



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA DE
ZONOSESE DE INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA
COORDENADORIA GERAL DE INOVAÇÃO, PROJETOS, PESQUISA E
EDUCAÇÃO SANITÁRIA

Programa de Residência Multiprofissional em Vigilância Sanitária

FABIANA DE ANDRADE COUTINHO

**SAÚDE DA POPULAÇÃO ACOLHIDA EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2023

FABIANA DE ANDRADE COUTINHO

**SAÚDE DA POPULAÇÃO ACOLHIDA EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Vigilância Sanitária,
como requisito obrigatório para obtenção da
Declaração de Conclusão de Residência.

Orientador: Bruno Pereira de Castro
Coorientadora: Maria Claudia A. de S. Castelo

Rio de Janeiro

2023

FABIANA DE ANDRADE COUTINHO

**SAÚDE DA POPULAÇÃO ACOLHIDA EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Vigilância Sanitária,
como requisito obrigatório para obtenção da
Declaração de Conclusão de Residência.

Orientador: Bruno Pereira de Castro
Coorientadora: Maria Claudia A. de S. Castelo

Aprovado em: __/ __/____.

BANCA EXAMINADORA

Bruno Pereira de Castro – Mestre
Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses de Inspeção Agropecuária

Maria Claudia Ângelo de Souza Castelo
Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses de Inspeção Agropecuária

Andréa Mendonça Dantas de Mattos – Mestre
Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses de Inspeção Agropecuária

Pedro Campinho Belsito – Mestre
Médico Veterinário Laboratório de Microbiologia Alimentos - LASP

Rio de Janeiro
2023

AGRADECIMENTO

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de residência contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

A minha família, que sempre foi meu ponto de refúgio, por quem tenho um amor infinito.

Ao meu orientador, Bruno Pereira de Castro, e a minha Coorientadora Maria Claudia Ângelo de Souza Castelo, pelo incentivo e sabedoria que muito me auxiliou para a conclusão deste trabalho de Conclusão de Residência.

As amigas Mariana e Vitória, que se tornaram pessoas especiais na minha vida, ao longo da residência, compartilhamos alegrias e angústias.

A equipe da Comunidade Terapêutica Fernanda, André e Danilo, que com um trabalho sério e comprometido em atender de uma forma qualitativa os acolhidos, promoveu a minha aproximação com a temática.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, meu muito, obrigada!

RESUMO

As Comunidades Terapêuticas (CT) atuam como equipamentos de saúde, pois respondem de forma imediata usuários e familiares, ao resgatarem indivíduos de situações que colocam sua vida em risco. Os riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas repercute em graves problemas sanitários como: sexo desprotegido, compartilhamento de seringas e agulhas, além da exposição a doenças de transmissão sexual e transmissão parental, por exemplo, HIV, hepatite B e C, vírus linfotrófico Células T humanas I/II (HTLV I/II), sífilis, entre outras doenças. O objetivo geral do trabalho foi descrever as doenças identificadas na admissão dos acolhidos em um Comunidade Terapêutica no município do Rio de Janeiro e o objetivo específico apresentar aos profissionais da CT, medidas de promoção e prevenção, a partir das doenças identificadas. Estudo exploratório, documental e quantitativo. Amostra 50 indivíduos do sexo masculino acolhidos na CT da área programática 5.3, Santa Cruz. Dados coletados dos prontuários e analisados estatisticamente. Apesar da amostra pequena para definir os problemas de saúde, é importante mencionar que através das visitas de inspeção sanitária foi possível observar como algo comum nas CTs a prevalência de determinadas doenças. Importante ressaltar que as CTs atuam integrada a rede de serviços situada em seus territórios, e que todos os encaminhamentos dos acolhidos gera um diagnóstico. Torna-se necessário o entendimento da população assistida, no sentido de prevenção e promoção.

Palavra-Chave: comunidade terapêutica, risco, saúde.

ABSTRACT

Therapeutic Communities (TC) act as health equipment, as they respond immediately to users and family members, by rescuing these individuals from situations that put their lives at risk. The risks and damages associated with the use of psychoactive substances have repercussions on serious health problems such as: unprotected sex, sharing of syringes and needles, in addition to exposure to sexually transmitted diseases and parental transmission, for example, HIV, hepatitis B and C, lymphotropic virus Human T cells I/II (HTLV I/II), syphilis, among other diseases. The general objective of the work was to describe the diseases identified in the admission of those welcomed in a Therapeutic Community in the city of Rio de Janeiro and the specific objective to present to TC professionals, promotion and prevention measures, based on the identified diseases. Exploratory, documentary and quantitative study. Sample of 50 male individuals welcomed in the TC of the programmatic area 5.3, Santa Cruz. Data collected from medical records and statistically analyzed. Despite the small sample to define the health problems, it is important to mention that through the health inspection visits it was possible to observe the prevalence of certain diseases as something common in the TCs. It is important to emphasize that the TCs act as part of the network of services located in their territories, and that all referrals of those welcomed generate a diagnosis. It is necessary to understand the assisted population, in the sense of preventing and promoting injuries.

Keywords: therapeutic community, risk, health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Fluxograma do processo de trabalho na Comunidade Terapêutica.....	34
FIGURA 2 - Imagem árvore	35

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Classificação da amostra quanto a faixa etária	26
TABELA 2 - Classificação da amostra quanto a escolaridade	27
TABELA 3 - Classificação da amostra quanto a profissão.	28
TABELA 4 - Classificação da amostra quando ao local de origem.	29
TABELA 5 - Caracterização da amostra quanto às doenças identificadas	30

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

ADH – Hormônio Antidiurético

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CT – Comunidade Terapêutica

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CMS – Centro Municipal de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV – Vírus Linfotrófico da Célula Humana

IVISA- Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária

NA – Narcóticos Anônimos

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

PAS – Plano Terapêutico Singular

RAPs – Rede de Atenção Psicossocial

SENAPRED – Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas

SPAs – Substâncias Psicoativas

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	14
3 JUSTIFICATIVA	15
4 MARCO TEÓRICO	16
4.1 DEPENDENTE QUÍMICOS	16
4.2 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	17
4.3 FINANCIAMENTO DO GOVERNO	19
5 METODOLOGIA	20
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	20
5.2 ÁREA DE PLANEJAMENTO DELIMITADA	24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
7 POPOSTA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	34
8 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	41
APÊNDICE B – INSTRUMENTO COLETA DE DADOS	43

1 INTRODUÇÃO

Nas duas primeiras décadas do século XXI, ficou evidente o movimento no campo das políticas sociais relacionadas ao tratamento de pessoas com problemas de abuso de substâncias psicoativas no Brasil. Iniciando no ano de 2001, a Reforma Psiquiátrica e logo depois, em 2003 a promulgação da Política de Atenção ao Abuso de Álcool e outras Drogas, redirecionou as políticas públicas para um tratamento de caráter principalmente comunitário, pela curta duração de internação, além de contribuir, para o crescimento das Comunidades Terapêuticas (CT) (BRASIL,2004).

Historicamente no Brasil, tratando-se da área da saúde, a vigilância sanitária tem atuado para identificar o risco sanitário e, com isso, ocupa um espaço importante de garantia à saúde e de cidadania em nossa sociedade. Para melhor entendimento, a Lei 8.080/90 define esse campo como

Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir risco à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (BRASIL, 1990).

Com o passar dos anos, a disseminação de informações e a prestação de serviços progrediram, exigindo com que essa área evoluísse da mesma forma.

A descentralização da vigilância sanitária inicia-se no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS. A política de descentralização visa uma democratização e proporciona um fortalecimento local; os municípios ganham uma autonomia político-administrativa, o que possibilita uma maior eficiência da gestão pública. A vigilância sanitária municipal executa as ações, onde União e Estado atuam em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Todo serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo ou dependência de substância psicoativa (SPA), para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Município (ANVISA, 2011).

O Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária – IVISA-Rio – é o órgão responsável pela proteção e defesa da saúde da população, por meio da prevenção de riscos provocados por problemas higiênico-sanitários. O órgão foi criado em outubro de 2020, lei nº 6.787, sendo subordinado à Secretaria Municipal de Saúde e oriundo da extinção da Subvisa (Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses) (RIO DE JANEIRO,2020).

O IVISA – Rio, regulamentou a atividade realizada nas CTs, criando um código de atividade – Recuperação de Dependentes Químicos atendendo a legislação pertinente RDC nº

29/2011. Antes desta regularização as CTs eram atividades ligadas a associação beneficente e atividades religiosas, sendo apenas assistenciais (ANVISA,2011).

Atendendo a Portaria 3088/GM/MS as CTs foram inseridas na rede de cuidado local, ou seja, integração com a Rede de Atenção Psicossocial, RAPS. Consagrando-se como uma atividade de interesse à saúde de médio risco e alta complexidade (BRASIL,2011)

A fiscalização em CT é realizada por um fiscal da vigilância sanitária municipal, sem aviso prévio em relação a inspeção, a mesma ocorre no mínimo uma vez por ano. Durante a fiscalização sanitária são avaliados aspectos de infraestrutura, documentação, recursos humanos e processos de trabalho. Em caso de irregularidades, diversas sanções podem ser aplicadas, a depender da gravidade ou da reincidência da infração sanitária; variando desde uma advertência, multa, apreensão e inutilização de produtos como exemplo alimentos fora da validade e sem procedência, até a interdição do estabelecimento (RIO DE JANEIRO,2018).

A renovação da licença deverá ser feita anualmente. Os responsáveis do estabelecimento devem comunicar o órgão de vigilância sanitária municipal, as alterações de endereço, estrutura física, de atividade, razão social, capacidade planejada, cancelamento de licença, responsabilidade técnica, responsabilidade legal, e outras que intervenham na qualidade do serviço prestado (RIO DE JANEIRO,2018).

A partir da atuação da Vigilância Sanitária Municipal por meio das ações de fiscalização sanitária com ações educativas, as CTs passaram a ter uma assistência com viés mais terapêutico do que religioso.

As CTs trabalham no tripé disciplina-trabalho-espiritualidade. O eixo espiritualidade, auxilia em hábitos de vida, depressão, comportamento suicida, promovendo um bem-estar psicológico; o eixo trabalho, conhecido como laborterapia foi sistematizado por Philippe Pinel, esse processo seria capaz de trazer o homem a sua realidade; o eixo disciplina, compõem um sistema estruturado com regras, horários e responsabilidades (RIBEIRO et al., 2015).

As CTs atuam como equipamentos de saúde, respondendo de forma imediata usuários e familiares, ao resgatarem indivíduos de situações que colocam sua vida em risco (RIBEIRO et al.,2015).

A população alvo das CTs são pessoas em vulnerabilidade social. Pessoas que são consideradas “vulneráveis sociais” são aquelas que estão perdendo sua representatividade na sociedade, e geralmente dependem de auxílios de terceiros para garantirem a sua sobrevivência (CAÇADO et al., 2014).

O tratamento terapêutico das CTs auxilia seus acolhidos a suspender o uso de drogas, por meio de práticas e atividades realizadas em contexto de isolamento social e abstinência.

Eles se configuram como moradias coletivas temporárias, os acolhidos permanecem de forma voluntária por um determinado período (nove a doze meses), convivendo entre pares com supervisão de um monitor, pessoas que já receberam o mesmo tratamento (ANVISA,2011).

Os riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas repercutem em graves problemas sanitários como: sexo desprotegido, compartilhamento de seringas e agulhas, além da exposição a doenças de transmissão sexual e transmissão parental, por exemplo HIV, hepatite B e C, vírus linfotrópico Células T humanas I/II (HTLV I/II), sífilis, entre outros (BASTOS et al, 2008; MELONI et al 2004).

Neste sentido, a identificação dos principais problemas sanitários que mais acometem os acolhidos é fundamental para o planejamento de ações de promoção de saúde para mitigação de agravos com vistas a garantir a manutenção da saúde dos acolhidos.

.

.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as doenças dos acolhidos em uma Comunidade Terapêutica no município do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivo Específico

Apresentar aos profissionais da Comunidade Terapêutica, medidas de promoção e prevenção, a partir das doenças identificadas.

3 JUSTIFICATIVA

A motivação para envolvimento com o tema “Saúde da População Acolhida em Comunidade Terapêutica no Município do Rio de Janeiro” surgiu através das visitas sanitárias as CTs, pois durante as visitas foi possível de identificar os riscos sanitários dentro das CTs, devido a vulnerabilidade em que na maioria das vezes os usuários de drogas se encontram pois muitos optam por viver nas ruas em locais conhecidos como “cenas de uso”.

O levantamento através de visitas sanitárias expõe uma nova e preocupante realidade ligadas as consequências diretas que o uso de drogas traz aos usuários, o uso de cocaína e crack, podem tornar o organismo debilitado devido a perda de apetite, que é um dos efeitos da droga. Quando está sob os efeitos dessas substâncias, o indivíduo não sente fome e passa longos períodos sem se alimentar. A dependência expõe o usuário de droga a outras doenças graves, devido a imunidade baixa, que podem ser nocivas ou prejudicar à saúde humana.

Apesar de vivermos em um país considerado uma “potência emergente”, é notório o grave problema de saúde aqui apresentado, uma vez que o Brasil possui excelentes programas de prevenção de agravos à saúde, tecnologias e informações em tempo real que podem beneficiar essa população.

É fato que pessoas em vulnerabilidade social e com baixo poder aquisitivo encontra-se desprovida de acesso ao que se denomina como “necessidades humanas básicas”, pois apresentam, dentre outros, uma severa precariedade das condições de vida; um sistema educacional pouco acessível; conhecimentos limitados sobre saúde e dificuldade de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Todos esses aspectos fazem com que o Governos Federal, Estadual e Municipal tenha um elevado custo no tratamento aos dependentes químicos, algo que poderia ser evitado pela atuação em promoção de hábitos saudáveis.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Dependente Químicos

Embora o uso de drogas seja uma prática desde os primórdios da humanidade, o processo de mudança social e a regulação dessas substâncias que ocorreu no século XX trouxe mudanças no impacto e nos danos causados pelo uso dessas drogas. Com o aparecimento do crack, um alto número de usuários de drogas passou viver nas ruas, muitos dependentes químicos têm casa, mas preferem as ruas pela facilidade do acesso às drogas (ROUP et al., 2015).

No Brasil, os usuários de crack, álcool e outras drogas ainda se caracterizam por grupos socioeconômicos desfavorecido com baixo nível de educação, tornando assim esses indivíduos mais vulneráveis. É notório a necessidade de políticas específicas visando garantir condições de vida adequadas e acesso à saúde para esta população (FERTIG et al.; 2013).

As razões que levam esses usuários a viverem nas ruas são muitas entre elas estão: vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, pobreza, pouca oportunidade de trabalho (LEITE et al., 2019).

Os dependentes químicos que vivem em situação de rua, enfrentam desafios diários por estar em condições de vulnerabilidade social. Esse modo de sobrevivência nas ruas acarreta mudanças físicas, devido a precariedade de alimentos. Esses indivíduos começam um processo de emagrecimento e conseqüentemente o surgimento de doenças, sendo infecções sexualmente transmissíveis, doenças infectocontagiosas e crônicas (BARATA et al.; 2015).

A vulnerabilidade dos dependentes químicos em situação de rua, acarreta o surgimento de comorbidades que ocorre em razão do uso de várias drogas. Os danos secundários estão ligados às patologias crônicas como hipertensão, diabetes, cardiopatias e gastrites, aos danos físicos pulmonares, ao HIV/AIDS, às hepatites e à mortalidade (MOURA et al., 2009).

Além dos problemas respiratórios causados pela inalação de partículas sólidas, rachaduras e outros danos causados pelo uso de crack podem levar à perda de apetite, insônia, inquietação motora, dificuldades alimentares, desnutrição, desidratação, gastrite (BARBOSA et al., 2015).

4.2 Comunidades Terapêuticas

A origem da modalidade de tratamento em comunidade terapêutica é controversa, alguns autores informam que surgiu em meados do século XIX na Inglaterra, a criação religiosa Oxford, promovia reuniões com o objetivo de proporcionar o “renascimento espiritual da humanidade”; De acordo com a mesma fonte, as organizações se desdobraram em grupos de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA) e, mais tarde os Narcóticos Anônimos (NA), iniciado nos Estados Unidos da América, a partir de 1935 (OBID,2010).

Segundo outros autores, o termo comunidade terapêutica teria sido aperfeiçoado pelo psiquiatra inglês Maxwell Jones, nos anos de 1950, iniciou um modelo de atenção à saúde mental dos soldados acometidos por transtornos decorrentes de sua participação na Segunda Guerra (IPEA,2017).

As CTs surgem como equipamentos/modelo alternativo de cuidado em saúde mental em 1950, essas organizações caracterizaram-se em receber pessoas com dependência química, nos Estados Unidos e Europa. No Brasil, o início da CT surge em 1960, expandindo a partir de 1990 (FIORE,2021).

As CTs representam um dos modelos de atenção aos pacientes com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Esse modelo se desenvolveu e se difundiu a partir de iniciativas da sociedade civil, muitas vezes associadas a organizações religiosas (ANVISA,2011).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, proporcionou um crescimento das CTs nos últimos anos. As normas e regulamentações para o funcionamento das CTs estão relacionadas à Saúde Mental, Vigilância Sanitária, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Cidadania, Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 29/2011 (RESENDE,2021).

É importante ressaltar que há um esforço de outras entidades representativas de CTs, como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), para se qualificarem os serviços prestados pelas instituições conveniadas, tanto em sua estrutura quanto em recursos humanos (FEBRATEC, 2021).

Principais características do modelo de atendimento das CTs:

- Todo acolhimento em CT é exclusivamente voluntário, sendo que o usuário pode desistir do processo a qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de constrangimento;
- Indivíduos com sintomas psicóticos, sinais de intoxicação aguda ou de síndrome de abstinência grave, não devem ser admitidos na CT, assim como os indivíduos com agravos de

saúde ou níveis de comprometimento cognitivo graves, devendo ser referenciados para outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS;

- O acolhimento na CT é de caráter residencial transitório, ou seja, existe tempo máximo de permanência;

- Todos os direitos constitucionais e humanos do indivíduo devem ser garantidos e preservados dentro da CT.

Garantia dos direitos do acolhidos nas CTs

- Possuir mecanismo de registro de queixas e sugestões à disposição de cada usuário e família, onde seja possível expor quaisquer insatisfações e opiniões voltadas à melhoria do serviço;

- Garantir o sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato, vedando a divulgação de informação, imagem ou outra modalidade de exposição do usuário sem a autorização prévia do mesmo, por escrito;

- Não utilizar ações como contenção física, psicológica e medicamentosa, bem como quaisquer tipos de isolamento ou restrição que infrinjam a liberdade da pessoa;

- Não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os usuários ou familiares;

- Não tolerar violência física, verbal ou psicológica entre os acolhidos;

- Permitir que a família e outros realizem visitas, bem como o acesso aos meios de comunicação que viabilizem o contato com a mesma;

- Comunicar imediatamente (ou em até 24h) a família, e/ou pessoa responsável, previamente indicada, sobre as intercorrências graves a respeito da condição de saúde e os procedimentos adotados pela CT, assim como da interrupção da permanência na CT;

- Não submeter os usuários a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes ou a exposição em vias públicas;

- Desenvolver atividades religiosas, de modo a permitir que os usuários possam decidir quanto a sua participação nas mesmas;

- Oferecer atividades alternativas para os usuários que não desejem participar das atividades religiosas oferecidas pela CT;

- Permitir aos usuários participar de atividades religiosas de seu credo, dentro ou fora da CT;

- Garantir aos usuários um ambiente livre de álcool e drogas ilícitas;

4.3 Financiamento do Governo

O governo federal iniciou a partir do ano 2000, a substituição da assistência hospitalar para cuidado em liberdade, prestada por uma rede de serviços comunitários. Esse processo proporcionou um aumento do financiamento federal para programas e intervenções de saúde mental, álcool e outras drogas no setor saúde entre 2001 e 2009, e investimentos em áreas extra-hospitalares/comunitária, trabalhando em conjunto com a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) (GONÇALVES et al,2012).

Em 2005 o Ministério da Saúde divulgou que a saúde pública não tratou adequadamente a questão do tratamento e a prevenção do uso de álcool e outras drogas até 2001, permitindo desta maneira que instituições com caráter humanitário preenchesse esse intervalo histórico (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2005).

O financiamento de vagas em CTs com recursos públicos estaduais e municipais já era prática comum nos estados e municípios brasileiros, por volta de 2010. O financiamento federal dessas vagas começou a ser viabilizado, no entanto, especialmente a partir do contexto do “Plano Crack” (Decreto nº7.179/2010), coordenado pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e pelo Ministério da Justiça (IPEA, 2017).

Atualmente, podem participar de editais e convênios com o poder público (Federal, Estadual e Municipal).

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de pesquisa exploratória, documental e de abordagem quantitativa para atender os objetivos propostos.

A pesquisa exploratória é normalmente o processo inicial da pesquisa, onde faz descrições precisas da situação, um auxílio que traz a formulação de hipóteses significativas para posteriores pesquisas. Limita-se a buscar mais informações sobre um campo de estudos específicos. Para o mesmo autor, pesquisa documental é o estudo da realidade atual onde os documentos são investigados para poder descrever e comparar usos e costumes, diferenças e outras características (BERVIAN; CERVO, 2002).

Já a pesquisa documental constitui uma fonte de dados rica e confiável por apresentar fontes que ainda não foram processadas analiticamente, como diversos documentos de arquivo (GIL, 2007).

Segundo a pesquisa quantitativa guia-se um modelo onde o pesquisador parte de quadros conceituais de referência tão bem estruturados quanto possível, a partir dos quais formula hipóteses sobre os fenômenos e situações que quer estudar. Uma lista de consequências é então deduzida das hipóteses. A coleta de dados enfatizará números (ou informações conversíveis em números) que permitam verificar a ocorrência ou não das consequências, e daí então a aceitação (ainda que provisória) ou não das hipóteses. Os dados são analisados com apoio da estatística ou outras técnicas matemáticas (POPPER, 1972).

Esta pesquisa foi aplicada em uma Comunidade Terapêutica no município Rio de Janeiro, localizada na área de planejamento 5.3 em Santa Cruz, a qual realiza acolhimento masculino.

Tendo em vista o objetivo, foi elaborado um instrumento de coleta de dados, os quais foram analisados os aspectos socioeconômicos e doenças identificadas. A privacidade dos sujeitos do estudo foi preservada com a utilização de pseudônimos com a letra “P”, acompanhada de um algarismo, o qual corresponderá o número do participante, na sequência PAS. O tratamento estatístico dos dados coletados foi transcrito para planilha do programa Excel® sendo realizada análise estatística, onde foram identificados os percentuais, a média absoluta e relativa para melhor caracterização dos achados de pesquisa no grupo participante.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ. Foi dado ao projeto a numeração CAAE 63553422.6.0000.5279. Todos os aspectos éticos definidos na Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, foram respeitados. Neste sentido, a identidade dos acolhidos, bem como suas informações pessoais, foram preservadas pela pesquisadora.

Diante da aprovação do projeto de pesquisa e de posse do parecer fornecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, os acolhidos foram contactados e convidados pessoalmente, na Comunidade Terapêutica apontada nesse projeto, para ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todos receberam as orientações necessárias relacionadas ao estudo, individualmente foi realizada a leitura completa do TCLE, na presença da pesquisadora para esclarecimento adicionais a eventuais dúvidas, sendo ainda disponibilizado aos mesmos todos os contatos possíveis para localização da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa, estando essas informações impressas no próprio TCLE aprovado e cedido aos mesmos.

A coleta de dados foi realizada a partir do Plano de Atendimento Singular – PAS, que consiste em um registro preenchido pelo profissional da CT no ato da admissão do acolhido. 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. Regulamentado por, Nº 165 – DOU - 28/08/2015 – seção 1 – p. 51 e 52, CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS RESOLUÇÃO Nº 1, de 19-08-2015.

No PAS é possível identificar o histórico social e as condições de saúde do acolhido, bem como o planejamento terapêutico singular, construído a partir da coleta de dados no ato da admissão.

Plano de Atendimento Singular

Ingresso

Triagem e avaliação inicial

o Avaliação gravidade da dependência química

o 1º contato com família/responsável

- Coleta de dados pessoais

o Sociodemográficos

o Saúde

o Dependência química

Avaliação de demandas emergenciais

o encaminhamento para a rede de saúde

- o encaminhamento para a RAPS
- o emissão de documentos
- o roupas e objetos de higiene pessoal
- o busca ativa familiar

Apresentação da CT

- o Projeto Terapêutico
- o Atividades
- o Regulamentos
- o Estrutura física
- o Grupo e Equipe

Avaliação individual

- o Recursos internos e externos
 - o Comorbidades
 - o Tratamentos anteriores
 - o Gravidade da dependência
 - o Fatores de risco e proteção
- Adaptação com a CT

- o Atividades de baixa complexidade
- o Maior tolerância da equipe
- o Necessidade de “tutor”
- o Foco na permanência

Reinserção social

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

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

Os instrumentos de coleta de pesquisa e as planilhas eletrônicas, permaneceram guardados por um período de cinco anos, somente a pesquisadora e o orientador terão acesso a essas informações. O processo de descarte das planilhas será realizado por um programa que remove tabelas e não permite a sua recuperação e os instrumentos de coleta de dados serão descartados na fragmentadora de papel.

Benefícios

Os achados deste estudo poderão ser de grande relevância para o auxílio de outros acolhidos, pois através do conhecimento será possível proporcionar promoção e prevenção de saúde aos acolhidos nas Comunidades Terapêuticas.

Riscos

Foram coletadas apenas informações no documento Plano Atendimento Singular (PAS), após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e explicado pela pesquisadora, lido e assinado pelo acolhido que aceitar participar da pesquisa. Esse será o único momento de contato com o acolhido.

Quanto à classificação dos riscos oferecidos pela pesquisa aos acolhidos nas CT nos aspectos éticos foram identificados: Risco de origem psicológico - A possibilidade de produzir estados negativos ou comportamento alterado, como, ansiedade, depressão, culpa, raiva, entre outros, o que pode gerar constrangimento em interagir com a pesquisadora. Além disso, a divulgação das informações de sua privacidade e estigmatização. Risco físico - Devido à permanência nas ruas por algum tempo e a deficiência ou precariedade de alimentação, alguns acolhidos poderiam apresentar doenças pulmonares e de pele (impetigo, escabiose, herpes) provenientes à baixa imunidade. Risco a segurança do Plano de Atendimento Singular (PAS) – Divulgação de dados confidenciais.

O risco psicológico e segurança do prontuário foram minimizados, sendo prezada a confidencialidade dos dados coletados e a garantia ao anonimato dos sujeitos que tiverem seus dados coletados.

Em relação ao risco físico, ressalta-se que foi diminuído através do distanciamento social, lavagem das mãos ao entrar na unidade, utilização de equipamento de proteção individual, e uso de álcool nas mãos.

5.2 Área de Planejamento Delimitada

O estudo foi realizado na CT que se encontra na área de planejamento de Santa Cruz (5.3), realiza acolhimento de usuários de crack, álcool e outras drogas do sexo masculino com idade de 18 a 59 anos, que espontaneamente aceitam o acolhimento e o tratamento por um período de nove a doze meses. Ainda conforme a RDC 29/2011, tem como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

A área física é composta por: quartos coletivos, banheiro coletivo e individuais para os colaboradores e familiares, despensa, cozinha, refeitório, horta orgânica para consumo próprio, lavanderia (os próprios acolhidos lavam suas roupas), biblioteca, espaço aberto para o culto, sala administrativa. A CT possui capacidade para receber 100 acolhidos

Os acolhidos que chegam na unidade sem documentos são encaminhados e acompanhados por um monitor até a Fundação Leão XIII para retirar sua documentação, os mesmos são encaminhados para o Centro Municipal de Saúde (CMS) da área de planejamento 5.3, na qual são realizados testes rápidos para sífilis e HIV, exames laboratoriais sangue, urina e escarro (escarro para verificar tuberculose), além de passar por consultas, também são encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial, serviço de saúde mental destinado a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais, bem como aos que abusam do uso de álcool e outras drogas.

A CT possui cinco colaboradores e uma responsável técnica, profissional assistente social que assume as funções de direção, planejamento, organização, orientação, avaliação, acompanhamento dos serviços prestados e execução de atividades. São oferecidos como curso para os acolhidos: oficina de barbearia, oficina de percussão, oficina de ladrilho, oficina de jardinagem, oficina de serralheria.

Os acolhidos são mantidos em atividades durante o transcorrer do dia, que podem variar entre atividades laborais, terapêuticas e religiosas. As famílias podem realizar visitas aos acolhidos na CT em dias estipulados para visita.

A CT, conforme RDC 29/2011 – ANVISA, esta normatizada enquanto instituição que presta serviço de atenção a pessoas com transtorno decorrente do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, em regime de residência.

As atividades executadas na CT são: Acolhimento – o ingresso é recebido pela equipe que se apresenta e passa as primeiras informações sobre as normas de moradia e rotina da CT, é acompanhado por um monitor até a unidade CMS para realizar exames de rotina e passar por uma avaliação de saúde no prazo máximo de cinco dias de instituição. Ao chegar na instituição o indivíduo toma banho e recebe roupas novas e uma refeição. Nesse primeiro momento o acolhido fica em um quarto separado, para prevenir a disseminação de alguma doença.

O acolhido é encaminhado para um quarto reservado, como não se tem informações sobre suas condições de saúde física é necessário nesse momento. Caso o acolhido não tenha problemas de saúde é colocado em um quarto coletivo

Grupo Espiritual – A espiritualidade na CT é essencialmente prática e ao alcance dos acolhidos;

Grupo de resgate profissional – O principal objetivo desse grupo é estimular os acolhidos a resgatarem suas antigas profissões ou a escolher/desenvolver outra ocupação; Oficina de artes – A atividade é considerada, neste processo, como um instrumento de resgate de habilidades; Atendimento psicoterápico – tem o objetivo de auxiliar o acolhido no contato consigo mesmo, seus sentimentos, ansiedades, angústias; Laborterapia – São atividades com fins ocupacionais e terapêuticas; Atividades de esporte e lazer – Objetivo de motivar e orientar a prática de exercícios físicos em busca da desintoxicação; Atividades de promoção de autocuidado; Programa de atenção familiar – Oferecimento de atenção aos familiares dos acolhidos.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse capítulo são apresentados os resultados coletados dos acolhidos (grupo composto por 50 homens) e a interpretação e discussão dos mesmos.

TABELA 1 - Classificação da amostra quanto a faixa etária

Faixa Etária	N	%
20 ---- 29	8	16%
30 ---- 39	13	26%
40 ---- 49	19	38%
50 ----59	10	20%
Total	50	100%

Fonte: Dados estatísticos coletado pela pesquisadora.

Em relação à idade dos acolhidos, constataram-se que os adultos jovens são a faixa etária predominante na instituição. Identificaram-se 16% dos usuários na faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos, 26% na faixa de 30 a 39 anos, 38% faixa de 40 a 49 anos e 20% faixa 50 a 59 anos.

No entanto, para comparar os estudos realizados, vale citar o estudo recomendado pela Secretaria de Política Nacional sobre Drogas (SENAD), que faz parte do plano integrado de combate ao CRACK e outras drogas realizado, pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ em 2014 para traçar o perfil dos usuários de substâncias psicoativas no Brasil. Com base nesse levantamento, a faixa etária dos usuários é predominantemente de adultos jovens.

De acordo com a Sadock, os adultos jovens são a faixa etária de maior risco para dependência e abuso de substâncias psicoativas. Esse risco se deve ao fato de que as modificações físicas, psíquicas e sociais durante a transição da adolescência para a fase adulta afetam o desenvolvimento e o curso de vida desses indivíduos, tornando-os mais vulneráveis e propensos a dependência química.

TABELA 2 - Classificação da amostra quanto a escolaridade

ESCOLARIDADE	N	%
Ensino Fundamental Incompleto	14	28%
Ensino Fundamental Completo	14	28%
Ensino Médio Incompleto	9	18%
Ensino Médio Completo	12	24%
Ensino Superior Incompleto	1	2%
Ensino Superior Completo	0	-
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados estatísticos coletado pela pesquisadora.

As informações sobre a escolaridade da amostra que fez parte desse estudo revelaram que 56% possuem no máximo o ensino fundamental. Do total de acolhidos, 42% possuem o ensino médio e apenas 2% que representa 1 indivíduo possui o ensino superior incompleto.

Compreendendo o grau de informação e escolaridade dessa amostra torna importante esclarecer que o grau de escolaridade de uma população não dimensiona efetivamente seus níveis educacionais, pois não capta a qualidade do processo de escolarização.

Mas, segundo a análise da política educacional no Brasil, realizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), constatou que o acesso à educação no Brasil enfrenta dificuldades devido à situação socioeconômica e a localização geográfica do aluno. A OCDE relata que o Brasil enfrenta altas taxas de evasão escolar no ensino médio, mais da metade dos adultos (52%) com idade entre 25 e 64 anos sem diploma do ensino médio (OCDE, 2021).

Essas informações foram reveladoras de um sério problema enfrentado no Brasil, sabe-se que quanto menor a escolaridade menor a renda de uma população, pois a falta de uma educação formal impede o avanço desses cidadãos.

Segundo Feffermann (2006, p.14)

Os jovens pertencentes às classes subalternas vivem em dupla situação de risco, pois, vivendo uma socialização incompleta, têm poucas oportunidades de integração no mercado de trabalho, o que se reforça com a baixa escolaridade; assim são alvos fáceis para as drogas e o álcool e, quando surpreendidos ao cometerem infrações, a reprimenda pode custar-lhes a vida.

TABELA 3 - Classificação da amostra quanto a profissão

PROFISSÃO	N	%
Ajudante de caminhoneiro	1	2%
Autônomo	7	14%
Auxiliar cozinha	1	2%
Auxiliar serviços gerais	4	8%
Balconista	1	2%
Barbeiro	2	4%
Bombeiro civil	1	2%
Camelô	2	4%
Cozinheiro	1	2%
Eletricista	1	2%
Gesseiro	1	2%
Gráfico	1	2%
Metalúrgico	1	2%
Motorista	1	2%
Máquina	1	2%
Pedreiro	8	16%
Pintor	3	6%
Propagandista	1	2%
Segurança	1	2%
Sem profissão	3	6%
Servente	1	2%
Silk screen	1	2%
Soldador	1	2%
Técnico fibra óptica	1	2%
Vendedor	1	2%
Vigia	3	6%
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados estatísticos coletado pela pesquisadora.

A situação empregatícia dos acolhidos na instituição é um fator importante, pois revela que a baixa escolaridade dificulta o acesso dessa população a oportunidades melhores de trabalhos. A oferta de empregos formais são poucas e as atividades encontradas como subempregos são mal remuneradas.

Em função da dificuldade financeira e de sustentar seu próprio vício, os indivíduos envolvem-se em atividades ilícitas como o tráfico de drogas, a prostituição e furtos, agravando desta maneira o problema de dependência química devido à vulnerabilidade social.

Salienta-se que os usuários compartilham vulnerabilidades que os levam à situação de rua e ao rompimento das relações sociais e familiares, além da aparente falta de políticas públicas capazes de enfrentar essa realidade com medidas efetivas que não levem a uma maior exclusão.

TABELA 4 - Classificação da amostra quando ao local de origem

ENDEREÇO	N	%
Região dos Lagos	1	2%
Zona Oeste	22	44%
Zona Norte	10	20%
Baixada Fluminense	6	12%
Região Metropolitana	4	8%
Zona Central	1	2%
Situação de Rua	6	12%
TOTAL	50	100%

Fonte: Dados estatísticos coletado pela pesquisadora.

Do total das fichas dos acolhidos, podemos observar que a Comunidade Terapêutica recebe indivíduos, que chegam de diversas regiões, 44% zona oeste, 20% zona norte, 12% zona central, 12% baixada fluminense, 8% região metropolitana, 12% situação de rua, 2% região dos lagos.

A maioria das CTs estão localizadas em áreas pobres ou rurais, justamente para atender essa população mais vulnerável. Embora haja falta de pesquisas que identifiquem a quais populações as CTs atendem, é notório que os indivíduos que buscam este tratamento, apresentam uma grave dependência química, problemas familiares e comunitários, menor nível de escolaridade, subemprego ou desemprego, problemas com a justiça e acesso deficiente a programas terapêuticos.

TABELA 5 - Caracterização da amostra quanto às doenças identificadas

	N	%
Escabiose	1	2%
Pneumonia	1	2%
Epilepsia	1	2%
Sífilis	1	2%
Tuberculose	3	6%
Diabetes Mellitus	4	8%
Covid - 19	4	8%
HIV	5	10%
Hipertensão	7	14%
Sem Patologia	23	46%
Total	50	100%

Fonte: Dados estatísticos coletado pela pesquisadora.

Diante dos resultados apresentados, relacionados a questões de saúde, da amostra estudada verificou-se que de 100% da amostra apenas 46% não apresenta nenhuma doença.

Dentre as doenças relacionadas aos acolhidos durante o período da pesquisa foram identificadas: 2% escabiose, 2% pneumonia, 2% epilepsia, 2% sífilis, 6% tuberculose, 8% diabete mellitus, 8% covid-19, 10% HIV, 14% hipertensão arterial.

Essa população apresenta uma taxa de mortalidade maior do que a população em geral, e seus problemas de saúde são semelhantes aos da população idosa, como declínio cognitivo leve e carências, imunológica.

As substâncias psicotrópicas podem agir no sistema nervoso central (SNC) de várias maneiras, e a maneira como essas substâncias funcionam pode ser usada para classificá-las em classes. Deste modo, as substâncias psicoativas podem ser divididas em: estimulantes, depressores e alucinógenas ou psicodélicas do SNC. As substâncias psicoativas são divididas em forma injetáveis, bebidas como o álcool e/ou fumadas (LEONARDI et. al., 2017).

Pensar em definição de saúde para uma população que necessita de rapidez no atendimento por ter problemas com uso de drogas e as possíveis comorbidades que os mesmos apresentam, por viverem muitas vezes em situação de vulnerabilidade.

Observando o gráfico acima encontramos:

HIV/Aids – Situações que levam o usuário de drogas a contrair HIV/Aids: Compartilhamento de seringas ao usar drogas injetáveis; consumo de drogas estimulantes que altera o estado de consciência do usuário, e, pelo mesmo motivo, não usam preservativos nas relações sexuais, em outros casos muitos se prostituem em troca de drogas, e devido à exigência do parceiro, dispensam o uso do preservativo durante o ato sexual podendo desta maneira contribuir para infecção de HIV/Aids.

Um perigo dos usuários de drogas que são portadores HIV/Aids e não usam os antirretrovirais, mas continuam se expondo a relações sexuais desprotegidas, é a reinfeção viral. À medida que se mantêm relações com outras pessoas, com HIV e essas pessoas não estão em tratamento, elas podem infectar e se reinfectar com o vírus HIV/Aids, ou seja, na reinfeção ocorre a replicação do vírus no organismo. Essa infecção constante pode gerar cepas de vírus multirresistentes, tornando desta maneira os indivíduos resistentes aos retrovirais, e complicando muito o tratamento.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV, através desse protocolo é possível realizar um exame chamado Genotipagem-HIV, o qual avalia a estrutura genética do vírus HIV buscando mutações de pacientes que iniciaram o tratamento e daqueles que não iniciaram o tratamento, possibilitando desta maneira verificar a resistência para algumas medicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Um grande problema é que pessoas que vivem em vulnerabilidade devido ao consumo de drogas, não buscam o tratamento. Daí vem a relação fatal entre o uso de drogas e o HIV/Aids.

Tuberculose – fatores associados com o uso de álcool e drogas podem provocar lesão no fígado e deficiência nutricional, uma vez que o uso dessas substâncias altera a resposta imune do organismo, aumentando a suscetibilidade a doenças respiratórias. Usuários de drogas tem propensão para adquirir essa doença devido ao estilo de vida como: compartilhamento de materiais como cachimbo, ambientes fechados para o uso de drogas ilícitas, aglomeração, situação de rua (SILVA, 2018).

Epilepsia -O crack é a forma mais potente e viciante da cocaína por ser uma droga considerada de baixo custo. O termo “crack lung” (pulmão do crack) é empregado para explicar a síndrome pulmonar aguda que ocorre após o uso do crack. Algumas complicações relacionadas ao uso dessa substância aumenta a probabilidade de o usuário vir a experimentar um ataque cardíaco, derrame cerebral, ataque epilético ou insuficiência respiratória, podendo resultar em morte súbita (LAZZAROTTO, 2009).

Escabiose -Conhecida por escabiose, a sarna humana é causada por um ácaro, e também pode ser transmitida por roupas pessoais, objetos e animais infectados.

A escabiose é uma doença bastante contagiosa que pode passar facilmente entre pessoas pelo contato direto com a pele. Isto acontece porque a fêmea do ácaro *Sarcoptes Scabiei* vive e deposita seus ovos na camada mais superficial da pele, facilitando a sua transmissão.

A sarna animal é comum em cachorros e gatos, mas pode ser transmitida para humanos, principalmente se há um contato mais intenso com o animal infectado. É comum animais de rua terem sarna, o ácaro pode viver cerca de 36 horas no ambiente (FLAMINO et al., 2016).

Covid- 19 – Agente etiológico de uma síndrome respiratória aguda grave, denominada doença do coronavírus 2019, ou simplesmente COVID-19 (Coronavírus Disease – 2019) têm seus sintomas agravados por indivíduos que realizam o consumo de álcool e substâncias psicoativas. Usuários de drogas psicotrópicas também correm risco para a Covid-19, pois diversos estudos apontam vulnerabilidade social e uso compartilhamento de objetos para o uso de drogas inaladas auxiliam a transmissão do vírus, além de contribuir para uma pneumonia comunitária (BARBOSA et al., 2020).

Diabetes mellitus (DM) – O consumo de substâncias psicoativas pode deixar a alimentação irregular, com períodos prolongados de jejum ou episódios de compulsão alimentar. Essas substâncias podem causar danos no revestimento dos vasos sanguíneos e até mesmo levar a cetoacidose diabética é um estado grave do diabete, o qual resulta em um desequilíbrio do organismo. Ela pode ocasionar sintomas graves como distúrbios do potássio e desidratação grave, podendo inclusive levar à morte, se não for tratada a tempo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ao consumir bebidas alcoólicas, reduz o efeito do hormônio antidiurético (ADH). Ele regula ou diminui a quantidade de água excretada pelos néfrons (estruturas presentes nos rins), ocasionando em uma maior concentração da urina. O ADH permite que certa quantidade de água da urina sendo formada retorne para a corrente sanguínea. Porém, quando há o consumo de álcool pelo organismo, a ação desse hormônio é inibida, podendo provocar uma desidratação grave nos diabéticos, levando-os também a uma cetoacidose (GUYTON & HALL, 2011).

O álcool atua no fígado, impedindo que haja liberação dos estoques de glicose, o que pode provocar hipoglicemia, por sua vez o fígado identifica o consumo de uma substância que deve ser rapidamente metabolizada e nesse processo não consegue metabolizar a glicose, a ingestão do álcool pode colaborar com a diabetes tipo 2 (BANDEIRA,2015).

O diabetes mellitus pode ser mascarado com o uso de álcool e outras substâncias que prejudique a função cognitiva, inibindo o reconhecimento da resposta à insulina.

Na diabetes pode ocorrer dois tipos de alterações fisiológicas: a produção de insulina é insuficiente para manter o nível correto de glicose no sangue e/ou o corpo não consegue usar a insulina adequadamente. Como resultado, a pessoa pode apresentar um nível muito alto de glicose no sangue (hiperglicemia), que pode causar sérios problemas, como doenças vasculares, renais e de visão, podendo chegar à cegueira (SCHRIEKS et al., 2015).

Hipertensão Arterial– associadas com hipertensão: Cocaína, crack, maconha, álcool, anfetamina e seus derivados. Apesar do uso de substâncias psicoativas como a cocaína não seja uma causa comum de hipertensão crônica, o uso da droga por qualquer via (inalação, injeção

intravenosa e fumar na forma de alcaloide (crack) tem efeitos muito mais agudos, graves e preocupantes.

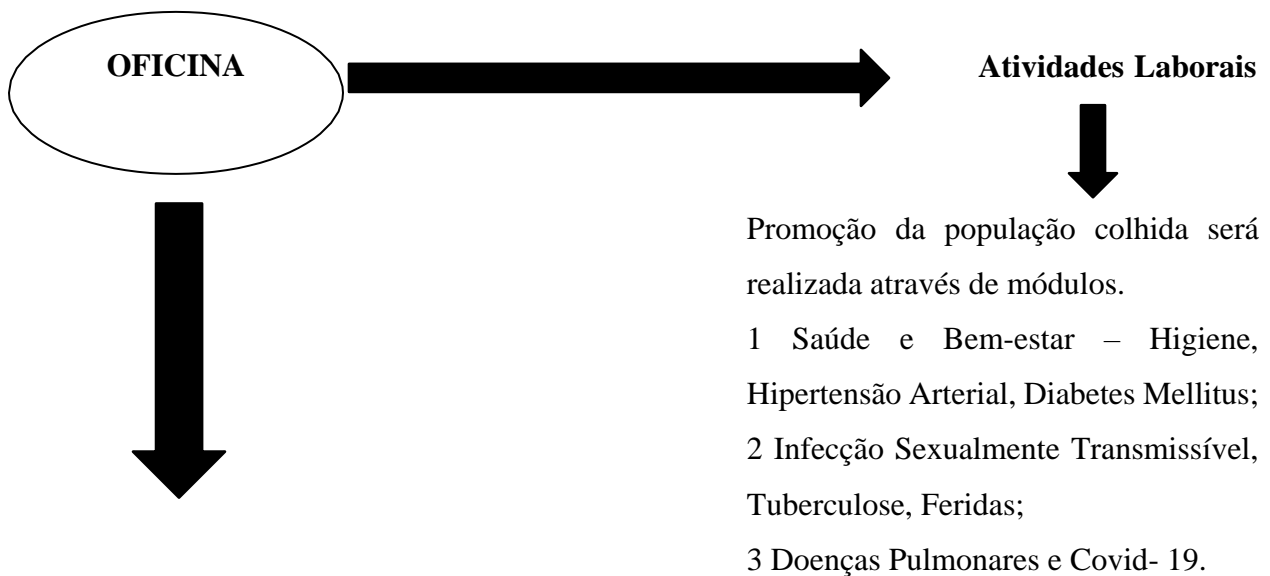
Os usuários de substâncias psicoativas com a pressão arterial normotensa podem apresentar uma crise de hipertensão tendo potencial de levar a um quadro de hipertensão. Os primeiros sinais clínicos de toxicidade por cocaína são habitualmente palpitações, sudorese, cefaleia, ansiedade, tremores, hiperventilação a espasmo muscular, especialmente da língua e da mandíbula. Ademais, as substâncias psicoativas podem estar relacionadas com hipertensão persistente, insuficiência renal, e rabdomiólise. Substâncias psicoativas como exemplo a cocaína e/ou crack são vasoconstritores potentes podendo causar infarto agudo do miocárdio (IAM), arritmias, acidente vascular cerebral (AVC) e morte súbita (PLAVNIK, 2002).

7 POPOSTA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

Diante do resultado apresentado neste estudo, a proposição de estratégia para levar promoção de saúde capaz de melhorar o acesso e conhecimento da população acolhida na CT, foi estabelecida da seguinte forma:

Fluxograma do Processo de Trabalho em CT. Disponibilizar perguntas e repostas à área da saúde da população assistida.

Figura 1 – Fluxograma



Dinâmica de Grupo Árvore

- 1 Desenhar uma árvore na cartolina, colar na parede com papel adesivo e colocar na árvore papeis adesivos em forma de frutas;
- 2 Escolher um fruto (pergunta e resposta).

A dinâmica da árvore foi desenvolvida por Ncazelo Ncube em Ungranda/África, no contexto de trabalho com crianças em vulnerabilidade. Essa dinâmica, será adaptada para a realidade dos assistidos na CT.



Figura 2 – Imagem árvore - fonte: site tomada de decisiones e inteligência emocional

- ✓ Promoção da educação, das doenças identificadas de maior prevalência na unidade através de módulos. Utilizando uma brincadeira lúdica de aprendizagem, os participantes serão divididos em dois grupos com duas placas, uma com a palavra mito e outra com a palavra verdade. Desta maneira será possível a participação de todos sem constrangimento de realizar perguntas;
- ✓ Essa dinâmica se propõe a melhorar a relação entre monitores e acolhidos, por informações relevantes sobre a prevenção e cuidados em uma linguagem simples e acessível para os acolhidos na Comunidade Terapêutica;
- ✓ Possibilidade de sensibilizar e refletir em torno de situações existenciais do grupo: situações problemas, desafiando o grupo à reflexão e aprendizagem;
- ✓ O uso de tecnologias leves como o acolhimento, compondo uma das estratégias capazes de organizar a acessibilidade e garantir a equidade de informação a pessoas com baixa escolaridade.

Segundo Paulo Freire, a concepção de aprendizagem dinâmica “ninguém educa ninguém, as pessoas se educam umas às outras, mediatizadas pelo mundo”. Aprender e ensinar, dentro do campo operativo do grupo e a partir da sua rede de transferências (AFONSO, 2010).

8 CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados nesse estudo pode-se concluir que a amostra de usuários para tratar dos problemas de saúde, foi realizado em um curto espaço de tempo, e por este motivo não foi possível obter um número significativo dentro da realidade esperada.

Apesar da amostra pequena para definir os problemas de saúde, é importante mencionar que através das visitas de inspeção sanitária foi possível observar como algo comum nas CTs a prevalência de Tuberculose, coinfeção, TB/HIV, IST, escabiose, ferimentos entre outras, visto a situação de risco e vulnerabilidade desta população.

Importante ressaltar que as CTs atuam integrada a rede de serviços situada em seus territórios, e que todos os encaminhamentos dos acolhidos gera um diagnóstico. Torna-se necessário o entendimento da população assistida, no sentido de promoção de saúde.

Ressalta-se que o presente estudo, foi com o intuito de corroborar com a discussão na área, para produção de conhecimento, inclusive para propostas de promoção e prevenção à saúde de maneira lúdica, para haver um fluxo de suas práticas mediante a observância do que está postulado, propiciando um cuidado efetivo aos usuários que necessitam desse tipo de acolhimento nas CTs.

Finalmente, cabe destacar a importância das Comunidades Terapêuticas na saúde integral dos indivíduos ali acolhidos, e nos remetem a nossa realidade sanitária e a potencialidade do nosso sistema público de saúde. Contudo, enquanto gestores e profissionais do setor, frente ao enfrentamento dos determinantes sociais de novos riscos, e a urgente necessidade de ampliar nossa esperança de vida saudável, precisamos atuar na mitigação de agravos e promover a saúde desta população.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M.L.M. Oficinas em Dinâmica de Grupo. Um Método de Intervenção Psicossocial, 1 janeiro 2010.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução- RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

BRASIL. Lei nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de Janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 de janeiro de 1999.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 de set. de 1990.

BANDEIRA, S. Dissertação de Mestrado. Alterações hepáticas e renais em ratos expostos ao álcool, fumaça de cigarro ou a sua associação. 2015. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Ciências Básicas de Saúde

BARBOSA, K. K. S.; ROCHA, W. S.; VIEIRA, K. F. L.; ALVES, E. R. P.; LEITE, G. O.; DIAS, M. D. Concepções de usuários de crack acerca da droga. Revista de Enfermagem da UFSM. v. 5, N. 2, p. 286-94. SANTA MARIA, ABR./JUN. 2015.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Grupo de estudos em população, sexualidade e aids. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev. Saúde Pública, v.42, suppl. 1, p. 109-117, 2008.

BARATA, R. B.; JUNIOR, R. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo, v.24, p.219-32, 2015.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.

CARDOSO, L. Transporte público, acessibilidade urbana e desigualdades socioespaciais na região metropolitana de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Departamento de Geografia – UFMG, 2007

CANÇADO, T. C. L.; SOUZA, R.S, CARDOSO, C.B.S. Trabalhando o conceito de vulnerabilidade Social. In: Encontro nacional de estudos populacionais, 19., 24-28/nov., São Paulo. Anais [...]. São Paulo: ABEP, 2014

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. Metodologia Científica. São Paulo: Prentice Hall. 2002.

FEBRACT, “Programa de Certificação”, acessado em 20 de junho de 2022, <https://febract.org.br/portal/programa-de-certificacao/> No mesmo sítio também oferecem o Programa de Certificação FLACT/OEA/CICAD, com o seguinte objetivo: “Padronização das competências e habilidades dos nossos operadores e profissionais para garantir e assegurar que os programas de tratamento/acolhimento, independentemente do país, estejam de acordo com os princípios e valores do modelo de CT, que sejam oportunos e de qualidade”.

FERTIG, A.; SOUZA, L. M.; SCHNEIDER, J. F. O cotidiano de familiares usuários de crack: uma análise reflexiva. Revista de Enfermagem UFPE online. v. 7, N. 9, p. 5726-32. RECIFE, 2013.

FIORE ET AL. Comunidades Terapêuticas no Brasil, WorkingPaper Series, Junho de 2021

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Nacional sobre Crack. Setembro 2014.

FEFFERMANN, MARISA. Vidas arriscadas: O cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

FLAMINO, A. R. ET AL., Estudo retrospectivo de sarna sarcóptica em cães atendidos no Hospital Veterinário da Universidade Metodista de São Paulo no período de 2006 a 2014, Periódicos Brasileiros em Medicina Veterinária e Zootecnia, Vol 19,p. 18-24, 2016
GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007

GONÇALVES ET AL, Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009, Revista Saúde Pública, (2012): 46(1):51-8

GUYTON & HALL. Fundamentos de Fisiologia. 12 edição, editora Elsevier, 26 outubro 2011.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Nota Técnica no 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília: IPEA, 2017

LAZZAROTTO, C. ET AL. Pulmão do crack: manifestações clínicas e radiológicas após inalação. Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 38, nº. 3, de 2009 101

LEONARDI, J. G. ET. AL. Benzodiazepínicos e seus efeitos no Sistema nervoso central, Revista Saúde em Foco – Edição nº 9 – Ano: 2017

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 26, supl. 1, p. 7-10, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE e Coordenação Geral de Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas, Brasília: OPAS, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA – Nº 16. SÉRIE A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília – DF, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 908 DE 18 DE SETEMBRO DE 2015, Inclui procedimento de Genotipagem do HIV na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/ Próteses e Materiais Especiais do SUS, 2015

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Tratamento/dependência química/diferentes abordagens. Disponível em: <<https://goo.gl/14dEuB>>. Acessado em: 29/06/2022

ORGANIZAÇÃO COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE), Com foco em políticas nacionais e subnacionais”, Disponível <<https://www.oecd.org/education/policy-outlook/country-profile-Brazil-2021-PT.pdf> >. junho/2021. Acessado em 23/01/2023.

PINEL P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Porto Alegre: Universidade UFRGS; 2007.

POPPER, KARL. A lógica da pesquisa científica. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 1972.

PLAVINIK F. L., “Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar”, Rev Bras Hipertens 9: 185-191, 2002.

RESENDE N. C.; Marco Normativo das Comunidades Terapêuticas no Brasil: Disputas de Sentido Nós Jurídicos, WorkingPaper Series, JUNHO DE 2021.

RIBEIRO F. M. L.; MINAYO M. C. S. AS Comunidades Terapêuticas religiosas NA recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, BRASIL”, Interface (Botucatu), Botucatu, vol. 19, Nº. 54, 515-526, 2015.

ROUP, L. M.; ADONO, R.C F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade, 18/06/2015.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 6.787, de 26 de Outubro de 2020. Dispõe sobre a criação, sem acréscimo de despesas, do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária – IVISA-RIO, e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 45.585, de 27 de Dezembro de 2018. Dispõe sobre o regulamento administrativo do Código de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária, de que trata a Lei Complementar nº 197, de 27 de dezembro de 2018, no tocante ao licenciamento sanitário e aos procedimentos fiscalizatórios, e dá outras providências.

SADOCK B.J., SADOCK V.A. Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 1372.

SILVA, R. D.; MELLO F.C.Q. Fatores de risco para tuberculose: Diabetes, tabagismo, álcool, e uso de outras drogas. ARTIGO DE REVISÃO • J. bras. pneumol. 44 (02) • Mar-Apr 2018.

SCHRIEKS I.C., HEIL A.L.J., HENDRIKS H.F.J., MUKAMAL K.J., BEULENS J.W.J., The effect of alcohol consumption on insulin sensitivity and glycaemic status: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. Diabetes care. 2015 apr 1;38(4): 723-32.

SITE tomada de decisiones e inteligência emocional

http://3.bp.blogspot.com/-l23Yr6uu77s/VEPdsX8Kx9I/AAAAAAAAANOY/OBk_Zi-XA5U/w1200-h630-p-k-no-nu/1520619_645670368845619_3778974113606516351_n.png

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Saúde da População Acolhida em Comunidade Terapêutica no Município Do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Fabiana de Andrade Coutinho. Trata-se de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Vigilância Sanitária do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária em Zoonoses e de Inspeção Agropecuária, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (IVISA-Rio), da residente Fabiana de Andrade Coutinho sob orientação de Bruno Pereira de Castro (Orientador) e Maria Cláudia Ângelo de Souza Castelo (Coorientadora).

O objetivo desta pesquisa é descrever as doenças identificadas na admissão dos acolhidos em um Comunidade Terapêutica no município do Rio de Janeiro; e objetivo específico apresentar aos profissionais da Comunidade Terapêutica, medidas de promoção e prevenção, a partir das doenças identificadas.

Se concordar em participar desta pesquisa, você receberá um documento chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nele estão contidas as principais informações sobre o estudo. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido(a) em todas as suas dúvidas sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as duas vias do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as vias, uma delas é sua e a outra é da pesquisadora.

Serão levantados dados sobre as doenças no momento de admissão dos acolhidos da Comunidade Terapêutica.

Os dados serão coletados do seu Plano de Atendimento Singular e serão tabulados em planilha eletrônica do EXCEL, utilizando o método estatístico frequência absoluta e relativa. Somente a pesquisadora e seu orientador terão acesso a esses dados, buscaremos garantir sua privacidade ao máximo. Após cinco anos, esses dados serão deletados.

Essa pesquisa apresenta risco mínimo, pois apesar da coleta de informações ser prospectiva, o estudo é não intervencionista.

A sua participação nesta pesquisa será de grande relevância para o auxílio de outros acolhidos, através da identificação de doenças no momento da admissão em Comunidade Terapêutica.

Rubrica do participante _____

Rubrica da pesquisadora _____

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais, visando assegurar o sigilo de sua participação. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Sua participação não é obrigatória e não implicará em despesas para você. A qualquer momento você pode desistir de participar da pesquisa. Sua recusa ou desistência não trará prejuízo para o seu vínculo ou acompanhamento nesta instituição

É garantido a você o direito a ressarcimento em caso de despesas comprovadamente relacionadas à sua participação no estudo, bem como, ao direito a indenização em caso de danos nos termos da lei.

Em caso de dúvidas ou se você quiser desistir de participar da pesquisa, entre em contato com Fabiana de Andrade Coutinho no telefone (21) 97061-9044 ou no seguinte endereço Rua do Lavradio, 180 – Centro, Rio de Janeiro – RJ, 20230-070.

Se você tiver perguntas com relação aos seus direitos, como participante do estudo, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS, situado Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar – Centro – RJ, 20031-040. Telefone 2215-1485 ou encaminhar um e-mail para cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assiná-lo. Declaro que recebi uma via deste termo, tendo as minhas dúvidas esclarecidas e entendido os objetivos; a forma de minha participação na pesquisa; os riscos e benefícios. Dessa forma, concordo em participar desta pesquisa

Assinatura do participante _____

Rubrica do participante _____

Data _____

Assinatura da pesquisadora _____

Fabiana de Andrade Coutinho

Rubrica do pesquisador(a) _____

Data _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO COLETA DE DADOS**Instrumento coleta de dados**

Nº Registro: P _____

Características sociodemográficas:

- 1- Idade _____
- 2- Profissão _____
- 3- Bairro _____
- 4- Gênero _____
- 5- Grau de Escolaridade _____

Dados de Saúde:Sem patologia de base HIV Tuberculose Covid-19 Sífilis DM HA Lesão nos pés Escabiose

Outras: _____