( ) | Outros | | |

Observações: _____

_____

_____

_____

_____

Exames prévios realizados:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**4. Atividades**

Atividades terapêuticas (incluir horários): *nos termos do art. 12 da Resolução Conad nº 1/2015*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**5. Saída do acolhido**

Planejamento de saída:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | Atividades de capacitação profissional | ( ) | Organização financeira | ( ) | Reinserção no mercado de trabalho |
| ( ) | Geração de renda | ( ) | Moradia | ( ) | Outros |

_____

_____

_____

_____

Saída da comunidade:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ( ) | Saída terapêutica | ( ) | Saída administrativa | ( ) | Abandono |
| ( ) | Outros | | | | |

**6. Demandas do acolhido**

| Demandas | Tempo previsto para início | Tempo previsto para término |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Estou de acordo com as regras da instituição e com o caráter voluntário do acolhimento.

_____

Assinatura do(a) acolhido(a)

**ANEXO II - Resolução RDC-029/2011, da ANVISA, de 30 de junho de 2011**

**RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 29, DE 30 DE JUNHO DE 2011**

**Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.**

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

**CAPÍTULO I**

**DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

**Seção I**

**Objetivo**

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência.

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

**Seção II**

**Abrangência**

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

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

## CAPÍTULO II

## DA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

### Seção I

### Condições Organizacionais

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

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

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

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

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

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

I - horário do despertar;

II - atividade física e desportiva;

III - atividade lúdico-terapêutica variada;

IV - atendimento em grupo e individual;

V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;

VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;

VII - registro de atendimento médico, quando houver;

VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;

IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;

X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;

XI - atendimento à família durante o período de tratamento.

XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e

XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

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

Art. 8º As instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

**Seção II**

**Gestão de Pessoal**

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

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

Seção III

Gestão de Infraestrutura

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

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

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

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

I- Alojamento

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

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

II- Setor de reabilitação e convivência:

a) Sala de atendimento individual;

b) Sala de atendimento coletivo;

c) Área para realização de oficinas de trabalho;

d) Área para realização de atividades laborais; e

e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

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

b) Sala administrativa;

c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e

d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

a) cozinha coletiva;

b) refeitório;

c) lavanderia coletiva;

d) almoxarifado;

e) Área para depósito de material de limpeza; e

f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

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

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

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

**CAPÍTULO III**

## DO PROCESSO ASSISTENCIAL

### Seção I

### Processos Operacionais Assistenciais

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

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

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

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

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

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

II - orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

III - a permanência voluntária;

IV - a possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

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

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

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

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

II - a observância do direito à cidadania do residente;

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

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

V - a manutenção de tratamento de saúde do residente;

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

I - Alta terapêutica;

II - Desistência (alta a pedido);

III - Desligamento (alta administrativa);

IV - Desligamento em caso de mandado judicial; e

V - Evasão (fuga).

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

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

## CAPÍTULO IV

## DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

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

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

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

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

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

## ANEXO III - Nota Técnica GRECS/GGTES/ANVISA nº 55/2013, de 16 de agosto de 2013

## Nota Técnica sobre a RDC Anvisa nº 29, de 30 de junho de 2011.

### 1. Introdução

Esta Nota Técnica tem como objetivo prestar orientação quanto à aplicação da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011, que estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência, e que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

A presente orientação tem como foco o esclarecimento sobre alguns artigos da RDC nº 29/2011 e sua aplicabilidade nas instituições conhecidas como Comunidades Terapêuticas, entidades abrangidas pela norma, podendo servir de referência para avaliação de entidades afins.

### 2. Histórico

O Sistema Único de Saúde - SUS começou a desenvolver ações sistemáticas e regulares na área de drogadição a partir de 2003, com o lançamento da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. (Brasil, 2009)

Diante das lacunas assistenciais do SUS, alguns setores da sociedade civil formados por ações sociais, abrigos e instituições filantrópicas, começaram a oferecer apoio ao dependente químico e familiares, destacando-se as Comunidades Terapêuticas como instituições não governamentais, que utilizam como principal instrumento terapêutico a convivência entre os residentes (Costa, s/d). Destaca-se que essas instituições surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes de existir política pública de atenção à dependência química no País.

### 3. Harmonização quanto à interpretação da RDC Anvisa nº 29/2011

#### Responsável Técnico (RT)

O artigo 5º da RDC Anvisa nº 29/2011 estabelece que: As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

A Anvisa esclarece que o entendimento sobre a habilitação necessária para que um profissional assuma perante a Vigilância Sanitária a responsabilidade técnica pelas instituições reguladas pela RDC Anvisa nº 29/2011 referem-se a formação de nível superior em qualquer área e a capacitação e experiência no atendimento a usuários de substâncias psicoativas.

Assim, orienta-se às autoridades sanitárias de estados e municípios a conferição habitual da documentação referente à formação de nível superior por estabelecimentos de ensino que funcionem oficialmente de acordo com as normas legais e regulamentares vigentes no País.

Orienta-se ainda que observem a preparação do profissional para assumir a função de Responsável Técnico (RT), verificando itens como: experiência comprovada na gestão de comunidades terapêuticas e instituições afins, desempenho de funções como conselheiro, monitor ou equivalente na área de dependência química e participação em cursos de capacitação sobre o tema.

**Gestão de pessoal**

O artigo 9º da RDC Anvisa nº 29/2011 estabelece que: As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

Cabe destacar que as instituições podem funcionar com regimes de atendimento diferenciados, conforme as atividades programadas, podendo-se reduzir o número de profissionais nos períodos noturnos e em finais de semana, mantendo-se, contudo, quantitativo suficiente para o atendimento aos residentes.

**Processo de admissão**

O artigo 16 da RDC Anvisa nº 29/2011 estabelece que: A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente.

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

Quanto à admissão do residente na instituição, é necessária a avaliação por instituições da rede de saúde (como hospitais, CAPSad, ambulatórios, clínicas, entre outros), realizada por profissional habilitado, para verificar as condições de saúde do usuário, não sendo permitida a admissão e permanência de pessoas com comprometimento biológico ou psíquico grave nas instituições de caráter residencial que não possuam equipe técnica da área da saúde e infraestrutura compatíveis à assistência em período integral.

**4. Considerações Finais**

Cabe destacar que a Anvisa coordena o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, composto pelos órgãos de vigilância sanitária de estados, municípios e Distrito Federal, os quais atuam de forma descentralizada, em conformidade aos princípios da Lei nº 8080/1990.

Assim, algumas normas locais fazem exigências específicas em suas áreas de jurisdição, em suplemento à norma sanitária federal.

Com estes esclarecimentos e orientações, espera-se uma maior harmonização das ações de vigilância sanitária nas instituições que atendem usuários de substâncias psicoativas, contribuindo para a qualificação e segurança sanitária dos serviços prestados.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda da Comissão Intergestores Tripartite de Maio de 2009. Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas PEAD 2009-2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf Acesso em jan. 2013.

COSTA, SF. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas no atendimento à dependência química. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%CDCAS%20P%DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%CAUTICAS-COM%20REVIS%C3O%20DO%20AUTOR.pdf Acesso em jan. 2013.

## ANEXO IV – PORTARIA Nº 562/2019, DO MINISTÉRIO DA CIDADANIA – Do Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica

### PORTARIA Nº 562, DE 19 DE MARÇO DE 2019

**Cria o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED.**

O MINISTRO DE ESTADO DA CIDADANIA, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 87,

parágrafo único, inciso II, da Constituição, e o inciso V do art. 23 da Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019,

CONSIDERANDO a publicação da Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, que

estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios;

CONSIDERANDO o Decreto nº 9.674, de 2 de janeiro de 2019, que aprova a Estrutura Regimental

do Ministério da Cidadania;

CONSIDERANDO que todos os processos referentes às ações de cuidados, prevenção e

reinserção social das Políticas sobre Drogas foram transferidos da Secretaria Nacional de Políticas sobre

Drogas - SENAD, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, para a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED, do Ministério da Cidadania;

CONSIDERANDO o disposto no art. 67 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que determina o acompanhamento e a fiscalização da execução dos contratos, por representante da Administração especialmente designado;

CONSIDERANDO o Edital de Credenciamento - SENAD Nº 01/2018, que torna público a abertura do processo de credenciamento para a contratação de serviços especializados de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário, resolve:

Art. 1º Fica criado o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no

âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED.

Art. 2º O Plano de Fiscalização de que trata esta Portaria tem como objetivo estabelecer

critérios e regulamentos quanto aos procedimentos para a fiscalização in loco dos contratos celebrados entre a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas - SENAPRED e comunidades terapêuticas, para a prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Art. 3º A fiscalização in loco, realizada por servidores lotados na SENAPRED, formalmente

designados pelo Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, tem como objetivo acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços contratados, nos termos do Edital de Chamamento Público e do instrumento celebrado.

§1º - A critério da SENAPRED, poderá ser solicitado formalmente, por meio de ofício ou e-mail,

pelo(a) titular da área de fiscalização, ou, na sua ausência, por seu substituto, apoio aos órgãos estaduais e municipais de políticas sobre drogas, saúde e de assistência social, com os quais este Ministério tenha celebrado convênio ou acordo de cooperação para auxílio na fiscalização das comunidades terapêuticas, quando da fiscalização in loco, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria e fiscalização do controle social.

§2º -A SENAPRED poderá contratar empresa especializada ou instituição para realizar serviços

técnicos, especificamente voltados à realização de Auditoria Independente, com a finalidade de auditar as atividades das Comunidades Terapêuticas, ficando as Comunidades obrigadas a prestar todas as informações que lhes forem solicitadas.

§3º - A SENAPRED disponibilizará, no momento da solicitação de apoio, Roteiro de Fiscalização,

conforme modelo do Anexo I, para orientar os órgãos no desenvolvimento das ações de averiguação e produção de relatório final a ser encaminhado à SENAPRED.

Art. 4º As ocorrências verificadas durante a fiscalização serão registradas em relatório, cuja

cópia será encaminhada à Comunidade Terapêutica em até 30 (trinta) dias após a realização da visita.

§1º - A Comunidade Terapêutica, no prazo de 30 (dez) dias úteis, a contar do recebimento e divulgação do relatório de fiscalização, poderá apresentar manifestação escrita e documentos complementares, à área de fiscalização, sobre os apontamentos elencados no relatório de fiscalização.

§2º - O não cumprimento dos requisitos da fiscalização por parte da comunidade terapêutica

resultará em sanções elencadas na legislação vigente e no respectivo instrumento contratual.

Art. 5º Para planejamento das fiscalizações, deverá ser elaborado, até o final de dezembro de

cada ano, calendário de fiscalização in loco das comunidades terapêuticas pela SENAPRED, que deverá ser atualizado sempre que forem verificados fatos novos que afetem os critérios previstos no art. 6º.

Art. 6º No calendário de fiscalização in loco, as comunidades terapêuticas serão agrupadas

conforme proximidade territorial e a esses grupos serão aplicados os seguintes critérios de priorização:

I - existência de denúncia ou indícios de irregularidades na execução contratual;

II - mês de término da vigência do contrato;

III - quantitativo de vagas disponibilizadas;

IV - disponibilidade de logística administrativa para a execução da fiscalização.

§1º- Serão reservados ao menos 10% (dez por cento) do quantitativo de fiscais para realizar as

fiscalizações in loco nas instituições que se enquadrarem no disposto do inciso I deste artigo, sendo que, quando não houver instituições nessa situação, essa força de trabalho deverá ser destinada para fiscalização nas demais instituições.

§2º - A indisponibilidade de logística administrativa é considerada fator inviabilizador da

fiscalização e depende de fundamentação específica, demonstrando que foram exauridas as tentativas de resolução do impedimento.

Art. 7º A fiscalização in loco, preferencialmente, será realizada por 02 (dois) fiscais, e deverá

ocorrer, sem aviso prévio à comunidade terapêutica, no mínimo, 01 (uma) vez a cada vigência de 12 (doze) meses de cada contrato, ressalvada a inviabilidade de fiscalização pelo motivo previsto no art. 6º, §2º.

Art. 8º A distribuição dos contratos aos servidores designados como representantes da Administração para fiscalizá-los, obedecerá à seguinte estratégia:

I - o quantitativo de contratos, por servidor, será calculado com a divisão do número de

contratos pelo número de fiscais;

II - haverá designação de um único fiscal responsável por contratos de instituições que façam

parte de um mesmo grupo territorial.

Parágrafo único. Um mesmo fiscal poderá ficar responsável por um grupo territorial por, no

máximo, dois anos.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

OSMAR GASPARINI TERRA

## Anexo I
## Roteiro de Fiscalização de Comunidade Terapêutica

### 1. DADOS CADASTRAIS

**1.1 Razão Social:** _____

**1.2 Nome Fantasia:** _____

**1.3 CNPJ:** _____

**1.4 É uma instituição sem fins lucrativos:** Sim ( ) Não ( )

**1.5 Endereço** (Rua, Av., nº e Complemento)**:** _____

**1.6 Município:** _____

**1.7 Bairro/Distrito:** _____

**1.8 UF:** _____ **1.9 CEP:** _____

**1.10 DDD/Telefone:** _____

**1.11 E-mail:** _____

### 2. CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO

**2.1 Localização:** Urbana ( ) Rural ( )

**2.2 Data início do funcionamento:** _____/____/_____

**2.3 Licença de Funcionamento** (Alvará Sanitário)**:** Municipal ( ) Estadual ( )

**2.4 Atualizada:** ( )Sim ( )Não N.º:_____

**2.5 Data da última licença de funcionamento** (Alvará Sanitário)**:** _____

**2.6 Atende:** adulto feminino ( ) adulto masculino ( ) adolescente feminino ( ) adolescente masculino ( )
*Informe em cada parêntesis a capacidade total de cada público em número de pessoas.*
*Caso não atenda algum desses públicos, preencher com "NA" de "Não aplicável".*

**2.7 Oferece serviços específico de saúde de natureza clínica, médica, hospitalar:** Sim ( ) Não ( )

**2.8 Outros serviços e programas da instituição:** _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

## 3. DOCUMENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**C** – Conforme **AM** – Aceitável (Melhoria possível) **NC** – Não conforme **NA** – Não aplicável

| Marcar com "X" somente uma das alternativas (C – AM – NC – NA) | C | AM | NC | NA |
|---|---|---|---|---|
| **3.1** Declaração assinada pelo acolhido que concorda com o tratamento e sua permanência é voluntária (inclusive dos casos de encaminhamento judicial) | | | | |
| **3.2** Programa de Acolhimento / Projeto Terapêutico | | | | |
| **3.3** CNPJ | | | | |
| **3.4** Estatuto Social | | | | |
| **3.5** Ata de eleição da Diretoria atual ou órgão equivalente | | | | |
| **3.6** Inscrição no Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas | | | | |
| **3.7** Inscrição em outros Conselhos. Indique: | | | | |
| **3.8** Alvará Sanitário | | | | |
| **3.9** Alvará de localização (municipal) | | | | |
| **3.10** Alvará do Corpo de Bombeiros (AVCB) | | | | |
| **3.11** Filiada a alguma Federação de Comunidades Terapêuticas. Qual? | | | | |

| 4. RECURSOS HUMANOS | C | AM | NC | NA |
|---|---|---|---|---|
| **4.1** Mantém responsável técnico de nível superior legalmente habilitado. | | | | |
| **4.2** Mantém substituto de responsável técnico de nível superior legalmente habilitado. | | | | |
| **4.3** A instituição possui profissional que responda pelas questões operacionais durante todo o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim. | | | | |
| **4.4** Dispõe de equipe multidisciplinar em quantidade e com formação compatível às atividades oferecidas no programa de acolhimento. **Importante**: A instituição pode funcionar com regimes de atendimento diferenciados, conforme as atividades programadas, podendo-se reduzir o número de profissionais nos períodos noturnos e em finais de semana, mantendo-se, contudo, quantitativo suficiente para o atendimento aos acolhidos. | | | | |
| **4.5** Promove, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam no serviço, garantindo capacitação compatível com a função a ser executada. | | | | |
| **4.6** Dispõe de escala de serviço ou outro mecanismo de controle da permanência dos profissionais na CT. | | | | |
| **4.7** Os profissionais voluntários dispõem de termo de voluntariado assinado (discriminando as atribuições e carga horária) | | | | |
| **4.8** Os profissionais contratados pelo regime de CLT estão com o seu registro de trabalho devidamente anotado na carteira de trabalho. | | | | |

| 4.10 Quadro de pessoal – Descrever função | CLT | | Voluntário | | Terceirizado | | C | AM | NC | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº = Número de pessoas; H = jornada semanal | Nº | H | Nº | H | Nº | H | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

| 5. PLANO DE ATENDIMENTO SINGULAR – PAS (FICHA INDIVIDUAL) | C | AM | NC | NA |
|---|---|---|---|---|
| **5.1** Cada acolhido possui PAS com o registro periódico do atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas são observadas. | | | | |
| **5.2 O PAS contempla os itens abaixo:** | | | | |
| **5.2.1** dados pessoais do acolhido; | | | | |
| **5.2.2** indicação dos familiares ou pessoas indicadas pelo acolhido, os respectivos contatos, bem como a evolução do vínculo familiar durante o período de acolhimento; | | | | |
| **5.2.3** histórico de acompanhamento psicossocial, incluindo eventuais internações, acolhimentos e outras formas de tratamento; | | | | |
| **5.2.4** indicação do profissional de referência da equipe da instituição para o acolhido; | | | | |
| **5.2.5** qual(is) a(s) substância(s) psicoativa(s) de que faz uso o acolhido que levou ao tratamento; | | | | |
| **5.2.6** motivação para o acolhimento; | | | | |
| **5.2.7** todas as atividades a serem exercidas pelo acolhido, dentre aquelas do art. 12 da Resolução 01/2015/CONAD, e a frequência de suas realizações; | | | | |
| **5.2.8** período de acolhimento e as intercorrências; | | | | |
| **5.2.9** todos os encaminhamentos do acolhido aos serviços da rede do SUS, SUAS e demais órgãos; | | | | |
| **5.2.10** todos os encaminhamentos visando à reinserção social, incluídos os projetos de educação, capacitação profissional e geração de trabalho e renda; | | | | |
| **5.2.11** evolução do acolhimento, seus resultados e o planejamento de saída do acolhido. | | | | |
| **5.3 São observadas ainda:** | | | | |
| **5.3.1** O PAS é periodicamente atualizado e revisado a qualquer tempo, por iniciativa da instituição ou a pedido do acolhido, ficando o documento sempre à sua disposição para consulta, bem como das autoridades competentes para fins de fiscalização | | | | |
| **5.3.2** Os critérios de admissão, permanência e saída, o programa de acolhimento da instituição e o PAS tem a anuência prévia, por escrito, do acolhido e, quando houver, de seu familiar ou pessoa por ele indicada | | | | |
| **5.3.3** O acolhido e seu familiar ou pessoa por ele indicada participam na construção e no cumprimento do PAS, observado o protagonismo do acolhido, o respeito e o diálogo os princípios norteadores do acolhimento | | | | |
| **5.3.4** O PAS é elaborado no prazo máximo de vinte dias a contar do acolhimento | | | | |

| 6. MECANISMOS DE ENCAMINHAMENTO À REDE | C | AM | NC | NA |
|---|---|---|---|---|
| **6.1** A instituição possui mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos acolhidos que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde. **Se sim, anote aqui como é feito o encaminhamento:** _____ _____ _____ _____ | | | | |
| **6.2** A instituição informa o serviço de Saúde e de Assistência Social do município de sua sede o nome e dados de todas as pessoas acolhidas (**NA ENTRADA**). | | | | |
| **6.3** A instituição informa o serviço de Saúde e de Assistência Social do município de origem da pessoa acolhida **NA SAÍDA** desta da instituição. | | | | |

| 7. GESTÃO DE INFRAESTRUTURA | C | AM | NC | NA |
|---|---|---|---|---|
| **7.1 Alojamento, banheiros, instalações físicas, etc.** | | | | |
| **7.1.1** O serviço dispõe de alojamento adequado para o número de vagas de acolhimento oferecidas, separadas por público (adulto masculino/feminino, adolescente masculino/feminino) | | | | |
| **7.1.2** Dispõe de quartos compatíveis com o número de acolhidos por quarto, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos acolhidos. | | | | |
| **7.1.3** Dispõe de banheiro para acolhidos compatíveis e adequados ao número de pessoas por alojamento, separadas por público (adulto masculino/feminino, adolescente masculino/feminino) | | | | |
| **7.1.4** Número de acolhidos para cada banheiro (anote a quantidade): adulto masculino ___ adulto feminino ___ adolescente masculino ___ adolescente feminino ___ | | | | |
| **7.1.5** Assinale a opção dos banheiros por alojamento disponibilizados. Banheiro junto ao quarto (tipo suíte) ___ Banheiros coletivos ___ | | | | |
| **7.1.6** Dispõe de 1 banheiro adaptado para deficientes (BNT NBR 9050) | | | | |
| **7.1.7** Dispõe de quarto/apartamento com acessibilidade (adaptado) para deficientes (BNT NBR 9050) | | | | |
| **7.1.8** Dispõe de quarto para funcionários que permanecem no período noturno (separados por sexo), com dimensionamento compatível, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos funcionários. | | | | |
| **7.1.9** Cozinha | | | | |
| **7.1.10** Refeitório | | | | |
| **7.1.11** Local apropriado para armazenamento de alimentos | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **7.1.12** Garante a inexistência de espaços restritivos, e mantém os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas o travamento simples. | | | | |
| **7.1.13** As instalações prediais estão regularizadas perante o Poder Público local (Art. 11 RDC-029/2011/ANVISA). | | | | |
| **7.1.14** A instituição mantém as instalações físicas dos ambientes externos e internos em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. | | | | |

| **7.2 Setor de atendimento e convivência (ambientes podem ser compartilhados):** | **C** | **AM** | **NC** | **NA** |
|---|---|---|---|---|
| **7.2.1** Sala de atendimento individual. | | | | |
| **7.2.2** Sala de atendimento coletivo. | | | | |
| **7.2.3** Área para realização de oficinas de trabalho. | | | | |
| **7.2.4** Área para realização de atividades laborais. | | | | |
| **7.2.5** Área para prática de atividades desportivas. | | | | |
| **7.3 Setor administrativo** | **C** | **AM** | **NC** | **NA** |
| **7.3.1** Sala de acolhimento de acolhidos, familiares e visitantes. | | | | |
| **7.3.2** Sala administrativa. | | | | |
| **7.3.3** Área para arquivo das fichas (PAS) dos acolhidos que permita a manutenção do sigilo das informações, seja física ou eletronicamente. | | | | |
| **7.3.4** Sanitários para funcionários (ambos os sexos). | | | | |

| 8. **DO PROCESSO DE ACOLHIMENTO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **8.1 Processos Operacionais Assistenciais** | **C** | **AM** | **NC** | **NA** |
| **8.1.1** A admissão é feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados constam no PAS (O candidato a acolhimento passa por avaliação de um médico). | | | | |
| **8.1.2** O responsável técnico da instituição tem em suas atribuições a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos acolhidos sob prescrição médica. | | | | |
| **8.1.3** Todos os medicamentos sujeitos a controle especial estão guardados em armário fechado com chave. | | | | |
| **8.1.4** Todos os medicamentos possuem receita/prescrição médica (vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica). | | | | |
| **8.1.5** A instituição explicita em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do acolhido na instituição, consignando isto no PAS. | | | | |
| **8.2 No processo de admissão do acolhido, a instituição garante:** | **C** | **AM** | **NC** | **NA** |
| **8.2.1** respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; | | | | |
| **8.2.2** orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, a linha de espiritualidade seguida pela instituição, das atividades de autocuidado e atividades práticas inclusivas, devendo a pessoa a ser admitida declarar sua concordância, por escrito; | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **8.2.3** a permanência voluntária; | | | | |
| **8.2.4** a possibilidade de interromper o acolhimento a qualquer momento; | | | | |
| **8.2.5** o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato; | | | | |
| **8.2.6** a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável. | | | | |
| **8.3 Durante a permanência do acolhido, a instituição garante:** | **C** | **AM** | **NC** | **NA** |
| **8.3.1** o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de álcool e outras drogas e violência; | | | | |
| **8.3.2** a observância das garantias previstas no processo de admissão: | | | | |
| **8.3.2.1** respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; | | | | |
| **8.3.2.2** a permanência voluntária; | | | | |
| **8.3.2.3** critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos | | | | |
| **8.3.2.4** a possibilidade de interromper o acolhimento a qualquer momento | | | | |
| **8.3.2.5** o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato | | | | |
| **8.3.2.6** a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável. | | | | |
| **8.3.3** alimentação nutritiva e cuidados de higiene; | | | | |
| **8.3.4** a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; | | | | |
| **8.3.5** a manutenção de tratamento de saúde do acolhido. | | | | |
| **8.4 Como acesso à rede de serviços, a instituição garante:** | **C** | **AM** | **NC** | **NA** |
| **8.4.1** o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de álcool e outras drogas e violência; | | | | |
| **8.4.2** a observância do direito à cidadania do acolhido; | | | | |
| **8.4.3** alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados; | | | | |
| **8.4.4** a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; | | | | |
| **8.4.5** a manutenção de tratamento de saúde do acolhido. | | | | |
| **8.5 Atividades Práticas Inclusivas** | **C** | **AM** | **NC** | **NA** |
| **8.5.1** Existe Termo de adesão de trabalho voluntário. | | | | |
| **8.5.2** Não expõe o acolhido à situação de constrangimento ou de vulnerabilidade, como ações em vias públicas de vendas de produtos ou de arrecadação de recursos, ou outras atividades congêneres. | | | | |
| **8.5.3** As atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, de formação e as práticas inclusivas, buscam a inserção e a reinserção social, o resgate ou a formação de novas habilidades profissionais, práticas ou para a vida, e o aprendizado de novos conhecimentos, de modo a promover o empoderamento e o desenvolvimento das habilidades sociais do acolhido. | | | | |
| **8.5.4** As atividades práticas desenvolvidas ocorrem em ambiente ético e protegido. | | | | |

| 9. GARANTIA DE DIREITOS | C | AM | NC | NA |
|---|---|---|---|---|
| **9.1** Possui um mecanismo de registro de queixas e sugestões à disposição de cada acolhido e família, onde seja possível expor quaisquer insatisfações e opiniões voltadas à melhoria do serviço. | | | | |
| **9.2** Garante o sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, vedando a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição do acolhido sem a autorização prévia, por escrito. | | | | |
| **9.3** Não se viola, em nenhuma instância, a correspondência do acolhido, e as ligações telefônicas podem ser realizadas com privacidade. | | | | |
| **9.4** Em caso de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados os familiares ou representante legal do acolhido, no prazo máximo de 24h. | | | | |
| **9.5** Não se utilizam ações como contenção física, psicológica e medicamentosa, bem como quaisquer tipos de isolamento ou restrição que infrinjam a liberdade da pessoa acolhida. | | | | |
| **9.6** Assembleias ou outras formas de reunião para tratar de assuntos que visem a solução de assuntos coletivos, de escuta e resolução de conflitos. | | | | |

**OBSERVAÇÕES:**

**Cidade/Data:** _____ , ____/_____/_____

**Nome do Fiscal:** _____

**Órgão fiscalizador:** _____

**Assinatura:** _____

**Nome do responsável pela Instituição:** _____

**Assinatura:** _____



**Cruz Azul no Brasil**
**Para a Vida, sem drogas – Prevenir, Capacitar, Reabilitar e Apoiar**
Rua São Paulo, 3424 – Itoupava Seca. Blumenau/SC. CEP 89.030-000.
+55 (47) 3035-8400 - cruzazul@cruzazul.org.br - www.cruzazul.org.br – CNPJ 01.127.311/0001-89

**Filiada**