

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
CAMPUS JOINVILLE  
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**MARÍLIA CRISTINA DE MATTOS BARATA KRÜGER  
RODOLFO DE OLIVEIRA COUTO**

**NEGOCIAÇÃO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS: UMA  
APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DA  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON /  
JOINVILLE - SC**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**JOINVILLE, 2012**

**MARÍLIA CRISTINA DE MATTOS BARATA KRUGER  
RODOLFO DE OLIVEIRA COUTO**

**NEGOCIAÇÃO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS: UMA  
APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DA  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON /  
JOINVILLE - SC**

**JOINVILLE, 2012**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E  
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA  
CAMPUS JOINVILLE  
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**MARÍLIA CRISTINA DE MATTOS BARATA KRUGER  
RODOLFO DE OLIVEIRA COUTO**

**NEGOCIAÇÃO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS: UMA  
APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DA  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON /  
JOINVILLE - SC**

**Submetido ao Instituto Federal de  
Educação, Ciência e Tecnologia de  
Santa Catarina como parte dos  
requisitos de obtenção do título de  
Tecnólogo em Gestão Hospitalar.**

**Professora Orientadora:  
Andréa Heidemann, Ma.**

**JOINVILLE, 2012**

Krüger, Marília Cristina de Mattos Barata; Couto, Rodolfo de Oliveira. Negociação e captação de recursos: uma aproximação com a realidade da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron / Joinville - SC. Krüger, Marília Cristina de Mattos Barata; Couto, Rodolfo de Oliveira – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2012. 131 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2012. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientadora: Andréa Heidemann, Ma.

1. Comunidade Terapêutica 2. Negociação 3. Captação de Recursos

**NEGOCIAÇÃO E CAPTAÇÃO DE RECURSOS: UMA  
APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE DA  
COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON /  
JOINVILLE - SC**

**MARÍLIA CRISTINA DE MATTOS BARATA KRÜGER  
RODOLFO DE OLIVEIRA COUTO**

**Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina.**

**Joinville, 27 de Junho de 2012.**

**Banca Examinadora:**

---

**Prof<sup>a</sup>. Andréa Heidemann, Ma.  
Orientadora**

---

**Prof<sup>a</sup>. Márcia Bet Kohls, Ma.  
Avaliadora**

---

**Silvana de Melo Santos Antunes, Assistente Social  
Avaliadora Externa**

## DEDICATÓRIAS

*Dedico a Janete Simas – Técnica de Enfermagem que trabalhou comigo no SAMU - Joinville em 2009, ela que me incentivou a cursar este curso Superior e nunca deixou de acreditar em mim.  
(Marília Krüger)*

*Dedico a Jefison Dinei Juvêncio - Diretor Presidente da Ferrara Brasil que me incentivou a unir os conceitos de gestão ao perfil profissional da área de engenharia. (Rodolfo Couto)*

## AGRADECIMENTOS

A Deus que tudo criou e que me deu a vida, e que já sabe como será no final.( Marília C. M. B. Krüger)

Ao meu marido Jairo Joaci Kruger que sempre está ao meu lado e me ajuda com sua sabedoria e por me amar incondicionalmente. (Marília C. M. B. Krüger)

À Santíssima Trindade, Pai, Filho que é o Nosso Senhor Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador e o Espírito Santo. Que além de criar o Céu, a Terra, o Mar e tudo em que neles há ainda me deram proteção, forças e ânimo. (Rodolfo O. Couto)

Aos meus pais Bento de Oliveira Couto e Aurea Faustino de Oliveira Couto; Aos meus filhos Djone Andrews Couto e Henry Peters Couto. (Rodolfo O. Couto)

A nossa orientadora Prof<sup>a</sup> Andréa Heidemann pela sua dedicação e orientação para a realização deste trabalho.

Aos professores do Curso de Gestão Hospitalar, pelos ensinamentos compartilhados durante nossa formação acadêmica.

À supervisora de estágio, Assistente Social Silvana de Melo Santos Antunes, e especial à Presidente da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, Maria Marlene Ritzmann.

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo discorrer acerca do conceito e concepção das comunidades terapêuticas, bem como estão inseridas dentro das políticas públicas às quais pertencem. Também busca esclarecer de forma técnica e objetiva, os processos de negociação em sentido amplo e, em sentido estrito, como os processos negociais ocorrem em uma comunidade terapêutica, no caso da pesquisa a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron no que concerne à captação de recursos. Nos resultados apresentados verificou-se que esta se relaciona com vários órgãos públicos e privados na busca desses recursos a fim de manter suas atividades em pleno funcionamento, sendo identificados alguns problemas como a não compreensão do processo burocrático e das novas concepções que envolvem as políticas públicas brasileiras.

Palavras Chave: Comunidades Terapêuticas. Negociação. Captação de recursos.

## ABSTRACT

The present work aims to talk about the concept and design of therapeutic communities, as well as are inserted within the public policies to which they belong.

Also seeks to clarify technical and objective manner, the negotiation processes in broad sense and, in the strict sense, as the negotiating processes occur in a therapeutic community, and if the screen in therapeutic community Rosa de Saron with regard to fundraising. In the results presented it was found that this relates to various public and private bodies in the pursuit of these resources in order to maintain its activities in full operation, being identified some problems such as not understanding of the bureaucratic process and new design involving the Brazilian public policies.

Keywords: Therapeutic Communities. Negotiation. Fundraising.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |  |
|---------|--|
| AA      | - Alcoólicos Anônimos  |
| ANVISA  | - Agência Nacional de Vigilância Sanitária                         |
| CAPS    | - Centro de Atenção Psicossocial                                   |
| CAPS-AD | - Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas             |
| CAPSI   | - Centro de Atenção Psicossocial Infantil                          |
| CID     | - Classificação Internacional de Doenças                           |
| CNAS    | - Conselho Nacional de Assistência Social.                         |
| CMAS    | - Conselho Municipal de Assistência Social                         |
| CMDCA   | - Conselho Municipal da Criança e Adolescência                     |
| CT      | - Comunidade Terapêutica   |
| CTRS    | - Comunidade Terapêutica Rosa de Saron                             |
| D       | - Dependente   |
| DQ      | - Dependência Química  |
| DSPA    | - Dependente de Substância Psicoativa                              |
| DST     | - Doenças Sexualmente Transmissíveis                               |
| ECA     | - Estatuto da Criança e do Adolescente                             |
| EJA     | - Educação de Jovens e Adultos                                     |
| MDS     | - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome            |
| MS      | - Ministério da Saúde  |
| OMS     | - Organização Mundial da Saúde                                     |
| ONGs    | - Organizações Não Governamentais                                  |
| RDC     | - Resolução da Diretoria Colegiada                                 |
| SC      | - Santa Catarina   |
| SENAD   | - Secretaria Nacional Antidrogas                                   |
| SNAS    | - Secretaria Nacional de Assistência a Saúde                       |
| SPA     | - Substância Psicoativa  |
| SST     | - Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação |
| SUS     | - Sistema Único de Saúde   |
| PI      | - Procedimento Interno   |
| TCC     | - Trabalho de Conclusão de Curso                                   |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO .....   | 14 |
| 1.COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O CENÁRIO DO CAMPO DE ESTÁGIO..... | 16 |
| 1.1 Conceito e concepção de comunidade terapêutica.....        | 16 |
| 1.2 Comunidades terapêuticas e políticas públicas.....         | 19 |
| 1.3 Comunidade Terapêutica Rosa de Saron-Joinville/SC .....    | 25 |
| 2. NEGOCIAÇÃO: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA ..              | 31 |
| 2. Negociação.....   | 31 |
| 2.1 Princípios da negociação .....                             | 32 |
| 2.1.1 Princípio do relacionamento duradouro.....               | 35 |
| 2.1.2 Princípio do compromisso.....                            | 35 |
| 2.1.3 Princípio do controle das emoções.....                   | 36 |
| 2.1.4 Princípio da capacidade de cessão (concessão) .....      | 37 |
| 2.2 Técnicas de negociação.....                                | 39 |
| 2.2.1 Habilidades básicas para a negociação .....              | 39 |
| 2.2.2 Informação.....  | 39 |
| 2.2.3 Credibilidade .....                                      | 40 |
| 2.2.4 Discernimento .....                                      | 41 |
| 2.3 Fases da negociação .....                                  | 42 |
| 2.3.1 Preparação .....   | 42 |
| 2.3.2 Criação de valor .....                                   | 44 |
| 2.3.3 Distribuição de valor.....                               | 45 |
| 2.3.4 Implementação e monitoramento .....                      | 46 |
| 2.4 Negociando conflitos .....                                 | 47 |
| 2.4.1 Diferença de percepções .....                            | 48 |
| 2.4.2 Dificuldade de comunicação .....                         | 49 |

|   |     |
|---|-----|
| 2.4.3 Dificuldade do controle das emoções .....   | 50  |
| 2.4.4 Interesses opostos .....  | 51  |
| 2.5 Negociação e controle social .....  | 52  |
| 2.5.1. O papel dos Conselhos Municipais: da Assistência Social (CMAS) da Criança e Adolescente (CMDCA) e da Saúde (CMS) com as entidades .....  | 54  |
| 3. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON/JOINVILLE – SC: A VIVENCIA DE NEGOCIAÇÃO PARA CAPTAÇÃO DE RECURSOS .....  | 63  |
| 3.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....  | 64  |
| 3.1.1 Formas de captação de recursos financeiros: uma relação direta com a comunidade .....   | 64  |
| 3.1.1.1 A negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com o governo federal na captação de donativos na área da tecnologia da informação digital.....  | 69  |
| 3.1.1.2 A negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com empresas privadas e prestadores de serviços na captação de recursos financeiros para projetos .....                                  | 71  |
| 3.1.2 A negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com a política de saúde na captação de recursos financeiros... ..  | 72  |
| 3.1.3 A negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com o Conselho Municipal da Assistência Social de Joinville e a Secretaria da Assistência Social na captação de recursos financeiros. .... | 76  |
| 3.1.4 A negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com o Conselho Municipal da Criança e Adolescente na captação de recursos financeiros .....  | 84  |
| SUGESTÕES DE MELHORIAS.....   | 88  |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 90  |
| REFERÊNCIAS .....   | 93  |
| APÊNDICE .....  | 103 |
| Apêndice 1- Roteiro da entrevista semiestruturada.....  | 104 |

|  |     |
|--|-----|
| ANEXOS.....  | 105 |
| Anexo 1- História de vida da fundadora da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron ..... | 106 |
| Anexo 2- Relação de documentos necessários para convênios e subvenções: .....        | 107 |
| Anexo 3- Resolução - RDC nº 29, de 30 de Junho de 2011                               | 109 |
| Anexo 4- Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012.....                              | 115 |
| Anexo 5- Edital nº 001/2010/GSIRP/SENAD /MS .....                                    | 125 |

## INTRODUÇÃO

Com o advento da Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, por ter sido elaborada a partir do atendimento dos anseios de diversos grupos da sociedade brasileira, somada aos anos de democracia que sucederam os anos de ferro da ditadura militar, a Carta Magna concedeu em seu artigo 5º os direitos e garantias fundamentais e no artigo 6º declarou os direitos sociais. Elementos legais que estenderam o alcance dos direitos dos brasileiros, com destaque para o art. 196, que estabelece como dever do Estado, **“garantir políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”**. Com destaque para o art. 199 caput e seus parágrafos que concedeu liberdade à iniciativa privada, de promover assistência à saúde.

Apoiadas pela lei surgiram as entidades filantrópicas sem fins lucrativos, constituídas de membros voluntários imbuídos de boa vontade, direcionadas ao auxílio do poder público no que diz respeito à prevenção e tratamento da saúde física e mental das pessoas.

Dentre outras terminologias técnicas, as denominadas comunidades terapêuticas englobam essas entidades filantrópicas contempladas pelo apoio legal estatal.

Este tema foi escolhido, por sua importância para o meio social, os problemas de diversas ordens que rondam a experiência das comunidades terapêuticas e as possíveis soluções para estes problemas, que serão abordadas. Em particular, o procedimento para captação de recursos financeiros para a manutenção das atividades da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron.

O objetivo desse trabalho de conclusão de curso é identificar os processos de negociação vivenciados pela Comunidade Terapêutica Rosa de Saron / Joinville-SC na captação de recursos. Este trabalho está estruturado em 3 capítulos:

O primeiro capítulo trata do conceito de comunidade terapêutica, com ênfase para as de modalidade voltada ao

tratamento de usuários de substâncias psicoativas, e como as comunidades terapêuticas se entrelaçam nas políticas públicas. Situando também a história e, a forma de trabalho da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron.

O segundo capítulo, vai tratar do conceito de negociação sobre aspectos gerais e, específicos da negociação de instituições com os mecanismos de controle social.

O terceiro capítulo abordará os processos de negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, na captação de recursos financeiros. A fonte de recursos utilizados para embasar o presente trabalho, foi feito por intermédio de pesquisa de campo através de visitas institucionais com entrevistas não estruturadas as respectivas instituições públicas e privadas as quais a Comunidade Terapêutica se relaciona. Foi utilizada a pesquisa bibliográfica para embasar o referencial teórico, fazendo uma observação dos processos negociais dessa entidade. A presente pesquisa se justifica, por sua importância técnica, com vistas à apresentação de possíveis soluções para viabilizar a captação de recursos financeiros para Comunidades Terapêuticas, haja vista se tratarem de instituições que são verdadeiras engrenagens legalmente reconhecidas como residências terapêuticas e por consequência, inseridas no complexo estatal da assistência social, agora migrando também para estender seus serviços à saúde.

## 1. COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: O CENÁRIO DO CAMPO DE ESTÁGIO

Neste primeiro capítulo serão abordados os conceitos e concepções de Comunidade Terapêutica, a relação dessas entidades nas Políticas Públicas e por fim relatando-se a história da Comunidade Terapêutica estudada.

### 1.1 Conceito e concepção de comunidade terapêutica

As comunidades terapêuticas surgiram das observações clínicas do Psiquiatra Maxwell Jones (1907-1990) sul africano radicado no Reino Unido, que deu início ao trabalho psiquiátrico social em soldados com traumas decorrentes da II Guerra Mundial onde envolvia o paciente, família, amigos mais chegados e conhecidos com experimentados sociais como abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões, dentro de ambiente pautado pelas normas de convivência em grupo. Sempre com esforço ativo para melhorar a situação dos internados, seu trabalho foi ampliado para patologias crônicas.

Jones (1972) [...] constatou que internados advinham primordialmente de famílias desestruturadas e inevitavelmente desenvolviam atitudes antissociais. Assim construção de padrões de relacionamento nunca adquiridos durante a vida só seriam estimulados dentro de um ambiente grupal seguro e terapêutico.

A comunidade terapêutica sustentada por Jones (1972, p.23) era que [...] comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidade para aquilo que chamamos situações de aprendizagem ao vivo [...] nesse foco de tratamento, juntamente com o tratamento físico ou psicológico, é algumas vezes chamado de socioterapia ou tratamento de grupo. Com a ideia de comunidade terapêutica psiquiátrica onde requeria que todos tivessem metas comuns para a criação de uma organização social com meta de cura, assim todos contribuíam de forma organizada à comunidade nesse ambiente.

Assim o ambiente terapêutico era ideal para beneficiar a recuperação do indivíduo, despertando um processo contínuo de

reinserção e reeducação sociais. Jorge *apud* Jones (1997, p.117) explica que as experiências eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional.

Para Badaracco (1994, p.56), [...] comunidade terapêutica (CT) é um conceito funcional. Refere-se basicamente à possibilidade de instrumentar recursos através da convivência com um sentido terapêutico.

Em 1960 começam a surgir as comunidades terapêuticas para dependentes químicos. Dois modelos influenciaram ativamente essas primeiras comunidades: o Modelo de Minnesota onde não foi o primeiro lugar a ter um centro de tratamento baseado nos 12 Passos de AA, mas foi de lá que um modelo específico se desenvolveu, modelo esse que predomina nos Estados Unidos até hoje e que rapidamente se espalhou por outros países. E o Modelo Synanon onde é considerada a primeira CT do mundo, de fato estruturada para a recuperação do indivíduo. A equipe operacional era composta, em sua maioria, de antigos dependentes químicos.

O modelo preconizado pelos Alcoólicos Anônimos (AA) apareceu em 1935. Ele fora criado por Bill Wilson e pelo médico Robert Smith que resultou na criação da Alcoholics Foundation (1938). Alguns preceitos fundamentais à recuperação segundo o AA são: praticar os 12 passos, confiar em um poder maior, divino e superior, dividir experiências, forças e esperanças, manter-se ativo, um dia após o outro pelo resto de nossas vidas (Só Por Hoje Não Usei). Esse modelo influenciou e até hoje influencia boa parte das comunidades terapêuticas em todo o mundo, especialmente nos Estados Unidos e no Brasil.

Essa ideia de Comunidade Terapêutica inspirou muitas pessoas que ensinavam e curavam com muita ênfase religiosa, trazendo esses cuidados aos portadores de patologias mentais, aprofundando com o trabalho de terapias de grupo buscando a autoajuda, atuando no potencial humano. Na prática, abriu possibilidades terapêuticas em um ambiente chamado de Comunidade terapêutica, que mantinha as fundamentações morais e espirituais, sociais e psicológicas, com atuações nos fatores sociais das pessoas que necessitavam. Ainda mantém-se esse formato de cunho religioso até hoje, mas com o foco ampliando de tratamento.

Leon (2003, p.4) comenta que a abordagem básica da CT, que antes mantinha o tratamento na pessoa como um todo, por meio do uso da comunidade de companheiros, desenvolvidos originalmente para atender ao problema de abuso de substâncias, foi ampliada pela inclusão de inúmeros serviços adicionais vinculados à família, à educação, à formação educacional e à saúde física e mental.

Podemos entender que se antes a pessoa era responsável pelo seu tratamento, mas hoje com uma equipe multidisciplinar atuando não só no foco da pessoa, mas em seu entorno social constituído pela família, amigos e lugares dentre outros. “A abordagem do tratamento nas CT tem como perspectiva explícita que consiste em quatro concepções inter-relacionadas: o transtorno de uso de drogas, a pessoa, a recuperação e o bem viver.” (Leon, 2003, p.38).

As comunidades terapêuticas oferecem um ambiente sem o convívio da substância psicoativa a qual o dependente está acostumado. O trabalho é realizado na pessoa individual e nela no grupo. Isso fortalece laços e cria um ambiente de aprendizado sobre si mesmo e no contexto em que está inserido.

Na recuperação, aplica-se manter as rotinas diárias de trabalho, educação e relações sociais e em particular em uma estrutura comunitária, trazendo responsabilidades para os usuários do serviço. O bem viver é se sentir bem no ambiente a qual este inserido, assim mantendo hábitos saudáveis que incluem alimentação, higiene e conforto, atividades físicas dentre outros.

O programa terapêutico - educativo, a ser desenvolvido no período de tratamento da Comunidade Terapêutica, tem como objetivo ajudar o dependente químico a se tornar uma pessoa livre através da mudança de seu estilo de vida. A proposta da Comunidade Terapêutica (CT) deve considerar que o dependente químico pode desenvolver – se nas diversas dimensões de um ser humano integral através de uma comunicação livre entre a equipe e os residentes, em uma organização solidária, democrática e igualitária. (SENAD, 2012).

Quanto às abordagens terapêuticas, as Comunidades Terapêuticas trabalham os dependentes químicos no seu todo, isto é, o orgânico, o psíquico, o social e por fim o espiritual, sendo assim consegue atingir de forma plena o indivíduo.

As pessoas aprendem a ser independentes, sendo capazes de ter uma vida equilibrada e centrada em seu bem estar físico, emocional e psicológico, sem a necessidade de usar as substâncias psicoativas. O ambiente da CT deve possibilitar a aprendizagem social oferecendo a oportunidade de interagir, escutar, aprender, projetar, envolver-se e crescer de maneira que, normalmente reflita a capacidade e o potencial individual e coletivo das pessoas que dele fazem parte, dentro de um ambiente livre das drogas, com tratamento por intermédio de equipe interdisciplinar e, com estes interagindo em todos os ambientes no trabalho. No Brasil segundo Araújo (2003) “As comunidades terapêuticas de orientação católica e evangélica são bastante comuns e participam ativamente do tratamento dos dependentes de álcool e drogas e da capacitação de indivíduos interessados em participar desse tipo de tratamento comunitário”.

Hoje as comunidades terapêuticas, além do trabalho social, também são reconhecidas como residências de acolhimento aos usuários de substâncias psicoativas pelo Ministério da Saúde.

## 1.2 Comunidades terapêuticas e políticas públicas

As políticas públicas são de responsabilidade do Estado e se caracterizam como o conjunto de ações desenvolvidas pelo governo brasileiro, na órbita federal, estadual e municipal, buscando o atendimento a determinados setores da sociedade que estejam com deficiências, ou que precisem ser aprimorados.

Ao conceituar políticas públicas, Raupp e Sapiro (2005, p. 62) declaram que “A ideia de políticas públicas está ligada a um conjunto de ações articuladas com recursos próprios (financeiros e humanos), que envolve uma dimensão de tempo (duração) e alguma capacidade de impacto. Estas políticas não se reduzem à implantação de serviços, pois englobam projetos de natureza ética - política e compreendem níveis diversos de relações entre o estado e a sociedade civil na sua constituição. Situam-se, também, no campo de conflitos entre atores que disputam na esfera pública orientações e recursos destinados à sua implantação.” Estas políticas públicas podem atender a diversos

setores e aspectos da sociedade como, por exemplo, alternativas para diminuir as consequências causadas pelas mudanças climáticas no país, as quais são constantemente noticiadas nos meios de comunicação devido aos seus riscos e possíveis impactos que possam trazer prejuízos graves para a população das áreas afetadas.

Já Brenner Lopes et al, (SEBRAE, 2008) conceitua políticas públicas como “ [...] a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. É certo que as ações que os dirigentes públicos (os governantes ou os tomadores de decisões) selecionam (suas prioridades) são aquelas que eles entendem serem as demandas ou expectativas da sociedade. Ou seja, o bem-estar da sociedade é sempre definido pelo governo e não pela sociedade.” Logo, um traço definidor característico das políticas públicas é a presença do aparelho público-estatal em sua definição, acompanhamento e avaliação, assegurando seu caráter público, mesmo que ocorram algumas parcerias em sua implantação. Segundo os autores citados, as políticas públicas são distintas das políticas governamentais por envolverem outros atores em seu desenho e implantação, como empresários e população voluntária, residindo aí sua diferenciação e seu potencial de inserção de novas ideias e de composição com diferentes saberes e práticas.

Para as políticas públicas serem efetivadas e conseqüentemente implantadas, existe um procedimento padrão a ser observado, composto de fases sucessivas brilhantemente expostas por Brenner Lopes et al, (2008,p.10) [...] o processo de formulação de Políticas Públicas, também chamado de Ciclo das Políticas Públicas, apresenta diversas fases conforme quadro 1:

|               |  |
|---------------|--|
| Primeira Fase | Formação da Agenda (Seleção das Prioridades)                       |
| Segunda Fase  | Formulação de Políticas (Apresentação de Soluções ou Alternativas) |
| Terceira Fase | Processo de Tomada de Decisão (Escolha das Ações)                  |

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| Quarta Fase | Implementação (ou Execução das Ações) |
| Quinta Fase | Avaliação                             |

Quadro 1 – Ciclo das Políticas Públicas

Fonte: Adaptado de SEBRAE (2008, p.10)

O Brasil, por ser um país com uma enorme extensão territorial contando com 8.511.965 Km quadrados e apresentar diversidade social, política, econômica, natural, precisa de políticas públicas em escalas diferentes de gestão, para obter resultados realmente eficazes. Ou seja, cada lugar vai ter uma realidade diferente, com características próprias. E, em se tratando de políticas públicas de assistência social, elas podem ser desenvolvidas em parcerias com organizações não governamentais, como as comunidades terapêuticas. As comunidades terapêuticas, por sua vez, na concepção de Leon (2003, p.2), “[...] desafia o destino de seus protótipos históricos. Na qualidade de entidade híbrida, fruto da união entre autoajuda e apoio público, a comunidade terapêutica é uma experiência em desenvolvimento contínuo que vem reconfigurando os ingredientes de cura e de formação das comunidades de autoajuda numa metodologia sistemática de transformação de vidas”.

A comunidade terapêutica é uma organização não governamental, que, em parceria com o governo, tem estreita relação com as políticas públicas voltadas à saúde e a assistência social tendo por objetivo atender pessoas em situação de risco social, entre elas os idosos, adolescentes, crianças, usuários de substâncias psicoativas, alcoólatras, através de parceria e convênios. Porque as comunidades terapêuticas que têm utilidade pública, partem do princípio de realização do bem ao próximo de forma altruísta. Quando foram criadas para atender a uma coletividade, houve um interesse público em fazer uma parceria com o Estado, efetivado com o advento da Constituição Federal de 1988. Como o Estado tem uma demanda quase invencível de pessoas no foco assistencial, faz parcerias com as comunidades terapêuticas, dentre outras, estas que contam com experiência, haja vista elas terem sido criadas para atenderem a uma necessidade de ordem social. Portanto, as comunidades terapêuticas se relacionam com as políticas públicas, no momento em que buscam suprir uma

deficiência do Estado em atender os seus cidadãos. Logo, a tendência atual ruma para a manutenção destas comunidades terapêuticas. Porque o Estado tem-se mostrado, mais presente nessas comunidades de modo a qualificar os serviços prestados. Por meio de fiscalização, e implantação das adequadas políticas procedimentais que dão eficácia ao tratamento, evitando a mistura deste, com a religiosidade. Durante muitas décadas no Brasil, adotou-se o modelo médico dos hospitais psiquiátricos para o tratamento dos dependentes de álcool e drogas, com predominante uso de medicamentos. Para este modelo, o viciado praticamente não tinha cura, e só efetuava tratamento da abstinência, ficando de certo modo encarcerado nestas clínicas, para que não pudesse fugir. Para Faria e Schneider (2009, p. 326) “essa tese acabou por associar-se ao modelo moral, com origem religiosa ou espiritualista, como, por exemplo, o adotado por boa parte dos grupos de autoajuda, que implica a compreensão de que o usuário desviou-se do caminho de vida correto e deve admitir e redimir suas falhas perante um poder superior, o que acaba por levar à culpabilização dos usuários. A síntese realizada entre estes dois modelos (médico e moral) acabou por se tornar hegemônica, tendo sido implantada pela maioria dos serviços de caráter privado ou filantrópico, firmando-se na metade do século XX e sendo, ainda hodiernamente, predominante na área do tratamento à dependência de drogas.

As comunidades terapêuticas se enquadram no modelo moral, com origem religiosa ou espiritualista. Faz-se necessário evidentemente, o controle estatal dos subsídios públicos destinados a estas entidades, as quais devem prestar contas da destinação destes recursos e mais, aplicarem os modelos legais aprovados pelo Estado, de programas de tratamento dos internos. Elas utilizam política pública de assistência social, com modelo de funcionamento psicossocial, usando conhecimentos e técnicas, na área da saúde mental, social e física, para o atendimento ao usuário de substâncias psicoativas, que busca ajuda para o tratamento, o qual se concentra no fortalecimento físico, psíquico e espiritual, para que o usuário se mantenha sem usar drogas pelo maior tempo possível.

Como as comunidades terapêuticas cuidam do indivíduo no que tange ao seu estado físico, emocional, psicológico e de bem estar, se houver a necessidade de se fazer um acompanhamento de saúde, será encaminhado para o

atendimento de saúde. Pode-se desta forma, entender-se a comunidade terapêutica como um organismo sem fins lucrativos de caráter multidisciplinar, podendo ser enquadrada dentro da política pública de saúde, haja vista a dependência química ser considerada atualmente como uma questão de saúde pública. O Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, art. 1º, inciso II:

estabelece uma articulação entre as políticas e ações de saúde na assistência social, segurança pública, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da política nacional sobre drogas.

E no art. 2º parágrafo III, declara que capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e a reinserção social do usuário de crack e outras drogas. (Decreto nº 7.179/2010).

O Ministério da Saúde tem buscado em conjunto com políticas sociais, intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na redução de danos sociais a saúde.

Hoje, com o reconhecimento das comunidades terapêuticas como residências de acolhimento aos usuários de substâncias psicoativas, o Ministério da Saúde a fim de regulamentar o trabalho nessas comunidades criou a Resolução RDC/ANVISA nº 101 de 30 de Maio de 2001 que:

[...] estabelecia o Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidas como Comunidades Terapêuticas.

Sendo revogada pela Resolução - RDC nº 29 de 30 de Junho de 2011 que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Nesta resolução em seu art. 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 [...] e art.2º sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas. Assim enquadrando-se as Comunidades Terapêuticas, mas em relação a saúde dos residentes, no seu Art. 8º dessa mesma lei consta [...] que as instituições devem possuir mecanismos de encaminhamento à rede de saúde dos residentes que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde. Com essa nova resolução pode-se cobrar na forma da lei, exigências mínimas de funcionamento.

Quanto ao tratamento do residente em comunidades terapêuticas é descrito no art. Art. 20 da Resolução RDC nº 29, 30 de Junho de 2011, estabelece que 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;
- V - a manutenção de tratamento de saúde do residente.

No tange aos recursos financeiros conforme o art. Art. 1º da Portaria nº131 de Janeiro de 2012, “Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial [...] § 2º As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria”. (Portaria nº131/2012)

No âmbito governamental o Ministério da Saúde com o intuito de financiar os projetos direcionados as Comunidades Terapêuticas, fez o edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD / MS do **Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas**, que destinava apoio financeiro a projetos de utilização de leitos

de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme o estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Onde o objetivo desse edital era a transferência de recursos financeiros públicos a Municípios e ao Distrito Federal, por 12 (doze) meses, no valor de R\$ 800,00 mensais por leito utilizado, totalizando R\$ 24 milhões para o fortalecimento a rede de atenção a usuários de crack e outras drogas, sem comprometimento grave, por meio de leitos de acolhimento em Comunidades Terapêuticas, exclusiva de caráter voluntário, articulando a rede SUS e Sistema Único da Assistência Social do Município. No mesmo edital fazia menção de discriminar a quantidade de leitos conforme um leito para cada 10 mil habitantes/Máximo de 20 leitos por instituição contemplada. (Edital nº001/2010).

Com normas descritas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) as comunidades terapêuticas conforme a política de saúde, juntamente com a ação prioritária do governo para combater as drogas em várias instâncias, estão trabalhando em conjunto com o Ministério da Saúde, Secretarias de Assistência Social e municípios.

### 1.3 Comunidade Terapêutica Rosa de Saron – Joinville/SC

A partir de agora será relatado a história de vida conforme as palavras da fundadora da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, como foi realizada a caminhada dessa a intenção da abertura dessa entidade até os dias atuais.

A história da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron começa juntamente com a história de uma jovem de 21 anos, que durante três anos trabalhou em um hospital da cidade de Joinville. No ano de 1982 ela passou a trabalhar no Presídio de Joinville, onde ficou por mais três anos. Partindo do princípio da filantropia, visualizava a necessidade de ajudar e dar apoio aos detentos e suas famílias. Neste período toma a decisão de abrigar em sua própria casa cinco jovens que saíram de traz das grades.

Por sua iniciativa e dedicação consegue levar assistência odontológica para os detentos com intuito de extrair os dentes danificados e substituir por prótese dentária. Neste período

conseguiu mobilizar recursos para levar aos carcerários alguns itens de uso pessoal, como chinelos, roupas, blusa de lã e remédios. No ano de 1984 a jovem se sente satisfeita e alegre ao ver o valor do seu dificultoso trabalho ser reconhecido pela comunidade e vendo que estava proporcionando uma nova chance e criando uma nova perspectiva aos que saíram dos presídios com a vida transformada. Através de sua iniciativa e esforço conseguiu proporcionar todos os preparativos para o casamento de vários recuperados com festa, vestido de noiva, terno e até na construção de casas.

No ano de 1988, a jovem acompanhada apenas do seu instrumento musical, um acordeom e sua espiritualidade, levou o primeiro detento que também mantinha os mesmos laços religiosos para a casa que ficava no fundo de sua residência. No ano de 1991 já eram seis internos e a casa estava pequena para abrigar mais internos, foi quando realizou a abertura da primeira comunidade de Joinville para dar atendimento voltado ao público masculino que usavam substâncias psicoativas.

Nascendo assim a Comunidade Terapêutica por nome Shalom situada na Estrada Arataca, no bairro Vila Nova, sendo aprovada como Utilidade Pública Municipal pela Lei N.º 2906 de 22/11/1993 e de Utilidade Pública Estadual pela Lei N.º 10.580 de 10/11/1997. Agora havia uma alternativa para os homens que careciam de um tratamento e de abrigo, mas o público feminino estava sem qualquer assistência. Após dois anos de inauguração, ou seja, em 1993, haja vista existir uma demanda no município que não era suprida, viu-se obrigada a acolher em sua própria casa as jovens que desejavam se livrar dos vícios.

Neste desejo de acolher as necessidades do sexo feminino que usavam substâncias psicoativas, a senhora e seu esposo tomaram uma decisão que marcou definitivamente as suas vidas. Decidiu doar sua própria casa para a instituição Rosa de Saron, além de doarem seu fogão, geladeira e móveis.

Passados treze anos em que a família da senhora compartilhava o mesmo espaço em comum com trinta e duas moças internas. Mesmo mediante uma situação de extrema dificuldade quando ao passar por uma cirurgia e por ter contraído uma virose hospitalar de difícil cura, ela lança a ideia de abrir um local para acolher as meninas com idade abaixo de dezoito anos.

Nesta dedicação e vontade de ajudar a comunidade carente na ajuda para se libertarem das drogas, consegue no

ano de 2001 um terreno na Rua Wally Wollmann, no bairro Nova Brasília que foi doado pelo então prefeito Luiz Henrique da Silveira. Com o terreno em nome da instituição, faltava a construção. Foi neste momento que uma porta se abriu por intermédio de um jovem por nome de Gerson quando na ocasião foi para a Espanha trabalhar em uma ONG que ajudava outros países mediante um plano de ação e o projeto de execução. Tudo foi preparado e enviado para análise e foi aprovado na íntegra. Da Espanha veio a principal verba para construção da casa das menores, com 1.163 m<sup>2</sup>. Hoje a instituição tem uma casa para as internas, maiores de dezoito anos, situada na Rua Antônio Carlos, n<sup>o</sup> 95 e uma casa para as internas, menores de dezoito anos, situada na Rua Wally Wollmann, n<sup>o</sup> 191. Trabalha com atendimento 24 horas e capacidade para até 50 internas, ambas as casas estão situadas no bairro Nova Brasília na cidade de Joinville. O nome dessa pessoa é a Fundadora e presidenta Senhora Maria Marlene Ritzmann da Comunidade Rosa de Saron. (Relato de Vida - Contado pela Senhora Maria Marlene-em Anexo 1)

Conforme dados do plano de ação de 2010 disponíveis para nós no período de estágio em 2011, elaborado pela responsável técnica da entidade a Assistente Social.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron trabalha com vista a promover a Proteção Social Básica que tem por objetivos enfrentar as vulnerabilidades decorrentes das condições socioeconômicas e das situações de vida que resultem em pobreza, privação (ausência de renda, acesso precário ou nulo aos serviços públicos, dentre outros); fragilização dos vínculos familiares, relacionais e de pertencimento social, bem como prevenir situações de risco, por meio de desenvolvimento de potencialidades, de aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Seus trabalhos são direcionados ao atendimento de mulheres maiores de idade na casa II, e crianças e adolescentes do sexo feminino na casa I.

Também disponibilizam através do Fórum Familiar a prestação de serviços para a família conjugal, nuclear e extensa das internas, com o objetivo de prevenir a ocorrência do uso de substâncias psicoativas na comunidade e de reinserção social (laboral, escolar, familiar e comunitária).

A missão da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron é de oferecer estrutura física e psicossocial de qualidade para

adolescentes do sexo feminino e mulheres quimiodependentes, promovendo a reinserção social-familiar-ocupacional e educacional das usuárias, utilizando-se dos princípios que norteiam as Comidades Terapêuticas onde os indivíduos tornam-se protagonistas das ações, ajudando e sendo ajudados.

Conforme seu Estatuto criado no dia 03 de Março de 1993, a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron é fundada com as seguintes finalidades estatutárias:

- Assistência em caráter de semi-internato e internato a crianças, adolescentes e pessoas do sexo feminino, a fim de recuperar e integrar a família e a sociedade, viciadas em drogas, tóxicos, alcoolismo e demais problemas de ordem física, moral e espiritual;
- Representar perante as autoridades administrativas, executivas, legislativas e judiciárias os interesses dos internos da instituição;
- Firmar convênios com organismos públicos e privados para desenvolver atividades de assistência e promoção ao bem estar social, cultural e educacional das mesmas;
- Desenvolver a execução de projetos e programas socioeducativo aos internos da instituição;
- Promover atendimento e palestras com técnicos especializados, tais como psicólogos, educadores, líderes social, líderes religioso, com objetivo de integrá-la a sociedade, quando de sua volta ao meio social de sua comunidade;
- Manter trabalhos na área da cultura, educação, artesanais, lazer e assistência espiritual em benefício as assistidas;
- Estimular valores como companheirismo, trabalho, responsabilidade, atuando sempre que possível em parceria com o poder publica;
- Apoiar e defender os interesses das crianças e adolescentes do município;
- Desenvolver trabalhos de conscientização no seio da instituição para que vigore a solidariedade humana, fraternidade, justiça social e a caridade cristã.

### Objetivo geral da entidade:

Possibilitar que através da abstinência em regime de semi-internato as adolescentes do sexo feminino, para que possam abandonar o uso e abuso de substâncias psicoativas por meio de metodologia que contemple desde a desintoxicação até sua reinserção ao meio social.

### Objetivos específicos da entidade:

- Possibilitar ambiente saudável onde a usuária possa adquirir novos hábitos;
- Promover a aquisição de habilidades de enfrentamento diante das situações de risco, através da mudança de atitudes, hábitos, lugares e pessoas;
- Possibilitar o desenvolvimento de um estilo de vida diário que inclua atitudes positivas de cuidados pessoais e maneiras positivas de atingir satisfação e adquirir autoestima;
- Disseminar o valor do trabalho como instrumento de desenvolvimento da capacidade laborativa, de responsabilidade pessoal e com os outros, e do sentimento de pertencimento com a própria vida e com a vida do próximo;
- Vincular a família ao processo terapêutico através de grupos de ajuda mutua com o objetivo de restaurar a comunicação familiar, o resgate de papéis e o tratamento da codependência.

Presta os seguintes serviços, na área de socialização familiar e comunitária mantém o Fórum Familiar Rosa de Saron, na área de convivência e sociabilidade mantém as oficinas Rosa de Saron, de inclusão digital, de embelezamento e de artesanato.

Quanto ao atendimento social circunstancial/emergencial oferecem a acolhida, entrevista e encaminhamentos. Aos serviços de alta complexidade oferece o abrigo. Além de das atividades de formação através do EJA- Educação de Jovens e Adultos. A espiritualidade é desenvolvida com base na Bíblia Sagrada, por meio de palestras e aconselhamento

espiritual e em grupo. As terapias em grupo e individual são desenvolvidas pelos psicólogos e terapeutas da entidade. As palestras temáticas abordam assuntos relacionados à saúde, DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis, cidadania dentre outras. Para essas atividades a entidade conta com 01 psicólogo e 01 assistente social, contratados que atendem 44 horas e 20 horas semanais respectivamente.

A demanda atendida pela entidade vem através de encaminhamentos da Secretaria de Assistência Social de Joinville (convênio), pela Secretaria de Saúde (convênio), convênios com outros municípios, pelo Ministério Público, por particulares / familiares e gratuitos nos casos de moradoras de ruas e sem família. Assim atendendo a demanda de Joinville e Região, se estendendo até outros Estados. Os recursos financeiros para manter a entidade são oriundos de doações de empresas privadas e pessoas físicas. E também utiliza os convênios com órgãos públicos, onde são realizados repasses financeiros utilizados para manter suas atividades em funcionamento.

## 2. NEGOCIAÇÃO: UMA BREVE REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste segundo capítulo será abordado o conceito de negociação, seus princípios, técnicas de negociação, negociando conflitos e negociação com o controle social.

### 2. Negociação

A palavra negociação está em todas as áreas, nos noticiários de TV, na pauta das reuniões, nos debates políticos, nas salas de aula. Negocia-se pelo melhor preço, prazo, qualidade e quantidade, por dissídios coletivos, decide-se o salário de categorias profissionais. Enfim, de diversas formas negocia-se o rumo das políticas públicas no Brasil.

No decorrer deste trabalho, a negociação é ressaltada como uma necessidade fundamental das relações humanas nas instituições e sob o aspecto pedagógico pode ser utilizada como ferramenta de aprendizado. Utilizada por todos em diversas ocasiões e aprofundada em algumas situações específicas como nos contratos, acordos e compras, onde se tem critérios e normas rigorosas para serem seguidas em sua realização. Harvey (2011, p.112) declara que “a negociação está muito ligada à comunicação. Não se trata de ganhar um jogo, mas sim mover as peças em direção a um objetivo comum”.

A negociação é ressaltada por Christopher (2009, p.8) como [...] uma forma de comunicação interpessoal. Onde o elemento humano é um componente essencial em toda negociação.

Já para Brandão et al. (2010, p. 7) a negociação é,

[...] um processo de atualização, revisão, realização de perguntas relevantes, proporcionando um aprendizado conjunto, com o objetivo de minimizar as diferenças na definição de valor. A negociação é ainda o modo mais eficiente de conseguir algo que se deseja. Negocia-se quando existem alternativas a serem escolhidas, e essas alternativas envolvem a própria pessoa ou terceiros. Para

ambos os lados, as diversas alternativas apresentam interesses comuns e interesses conflitantes, expressando a complexidade das relações.

Mas para Tajra (2010, p.33) negociar bem está relacionado com a [...] capacidade de saber se movimentar em diferentes posições para chegar aos acordos desejados, praticar princípios positivos é éticos, gerar relacionamentos duradouros, aceitar concessões quando necessário e, que as partes interessadas estejam comprometidas para alcançar resultados em comum, atuem de forma ética, honesta e com transparência.

A figura 1 mostra o movimento da negociação que se dá por intermédio de uma necessidade que se pretende suprir, ou seja, a um acordo vantajoso visando alcançar os objetivos sempre norteados por princípios que são a base do processo de negociação. Percebendo-se deste modo, que toda negociação deve estar eivada de princípios como a moralidade e a boa fé, para ser legítima e por consequência, justa.

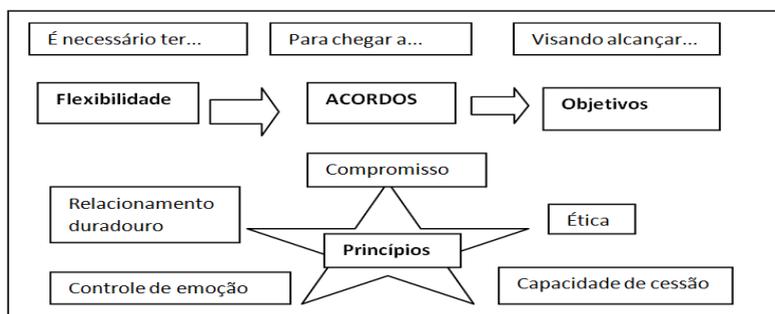


Figura 1 – Movimentação da negociação

Fonte: Tajra (2010, p.33)

## 2.1 Princípios da negociação

Toda negociação deve primar pela ética, compromisso das partes envolvidas, um controle da emoção que envolva tolerância, flexibilidade. Todos estes princípios são essenciais para alcançar o princípio maior do relacionamento duradouro, haja vista que agindo com lisura e respeito, as partes

interessadas se assim decidirem poderão negociar em outras ocasiões. A desonestidade é o caminho mais curto para ganhos momentâneos e prejudiciais, bem como o caminho mais curto para o fracasso que vem acompanhado do descrédito no meio negocial.

Thompson *apud* Ficher & Ury (1981) compartilham que “o verdadeiro negociador eficaz não é rígido demais nem flexível demais, mas sim uma pessoa imbuída de princípios”. Ainda ressaltado por Tajra (2010, p.33) onde destaca com muita propriedade os princípios para uma negociação correta, “na ética a transparência e a honestidade nas relações são essenciais nesse modelo de negociação”.

Se a ética é algo que visa buscar o bem, deve sempre estar entrelaçada nas negociações, mantendo o objetivo que todos os envolvidos sejam vencedores. Assim a moral pode cobrar que tratemos com respeito nossos concorrentes, haja vista poderem vir a ser possíveis clientes nas negociações. Neste sentido, Meurer (2003) conceitua a ética como busca ilimitada. É querer o bem, mesmo que a partir do que se entende como bem.

Filho (1982, p. 89) acredita que “a moral visa o aperfeiçoamento de cada um, dentro da honestidade”. Mas Carlin, (1998, p.37) concebe a ética como “ciência prática de caráter filosófico, porque expõe e fundamenta princípios universais sobre a moralidade dos atos humanos”. Vázquez (1996, p. 2, 7) conceitua a moral como “o conjunto de normas e regras designadas a regular as relações dos indivíduos numa comunidade social dada” e a ética como “a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens”.

Os autores destacam que a ética está envolvida com os valores morais de uma determinada sociedade. Ou seja, ela trata de princípios que devem ser observados pelos indivíduos de forma moralmente correta e analisa os modelos morais criados por determinadas sociedades.

Enfim, ética, ou ser ético, é fazer aquilo que é correto, simplesmente por ser o correto a fazer, independentemente de ganhar ou perder algo com esta atitude ética. Uma forma de ilustrar com clareza a ética em sua pureza é o conceito de bondade: se um indivíduo faz bem às pessoas de uma comunidade, apenas pelo fato de ser o correto a fazer, ele estará sendo ético. Porém, se ele fizer o bem com o desejo interior de ser amado e respeitado por aquele grupo, não mais estará

agindo com ética, haja vista que a ética pura não permite que se espere algo em troca, quer dizer, uma contraprestação pelo que se fez de bom.

Já ser ético nas negociações, significa respeitar as regras de lealdade negocial e contratual, cumprindo os ditames do contrato, fazendo o que é correto, como já citado acima. Cotrim (1996, p. 213) esclarece com precisão a ética e seus objetivos, os quais se enquadram perfeitamente aos negócios:

A ética (do grego ethikós, costumes, comportamento) é uma parte da filosofia que busca refletir sobre o comportamento humano sob o ponto de vista das noções de bem e de mal, de justo e de injusto. A ética tem duplo objetivo:

- a) Elaborar princípios de vida capazes de orientar o homem para uma ação moralmente correta;
- b) Refletir sobre os sistemas morais elaborados pelos homens.

Por fim, em se tratando de negociação, normalmente elas envolvem uma ética material de valores, onde ela cuida não somente dos valores morais, mas também dos bens que são objeto dessa negociação, que podem ser bens materiais, imateriais, ou seja, podemos negociar uma casa, uma prestação de serviços de uma empreiteira de mão de obra, um direito autoral, um logotipo (marca), a patente de um produto ou uma ideia. Pois nas palavras de Adeodato (1996, p. 137):

Uma ética material de valores precisa cuidar não apenas do bom (valores morais) mas também dos bens, sejam estes corpóreos, coisas, sejam eles imateriais, espirituais...A conduta moral é, sem dúvida, sempre uma conduta diante de pessoas, mas é, ao mesmo tempo, sempre uma conduta ligada a objetos valiosos e desvaliosos de toda espécie. Os valores morais, por seu turno, dizem respeito exclusivamente a pessoas e seus atos. Inobstante, o conteúdo que os determina é o mesmo e os objetos do mundo ganham nova dimensão, a ética, ao serem vistos como bens.

### 2.1.1 Princípio do relacionamento duradouro

Este princípio é um das principais práticas estratégicas utilizadas não só no meio das negociações, mas também sendo utilizado no campo pessoal com pessoas com as quais se convive interna ou externamente.

O princípio pode ser aplicado no campo profissional, com as empresas, clientes, prestadoras de serviços, órgãos reguladores, pessoas com objetivos comuns ou incomuns, com os seus ou da sua organização. Porque todas as pessoas são potenciais futuros clientes, seja da área pública ou privada, físicas ou jurídicas.

Para isto deve-se tratar todos com respeito, cordialidade e acima de tudo, ética. Brandão et al (2010, p.22) aborda que “o relacionamento corresponde ao padrão geral de como as partes se relacionam, dentro e fora da negociação”. E Tarja (2010, p.33) propõe que “entende-se que no relacionamento duradouro as partes interessadas sempre estarão em outros momentos negociando outras situações, portanto é essencial o desenvolvimento de um bom relacionamento.”

Christopher (2009 p.15) ressalta com propriedade no sentido de “reconhecer que a negociação é um relacionamento entre partes, em que cada uma deve ver os pontos de vista da outra.” Um bom resultado é medido pelo nível de satisfação após a negociação e a disposição dos envolvidos em voltar a negociar em situações futuras com os mesmos parceiros.

### 2.1.2 Princípio do compromisso

O termo compromisso pode ser assim entendido:

Acordo entre litigantes para sujeitarem a arbitramento a decisão de um pleito; obrigação, promessa mais ou menos solene; dívida que se deve solver em determinado dia; encontro marcado. (BUENO, 1996, p. 152)

Manter um compromisso pode independer de estar negociando ou não. O compromisso pode ser administrado e trabalhado durante toda a vida, e é por meio do compromisso que devemos primar pela realização conforme estabelecido no contrato. Assim, mostra-se que tem palavra sobre nas questões trabalhadas na negociação. Consequentemente valorizará a relação dos envolvidos podendo emplacar pontos positivos para negociações futuras, firmando a credibilidade dos envolvidos e, devendo-se evitar o descrédito pelo não cumprimento dos acordos.

Para Tajra (2010) o compromisso, uma vez que as questões foram negociadas, devem ser executadas em conformidade com os acordos, porém caso ocorram prejuízos para uma das partes durante a execução, elas devem ser ajustadas.

Brandão et al (2010) deixa clara que a ideia é fazer com que o cumprimento do seu compromisso seja vantajoso para você até o fim, transformando uma ameaça em um aviso e uma promessa em uma garantia. Pode ser garantido por meio do estabelecimento de uma reputação e de contratos. Isso fará com que seja mais oneroso não cumprir o compromisso do que cumprir. Trata-se da multa contratual, no caso de inadimplemento do contrato.

### 2.1.3 Princípio do controle das emoções

Não é fácil trabalhar com emoção, ainda mais em ocasiões importantes como em processos de negociações, os quais geralmente envolvem muita pressão, devido aos interesses e prazos a serem cumpridos. Mesmo que a experiência ajude muito, nem todas as negociações são iguais. Devemos tentar assimilar tudo o que é novo nos processos e nunca deixar que emoções pessoais interfiram nas relações que as pessoas representam quando negociam, haja vista que não são nossas reivindicações pessoais e sim de um grupo ou empresa ou uma causa, ou seja, uma coisa bem maior.

De acordo com Tajra (2010, p.33), a importância do controle das emoções no que tange às negociações é descrita do seguinte modo: “a base do ser humano é a emoção, mas quando

não conseguimos controlá-la, podemos colocar em risco as conquistas alcançadas, use o autocontrole e não deixe levar por sentimentos emotivos”.

Sá (1998, p.95), atenta para a importância da emoção, do seu grande poder na vida das pessoas. “A perturbação, defluente do emocional, é como um tóxico, e pode gerar três grandes males que muito podem perturbar a formação e até a evolução de uma consciência ética, que são: a raiva, a ansiedade e a depressão”.

Conforme Souza (2003, p.44) em seu trabalho de monografia: “a emoção ao mesmo tempo em que é benéfica, pode ser maléfica. Isto logo explica seu grande poder, interferindo na vida das pessoas, de modo a fazer com que o indivíduo mude seu comportamento e como resultado, ferindo seus próprios princípios”.

A emoção não pode prevalecer sobre os princípios éticos, denotando que o ser humano é um ser com consciência ética apesar de independente, mas ainda assim regido por princípios morais estabelecidos pela sociedade.

#### 2.1.4 Princípio da capacidade de cessão (concessão)

As concessões representam um ponto da estratégia da negociação que devem estar claros na fase do planejamento.

Não devemos desistir de nada, e nem dar nada de graça, podemos utilizar o meio da troca, a qual é muito utilizada como moeda por ONGs sem fins lucrativos, onde para alguns não tem valor para outros pode ser utilizado. Para SEBRAE (2012) a troca nas negociações é criadora de valor para os dois lados e parte do princípio de que o que tem muito valor para um pode ter pouco para outro, e vice-versa.

Por outro lado é frequente a utilização de concessões para manter um relacionamento pessoal ou impessoal. Muitas vezes devemos ser flexíveis no que concerne a opinião e o ponto de vista dos envolvidos na tomada de decisão.

As relações devem ser saudáveis, não sendo levadas por questões autoritárias, prevalecendo o conceito de ganha-ganha, sempre deixando claro que no decorrer do processo negocial

pode-se perder a concessão se não for retribuído pela outra parte.

Anastasi (1996, p.24) comenta que a boa negociação não é obter concessões enquanto se cede o mínimo possível. Negociar não é debater ou batalhar [...] porque a boa negociação produz sempre dois vencedores.

E conforme Tajra (2010, p. 33) explica que a capacidade de cessão pode se dar por intermédio da “flexibilidade que é uma postura essencial para um bom negociador. Saber ceder quando necessário não significa fragilidade, mas coerência na aplicação dos princípios apresentados anteriores”.

Ao discorrer sobre o assunto Harvey (2011, p.58) crítica as concessões:

[...] às vezes você se torna tão preso a um ponto específico de uma negociação que acaba fazendo mais concessões do que planejava. Ou então, você vai embora quando sua oferta final é recusada, e sente que falhou em meio ao processo para fechar o acordo.

Isso só mostra que cada vez mais as organizações precisam se adaptar ao mercado administrativo, focando um aprendizado constante e equalizando todos esses princípios para preservar relacionamentos de longo prazo no intuito de garantir a fidelização dos projetos para as organizações. Esse compromisso que será realizado com ética, como descrito acima, deve sempre estar acompanhado da flexibilidade negocial, cedendo quando necessário para manter acordos positivos e duradouros.

Outros pontos podem ser trabalhados na negociação como mencionada por Tajra (2010) a negociação pode envolver outras questões as quais podem ser utilizadas para barganhar por objetivos e interesses no intuito de convencer a outra parte quanto à sua opinião ou mesmo para flexibilizar interesses.

Todas essas questões são observadas no cotidiano das organizações, seja naquelas que somente buscam o lucro, como aquelas que têm seu foco no assistencialismo. Parte do princípio que todas negociam para alcançar a resolução de um problema.

## 2.2 Técnicas de negociação

### 2.2.1 Habilidades básicas para a negociação

A seguir serão relacionadas as habilidades básicas de negociação que devem ser utilizadas nos processos de negociações e, partindo do pressuposto que negociar pode envolver pessoas sem experiência sobre o assunto negociado ou mesmo as que possuem. Indiferente quanto ao grau de experiência das pessoas envolvidas é de grande importância aprofundar essas habilidades.

Para uma negociação eficiente existem algumas habilidades básicas da negociação como tratada por Freud (1992, p.35) onde a avaliação é “uma apreciação das influências favoráveis e contrárias (vantagens e desvantagens) de cada situação, mas a capacidade de exercer influência a seu favor ou de resistir a ela quando contrária”.

### 2.2.2 Informação

O uso da informação é um diferencial se souber utilizá-la, podendo trazer vantagens competitivas aos negociadores. A informação é utilizada para ganhar e podendo ocasionar até perdas na falta delas. Por intermédio das informações pode-se saber até onde avançar e recuar quando necessário em uma negociação e reservando-as quando forem confidenciais.

Como podem modificar o rumo das negociações, as informações que não são discutidas no grupo e posteriormente utilizadas na negociação não tem nenhuma credibilidade.

Quando as informações são insuficientes para iniciar uma negociação, torna-se mais trabalhoso devido às dificuldades de chegar ao acordo desejado.

As pressões apresentadas pela negociação na falta de informações podem influenciar na tomada de decisão. Neste ponto cabe ao negociador avaliar se é melhor se retirar da negociação, buscando uma preparação mais adequada.

Brandão et al (2010, p. 44) atribui que para o uso das informações:

[...] torna-se necessário tomar várias decisões sobre quais informações partilhar, quais que não serão partilhadas, quais devem ser deixadas para a outra parte descobrir sozinho e, adicionalmente, planejar a forma como cada informação será apresentada e/ou deixada de apresentar.

Freud (1992, p 35) ressalta que a informação é “a capacidade de descobrir e avaliar dados úteis referentes ao outro lado, e ao mesmo tempo proteger a informação sobre seu lado que não deve ser revelada”. Mas para Tajra (2010) já mencionava a respeito da necessidade de levantar todas as informações a fim de estar preparado para conduzir a negociação. A informação adequada pode ser um diferencial numa negociação e dependerá da forma que usar como mencionada por Harvey (2011, p.85) onde coloca que “informação é poder, e você ser capaz de controlar o balanço de poder com aquilo que escolher dizer e com aquilo que escolher não dizer”.

Os autores acima deixam claro acerca da importância dessa habilidade, que é aperfeiçoada à medida se que estabelecem contatos para negociar e numa negociação ganha-ganha, é elementar a intenção de que todos ganhem.

### 2.2.3 Credibilidade

Outra habilidade é a credibilidade, onde, mesmo com diferenças de opiniões deve-se conquistar a confiança da outra parte. Sem um mínimo de confiança torna-se difícil negociar. De certo modo, a credibilidade pode ser avaliada por meio dos resultados alcançados pelas partes que negociam. Haja vista se tratar de representantes de organizações que prezam por suas imagens, que atuam conforme suas responsabilidades e também não vão negociar com organizações de reputação duvidosa.

Assim as organizações procuram manter uma credibilidade transparente com seus colaboradores para manter relações duradouras. Brandão et al (2010, p. 26) comenta que

“uma equipe pode alcançar uma maior credibilidade que um indivíduo, para isso construa credibilidade através do trabalho em equipe”. É possível também, contratar outras pessoas para agirem em seu nome, com o trabalho de negociadores com poderes delegados.

Freud (1992, p. 35) descreve que a credibilidade é “a capacidade de fazer o outro lado acreditar no que dizemos e avaliar se está ou não blefando”.

Christopher (2009, p.11) complementa dizendo que:

As pessoas agem de acordo com razões que acreditam ser boas, o que não significa que coincidam com as suas; portanto, você tem de convencer a outra parte de que as vantagens de sua proposta para ela excedem quaisquer aparentes desvantagens.

Stark (1998) sugere que admitir enganos, ajuda com a contrapartida porque assim poderá ganhar um bom terreno para gerar tanto confiança como credibilidade.

#### 2.2.4 Discernimento

A habilidade do discernimento pode ser também compreendida como a qualidade do bom senso. A experiência é um ingrediente importante, mas ter bom senso requer habilidades para analisar diversas situações com o objetivo de saber entender os reais interesses dos envolvidos, ver além dos seus interesses e entender os do outro. É poder identificar os limites para saber até onde e como pode ser conduzida a negociação sempre levando benefício a todos. É saber ouvir as outras pessoas em uma negociação como já mencionado por Tajra (2010, p.42) “ouvir é bem mais difícil que falar, porém saber ouvir é um exercício que precisamos praticar para entender o interesse da outra parte.”

Para Freud (1992, p 35) simplifica dizendo que o discernimento é “a capacidade de alcançar o equilíbrio entre obter vantagens e fechar acordos, tanto na substância quanto no estilo da técnica da negociação”.

Thompson (2010, p.8) deixa claro que “o problema é que a maioria de nós não consegue uma oportunidade para desenvolver habilidades eficazes de negociação de maneira disciplinada; na verdade, a maioria de nós aprende fazendo. Experiência é algo útil, mas, porém não suficiente.”

Todas essas habilidades se entrelaçam numa negociação, e são fundamentais para seu sucesso.

## 2.3 Fases da negociação

Para a realização de uma negociação que é iniciada quando se necessita tomar decisão de algum problema envolvendo duas partes interessadas, precisam ser seguidas algumas etapas para uma efetiva negociação.

Segundo Brandão et.al (2010) são quatro as etapas do processo de negociação abordadas que tratam dos ganhos mútuos: preparação, criação de valor, distribuição de valor e implementação e avaliação, onde:

- Preparação: o que se faz antes de iniciar um processo de negociação;
- Criação de valor: o que se faz nos estágios iniciais da negociação;
- Distribuição de valor: o que se faz para alcançar um acordo;
- Implementação e Avaliação: o que se faz para implementar efetivamente um acordo.

### 2.3.1 Preparação

Nesta primeira fase há uma série de pontos que precisam ser trabalhados, como a análise do contexto permitindo que o negociador tenha uma visão mais abrangente do processo, facilitando e suportando o posicionamento a ser adotado, assim como permite uma observação com relação aos agentes envolvidos e suas inter-relações e dependências. Será necessário conhecer com detalhes a nossa oferta, determinar os

objetivos que se queiram alcançar (resultado ótimo, aceitável e mau resultado), e identificar os interesses seus e dos outros, podendo obter informações sobre a outra parte e possíveis acordos que poderão satisfazer ambos os lados no processo.

A fase da preparação é a etapa mais importante do processo de negociação. Uma preparação cuidadosa oferece muitos dividendos para o processo de negociação. Quando um negociador está bem preparado ele amplia consideravelmente a sua possibilidade de alcançar o que deseja na negociação.

Muitas pessoas vão para a negociação sem o devido preparo, não conseguindo barganhar por melhores propostas ou pior, aceitando a primeira proposta. Devemos saber tratar com o devido critério, a importância da urgência na negociação. Quando se deseja resolver com muita rapidez a negociação, corre-se o risco de não estar adequadamente preparado, levando a um possível fracasso negocial, ou uma precariedade de resultados.

Por isso Brandão et.al (2010, p.16), “durante o processo de negociação, um negociador bem preparado poderá estar calmo, criativo e afável aos parceiros da negociação, sem precisar estar em posições de muito favorecimento ou de excessiva rigidez.”

Mas de acordo com Tajra (2010, p.36) a preparação é

[...] a fase que se inicia o planejamento, onde se faz o levantamento das informações, definição dos objetivos, identificar as margens que será até onde poderá conduzir a negociação, formulação de cenários, e a escolha do local mais adequado para a negociação acontecer.

Propõem os autores que nesta fase de preparação, vão ficar claros os principais pontos abordados na fase na negociação propriamente dita, é onde acontece a negociação frustrada de muitas organizações onde não têm bem explicados esses pontos na fase inicial.

É também nessa fase que ficam claros os interesses na organização e que todos devem estar envolvidos na preparação independente da matéria em discussão.

**Interesses** são preocupações, desejos, necessidades, receios, esperanças e temores motivadores das posições das partes. São valores subjacentes das posições e constituem-se nas razões pelas quais são estabelecidas as posições e as exigências. (BRANDÃO ET AL, 2010, p.20) grifo nosso.

Thompson (2010, p.8) demonstra que “entender os interesses da outra parte e dirigir a decisão de modo que o outro concorde por suas próprias razões é a chave para simultaneamente criar e reivindicar o valor de uma negociação”.

O problema básico de uma negociação não está nas posições conflitantes, mas sim no conflito entre as necessidades, desejos, interesses e temores de cada um dos lados. É natural que interesses das organizações que negociam sejam os mesmos enfatizados em seus objetivos como prestadora de serviço.

### 2.3.2 Criação de valor

Também podendo ser entendida como fase de pré-formalização do conteúdo negocial final, no que se refere a criar valor, podemos compreender como sendo trazer vantagens para ambas as partes. Onde cada parte poderá sair da negociação conseguindo de forma justa suas reivindicações. Todavia será necessário primeiramente explorar os interesses de ambos os lados, devendo buscar todas as informações relevantes para ambos, assim construindo uma relação mútua de confiança deixando bem clara quais são estes interesses. Aqui podemos criar soluções e sugestões sem compromisso, a qual será aberta para discussão, sempre imperando o bom senso das partes. As opções que surgirem deverá beneficiar a ambos.

Mas para Brandão et al (2010, p.17) a criação de valor significa “criar valor significa inventar soluções que sejam vantajosas e que permitam expandir o conjunto de opções de benefícios mútuos viáveis para ambas as partes”.

Complementando por Stark (1998, p.4), “a responsabilidade de fazer com a sua contraparte obtenha um

resultado justo é sua. Se você proteger o seu caráter, a sua reputação como negociador será protegida”.

Esse conceito já faz parte do dia-a-dia de muitas organizações face às dificuldades enfrentadas, seja por ordens financeiras, de recursos humanos, de equipamentos ou materiais. E muitas vezes pela pressão das relações de mercado, precisam solucionar problemas e conflitos cada vez mais difíceis e às vezes sem muita ajuda conseguem dar a volta por cima. Nas organizações com foco assistencialista o conceito de valor vai além de um produto ou serviço, almejando também o reconhecimento do trabalho realizado perante a sociedade.

### 2.3.3 Distribuição de valor

A distribuição de valor dependerá diretamente de comum acordo entre as partes, para a escolha das opções. Porque cada parte possui metas e interesses que serão tratados na negociação, e como para atingir seus objetivos dependerá da cooperação de ambas as partes, e quanto mais ideias trabalhadas, mais opções serão apresentadas na negociação. Devendo-se evidentemente criar uma relação de confiança evitando a desconfiança, pois quando um não confia no outro, irá proceder com mais cautela, dificultando assumir compromissos, podendo se sentir uma vítima.

Porque segundo Stark (1998, p.45) “quanto mais a sua contraparte confiar em você, mais fácil será alcançar um resultado ganha/ganha em uma negociação”.

O conceito de ganha-ganha para entendimento pontuado por Tajra (2010, p.32) “é o processo utilizado para alcançar os resultados desejados, tendo a satisfação de todas as partes atendidas”. Os critérios serão apresentados conforme os valores de todas as partes conforme suas necessidades.

A utilização de critérios para a distribuição de valor é ressaltada por Brandão et al (2010, p.17) como sendo [...] a definição de critérios – princípios objetivos ou padrões que levem as partes a realizarem as escolhas dentre as várias opções. Chegando ao consenso aceitável para ambos os envolvidos.

Anastasi (1996, p.66) complementa dizendo que [...] devemos manter soluções justas, ou seja, primar por acordos

justos que possuem poder permanente por serem os que custaram mais esforços às pessoas.

Na distribuição de valor poderão ser discutidos alguns parâmetros como no caso de multa por quebra de contrato, retirada de concessões ou aplicação de acordos contingenciais, caso uma das partes não consiga cumprir o acordado.

### 2.3.4 Implementação e monitoramento

Na implementação e monitoramento, última etapa e também não menos importante fase da negociação é aonde serão realizados os acompanhamentos e validações dos acordos já alcançados. Podendo manter contínuas avaliações e ajustes desde a primeira fase até a última fase para se chegar ao resultado satisfatório. Serve para que nenhuma das partes precise se preocupar na violação dos resultados alcançados e mantendo a manutenção do relacionamento entre as partes, se os resultados estiverem de acordo a relação estará bem, mas caso haja dificuldades, a identificação do problema e a busca de soluções conjuntas proporcionarão uma aliança mais forte entre as partes.

Essas implementações e acompanhamentos devem ser feitas por escrito porque contrato verbal não tem valia, comparado ao contrato escrito com base legal para que possam ser executados. Se no acordo constar mudanças tangíveis deverá ser mensurável essas evoluções através de indicadores que poderá apresentar as medidas de variação. Devendo ser previsto também no acordo, quais as iniciativas que deverão ser tomadas no caso do acordo não estiver alcançando os resultados esperados por ambas as partes.

Para Brandão et al (2010, p.17) ressalta:

[...] se o acordo definir que deverão ocorrer mudanças tangíveis deve-se acordar também uma forma de monitorar essas mudanças, criando indicadores que possam apresentar medidas de variação. Deve-se prever também no acordo, quais as iniciativas que deverão ser tomadas no caso do acordo não estiver

alcançando os resultados esperados por ambas as partes.

Já para Tajra (2010, p. 37) “afirma que durante toda a negociação, pode-se solicitar um período para validação do acordo, visando verificar se os resultados previstos de fato foram alcançados”.

E Harvey (2011, p.86) complementa dizendo que para se chegar a um acordo aceitável na negociação, precisa ter critérios objetivos com os quais pode julgar o que está acontecendo. Precisa ter regras e que todos sigam essas regras, para não acontecer mal-entendidos. É comum observar nos contratos de prestações de serviços esses acompanhamentos e avaliações para os efetivos cumprimentos dos assuntos acordados.

## 2.4 Negociando conflitos

O conflito pode estar envolvido em vários aspectos dos relacionamentos das pessoas e destas com a sociedade. As disputas podem acontecer entre as pessoas de uma mesma família, vizinhos, grupos religiosos, organizações e governo, cidadãos, dentre outros. Podem acometer diversas áreas de atuação podendo gerar custos físicos, emocionais e financeiros.

As pessoas têm buscado resolver as situações conflituosas, estabelecendo procedimentos que atendam aos interesses das partes envolvidas, minimizando o desgaste e os gastos desnecessários. Os conflitos originam-se de pretensões diferentes das partes envolvidas e evidentemente se caracterizam pela discussão entre os envolvidos que desejam solucionar algum problema, ocorrendo o envolvimento voluntário de pelo menos duas pessoas. Assim, havendo a necessidade de uma solução para os interesses conflitantes apresentados, onde são possíveis acordos mútuos que satisfaçam a todos, é fundamental a aceitação por todos os envolvidos de que a negociação é o melhor caminho para resolver suas diferenças.

Um dos princípios de Isaac Newton explica que para cada ação há uma reação igual e contrária, e também sustentada por Anastasi (1996, p. 72) ações benévolas provocam respostas

benévolas, enquanto ações destrutivas provocam respostas igualmente destrutivas [...].

Os conflitos podem ser trabalhados por intermédio da cooperação pacífica se as pessoas assim decidirem.

Para SEBRAE (2012) a negociação é um processo social básico, utilizado para resolver conflitos. E conforme a natureza do conflito pode ser descrita por Christopher (2009) como [...] conflito é inevitável e não necessariamente prejudicial, podendo ser até estimulante, ele pode ser controlado para minimizar perdas e maximizar gastos para todos [...].

Já se tratando de aspectos conflituosos no ambiente laboral, onde o conflito é visto como mau e prejudicial, influenciando diretamente o ambiente harmonioso entre pessoas ou grupos, esta espécie de conflito deve ser trabalhada para elevar o equilíbrio saudável entre os envolvidos. Assim como nas relações sociais em geral, como o exemplo citado acima, do mesmo modo, será muito difícil se deparar com uma única fonte de conflito na seara negocial e haverá a necessidade de trabalhar esses conflitos que vão se apresentando.

A seguir serão tratados alguns conflitos que podem aparecer nos processo de negociação:

#### 2.4.1 Diferença de percepções

As pessoas podem ter percepções diferentes sobre os mesmos assuntos, que podem ser influenciados pela questão de gênero, status e cultura ou ambiente em que está inserido, mas essas diferenças não podem gerar conflitos sem resolução.

A negociação pode ficar prejudicada devido à dificuldade de manter uma comunicação satisfatória, porque negociadores muitas vezes veem os mesmos dados, ideias, objetos ou circunstâncias de modo muito diverso. Anastasi (1998, p.51) aponta que “ver as mesmas coisas de modo diferente não é intrinsecamente ruim [...] muitas vezes os participantes saem das reuniões de negociação com uma percepção diferente, mas positiva das necessidades da outra parte”.

A melhor forma de negociar é saber se adaptar às diferenças de estilos, por causa da grande variedade de pessoas e personalidades, ficando mais fácil com as pessoas que têm o

mesmo pensamento que nós. Tajra (2010) comenta que as divergências a serem trabalhadas para essas percepções não sejam usadas como força de barganha gerando assim um sentimento de desconfiança entre as partes.

#### 2.4.2 Dificuldade de comunicação

Sem comunicação não há compreensão, e vice-versa. Na comunicação acontece a transmissão de informação. O conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura. Quanto mais se possui de informação e quanto maior a habilidade em correlacionar esse saber com os outros, melhor será o desempenho de comunicação. A forma de como expressamos nossas emoções pode afetar significativamente nossa comunicação, levando as partes a interpretarem de formas diferentes o assunto da negociação, dificultando o acordo.

Uma negociação viável se fundamenta na habilidade de comunicar e compreender ambos os pontos de vista. O conflito ocorre quando não há nenhuma oportunidade para a comunicação, ou nenhuma linguagem comum, ou qualquer ponto de referência mútuo. Por isso a comunicação deve ser o mais transparente possível, para que todos ganhem. Christopher (2009, p.47) já abordava que “o problema não é fazer que as partes se comuniquem, mas que se comuniquem eficazmente sobre assuntos em que haja oportunidade de acordo”.

Mas Tajra (2010) explica que a comunicação pode ser prejudicada e influenciada pela personalidade das pessoas, pela postura comportamental, pelo entendimento do assunto ou pela forma moral e ética de se relacionar. Assim, podemos entender que devemos manter uma postura transparente nas negociações, ficando dessa forma mais fácil a comunicação e evitando o conflito.

Anastasi (1996) considera que para melhorar o canal de comunicação deve-se saber abrir as vias de comunicação trabalhando com as diferenças de personalidades dos envolvidos, valorizando a opinião de todos na tomada de decisões.

Negociar com qualidade, antes de tudo significa agir de forma integrada, trazendo todos para a discussão, percebendo os anseios de cada um dos envolvidos, tratando-os com respeito e gentileza, valorizando as opiniões de todos. E, dependendo da natureza de negociação a ser trabalhada, deve-se agir com mais cautela ainda, como no caso de negociações trabalhistas, que normalmente vêm tomadas de um clima de hostilidade por causa da relação patrão e empregado, ou ainda patrão e sindicato dos trabalhadores, nas quais normalmente vai haver pretensões resistidas por ambos de forma um tanto radical. Deve-se ainda incluir no rol de elementos fundamentais para o sucesso de uma negociação, a comunicação de qualidade.

### 2.4.3 Dificuldade do controle das emoções

As emoções são sentimentos e como tal podem ficar expressas em nossa face assim podendo nos denunciar. O ser humano é feito de emoções e se elas não existissem, seríamos frios e calculistas. Mas saber combinar o pensamento com a emoção requer competência emocional.

Muitas vezes presenciamos a perda do controle emocional com situações cotidianas do dia a dia muito relacionada ao estresse.

Mas de acordo com Goleman (1998, p.38) [...] competência emocional é uma capacidade adquirida, baseada na inteligência emocional, que resulta num desempenho destacado no trabalho. Inevitavelmente, temos um perfil composto de pontos fortes e limitações, que podem influenciar na tomada de decisão e, como a negociação é um processo que exige uma conclusão bem sucedida, faz-se necessário manter um controle emocional adequado para se chegar ao acordo.

O homem que fica furioso com as coisas certas e com as pessoas certas, e, além disso, sendo necessário, quando necessário, e enquanto necessário, é louvado. (MORRIS, 2006, p.41)

Os conflitos, devido às dificuldades das emoções podem ocorrer em qualquer situação, e ainda podem influenciar no

futuro de uma possível negociação. Por isso que Tajra (2010, p.42) menciona que uma negociação pode ser bem sucedida ou não, podendo ser influenciada pelas relações afetivas das pessoas envolvidas no passado ou no futuro que podem ser benéficas para ambas às partes.

#### 2.4.4 Interesses opostos

As pessoas podem ter interesses opostos, mas devem ter um único intuito de chegar ao fechamento do acordo ideal. O caminho até chegar a esse acordo será difícil, se os negociadores não tiverem interesses comuns. Muitas vezes havendo a necessidade da figura do mediador, que é uma terceira pessoa qualificada para mediar as necessidades dos envolvidos.

Às vezes haverá a necessidade de fazer concessões desde que não prejudiquem o objetivo dos interessados.

São comuns esses conflitos quando se tratam de assuntos diferentes, mas não impossíveis de resolução. Segundo Harvey (2011, p.13) “A negociação é vista muitas vezes como um conflito de ideias opostas, como uma luta para maximizar os ganhos e/ou minimizar as perdas”. Para Anastasi (1996, p.25) argumenta que [...] deve-se aceitar a opinião dos outros como sendo o seu modo de sentir as coisas, e não se deve tentar mudar as suas convicções. Você não pode negociar opiniões, porque opiniões diferentes são igualmente validadas.

O conflito de interesses deverá ser resolvido para que o acordo tenha o resultado desejado e seja durável. Brandão et al. (2010, p.21) descreve que para que “os resultados sejam alcançados, deve-se proceder às seguintes ações específicas: concentrar-se em interesses e não posições, comunicar nossos interesses (talvez não sua intensidade) e perguntar sobre os interesses deles”.

Mas por outro lado Tajra (2010) conclui que as partes podem possuir interesses opostos, mas cabe ao bom negociador identificar pontos de interesse em comum.

Os autores deixam claro que as negociações nem sempre são baseadas em interesses conflitantes, dando a

impressão que partem de posições opostas, mas que se deve sempre chegar a um interesse comum.

## 2.5 Negociação e controle social

A sociedade desenvolve as atitudes “adequadas” através do controle social, que por seus agentes socializadores, vai exercer pressão para que seus membros ajam de tal ou qual forma. (TELLES, 2011, p.38-39)

Vivemos em uma sociedade de organizações e como tudo é feito e produzido dentro delas, como: carros, roupas, alimentos, serviços, convênios, comunicação dentre outros. Para que tudo isso aconteça ocorreu em algum momento um processo de negociação entre esses atores. Nas organizações seus membros têm papéis já definidos como desempenho e responsabilidades. Uma das definições trabalhadas por Chiaveneto (1999, p.8) [...] uma organização é uma entidade social composta de pessoas que trabalham juntas e deliberadamente estruturada em uma divisão de trabalho para atingir um objetivo comum.

Lakatos e Marconi (2011, p. 168) deixam claro que as “associações são organizações sociais cuja característica é serem mais especializadas e menos universais do que as instituições, assim adaptam-se às classes sociais.”

Elas podem ter acesso limitado de participação conforme posição social, como o caso de sociedades beneficentes e filantrópicas, em outros casos, podem se basear em igualdade de profissão ou interesse específico, outra limitação pode ser ocasionada por sexo e idade. Mas independentemente da finalidade, as organizações tem normas para serem constituídas e de funcionamento, direitos e deveres regulados por leis vigentes e em estatutos.

Neste mundo das organizações, as negociações são muito importantes e essenciais para alcançar resultados, surgindo a necessidade de aprofundar suas relações negociais, para preservar seu relacionamento de longo prazo e garantir a

fidelização de projetos, a responsabilidade social e fortalecimento de valores e princípios.

As comunidades terapêuticas são um modelo de organização definida por Costa (2009) como prestadoras de serviços na área da dependência química, junto àqueles que desejam ou necessitam de tratamento e atuam na dimensão do tratamento, recuperação e reinserção social, tendo como premissa o internamento e a abstinência total do de substâncias psicoativas (SPAs) que são:

Substâncias ou produtos capazes de causar dependência física e psíquica e que têm como característica descritiva central o desejo, frequentemente forte e, algumas vezes irresistível por consumi-las. (COSTA, 2009)

Elas podem atender certa parcela da população como (crianças e jovens) ou direcionar para tratamentos específicos como uso de álcool e drogas, mas como se relacionam com diversos setores para negociar a forma de atuação de seus trabalhos, e são sujeitas ao controle social que serve para garantir a conformidade das condutas dos atores aos modelos ou padrões estabelecidos pelas leis, é dever dos Conselhos, dos órgãos públicos do poder judiciário e também da própria comunidade, atuar com o controle social nessas organizações.

O conceito de entidades e organização de assistência social está previsto em Lei como consta no “Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.” (Lei nº 8.742/93).

O controle social é aplicado desde a intenção de abertura de uma entidade com propósitos assistenciais, porque elas deverão buscar todas as orientações nos conselhos, para assim poderem definir formas de atendimento, qual a parcela da população que será beneficiada, dentre outras coisas. A negociação é direta, e respondem diretamente à esfera pública pelos seus atos, quando as resoluções que devem se enquadrar, e nos casos de repasse de verbas sociais, devendo realizar a prestação de contas como:

[...] na assistência social, os Conselhos foram criados com a função de exercer o controle social. Esse é o exercício democrático de acompanhamento da gestão dessa Política e dos recursos financeiros destinados à sua implementação, considerando, também, a atuação da rede socioassistencial [...]. (MSD, 2010)

Teles (2011, p. 37) deixa claro que “o controle social exerce pressão sobre os membros da sociedade para que estes hajam de determinada forma.” E Lakatos e Marconi (2011, p.215) considera que “os interesses e valores sociais são considerados bons, desejável aceito e compartilhado pelos membros do grupo e quando há a quebra dos valores, acontece a ruptura do grupo.”

Conforme SENADO (2012) outra forma de controle social é a prevista na Constituição Federal de 1988 no art. 204 em seu inciso II- da participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

O controle social é um direito adquirido na Constituição de 88, pautando-se pelos princípios da descentralização e da participação popular, criou instrumentos para que a sociedade possa exercer o seu papel de controle das ações do Estado na busca do bem comum e do interesse público.

### 2.5.1. O papel dos Conselhos Municipais: da Assistência Social (CMAS) da Criança e Adolescente (CMDCA) e da Saúde (CMS) com as entidades

As entidades, dentre elas as Comunidades Terapêuticas, respondem ao controle social por intermédio da transparência de suas atividades e prestação de contas. Ou seja, se estão realmente atuando de forma efetiva junto aos usuários e a própria comunidade, se efetivamente respondem à demanda do município como coautores nas políticas sociais do Município.

Para isso elas devem estar cadastradas nos conselhos de seus respectivos Municípios, conforme as características de sua atuação, como aquelas que atuam com crianças e adolescentes que também devem se inscrever no CMDCA. Feito

isso, as entidades somente estarão adequadamente inscritas nesses conselhos, independentemente do recebimento ou não de recursos públicos.

Conforme previsto em lei no Art.2º. “Com base na legislação existente, Conselho de Assistência Social é a instância do Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social, de caráter.” (Lei nº 8.742/93).

O Conselho Municipal de Assistência Social de Joinville é um órgão colegiado de caráter deliberativo, fiscalizador e permanente, vinculado à Secretaria de Bem Estar Social, ele foi criado com a Lei nº Lei nº 3.233 de 05 de Dezembro de 1995 e Alterada pela Lei nº 5.622 de 25 de Setembro de 2006 onde o Prefeito Municipal de Joinville, no exercício de suas atribuições, faz saber que a Câmara de Vereadores de Joinville aprovou e ele sanciona a presente Lei: onde consta conforme “Art. 1º Fica criado, nos termos do art. 151, da Lei Orgânica do Município de Joinville, o Conselho Municipal de Assistência Social - C.M.A.S., órgão colegiado de caráter deliberativo, fiscalizador e permanente, vinculado à Secretaria de Bem-Estar Social.” Em relação as comunidades terapêuticas a lei enquadra normas para inscrição no Conselho conforme o artigo:

XIII - fixar normas para a inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social e para o regular funcionamento de entidades e organizações de assistência social no município, conforme legislação pertinente. (Lei nº 5622 de 25 de Setembro de 2006).

Conforme o que consta na Lei Orgânica da Assistência Social, em ambiente macro “Art. 9º O funcionamento das entidades e organizações de assistência social depende de prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social, ou no Conselho de Assistência Social do Distrito Federal, conforme o caso [...] e no seu Art. 10. A União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal podem celebrar convênios com entidades e organizações de assistência social, em conformidade com os planos aprovados pelos respectivos Conselhos. (Lei nº 8.742/93).

A atuação dos Conselhos na cidade de Joinville com as entidades cadastradas são registradas em documentações e as decisões ali tomadas são formalizadas em Resoluções e

publicadas no Jornal do Município. O Conselho possui comissões técnicas permanentes e provisórias, de composição paritária, constituídas por membros titulares e suplentes, eleitos pelo plenário, e membros de outras instituições convidadas para trabalhos de assessoramento;

É por meio da comissão de inscrição, registro e monitoramento do CMAS que se faz “as inscrições das entidades e organizações de assistência social. Através do registro das ações, serviços, programas ou projetos de assistência social das entidades e organizações correlatas à política de assistência social e pelo monitoramento de toda a rede sócio-assistencial.” (SST/acesso 13/05/2012).

As entidades sociais possuem grande responsabilidade por trabalharem diretamente com fator humano, recaindo sobre elas todo o controle social. Por isso elas devem sempre buscar nos conselhos orientações para adequarem seus serviços junto a população.

O CMAS cobra critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços assistenciais públicos e privados, além do acompanhamento de gestão dos recursos e desempenhos dos programas e projetos sociais no município, para isso trabalha sempre em consonância com leis, regulamentações e normas.

A Secretaria do Bem Estar Social órgão vinculado a Prefeitura Municipal, aquela é que administra o Fundo Municipal de Assistência Social. A administração é ampla porque junto com o CMAS ela analisa, controla, delibera e decide sobre os programas efetuados no município.

Conforme o Artigo 10º caput e parágrafo 1º onde consta que o Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS ficará vinculado diretamente à Secretaria de Bem-Estar Social [...] o Secretário de Bem Estar do Município será o gestor do Fundo, devendo ser nomeado por Decreto do Poder Executivo (Lei nº 5622/06).

O FMAS é responsável pelas questões de financiamento da política de Assistência Social. Deve sempre ser estabelecida em lei sua criação os objetivos, as receitas, a destinação dos recursos, a gestão e a execução financeira para as ações na área de Assistência Social.

A administração é realizada pelo Executivo Municipal de Assistência Social e fiscalizada pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

É através do Fundo Municipal de Assistência Social que a CMAS, aprova convênios, ajustes, consórcios, acordos e contratos firmados com base em recursos do Fundo. E conforme o parágrafo 3º do art.14 “Os recursos serão destinados somente a projetos, programas, serviços e benefícios aprovados pelo Conselho.” (Lei nº 5622/06).

Um tipo de convênio é a modalidade de subvenção social que é repassada as entidades através de recursos financeiros. A subvenção social (SENAD) pode ser explicada como [...] uma modalidade de transferência de recursos financeiros públicos, para organizações, governamentais e não governamentais, de caráter assistencial e sem fins lucrativos, com o objetivo de cobrir despesas de custeio.

É interesse de toda a sociedade que o resultado dos serviços oferecidos pelo Município esteja de acordo com as políticas públicas no que tange a assistência social no Brasil.

E para que isso ocorra é fundamental a participação das pessoas que representam as entidades (usuários) e órgãos públicos (governo) no Conselho Municipal da Assistência Social. Para que se façam valer seus direitos, é através da participação que forças políticas que defendem as políticas públicas podem influenciar as decisões do governo.

A relação das entidades com Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA e sua relação com o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (FMDCA) é amplamente abrangente, como descrito no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, condensando em seu corpo os preceitos fundamentais da Declaração Universal dos Direitos da Criança, praticamente resumiu tudo o que precisava ser dito, em nível de Constituição onde consta:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda

forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Art. 227, CONSTITUIÇÃO FEDERAL).

E ainda conforme o art.227 no parágrafo 1º primeira parte e parágrafo 3º, VII Constituição Federal:

[...] o Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais [...] incluindo programas de prevenção e atendimento especializado à criança e ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.

O Estado traz na sua Constituição um cuidado em especial as crianças e adolescentes, como a família, o Estado também tem dever de proteger. Quando os serviços públicos são escassos na oferta de atendimentos as crianças e adolescente, o município pode celebrar convênios com entidades para trabalharem com conjunto com as demandas do município. Para manter um controle social e financeiro é necessário que as entidades que mantém seus trabalhos direcionados ao atendimento de crianças e adolescentes devam trabalhar em conjunto com o CMDCA de sua cidade.

A lei de criação do CMDCA no Município de Joinville foi a Lei nº 3.725/98 que “Dispõe sobre a política Municipal dos direitos da criança e do adolescente, o fundo municipal dos direitos da criança e do adolescente, o conselho tutelar e revoga a Lei nº 2.627/92”. No art. 16 da mesma lei “Fica criado o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, como unidade contábil captadora e aplicadora dos recursos a serem utilizados na Política Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, a ser gerido pela Secretaria Municipal do Bem-Estar Social, através de seu titular”.

A lei também deixa claro que o Município poderá fazer ou manter convênios com entidades governamentais e não governamentais de atendimento, mediante prévia anuência do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. (Artigo 4º Lei nº 3.725/1998).

É dentro de leis e normas bem definidas as entidades cadastradas no CMDCA dentre elas as comunidades

terapêuticas podem mandar projetos sociais, esses projetos serão analisados, por isso devem ser bem elaborados com objetivos claros e finalidade específica voltada ao atendimento de crianças e adolescentes e, conseqüentemente abrangendo suas famílias e a comunidade a qual está inserida. E acima de tudo com justificativa e metodologia bem descritos. Os passos para elaboração de projetos necessitam o levantamento de vários documentos para o convênio, juntamente a apresentação de orçamento para a realização do projeto e depois de concluído deverá ocorrer a prestação de contas do recurso recebido.

Os projetos aprovados serão encaminhados para um banco de projetos, que somente quando houver recursos financeiros na conta do FIA- Fundo da Infância e Adolescência serão financiados.

O Fundo para a Infância e Adolescência é um meio de arrecadação de receitas e funciona como um suporte ao Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo administrado pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA, órgão composto de forma paritária por representantes governamentais e da sociedade civil.

Os recursos são destinados aos programas executados por instituições governamentais e não governamentais de assistência social, voltadas para o atendimento: as crianças e adolescentes abandonados e desabrigados; as medidas sócio-educativas aplicadas aos adolescentes autores de ato infracional; as crianças e adolescentes explorados sexualmente; aos usuários ou dependentes de drogas; as vítimas de maus tratos; a erradicação do trabalho infantil; a profissionalização dos jovens e a orientação e apoio sócio-familiar. (SST, 13/05/2012)

O FIA não financia a manutenção de entidades e nem compra de equipamentos para o setor administrativo das entidades. Ele funciona por meio do depósito de parte do Imposto de Renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas. Este depósito não causa prejuízo financeiro às mesmas, pois se trata de uma antecipação de parte do Imposto de Renda devido. (SST, 2012). É por causa desses recursos que muitas entidades tentam se regulamentar para poder celebrar convênios com esses

órgãos públicos. Não devendo manter suas atividades somente com esses recursos, mas como complemento nas atividades institucionais com os residentes. Esses recursos no caso do FIA são destinados aos programas de proteção e na aplicação das medidas socioeducativas as residentes. Para as comunidades terapêuticas é de grande importância esses recursos, haja vista que são entidades sem fins lucrativos e os outros recursos financeiros adquiridos são direcionados diretamente a instituição para gastos com alimentação, água, luz, telefone, material de higiene e limpeza dentre outros. Esses recursos quando adquiridos trazem muitos benefícios aos usuários dos serviços por elas oferecidos. A cobrança não é pouca, por parte da Secretaria da Assistência Social devido a grande demanda do município aos serviços oferecidos pelas essas entidades é por isso que a SAS é criteriosa quanto as inscrições, certificações de funcionamento e regulamentações que devem compor essas entidades para que o serviço esteja adequado.

Todas as entidades independente do foco de atuação que também prestam serviços de saúde e que se enquadram dentro da política de saúde, respondem ao controle social, também por intermédio do Conselho Municipal de Saúde, para garantir aos usuários o acesso, a informação-comunicação, educação em saúde e a qualidade dos serviços prestados nos espaços da rede SUS.

Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos com representantes do Governo, dos prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. (Portal da Saúde, acesso 29/05/2012).

É no Conselho Municipal de Saúde (CMS) onde acontece a discussão democrática dos rumos da Política Pública de Saúde no âmbito municipal, além do acompanhamento e controle da aplicação do Fundo Municipal de Saúde. Conforme a Lei nº5.290, de 02 de Setembro de 2005, o CMS de Joinville [...] pode definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre a Secretaria da Saúde e as entidades privadas de saúde, no que tange à prestação de serviços, e [...] apreciar e aprovar, previamente, convênios e termos aditivos a serem firmados pela Secretaria da Saúde.

Assim a Secretaria de Saúde pode contratar serviços através de convênios com instituições privadas, com a anuência do Conselho Municipal de Saúde.

Todos os Conselhos devem trabalhar com transparência, pois respondem ao controle interno do executivo da prefeitura de Joinville como consta no artigo:

Art. 1º O Sistema de Controle Interno do Poder Executivo tem por finalidade orientar, avaliar e acompanhar a ação governamental e a gestão dos administradores públicos quanto à observância dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência na realização da receita e da aplicação dos recursos públicos, por meio de ações de fiscalização da execução orçamentária, financeira, contábil e patrimonial e da gestão operacional dos órgãos da administração direta e das entidades da administração indireta. (Decreto nº 13.008/06).

E conseqüentemente todas as instituições vinculadas a Prefeitura quando se trata de recursos financeiros e fiscais respondem a esfera pública municipal como consta em parágrafo Único - Ficam submetidos ao Sistema de Controle Interno todos os servidores, agentes políticos do Município, permissionários e concessionários de serviços públicos, bem como os beneficiários de subvenções ou incentivos econômicos e fiscais. (Decreto nº 13.008/06)

Outra forma de negociação é aquela em que envolve o Governo do Estado com as entidades sem fins lucrativos, elas pode manter relações contratuais com o Governo na busca que aquisição de recursos financeiros, haja vista grande parte das entidades dentro delas as comunidades terapêuticas, mantém suas atividades com recursos oriundos de doações, convênios dentre outras. A Constituição é clara quanto ao tipo de entidade que pode se conveniar com o Governo, em seu parágrafo 8º do art.201 “É vedado subvenção ou auxílio do poder público às entidades de previdência privada com fins lucrativos”.

O Governo se embasa em lei como consta o art. 204:

As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com

recursos do orçamento da Seguridade Social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

- I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
- II - participação da população por meio de organizações representativa, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988)

Os Conselhos sendo sociais ou de saúde devem sempre atuar efetivamente para as entidades se inscrevam os seus trabalhos nos conselhos as quais de enquadram. Assim poderão trabalhar de acordo com as políticas públicas de governo.

### 3. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA DE SARON/JOINVILLE-SC A VIVENCIA DE NEGOCIAÇÃO PARA CAPTAÇÃO DE RECURSOS

Neste capítulo iremos abordar a negociação em uma Comunidade Terapêutica de Joinville casa I atendimento a usuárias do sexo feminino de faixa etária de 12 a 18 anos, situada na cidade de Joinville no bairro Nova Brasília. Consideramos importante abordar como esta instituição se relaciona com órgãos da cidade para manter seus trabalhos conforme as leis que se aplicam na atualidade, e como se negocia para captar recursos financeiros para as atividades ali administradas. A negociação para essa entidade se torna vital, para manter seu funcionamento como prestadora de serviço a comunidade.

A entidade negocia tanto com instituições públicas quanto privadas, nossa justificativa se aprofundou na negociação com instituições públicas e outras formas de captação de recursos no caso, às doações. O objetivo deste trabalho foi verificar a articulação dessa entidade no meio público e privado, identificando suas formas de captação de recursos financeiros.

A metodologia aplicada foi feita primeiramente por pesquisa exploratória por intermédio de referências bibliográficas que, segundo Santos (2006, p.28) “são fontes bibliográficas os livros (de leitura corrente ou de referencia, tais como dicionários, enciclopédias, anuários) as publicações periódicas (jornais, revista, panfletos), fitas gravadas de áudio e vídeo, websites, relatórios de simpósios, seminários, anais de congressos [...] a utilização total ou parcial de quaisquer dessas fontes caracteriza a pesquisa como pesquisa bibliográfica.” Nesse trabalho de conclusão de curso foram utilizados livros, artigos e websites.

E após, utilizamos a pesquisa descritiva que ainda conforme Santos (2006, p.26) “é um levantamento das características conhecidas que compõem o fato/fenômeno/processo. É normalmente feita na forma de levantamento ou observações desses fatos/fenômeno/processo escolhido.” Neste TCC utilizamos o procedimento de observação com diálogos informais com funcionários das respectivas instituições publicas como a Secretaria do Bem Estar Social, a Secretaria da Saúde no setor de coordenação de saúde mental e

Conselho Municipal de Saúde, o Conselho Municipal da Assistência Social, o Conselho Municipal da Criança e Adolescência de Joinville. Foi aplicado uma entrevista semiestruturada (apêndice 1) a presidente e também a responsável técnica da entidade pesquisada no caso a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron.

### 3.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

#### 3.1.1 Formas de captação de recursos financeiros: uma relação direta com a comunidade

Durante o período de estágio realizado dentro da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron verificou-se a maneira que era suprida a necessidade financeira da instituição. Observou-se que o atendimento era de 24 horas por dia e 365 dias por ano, caracterizando uma assistência continuada, ficando assim subentendido um perfil de hospedagem, onde se fazem necessários vários suprimentos para estadia, alimentação e limpeza. Durante o mapeamento da entidade pode-se enumerar que existem vários setores dentro da Instituição com capacidade de hospedagem para até 50 usuárias. A estrutura física apresenta várias repartições, são elas: recepção, sala de visita, setor de atendimento familiar, churrasqueira, depósito, banheiro para banho com 10 boxes, banheiro para necessidades fisiológicas com 10 vasos sanitários, sala de aula, sala de vídeo, sala para atividades manuais, laboratório de informática, capela, secretaria, consultório odontológico, área de recreação, jardim, duas lagoas de criação de peixe, duas casas de caseiros, quadra de voleibol, estacionamento e os quartos com suas mobílias. Outro ponto que desperta a atenção foram às várias visitas da Vigilância Sanitária, que solicitou várias modificações na construção, como: Colocar azulejo nas paredes da sala de visita, além dos banheiros coletivos a ANVISA solicitou um banheiro em cada quarto, criação de janelas com tela de proteção nos depósitos e na cozinha, colocação de pia de inox e pia de mármore. Ao consultarmos os cadastros, constatamos que durante o ano de 2010, cinquenta pessoas foram internadas,

sendo que quinze, de familiares vindos dos mais diversos lugares de Santa Catarina e Paraná. O ciclo de tratamento com o maior tempo de permanência foi de noventa dias.

A hipótese de que haviam famílias com grande poder aquisitivo que sustentavam a entidade em troca dos serviços aos seus parentes que estariam em tratamento foi descartada, pois se observou não ser a realidade, haja vista as famílias que procuravam a comunidade estarem em situação de vulnerabilidade social. Nesta perspectiva, Costa (1998, p. 248) aponta alguns aspectos que geram esta situação na família: “A crise econômica mundial que atinge toda a América Latina evidencia, sobremaneira, as contradições da sociedade e dita novas formas da luta pela sobrevivência. É preocupante a economia juntamente com suas consequências sobre o contexto social e familiar. Três aspectos principais formam um quadro de influências sobre a família: o reordenamento e recomposição do capitalismo mundial, a profunda crise econômica dos países latino-americanos e o processo de democratização confuso e contraditório desses países.” (COSTA, 1998, p. 248).

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron em prol de atender esta necessidade abre uma negociação com a família avaliando sua condição financeira e de que maneira poderá ser definida a contrapartida, aceitando inclusive o repasse de gêneros alimentícios e de limpeza. Desta negociação é preparada uma lista de suprimentos que a mesma fornecerá mensalmente durante o período de internação para minimizar as despesas atreladas à estadia desta interna. Para uma melhor compreensão desenhou-se um fluxo para exemplificar sobre esta forma de negociação e o caminho realizado por este suprimento.

Na Figura 2 mostra o fluxograma dos suprimentos oriundos como forma de pagamento a entidade:

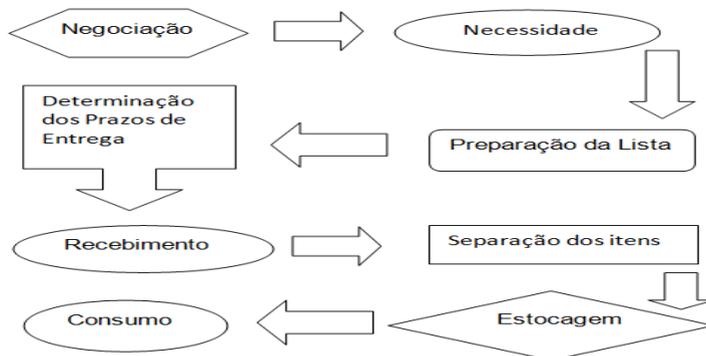


FIGURA 2 – Fluxograma de suprimentos oriundos de forma de pagamento.  
Fonte: Os autores, 2011.

Observa-se que a margem de contribuição destes suprimentos oriundos desta prática destoa em número e gênero em comparação a necessidade de consumo mensal da instituição, pois a família que opta por esta forma de contrapartida encontra-se em vulnerabilidade social e a quantidade de itens sugerido na lista supre apenas o período de uma ou duas semanas. Nota-se que esta alternativa traz pouca resolução para as necessidades, mas potencializa o envolvimento dos familiares com a usuária, pelo fator intrínseco a logística destes suprimentos, pois as famílias é que entregam na instituição estes itens, garantindo assim que os familiares farão visitas a entidade pelo menos uma vez por mês.

Outra forma de trazer recursos para suprir à demanda, ocorre da seguinte forma: a entidade busca uma negociação com a comunidade por meio de visitas à câmara de vereadores, igrejas e comércios, sendo às vezes por uma conversa direta e raramente por meios formais, buscando sensibilizar a comunidade em que está inserida, das suas dificuldades. Com este objetivo a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron usa uma abordagem baseada na inteligência emocional explanando sobre a situação em que chegam as internas e que muitas são moradoras de rua. Em seguida descreve alguns casos de sucesso e depois discorre sobre as dificuldades vividas pela organização. Como resultado desta conversa, atualmente,

somente um supermercado ajuda com o suprimento de pão e fruta. É importante salientar que no ano de 2010 havia também uma indústria que contribuía mensalmente com cesta básica, mas hoje se ausentou da entidade de forma a não contribuir com nenhum item.

Analisando esta busca por doações, pode-se assinalar que a negociação por donativos financeiros é morosa para se conseguir a primeira doação e de difícil perseverança por parte dos doadores em manter mensalmente suas contribuições. Conforme Plano de Ação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron (2010) neste ano contribuía mensalmente um médico com R\$ 1.000,00, uma empresa de transporte com R\$ 600,00, uma pastora com R\$ 1.000,00 e uma loja comercial com R\$ 1.000,00. Hoje a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron já não recebe mais estas contribuições, o que a obriga a estar prospectando novas abordagens para sensibilização.

Nota-se que outra alternativa para angariar fundos é a cobrança de mensalidades dos usuários. Neste foco a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron também abre a negociação com quem a procura, mas com valores abaixo dos preços praticados pelas comunidades terapêuticas particulares.

Para enumerar, no ano de 2010 somente duas internas pagavam mensalidade no valor de R\$ 200,00 cada uma, sendo que estas eram oriundas de outra cidade. Em referência e comparação aos valores praticados neste setor, observa-se que existem valores no mercado que variam entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.000,00 a mensalidade, mas o que a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron consegue negociar sendo o valor cobrado abaixo até mesmo dos custos unitários para suprir as despesas básicas das usuárias. Mesmo porque não consegue garantir a equipe técnica necessária para o acompanhamento (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiros).

Deve-se também considerar os custos com a logística para atender as necessidades na área de assistência à saúde das internas. Posto isto e retomando que para a entidade fica a dificuldade de como gerir esta logística para prover o acompanhamento das pacientes que estão na entidade. Nota-se também que a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron quando se vê de frente a uma necessidade nesta área obriga-se ao uso do convênio com o SUS. Durante o período de estágio observou-se que algumas das usuárias tinham a necessidade de receber

medicação oral, que vinham junto com as internas e que eram administrados pela entidade e outras necessitavam de consultas em clínico geral. Para este fim as mesmas eram conduzidas até a Unidade Básica de Saúde. Em outra situação via-se que havia internas grávidas, salienta-se que algumas destas nem sabiam da gravidez, para este acompanhamento do período gestacional a entidade agendava as visitas ao ginecologista mensalmente. Outras internas faziam acompanhamento de sua evolução com o tratamento antidroga no CAPS AD. Por se tratar de jovens com menos de dezoito anos, algumas tinham o seu acompanhamento no CAPSi. O desafio deste atendimento relacionado com o sistema de saúde era o de negociar um carro, o combustível e um profissional que as acompanhassem até o Posto de Saúde, PA, CAPS ad ou CAPSi. Notava-se que a organização enfrentava uma situação delicada em sua negociação com a comunidade local no intuito de conseguir alguém que se responsabilize por esta ação. Observava-se que quando a entidade conseguia resolver esta situação e alguém da comunidade se dispunha a acompanhá-las, percebia-se que a solução era temporária devido ao fato de que quem tinha tempo normalmente não tinha condições financeiras para manter um carro à disposição e quem tinha condições financeiras não conseguia disponibilizar tempo de maneira rotineira para acompanhar as usuárias.

Notou-se que algumas vezes o valor que a entidade recebia não era suficiente para liquidar as contas de água e de energia elétrica. Para estas dificuldades a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron recorria à mídia televisiva onde um apresentador sempre atendia ao pedido e disponibilizava a sua equipe para vir à comunidade filmar e preparar uma apresentação dentro do seu programa de televisão que é veiculado numa emissora. Também a equipe do programa trazia seus equipamentos digitais e fazia a captação de matérias incluindo o depoimento da presidenta falando das dificuldades enfrentadas pela entidade e na oportunidade, apresentava as contas a serem pagas, no ar. Quando preciso, também um representante do legislativo estadual enviava para a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron alguns donativos por intermédio de uma associação onde são recolhidas doações e distribuída à comunidade carente. Observou-se que outra forma de mídia recorrida no ano de 2011 foram duas rádios da cidade de

Joinville. Nas rádios os apresentadores e comentaristas, além de anunciar as festividades da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, também traziam durante a programação uma solicitação de ajuda no intuito de sensibilizar os rádios ouvintes a contribuírem através de doações para suprirem as necessidades da entidade.

### 3.1.1.1 A Negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com o governo federal na captação de donativos na área da tecnologia da informação digital

Outra dificuldade que se visualizava na Comunidade Terapêutica Rosa de Saron era de que no local não havia internet e nem computadores para uso das internas, pois o único existente servia somente para a administração da organização. Conforme BRASIL (2012) o computador ensina o usuário, conversando, contando histórias, inclusive sobre prevenção às drogas e álcool, DST doenças sexualmente transmissíveis, relacionamento familiar, gravidez precoce na adolescência. Trazem assuntos sobre consciência racial, alimentação saudável, boas maneiras e higiene pessoal, além de mostrar os direitos e deveres do cidadão, meio-ambiente, dica de profissão com diversas orientações profissionais e ainda disponibiliza conteúdos ligados aos estudos do ensino fundamental, médio, profissionalizante e superior. No ano de 2011 na Câmara de Vereadores de Joinville por meio de uma vereadora, a entidade pôde dar início ao processo para ingressar no projeto disponibilizado pelo governo de inclusão digital. Segundo BRASIL (2012)

[...] um modelo nacional de inclusão social por meio da inclusão digital, por ser simples e ter resultados pautados em resultados reais, inclusive participa do Comitê Técnico de Inclusão Digital do Governo Federal, que é coordenado pela Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SLTI/MPOG.

Ainda conforme BRASIL (2012) este projeto também recebe o nome de telecentros, com base no Decreto nº 7.462 de 19 de Abril de 2011, onde estes são instalados em comunidades sem fins lucrativos, preferencialmente para acesso público e gratuito às tecnologias da informação e comunicação. Os computadores são conectados à Internet, disponíveis para diversos usos. No caso dos telecentros o acesso é livre, com assistência de monitores para auxiliar os usuários. Estes espaços também devem oferecer cursos e atividades de promoção do desenvolvimento local e servir aos moradores das comunidades onde se encontram como um local de integração, de cultura e lazer. Salientando que o apoio do Ministério das Comunicações vem também no sentido de oferecer um conjunto de recursos, incluindo equipamentos de informática, conexão à Internet, bolsas e formação para monitores.

Neste mesmo ano de 2011 a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron por intermédio de um representante do legislativo federal, após enviar todos os documentos e negativas ao Ministério da Comunicação, pode ser contemplada pelo Programa denominado como Passaporte Digital. Na ocasião da entrega da ilha de inclusão digital, o Deputado idealizador do projeto veio pessoalmente até a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron para inaugurá-lo e participar das festividades comemorativas da Inclusão Digital da Rosa de Saron. As usuárias passaram a ter a sua disposição uma oportunidade de acesso à informação e a comunicação, podendo assim ter possibilidade de compreender melhor o nosso Brasil e o mundo, pois hoje com a tecnologia da informação, não há limites geográficos ou sociais que possam impedir a oportunidade daqueles que querem ser cidadãos integrados. Observa-se que as jovens irão aprender a usar este sistema, não só como meio de comunicação com familiares e amigos, mas como ferramenta de informação e inclusão digital.

Infelizmente, ainda são vistas práticas eleitoreiras que envolvem a captação de recursos para estas entidades. Fugindo assim da concepção de direito tão amplamente defendido pelas políticas públicas.



O trabalho para concretização desse projeto ainda será moroso, devido às dificuldades de recursos humanos e financeiros, enfrentados pela entidade.

### 3.1.2 A negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com a política de saúde na captação de recursos financeiros

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron sempre encaminha as internas aos serviços de saúde da rede, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos casos de consultas e exames médicos. Ao Centro de apoio psicossocial (CAPS) para avaliação com psiquiatra quando necessário, maternidades nos casos de gestantes, haja vista estes serviços não serem oferecidos na entidade conforme seu plano de ação.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron também faz parte da política de saúde porque conforme a Portaria de nº131 de 26 de Janeiro de 2012 “As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria.”

O Município de Joinville representado pela Secretaria de Saúde intermediou o processo das documentações necessárias dos respectivos órgãos públicos e das entidades que queriam se cadastrar, conforme o edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS, do Ministério da Saúde, para pleitear vagas (leitos) em Comunidades Terapêuticas, que seriam pagas pela Secretaria de Saúde. Muitas entidades mandaram suas documentações a Secretaria de Saúde, mas somente três entidades conseguiram todos os requisitos necessários para a inscrição. Dentre elas a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, sendo a vigência do contrato de 12 meses. No referido convênio, a Secretaria de Saúde pagaria por vagas de leitos para dependentes químicos, encaminhados via CAPS que gerenciará os leitos e fará os encaminhamentos às entidades cadastradas nesse convênio. O repasse é feito mensalmente por atendimento prestado.

A Comunidade Terapêutica mantém suas atividades fundamentada na Portaria nº 131 de 26 de janeiro de 2012 (Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados,

Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, e também na Resolução nº 29 de 30 de Junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre os requisitos de segurança para o funcionamento das instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Mas até se adequar conforme as normas de saúde a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, precisou fazer varias modificações na construção, como: Colocar azulejo nas paredes da sala de visita, além dos banheiros coletivos a ANVISA solicitou um banheiro em cada quarto, criação de janelas com tela de proteção nos depósitos e na cozinha, colocação de pia de inox e pia de mármore.

Assim, atualmente ela está de acordo com as portaria da saúde podendo firmar convênios para o atendimento de usuários de drogas. Ela já fazia este atendimento a dependentes químicos, mas ainda não estava amparada por uma portaria que a regulamentasse dentro da política de saúde. A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron comentou que desde a assinatura do convênio não veio ninguém encaminhado do CAPS AD - Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas que representa o Sistema Único de Saúde, no respectivo convênio.

Em contato efetuado com o CAPS AD foi repassado que o atendimento deles é de referência e acontece por demanda espontânea, onde as pessoas que procuram o CAPS AD podem fazer todo o tratamento, incluindo acolhimento, atendimento de enfermagem, atendimento médico (geral e psiquiátrico) faz terapia individual e em grupo conforme a avaliação individual para tratamento de cada usuário, eles trabalham os vínculos familiares e sociais, sem retirar o individuo do meio em que vive. Eles abordaram que grande parte dos usuários do CAPS AD são homens, e que a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron atende somente mulheres, podendo se tornar uma restrição nos encaminhamentos. O CAPS AD não tem dados sobre a parcela feminina de usuárias de substância psicoativa na cidade e são muito poucos as que procuram atendimento. O encaminhamento

somente acontece quando o usuário decide por conta própria não imposto a ele, e também sendo indicados por todos os profissionais que atendem o usuário no CAPS AD, desse modo as Comunidades Terapêuticas se tornam colaboradores no tratamento desse usuário na Política de Saúde.

A partir da entrada do usuário na comunidade terapêutica é que será repassado o recurso financeiro para atendimento desse residente. Deste modo, a comunidade fica totalmente responsável pelas necessidades deste residente, o qual não poderá mais realizar acompanhamento no CAPS AD. O SUS não financia dois atendimentos em saúde, sendo assim ou ele faz acompanhamento no CAPS AD ou faz acompanhamento na comunidade terapêutica. A visão do Estado é evidentemente de cunho econômico, pois a mera liberalidade em favor do usuário criaria uma confusão nos atendimentos, com possíveis perdas financeiras. Porém, o erro reside no fato do usuário não mais poder fazer tratamento no CAPS AD, caso esteja em tratamento na comunidade terapêutica. Porque cada doente vai apresentar um quadro específico de intoxicação e dependência. Assim, se a medida mais adequada, for o retorno para tratamento com medicamentos e acompanhamento psiquiátrico no CAPS AD, o Estado está cometendo um erro neste processo de atendimento. A entidade não se posiciona frente a esta situação, apenas não entende por que o CAPS AD não encaminha usuários para tratamento.

Os repasses dos recursos financeiros deverão ser utilizados exclusivamente para atividades que visem o cuidado em saúde para os usuários das entidades. No requisito financiamento, os recursos orçamentários previstos no edital que o gestor municipal fez o convênio são provenientes do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e integram o orçamento do Ministério da Saúde. (Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS).

O dinheiro foi solicitado pelo gestor de saúde Municipal ao Ministério da Saúde, após o convenio foi repassado Fundo Municipal de Saúde, que terá vigência de 12 meses, se não utilizado pela Secretaria de Saúde Municipal deverá ser devolvido ao Ministério da Saúde. O Governo devido à grande demanda de usuários de drogas e sendo considerado um caso de saúde pública precisou intervir fazendo convênios com gestores municipais e estaduais para fortalecimento da rede de

atenção a usuários de crack e outras drogas, assim articulando uma rede que utiliza o SUS e o SUAS na forma de parceria no atendimento e tratamento desses usuários. As Comunidades Terapêuticas participam do SUS de forma complementar, podendo realizar suas atividades por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – enquanto as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.

Oportuno é observar que neste ano de 2012 o modelo de tratamento, intervenção e controle para a dependência química adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema ambulatorial (baixa complexidade) e de atenção psicossocial (média e alta complexidade). Com esta estratégia, destacam-se as equipes de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e demais dispositivos de atenção primária, além do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), CAPS infantil (CAPSi, atendendo demanda de saúde mental até 18 anos incompletos) e CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD, trabalhando de forma mais direcionada à demanda de álcool e outras drogas). Conforme Pratta e Santos (2009) o uso de drogas atualmente é considerado um grave e complexo problema de saúde pública.

E segundo BRASIL (2003, p. 85) a defesa do Ministério da Saúde é que a função dos CAPS é prestar atendimento clínico preferencialmente de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ação intersetorial; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte e atenção à saúde mental na rede básica. Ou seja, o CAPS é um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e novas práticas. Em vez de excluir, media e disciplina, acolhe, cuida e estabelece a ponte com a sociedade”.

Esta nova postura da política pública tem diminuído a demanda das CTs e segundo a fala da secretaria de saúde existe a intenção por parte do governo de ampliar gradativamente os cuidados aos dependentes químicos a ponto de ter uma casa de acolhimento que funcionará em regime de hospedagem o que irá diminuir drasticamente a demanda de procura por uma comunidade terapêutica. Mediante as futuras

políticas públicas, para a comunidade terapêutica fica o desafio de buscar outras alternativas para abranger ou acolher ou talvez até mesmo assistir outro público. Porém, a realidade brasileira demonstra exatamente o oposto. O Governo não investe o suficiente e adequado nas estruturas de base, como a saúde, educação. Logo, sempre vai precisar do auxílio das entidades de iniciativa popular para suprir as demandas sociais, aquilo que deveria ser suprido pelo próprio Estado. Logo, mesmo com o aprimoramento dos CAPS AD, pode se tornar mais difícil a captação de recursos pelas CT, mas não a sua extinção.

### 3.1.3 A Negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com o Conselho Municipal da Assistência Social de Joinville e a Secretaria da Assistência Social na captação de recursos financeiros.

O diálogo da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com o Conselho Municipal de Assistência Social, iniciou-se quando a entidade buscou fazer a inscrição da entidade no serviço de Proteção Social Básica se enquadrando conforme o Art. 1º:

Aprovar a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, conforme anexos, organizados por níveis de complexidade do Sistema Único Assistência Social (SUAS): Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade [...] e na Proteção Social Básica b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. (Lei nº 109/09).

A própria entidade reconhece seu trabalho na ênfase de enfrentar as vulnerabilidades decorrentes das condições socioeconômicas e das situações de vida que resultam a pobreza, privação e na fragilização dos vínculos familiares, prevenindo situações de riscos por meio de desenvolvimento de potencialidade, de aquisição e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

O Conselho de Assistência Social pode ser compreendido como [...] a instância do Sistema Descentralizado

e Participativo da Assistência Social, de caráter permanente e deliberativo, de composição paritária entre governo e sociedade civil, em cada esfera de governo, propiciando o controle social desse Sistema. (Art. 2º da Resolução nº 237/06).

Nesse sentido o conselho está sempre aberto a entidade para prestar orientações, caso seja procurado. A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron sabe da importância do CMAS, por isso a entidade mantém representantes neste conselho, como também têm representação no Conselho da Mulher.

Como descrito em normas fixadas em lei no CMAS, existe uma ampla relação de documentos para requerer a inscrição no respectivo Conselho. Mas muitas entidades não conseguem se inscrever por falta de alguns desses documentos.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron mantém-se inscrita nesse Conselho, mas conforme a entidade o processo de inscrição é dificultada pelo excesso de documentação a ser apresentado aos órgãos do governo para se conseguir o convênio com o SUAS. A presidente da entidade salienta que quando um único documento precisa ser modificado, o Conselho solicita todos os demais também com nova data, retardando o andamento da negociação. No quadro 2 mostra as documentações exigidas para a inscrição no CMAS de Joinville.

- Cópia do estatuto (Registrado em cartório e última página autenticada);
- Ata da eleição da diretoria em vigor (Registrada em cartório);
- Plano de ação;
- Relatório de atividades do exercício anterior;
- Demonstração financeira do exercício findo;
- Alvará sanitário;
- Reconhecimento de Utilidade Pública Municipal, através de lei;
- Cópia de RG, CPF e comprovante de residência do Presidente, Vice-presidente, Secretário e Tesoureiro;
- Termo de Permissão de Uso do Terreno, ou registro no Cartório de Imóveis, ou Declaração de Cessão do espaço/ propriedade particular ou cópia do contrato de locação do imóvel;
- Cópia do CNPJ (atualizado);
- Registro no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, quando já existente;
- Registro de estabelecimentos mantidos.

QUADRO 2 – Relação de documentos para inscrição no CMAS

FONTE: Conselho Municipal de Assistência Social de Joinville

Como mostra no quadro anterior as documentações exigidas pelo CMAS para inscrição das entidades dependem dos serviços de outros estabelecimentos, dentre eles o cartório,

aonde as entidades vão precisar retirar cópia autenticada do estatuto e também da ata de eleição. Diante disso o processo se torna dispendioso de tempo e de despesas para obtenção desses documentos para as entidades que solicitam a inscrição.

Podemos perceber no período de estágio na Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, um desgaste físico e psicológico da presidente, que além das atividades que realizada diariamente na entidade, mantém outros vínculos como seu trabalho e também com sua família. Não esta sendo fácil ter a responsabilidade há tantos anos, e como presidente é ela que toma as decisões, com auxilio da parte técnica para orientá-la e ajudá-la, se necessário.

Outros profissionais trabalham na entidade como uma assistente social e uma psicóloga, dentista (voluntário), monitores e coordenador (voluntárias) além de estagiários de serviço social, não são muitos funcionários, mas conseguem fazer as atividades propostas pela entidade as internas e ao Município. Mas devido a demanda de atividades internas e externas da instituição, pode haver a falta de tempo por parte da entidade em se relacionar, assim a entidade compreende que existe alguns conflitos que são ocasionados pela dificuldade de comunicação com os órgãos públicos, outras dificuldades estão intrínsecas às pessoas envolvidas no processo pela dualidade de lidarem com suas emoções, como no caso da própria fundadora que atua mais fundamentada nas próprias emoções e ainda tem dificuldade de compreende as configurações da política pública em que a entidade está inserida. Portanto na negociação sempre levar em conta os interesses opostos que cada lado defende. De um lado a defesa de um trabalho técnico defendido pelas políticas públicas e por outros o trabalho voluntário e religioso defendido pela entidade.

Já o CMAS relata que mantém com as entidades cadastradas um canal de comunicação direto através de comissão interna do conselho, ou seja, o Conselho sempre chama as entidades para esclarecer dúvidas que possam aparecer. O próprio Conselho reconhece que a negociação nesse ponto, às vezes acontece opiniões divergentes devido a falta de informação das entidades sobre a legislação dos Conselhos. O diferencial é que sem a inscrição as entidades não podem ser credenciadas e conseqüentemente não conseguem firmar convênios em nenhum nível, seja âmbito local, estadual e

federal. Por isso a grande dificuldade de celebrar convênios públicos por parte das entidades. E quem tem a inscrição, recebe toda a orientação e fiscalização adequada, hoje a inscrição é indeterminada, não impedindo a perda da inscrição se averiguada alguma irregularidade.

Segundo o próprio Conselho eles se mostram bem flexíveis quando constatado alguma irregularidade leve nas visitas as entidades inscritas. A entidade é orientada a resolver essa questão, tendo um tempo determinado pelo Conselho, normalmente até a próxima visita, para a resolução do problema.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron mantém inscrição no Conselho como prestadora de serviço de atendimento básico que pode ser entendido [...] como aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de proteção social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidades ou risco social e pessoal. (Resolução nº16/10).

Com a inscrição no Conselho a entidade pode ao longo dos anos firmar convênios (contratos) com a Secretaria da Assistência Social de Joinville, tudo legalmente, os repasses financeiros foram para aumentar a capacidade de atendimentos outros para a manutenção do serviço desenvolvido com os usuários, utilizando assim, os recursos do Fundo da Assistência Social.

Os recursos do Fundo Municipal da Assistência Social são cofinanciados pelo nível estadual pelo Fundo Estadual da Assistência Social (FEAS) e no nível Federal através do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e uma contrapartida do Município, conforme os níveis de complexidade de atendimentos oferecidos pelo Município contratante. No caso do Município de Joinville o Executivo Municipal que gera os Fundos Municipais que também são sustentados através de arrecadações municipais através de contribuições, serviços de terceiros/pessoa física, serviços de terceiros/pessoa jurídica a nível municipal. Mas é Conselho Municipal de Assistência Social que estabelece as prioridades: crianças, idosos, deficientes, pessoas que precisam desse apoio financeiro.

Esses recursos do FNAS são destinados ao custeio dos serviços e programas socioassistenciais, mas recentemente houve uma alteração na Lei Orgânica da Assistência Social

(LOAS) Julho de 2011, que permite que parte do recurso federal seja direcionada ao pagamento dos trabalhadores da assistência social nos municípios, estados e no Distrito Federal.

A regulamentação da porcentagem é de responsabilidade do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). (MDS, 2011). Foi estipulado até 60% para esses pagamentos pelo CNAS. Assim o município de Joinville pode contratar profissionais para atender na assistência social de Joinville, podendo utilizar até 60% dos recursos federais para pagamento da folha desses funcionários e poderá utilizar os 40% dos recursos para pagamento de materiais de custeio dos serviços e programas socioassistenciais do município.

As formas de transferência de recursos financeiros estipulado para o Lei orçamentária de 2012 pode ser através de transferência por convênio da Assistência Social ou transferência de recursos via Fundo da Assistência Social.

Os recursos do Fundo da Assistência Social são repassados pela Prefeitura e especificamente voltados as prioridades assistenciais no Município, após contratos com instituições públicas e privadas sem fins lucrativas, através dos convênios é feito o repasse para atividades prestadas por elas. A entidade poderá optar em contrato se aplicação será para materiais de custeio ou para folha de pagamento não podendo destinar todo o benefício para a folha mas poderá destinar se necessário todo o benefício para material de custeio conforme o setor de convênios da Secretaria de Assistência Social, conforme dados levantados através de visitas institucionais ao Conselho Municipal da Assistência Social e a Secretaria da Assistência social de Joinville.

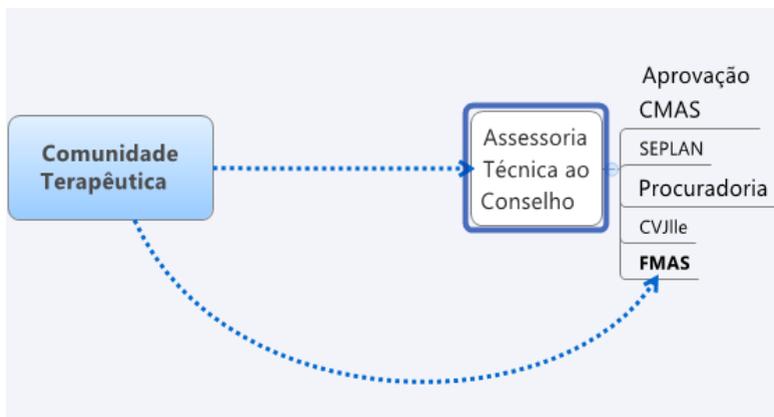


FIGURA 4 – Processo de convênio com a Secretaria de Assistência Social de Joinville

FONTE: Os autores 2012.

O processo de convênio com a Secretaria da Assistência Social, inicialmente acontece a análise do plano de trabalho (ação) no setor de Assessoria técnica ao Conselho que fará a averiguação das conformidades com a legislação pertinente. Após é encaminhado para aprovação do Conselho Municipal da Assistência Social, se aprovado volta a SAS, onde serão exigidos mais alguns documentos pelo setor de convênios depois será encaminhado a SEPLAN (Secretaria do Planejamento Orçamento Econômico e Gestão) da prefeitura onde fará o contrato do convênio onde encaminha para o Jurídico para análise dos recursos financeiros para o convênio, e tudo estiver de acordo será encaminhado a Câmara de Vereadores de Joinville, que aprova, depois das assinaturas de todos os envolvidos no contrato, e sendo então encaminhado ao Executivo Municipal para pagamento a entidade utilizando os recursos do Fundo Municipal da Assistência Social. A entidade se compromete a prestar contas do recebimento desse recurso financeiro.

Para convênios para atendimentos de vagas oferecidas pelo município no ano de 2012 conforme a proteção na área social somente deverá acontecer por credenciamento, aonde deverá ser feito pedido de credenciamento junto a Secretaria de Assistência Social órgão gestor do Município. Foi aberto um

edital pelo Município de Joinville através da Secretaria de Assistência onde abriu inscrições para o credenciamento de entidades, programas e/ou projetos da rede socioassistencial de Assistência Social.

Nesse edital havia vagas em todos os níveis de atendimento (básico, proteção social especial de média complexidade e de alta complexidade). O município ofereceu as vagas, mas somente entidades cadastradas nos Conselhos, que apresentarem a documentação necessária para prestar o serviço, poderão pleitear as vagas. Nesse convênio receberá o cofinanciamento do recurso financeiro por vagas de atendimento e ainda conforme o que saiu no edital (Edital Nº 001/2011 de 10 de Agosto de 2011 SAS). O quadro 3 mostra os respectivos valores por vagas, na atenção social básica:

| Proteção Social Básica  |       |                                 |                      |                   |
|---|-------|---------------------------------|----------------------|-------------------|
| Serviço, Programa ou Projeto  | Nível | Quantidade de vagas disponíveis | Valor unitário (R\$) | Valor total R\$   |
| Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para idosos             | B     | 250                             | R\$ 30,00            | 90.000,00         |
| Capacitação sócioprofissional   | B     | 415                             | R\$ 45,00            | 224.100,00        |
| Serviço de socialização familiar e comunitária desenvolvido com gestantes   | B     | 30                              | R\$ 50,00            | 18.000,00         |
| Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos – criança e adolescente | B     | 200                             | R\$ 55,00            | 132.000,00        |
| <b>TOTAL PROTEÇÃO BÁSICA</b>  | -     | <b>895</b>                      | -                    | <b>464.100,00</b> |

QUADRO 3 – Descriminação em valores por vagas para Proteção Social Básica.

FONTE: Edital nº001/2011 SAS

As condições do credenciamento são universais e, portanto, sob mesmas condições para todos, razão pela qual são **formalizadas seguindo disposições rígidas e inegociáveis**, em que se obrigam tanto a Secretaria Municipal de Assistência Social como os interessados, após o deferimento de seu credenciamento ser responsabilizadas pelo o que foi concordado. (Edital Nº 001/2011 SAS) Grifo nosso.

Como a Prefeitura não possuía uma regulamentação para firmar convênios com instituições, com o credenciamento trará maior igualdade em questões de repasses financeiros oferecidos as entidades credenciadas, segundo a Secretaria da Assistência Social, as entidades receberam por vagas de atendimentos, com valores fixos contratados pelo edital.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron se inscreveu conforme as vagas disponíveis de proteção social básica, se aprovada poderá atender uma demanda maior de mulheres e adolescente do que atualmente, a entidade tem capacidade para atender até 50 internas. O credenciamento da entidade está em tramitação. A negociação se torna cansativa para a entidade que precisa estar em pleno funcionamento de suas atividades internas e externas e ainda estar fazendo todo esse trabalho com a SAS, que não podem ser flexíveis, porque seguem rigorosamente a lei, tornando o processo muito burocrático para uma entidade.

A Secretaria da Assistência Social deixa claro que as entidades não devem funcionar somente com recursos oriundo de convênios, mas que se tornem auto geridas, que tenham como ser administradas com outras fontes de recursos financeiros.

Percebeu-se, em nosso estágio que a CTRS mantém outros vínculos de arrecadações de recursos financeiros para manter suas atividades funcionais. Esses recursos também aparecem na prestação de contas para o município.

Atualmente a entidade está com um convênio em tramitação para prestação de atendimentos de 10 usuárias pela entidade na Secretária Assistência Social.

Em nossa vivência de estágio foi observado que grande demanda das usuárias que chegavam à Comunidade Terapêutica Rosa de Saron vinham encaminhadas do convênio que a entidade tinha com a prefeitura de Joinville, em segundo por intermédio de particulares e uma minoria encaminhadas pelo Ministério Público.

A partir desses convênios a entidade conseguia atender muito além da demanda desses contratos, estendendo para aquelas internas que não tinham nenhum recurso financeiro, que também eram atendidas pela entidade. Os gastos que não são poucos são levantados pela entidade no plano de ação para firmar o convênio assim conseguindo estabelecer uma

porcentagem de atendimentos durante a vigência do contrato com o município.

Mesmos que os recursos, sendo poucos, devido aos custos altos, a entidade ainda oferecia roupas, sapatos e até enxoval para as gestantes que com frequência eram internadas nessa entidade, esses materiais a mais muitas vezes não contabilizados nos atendimentos contratados, eram oferecidos de doações que a entidade recebia.

O uso de dinheiro público aplicam-se os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência da Administração Pública. Assim os gestores de entidade podem responder civilmente pelo gasto de dinheiro público. Por fim os recursos financeiros públicos devem ser utilizados com consciência tanto por parte dos governantes como as instituições públicas e privadas. Um dos grandes entraves das Comunidades Terapêuticas não regulamentadas, nos conselhos e nas secretarias e até da prefeitura, é que elas ficam a margem das políticas públicas, vivendo somente de doações e voluntariado, trabalhando muitas delas pelos princípios espirituais e de filantropia. Não que essas entidades não sejam conhecidas dos conselhos, mas não conseguem se articularem com toda a rede sócio assistencial do Município por não responderem a legislação atual.

#### 3.1.4 A negociação da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron com o Conselho Municipal da Criança e Adolescente na captação de recursos financeiros

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA de Joinville, como preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, é um órgão paritário, composto por membros da Sociedade Civil e do Poder Executivo Municipal.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron deve manter-se inscrita por que além de prestar serviços de atendimento por meio do serviço de Convivência de fortalecimento de vínculos, ela faz acolhimento institucional. Sendo assim, é fundamental manter seu funcionamento, especificamente na casa que atua com crianças e adolescentes conforme o ECA no art.90 "as entidades são responsáveis pela manutenção das próprias

unidades, assim como pelo planejamento e execução de programas de proteção e sócio-educativos destinados a crianças e adolescentes, em regime de:

- I- orientação e apoio sócio-familiar;
- II- apoio sócio-educativo em meio aberto;
- III- colocação familiar;
- IV- acolhimento institucional;
- V- liberdade assistida;
- VI- semiliberdade;
- VII- internação”.

A entidade cadastra sua área de atuação no CMDCA, que as mantém vinculadas ao Conselho Tutelar e a autoridade Judiciária. Nesse sentido a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron atende também as menores encaminhados pelo Ministério Público.

Para pleitear recursos financeiros, do Fundo Municipal da Criança e Adolescente, somente acontece por intermédio de projetos que são encaminhados ao CMDCA. A figura 5 mostra o processo para os convênios com recursos do Fundo Municipal da Criança e Adolescente via CMDCA.

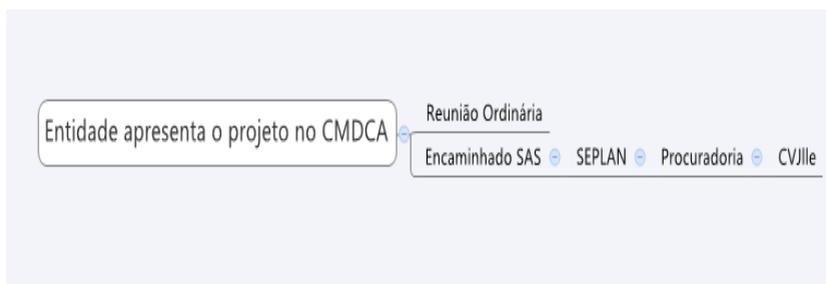


Figura 5 - Processo do convênio com CMDCA

Fonte: Os autores 2012.

Partindo do pressuposto de que a entidade já está inscrita no conselho, segundo o conselheiro do CMDCA, a entidade apresenta o projeto que pretende realizar, como por exemplo, o pagamento de professores de informática. O conselho analisa o intuito daquele projeto, dentre outras variáveis como quantidade de pessoas beneficiadas, área de abrangência do projeto, se está de acordo com o Estatuto da Criança e

Adolescente. Depois de atendidos os requisitos básicos de admissibilidade, encaminha o projeto à reunião ordinária onde será votado. No caso de ser aprovado, sairá em forma de resolução, que será encaminhada ao SAS. Nela, serão solicitados mais alguns documentos para o convênio da entidade e Secretaria da Assistência Social. Toda essa documentação será encaminhada ao SEPLAN (Secretaria do Planejamento Orçamento Econômico e Gestão) da prefeitura que fará o contrato (minuta) do convênio que será encaminhado ao Jurídico, o qual fará a análise de recursos financeiros para o convênio. E, estando tudo de acordo o projeto será encaminhado à Câmara de Vereadores de Joinville para votação. Depois de aprovado, todos os envolvidos no contrato, ou seja, a Secretaria da Assistência Social e entidade solicitante assinam, para finalmente ser encaminhado ao Executivo Municipal para pagamento. O próprio Conselheiro explicou que o gargalo para liberação dos convênios está na Câmara de Vereadores de Joinville, podendo demorar de 30 a 40 dias. Por isso ele ressalta da importância de projetos bem feitos e com propósitos específicos para os seus fins. Começando a partir de então, outra etapa, que é a de prestação de contas da entidade ao município.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron pode firmar convênios com a utilização do FMACA em forma de subvenção social. No ano de 2005 foram efetuadas melhorias na segurança das usuárias, como colocação de tela soldada galvanizada e de um portão de ferro junto ao pórtico

O CMDCA é um órgão independente que delibera, formula e controla as políticas públicas voltadas para o atendimento à criança e ao adolescente, criada pela Lei nº 3.795 de 02/07 de 1998, é o CMDCA que gere o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – FMDCA também conhecido como FIA – Fundo da Criança e Adolescente, ele foi criado para captar recursos destinados ao atendimento de políticas, programas e ações voltadas para a prevenção, promoção e defesa da criança e do adolescente. Esses recursos são oriundos do imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, de multas e de outras fontes de recursos que lhe forem destinados. (Cartilha CMDCA, 2008)

Também mantém todos os registros das entidades que atuam na defesa e garantia dos direitos das crianças e

adolescentes, bem como de seus programas e projetos, zelando para que esta ação seja realizada acordo estabelecido no ECA.

Atualmente a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron está em tramitação um convênio com a Secretaria de Assistência Social para pleitear com recursos do Fundo Municipal dos Direitos Da Criança e do Adolescente.

A entidade sabe da importância do trabalho que realiza na vida de crianças e adolescentes, por isso está constantemente buscando formas de captação de recursos financeiros, para atender adequadamente mesmo que seja por intermédio dos Conselhos e da própria Prefeitura Municipal de Joinville.

## SUGESTÕES DE MELHORIAS

Sugere-se a criação de um Procedimento Interno (PI) descritivo para a padronização das atividades e responsabilidades. Observou-se que algumas atividades são realizadas sem o estabelecimento de normas padronizadas. Defende-se que com a implantação de manuais de normas, rotinas, fluxos e procedimentos nas atividades operacionais do ambiente irão nortear as ações e definição quem é quem no desenvolvimento das atividades e quais suas responsabilidades no processo organizacional.

Sugere-se a criação de convênios com universidades da região para firmar contratos com voluntários e estagiários. Observa-se em relação ao quantitativo de pessoal da instituição, existe um déficit de pessoal ocasionado pelo fato dos voluntários serem insuficientes e nem sempre capacitado e a organização não tem verba disponível para contratação.

Sugere-se que a entidade que disponibilize a passagem para os voluntários que se encontram-se em condições de dificuldade, isto poderia ser incluída nos projetos de captação de recursos junto aos Conselhos. Defende-se esta sugestão em referência a sugestão anterior e em vista de que muitos voluntários têm desejo de participar do trabalho de voluntariado, mas não tem condições para pagarem o transporte até a instituição.

Sugere-se a criação de site institucional da entidade onde fornecerá as informações para que as pessoas interessadas no serviço da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron possam acessar. Hoje já é possível fazer um site gratuito pela internet. A manutenção deverá ser feito quando a entidade tiver alguma nova informação para acrescentar, somente será necessário acesso a internet haja vista a entidade já possuir.

Sugere-se lançar uma campanha de compra ou campanha de doação de um carro para resolver parte do desafio de conseguir alguém para acompanhar as usuárias até o Posto de Saúde, PA, CAPS AD ou CAPSi. Observou-se que o voluntário

que havia tempo normalmente não tinha condições financeiras para manter um carro à disposição.

Sugere-se que se capacite uma das voluntárias, ou mesmo que se contrate uma profissional para estar verificando os editais de fundações e os fundos do governo federal, estadual e municipal que a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron possa estar recorrendo. Este profissional estará conversando com as secretarias do município, com os vereadores e deputados para se inteirar dos projetos em andamento.

Sugere-se que a Comunidade Terapêutica Rosa de Saron faça um projeto para pleitear com recursos do FMDCA a contratação de um professor de informática, para administrar aulas de computação as residentes, por tempo determinado em contrato. Como a entidade já possui computadores para aulas de informática, só falta o profissional competente para estar ensinando desde atividades básicas até avançadas em computação as residentes. Assim a entidade poderia começar a investir em projetos que visem os atendimentos as residentes, como contratação dos profissionais como professores de idiomas, pintura em tela dentre outros, utilizando os recursos do FMDCA.

Sugere-se que se reúnam em forma de colegiado deliberativo a assistente social, a psicóloga e o odontólogo para as tomadas de decisões no âmbito das melhorias administrativas e das negociações para captação de recursos. Com esta sugestão haverá a descentralização e a distribuição compartilhada das responsabilidades que atualmente recaem quase que exclusivamente sobre a presidenta. Sugere-se também que a frequência desta reunião seja semanal para que a resolutividade das questões estejam de acordo com as necessidades e que as soluções sejam realizadas em tempo oportuno.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Governo Federal, tem buscado por meio das políticas públicas, atenuar a deficiência das estruturas de base, como a assistência social e a saúde, permitindo por lei, a atuação das comunidades terapêuticas, que são entidades de iniciativa privada sem fins lucrativos, com vistas a atender usuários de substâncias psicoativas e pessoas que se apresentem em situação de risco social. Estas entidades, surgiram da própria necessidade do povo, de serviços sociais básicos, que deveriam ser ofertados pelo Estado. Em contrapartida, o próprio Estado utiliza-se do serviço destas entidades, como recurso paliativo.

Para que ocorra a boa negociação entre Governo e entidades há a necessidade da observância de diversos procedimentos técnicos de negociação. Lembrando que sempre deverão primar pela ética, bom senso, em suma, honestidade e razoabilidade nos processo negociais. Uma boa preparação faz a diferença, haja vista o negociador já chegar com a documentação correta para fechar o acordo, com a ciência daquilo que se pretende no resultado da negociação de forma clara, diminuindo o tempo esperado para a efetivação da negociação.

Toda negociação vai apresentar um conflito, em maior ou menor grau, porque as negociações por sua própria natureza apresentam interesses opostos ou diferentes. A calma, o respeito, a transparência, a boa comunicação e o controle das emoções, são fatores que devem ser constantemente trabalhados, pois são instrumentos fundamentais para a superação desses conflitos negociais.

As comunidades terapêuticas, por prestarem serviços diretamente a um público determinado, são submetidas ao controle social ao qual estão inseridas, ou seja, pela própria comunidade que recebe o serviço, pelos conselhos sociais, pela prefeitura, pelo Poder Judiciário, dentre outros. Os conselhos sociais têm por função fiscalizar estas entidades, para o seu adequado funcionamento. Para estas comunidades terapêuticas poderem obter recursos financeiros por intermédio de convênios, devem estar obrigatoriamente inscritas em seus respectivos conselhos de atuação. E evidentemente, devem atender aos

requisitos determinados em lei para a efetivação da liberação destes recursos. Dentro do universo das comunidades terapêuticas, existem outras formas de captação de recursos financeiros, oriundos de doações privadas, bem como trabalhos de voluntariado.

A Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, objeto do presente trabalho, é considerada pela política de Assistência Social como socioassistencial e atualmente também reconhecida pela política de saúde, como gênero de serviços de atenção em regime residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos da lei. Ou seja, a entidade pode fazer convênios inclusive com a saúde. Os aspectos negociais da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, em se tratando da captação de recursos para a sua manutenção, se caracterizam pelo recebimento mensal do subsídio do Ministério da Saúde, via Prefeitura. E na assistência social, a entidade tem um convênio com a Secretaria da Assistência Social, recebendo verbas do Município, via Fundo Municipal da Assistência Social pelos serviços prestados. E também poderá receber recursos financeiros da Política de atenção a criança e ao adolescente via Fundo Municipal da Criança e do Adolescente do Município. No caso das doações, elas ocorrem advindas de particulares, bem como a cobrança de um valor simbólico mensal para atendimentos de usuárias de famílias, que não foram encaminhadas pelos convênios. A pesquisa mostra que se não fossem os convênios, seria quase inviável a manutenção da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, porque atualmente ela não tem outra forma de captação de rendimentos fixos mensais. As doações têm ficado sujeitas à mera liberalidade dos doadores, são de caráter esporádico. Mas os atendimentos não são interrompidos, mesmo com todas estas dificuldades.

Assim, a hipótese de deficiência para a captação de recursos financeiros na seara negocial, foi confirmada. A metodologia de trabalho escolhido foi adequada e suficiente para alcançar os propósitos do trabalho. A bibliografia apresentou-se um pouco escassa, no que diz respeito à negociação de comunidades terapêuticas com órgãos públicos, haja vista apresentarem-se mais bibliografias voltadas para a administração em sentido amplo. Contudo, pôde-se aproveitar com propriedade, importantes conceitos da seara administrativa, os quais se enquadraram perfeitamente para ilustrar e explicar o

processo negocial da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, por serem conceitos universais da área administrativa. Sugere-se para a melhoria tanto administrativa da entidade, quanto negocial para a captação de recursos, a desconcentração da autoridade do fundador, canalizando-a para um órgão colegiado deliberativo.

Contudo, o referido órgão, para se evitar problemas de comunicação, deverá, além da tomada em conjunto das decisões, não possuir membros envolvidos em política partidária, e estar dividido em grupos de pelo menos duas pessoas que fiquem responsáveis por uma área específica de atuação. Porque, na ausência ou impossibilidade momentânea de um agente, fica o outro atuando, não ficando deste modo descoberto a área de sua responsabilidade. Foi importante esse trabalho de conclusão de curso porque foi além do conhecimento adquirido em sala de aula, podemos levar para o campo de estágio, utilizando este conhecimento para compreender o processo de negociação de uma Comunidade Terapêutica, em seu entorno para a captação de recursos financeiros. Mesmo para quem já trabalha com a captação de recursos públicos e privados, sempre há mudanças na forma de negociar, tanto para adequar a instituição para formalizar contratos como elevar o conhecimentos dos participantes da negociação na instituição.

Outrossim, se faz importante destacar as diversidades de formas de negociação percebendo-se que as negociações de modo geral não são apenas negociação pronta e acabada. Elas mudam, se transformam qual sejam, um dever ser dentro das atividades. Conclui - se que em se tratando de comunidades terapêuticas em virtude da evidente deficiência do Estado em suprir as necessidades básicas da sociedade, prescindindo do auxílio dessas entidades e de outro lado as dificuldades de diversas ordens que se apresentam para as comunidades terapêuticas sempre o negociador terá de ser criativo para encontrar o sucesso no sentido de solucionar cada caso que será apresentado.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Paulo Mauricio. **Técnicas de Negociação**: Por que Negociação. Disponível em: <[http://triangolos.com.br/ae/presentes/tecnicas\\_negociacao.pdf](http://triangolos.com.br/ae/presentes/tecnicas_negociacao.pdf). > Acesso em: 08 mar.2012.

AÇÃO, Plano de. Comunidade Terapêutica Rosa de Saron. Joinville. Plano de ação 2011, entregue ao Conselho Municipal da Assistência Social. Ano Base 2010.

ADEODATO, João M. **Filosofia do Direito**. São Paulo: Saraiva, 1996.

ANASTASI, Tom. **Negociação personalizada**: guia prático para acordos positivos e duradouros. São Paulo: IBRASA, 1996.

ANTUNES, Silvana Melo Santos. **Relatório de Mapeamento**. Joinville: Comunidade Terapêutica Rosa de Saron, 2011. Relatório entregue ao Conselho Regional de Assistência Social. Ano Base 2010. 23p.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. **Programa Álcool e Drogas** - Hospital Israelita Albert Einstein publicado no Site "Álcool e Drogas sem Distorção", 15 de agosto de 2003. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as\\_137.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm)> Acesso dia 30 mai. 2012.

BADARACCO, Jorge. **Comunidade Terapêutica**: Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. 288p. Disponível em: <<http://books.google.com.br/books?id=KEszWJSq-38C&pg=PA96&dq=COMUNIDADE+TERAP%C3%8AUTICA&hl=pt-BR&sa=X&ei=EkLST8DrJubC6AGjk7GWAw&ved=0CFMQ6AEwAQ#v=onepage&q=COMUNIDADE%20TERAP%C3%8AUTICA&f=false>> Acesso em: 20 fev.2012

BRANDÃO, Adalberto; Spinola, Ana Tereza; YANN, Duzert. Negociação 3.ed. **ROTEIRO DE CURSO 2010.1** Disponível em: <<http://academico.direito-rio.fgv.br/ccmw/images/8/8b/Negocia%C3%A7%C3%A3o.pdf>> Acesso em dia 16 abr.2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.179, 20 de Maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)> Acesso em dia 20 abr. 2012.

BRASIL. **Lei nº 5.622, 25 de Setembro de 2006.** Cria o Conselho Municipal de Assistência Social e o Fundo Municipal de Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/form\\_vig.pl](http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/form_vig.pl)> Acesso em 23 abr.2012.

BRASIL. **Lei nº 8.742, 07 de Dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm) > Acesso em 13 mai.2012.

BRASIL. **Lei Ordinária nº 3.725, 02 de Julho de 1998.** Dispõe sobre a Política dos Direitos da Criança e do Adolescente, cria o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Conselho Tutelar, e revoga a Lei nº 2.627, de 17 de Janeiro de 1992. Disponível em: <<http://www.democraciaparticipativa.org/files/pesquisafinep/CMD CA-Joinville-Lei1.pdf> >Acesso em 10 mai.2012

BRASIL. **Lei nº 5.290, 02 de setembro de 2005.** Disciplina o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.saudejoinville.sc.gov.br/ downloads/ conselho/ResolucaoLegislacao/LEI5290.pdf](http://www.saudejoinville.sc.gov.br/downloads/ conselho/ResolucaoLegislacao/LEI5290.pdf) > Acesso em 29 mai. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 131, de 26 de Janeiro 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html). > Acesso em 29 mai.2012.

BRASIL. **Resolução nº 16, 05 de maio de 2010.** Define os parâmetros nacionais para a inscrição das entidades e organizações de assistência social, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais nos Conselhos de Assistência Social dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/legislacao/assistenciasocial/resolucoes/2010/Resolucao%20no16-2010/view> > Acesso dia 13 mai. 2012.

BRASIL. **RDC 29, 29 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. Disponível em:< <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html> > Acesso dia 13 mai. 2012.

BRASIL. **RDC 101, 30 de Maio de 2001.** Regulamento técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas – Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Disponível em:< [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101\\_01rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm) > Acesso dia 13 mai. 2012.

BRASIL. JOINVILLE. **Jornal do Município de Joinville** Publicado em: 27 de maio de 2011. Ano 17 nº 879, Sexta-feira. Disponível em: <http://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/96801fa9889a2d23da09081d89eae3ba.pdf> Acesso em 20 de mai. 2012.

BRASIL. JOINVILLE. **Edital de Credenciamento nº 001/2011**. Disponível em:  
< <http://www.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/32-Secretaria%2Bde%2BAssist%C3%Aancia%2BSocial.html> >  
Acesso em 23 mai.2012.

BRASIL. JOINVILLE. **Portaria nº 040/2011/SMS-** Jornal do Município. Publicado em 27 de outubro de 2011. Ano 17 nº903 quinta feira. Disponível em: <  
<http://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/089610bdaeb622f807e60640ff6584fa.pdf>> Acesso dia 20 mai.2012.

BRASIL. SANTA CATARINA. **Decreto nº 13.008, de 22 de Junho de 2006**. Regulamenta o sistema de controle interno no Poder Executivo, criado pela Lei Municipal nº 5.045 de 30 de Junho de 2004, alterada pela Lei nº 5.387 de 16 de Dezembro de 2005 e dá outras providências. Disponível em <  
<http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/showinglaw.pl> >  
Acesso em 23 abr. 2012.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD S.A, 1996. 152 p.

CARVALHO, Horácio Martins de. **Introdução a Teoria do Planejamento**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1979.

CARLIM, Ivo V. **Ética e Bioética**. Florianópolis: Novo Direito A.M.C, 1998.

CHIAVENETO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. Os novos horizontes em administração. São Paulo: Markon Books do Brasil, 1999.

CHRISTOPHER, Elizabeth M. **Técnicas de negociação**. 9.ed. São Paulo: Clio, 2009.

CMDCA - Conselho Municipal os Direitos da Criança e do Adolescente. **Orientações para a elaboração de projetos para o fundo da infância e adolescente-FIA**. Santa Catarina/Joinville. 2008.

CNM- Confederação Nacional de Municípios. **Pesquisa sobre situação dos crack nos municípios brasileiros -2010.** Disponível em: <[http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010\\_Mapeamento\\_do\\_Crack\\_nos\\_municípios\\_brasil\\_geral.pdf](http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_Mapeamento_do_Crack_nos_municípios_brasil_geral.pdf)> Acesso dia 16 mai.2012.

COSTA, Selma Frossard. **As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química.** In: Serviço Social em Revista. V.11, nº2, Jan/Jun 2009, Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <<http://www.ssrevista.uel.br/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABlicas%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICASCOM%20REVIS%C3%20DO%20AUTOR.pdf>>. Acesso em: 15 abr.2012.

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da Filosofia.** São Paulo: Saraiva, 1996

DUZERT, Yann. SPINOLA, Ana Tereza; BRANDÃO, Alberto. **Negociação empresarial.** São Paulo: Saraiva 2009 <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/7766/Gustavo%20Broilo.pdf?sequence=1>> Acesso em: 16 abr.2012.

ECA – **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 10 mar.2012.

FARIA, Jeovani Gomes de; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **O perfil dos usuários do CAPSAD- Blumenau e as políticas públicas em saúde mental.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>> Acesso dia 26 mai.2012.

FILHO, Roberto Lyra. **O que é Direito.** Rio de Janeiro: Brasiliense, 1982.

FISHER, Roder; URY, Willian. **Chegar ao sim: negociar acordo sem ceder.** 1981. In: THOMPSON, Leigh L. O Negociador. São Paulo: Pearson, 2010.

FREUD, James C. **A arte da negociação**. São Paulo: Best Seller, 1992.

GOLEMAN, Daniel. **Trabalhando com a Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

GOMES, Geraldo José. TAVARES, Eduardo Corrêa. VIANA, Luiz Cláudio. **Orçamento Público e o Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente 2010**. Disponível em: <[http://www.sst.sc.gov.br/cedca/FIA\\_Cartilhaorcamento\\_infancia\\_adolescente.pdf](http://www.sst.sc.gov.br/cedca/FIA_Cartilhaorcamento_infancia_adolescente.pdf)> Acesso em 13 mai. 2012.

HARVEY, Bob. **A Arte para o Sucesso nos Negócios**. São Paulo: Universo dos Livros, 2011.

JONES, Maxwell. **A Comunidade Terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. 117 p. Disponível em: <[http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes\\_chap&id=00006302&lng=pt&](http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00006302&lng=pt&)> Acesso em 30 de mai. 2012

KNUNES – **26° Laboratório Digital é instalado em SC**. Postado por Jura Arruda 09 de Fevereiro, às 14:40, 2012. Disponível em < <http://knunes.com.br/webtv/?p=1164>> Acesso em 11 mai. 2012

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Sociologia Geral**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEON, Georg de. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Loyola, 2003 p. 483. Disponível em: < <http://books.google.com.br/books?id=xU8Wo0vcnAQC&printsec=frontcover&dq=comunidade+terapeutica&hl=pt->

[BR&sa=X&ei=6FvBT7DMHYWE8QJSJ0924Cw&ved=0CE0Q6AEwAA#v=onepage&q=comunidade%20terapeutica&f=false](http://www.scielo.br/ha/v12n25/a03v1225.pdf)>  
Acesso dia 10 mai.2012.

LOPES, José Sérgio Leite. **Sobre processos de “ambientação” dos conflitos e sobre dilemas da participação.** Universidade Federal do Rio de Janeiro – Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n25/a03v1225.pdf>> Acesso em: 24 abr.2012.

MARTINELLI, Dante. **Negociação Empresarial-** Enfoque sistêmico e visão estratégica. LTDA São Paulo: Manole, 2002.

MDS - **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome**, 2010. Disponível em: Documentos Básicos para Subsídios da Comissão de Conselhos. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/cnas/comissoes-tematicas/comissao-de-conselhos/debates-apresentacoes>> Acesso em 13 mai.2012

MEURER, Belini. **A violência em Construção.** Joinville: Catarina de Alexandria, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD / MS-** Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme o estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital\\_comu\\_therapeuticas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_comu_therapeuticas.pdf)> Acesso em 29 mai.2012.

MORRIS, Tom. **E se Harry Potter dirigisse a General Electric?** Sabedoria de liderança do mundo dos bruxos. São Paulo: Planeta do Brasil, 2006. 41p.

OBID- Obsevatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Subvenção Social.** Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11327&rastru=SUBVEN%C3%87%C3%83O+SOCI](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11327&rastru=SUBVEN%C3%87%C3%83O+SOCI)> Acesso em 14 mai.2012

OBID- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Tratamento/modelos/comunidades terapêuticas**. Disponível em:

[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11420&rastror=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAutica](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11420&rastror=TRATAMENTO%2FModelos/Comunidade+Terap%C3%AAutica)> Acesso dia 19 mai 2012.

PORTAL DA SAÚDE. **Conselho Municipal de Saúde**. Disponível em:<

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1039](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1039)> Acesso dia 29 mai. 2012.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antônio dos. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução**. Psicologia: Teoria e Pesquisa Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>> Acesso dia 19 mai.2012.

SÁ, Antonio Lopes de. **Ética Profissional**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1998. 95 p.

SANTOS, Raimundo dos Santos. **Metodologia Científica: a instrução do conhecimento**. 6.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006. 196 p.

SEBRAE - Políticas Públicas: Conceitos e Práticas. Série Políticas Públicas. 2008. v.7. p.48. Minas Gerais. Disponível em: <

[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/\\$File/NT00040D52.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/bds.nsf/E0008A0F54CD3D43832575A80057019E/$File/NT00040D52.pdf)> Acesso dia 20 mai.2012.

SENADO FEDERAL. **Constituição Federal de 05 de Outubro de 1988**. Disponível em:

<[http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf)> Acesso em 13 mai.2012.

SDS - Secretaria do Desenvolvimento Social. **Resolução nº109, de 11 de Novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de

Serviços Socioassistenciais. Disponível em <  
<http://www.mds.gov.br/acesso-a-informacao/legislacao/assistenciasocial/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf/view>>  
Acesso em 16 mai.2012

SOUZA, Erondina Postai. **A aplicação da inteligência emocional nos meios judiciários**. 2003. 100 f.. Monografia (Bacharelado em Direito) – UNIVILLE, Faculdade da Região de Joinville, Santa Catarina.

SST- Secretaria do Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação. **Sistema de organização e funcionamento dos CMAS**. Disponível em < [www.sst.sc.gov.br/.../Controle-Social-no-CMAS-de-Joinville.ppt](http://www.sst.sc.gov.br/.../Controle-Social-no-CMAS-de-Joinville.ppt)> Acesso em 13 de mai.2012.

STARK, Peter B. **Aprenda a Negociar** - O manual de táticas Ganha/Ganha. São Paulo: Littera, 1998.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Negociações e tomadas de decisões na Saúde**. 1. ed. São Paulo: látria, 2010.

TELES, Maria Luzia Silveira. **Sociologia para jovens: iniciação a sociologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

THOMPSON, Leigh L. **O Negociador**. São Paulo: Pearson, 2010.

TRINDADE, Douglas. **Orçamento Social em organizações sem fins econômicos**. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <<http://virtualbooks.terra.com.br/osmelhoresautores/download/Orcamentosocial.pdf>> Acesso em dia 17 abr.2012.

TRUMP, Donald. SCHWARTZ, Tony. **Trump: A arte da negociação**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus,1989.

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

SILVA, Jaqueline Chaves. **Reflexões acerca da Lei nº 11.346/2006.** 2010. 94 f.. Monografia (Bacharelado em Direito) – UNIVALI, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina. Disponível em: <<http://siaibib01.univali.br/pdf/Jaqueline%20Chaves%20da%20Silva.pdf>> Acesso dia 26 mai. 2012.

RAUPP, Luciane Marques; SAPIRO, Clary Milnitisky. **Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes:** o caso da drogadição. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/07.pdf>> Acesso dia 26 mai. 2012.

RAUPP, Luciane Marques; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. **A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica:** o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 361-368. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722008000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300013)> Acesso dia 26 mai.2012

## APÉNDICE

## **Apêndice 1- Roteiro da entrevista semiestruturada.**

1. Quais as dificuldades da entidade?
2. Como é a relação com as políticas públicas?
3. Como funciona e quem faz as negociações?
4. Existe negociação com o Governo?
5. O Governo ajuda com alguma verba?
6. A entidade trabalha com contratos?
7. Qual a maior dificuldade que a entidade enfrenta?
8. Qual é a capacidade de atendimento?
9. Tem algum tipo de financiamento?
10. Existe algum convênio?
11. A entidade recebe doação?
12. Como é a relação com a comunidade?
13. Tem atendimento gratuito?
14. Qual a concepção da entidade sobre os Conselhos Municipal da Assistência e da Criança e Adolescente, como órgão fiscalizador e orientador da entidade?
15. A entidade já conseguiu compreender a lógica das políticas públicas que a entidade está inserida? Tem alguma dificuldade interna desse entendimento?
16. A entidade se mostra aberta as novas configurações das políticas públicas?
17. Como a entidade trabalha, mesmo sem um quadro mais amplo de profissionais com bagagem técnica, a entidade reconhece essa necessidade e dificuldade de conseguir mais pessoas, haja vista que a entidade tem em seu fundamento o trabalho voluntario? Como a entidade lida com isso?
18. As adequações exigidas pelas políticas públicas vão de encontro das concepções e das condições financeiras da instituição?
19. Os projetos junto a SAS, hoje precisam de contrapartida financeira, visto que os projetos proposto com o CMDCA não precisam ser através de dinheiro em espécie?
20. A entidade ainda mantém o convênio com a Secretaria de saúde? O CAPS AD está encaminhando usuários?

ANEXOS

## Anexo 1- História de vida da fundadora da Comunidade Terapêutica Rosa de Saron

Trabalho rosa de Saron desde meus 21 anos de idade. Comecei trabalhei no hospital são José no qual permaneci por 3 anos ,depois no ano de 1982 trabalhei atras das grades no presidio de Joinville onde trabalhei também 3 anos, levando para morar nos fundos da minha casa 5 jovens tirado de traz das grades, sem familia. La dentro da prisão levei dentista para extrair dentes(os que sobrarão) e mandei fazer dentaduras,enfim foi uma assistência, com roupas chinelos, blusa de lã e remédios .

Em 1984 vi o valor do trabalho e o resultado foi muito bom, casei vários jovens que saíram de la, ajudando a construir seu lar doando vestidos das noivas e ajudando ainda os homens a trabalharem , me ajudando na construção da casa rosa de Saron.

Em 1984 comecei a comunidade terapêutica chalom no bairro vila nova para homens. Então internava os moços, mas não tinha como tratar os jovens. Foi então em 1993, que resolvi doar nossa casa junto com meu esposo Norberto Ritzman, quando fizemos a escritura no nome da instituição. Morávamos junto com as moças, por 13 anos dei tudo o que possuíamos na época, nesta mesma época fechamos uma loja , que nos tínhamos no local , enfim era muito bom, eramos uma grande familia la no 2º piso fiquei sem fogão, sem geladeira, e a comida era tudo igual .

Depois de uma cirurgia, contraí vírus hospitalar, e prometi à DEUS que se ELE me curasse do câncer que tinha no útero e ovário eu daria minha casa para fazer o bem, graças a DEUS consegui. Então depois que já tinha aberto a comunidade terapêutica na rosa de saron ,em nossa casa , havia mais um sonho.

Mas esse sonho era um grande sonho,sonhos de DEUS, de construir uma grande casa para poder trabalhar e tratar os dependentes químicos menores de idade .

Mas olhando a situação, não tinha como , pois o nosso trabalho era totalmente gratuito, ali tínhamos ate 32 jovens, eram de todos os públicos, pois nosso trabalho é religioso, sem olhar cor ou credo , as situações são precárias, conta as usuárias.

Enfim nosso alvo é a recuperação das dependentes, contando a cada dia com DEUS, para fazer o melhor .Então o sonho da nova casa chegou, foi quando também ganhamos um grande terreno da prefeitura, na rua Wally Volmann ,na época em 2001, era nosso prefeito, Luiz Enrique da Silveira. E tínhamos um jovem que me ajudou muito na época, então , ele foi para Espanha , la esse jovem, o Gérson, começou a trabalhar em uma Organização não governamental , que ajudava os outros países do mundo. Foi quando chegou nossa oportunidade, não existia coincidência , foi DEUS quem preparou este lugar para o Gérson trabalha, pois eu tinha convicção, pois DEUS já havia falado, que eu iria construir uma grande casa, então temos na rua Wally Volmann nº191 no bairro nova brasilía, uma casa de 1.163 metros quadrados que construímos com o dinheiro da Espanha. DEUS é fiel.

Então hoje funciona as menores na casa nova, e a casa que iniciou na rua Antônio Carlos n º 95 ,trabalhamos com as dependentes químicas , maiores de idade.

Então hoje sou muito feliz em poder construir com as familias que sofre, este preço tão grande, que é a recuperação,e a volta ao lar. E na ética humana parece sem solução , o crack , cocaína, maconha, merla, LSD, êxtase e álcool, enfim, vieram do inferno para acabar com o que é mais importante para DEUS, o ser humano .Ela não escolhe idade ou classe social. O pior ela vem querendo ser uma solução mas olhe só a ilusão , tira primeiro o seu valor, joga no fundo do poço tira do emprego ,do seio da família, joga nas prisões, enfim, lá esta a esperança do futuro que se foi no caixão. E nós que cremos em DEUS e sabemos que ELE tem todo o poder, pois ELE veio para curar e libertar todos os oprimidos Jesus tem todo o poder.

*Isabel Ritzman*

**Anexo 2- Relação de documentos necessários para convênios e subvenções:**

| Nº | DOCUMENTOS NECESSÁRIOS   | N | S |
|----|--|---|---|
| 1  | Ofício de solicitação em papel timbrado da entidade, dirigida ao Prefeito ou memorando do Secretário da área que concederá o benefício;  |   |   |
| 2  | Plano de Trabalho preenchido, rubricado e assinado (também disquete ou e-mail);  |   |   |
| 3  | CNPJ da entidade – original impresso (internet);   |   |   |
| 4  | Cópia, autenticada em cartório, do Certificado de Inscrição no CMAS/CME;   |   |   |
| 5  | Cópia, autenticada em cartório, do Atestado de Funcionamento emitido pelo CMAS/CME/CMS; (conforme o caso)  |   |   |
| 6  | Resolução do CMS (para entidades ligadas da Secretaria Municipal de Saúde);  |   |   |
| 7  | Cópia, autenticada em cartório, do Estatuto Social da entidade, devidamente registrado em cartório;  |   |   |
| 8  | Cópia, autenticada em cartório, do Balancete Financeiro do exercício anterior devidamente aprovado pelo Conselho Fiscal da Instituição;  |   |   |
| 9  | Relatório de atividades a serem realizadas no período do convênio;   |   |   |
| 10 | Cópia, autenticada em cartório, da Lei de Utilidade Pública Municipal ou Certidão da Câmara de Vereadores que reconheça a utilidade pública;   |   |   |
| 11 | Cópia, autenticada em cartório, da Ata de Posse da atual Diretoria da entidade;  |   |   |
| 12 | Cópia, autenticada em cartório, do RG e do CPF do Presidente da Instituição;   |   |   |
| 13 | Certificado de Regularidade do FGTS – original impresso (internet) <a href="http://www.caixa.com.br">www.caixa.com.br</a>  |   |   |
| 14 | Certidão Negativa de Débitos do INSS – original impressa (internet) <a href="http://www.dataprev.gov.br/consultas/cons-empresas.shtm">http://www.dataprev.gov.br/consultas/cons-empresas.shtm</a> ;  |   |   |
| 15 | Certidão Negativa de Débito Municipal;   |   |   |
| 16 | Declaração de Funcionamento regular da entidade 3(três)anos, expedida pela Câmara de Vereadores;   |   |   |
| 17 | Certidão de Regularidade da Secretaria da Receita Federal (SRF) e da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional(PGNF), que pode ser obtida via internet, através do endereço <a href="http://receita.fazenda.gov.br">http://receita.fazenda.gov.br</a> ; |   |   |
| 18 | Certidão de Regularidade da Secretaria de Estado da Fazenda (SEF), que pode ser obtida via internet, através do  |   |   |

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
|    | endereço <a href="http://www.sef.sc.gov.br">http://www.sef.sc.gov.br</a>   |  |  |
| 19 | Declaração de Responsabilidade de recebimento, aplicação na forma do avençado e prestação de contas dos recursos públicos;   |  |  |
| 20 | Alvará Sanitário   |  |  |
| 21 | Declaração de Contrapartida*   |  |  |
| 22 | Declaração de Adimplência*   |  |  |
| 23 | Certidão Negativa de Débito de Prestação de Contas *   |  |  |
| 24 | Comprovante de Titularidade do Imóvel quando se tratar de reforma (obras)  |  |  |
| 25 | No caso de obras ou serviços de engenharia, apresentar projeto básico com, no mínimo, 1 orçamento, contendo um conjunto de elementos que defina a obra ou serviço que possibilite a estimativa de seu custo e prazo de execução, segundo as respectivas fases ou etapas; |  |  |
| 26 | No caso de obras ou benfeitorias, apresentar a escritura de propriedade do imóvel, emitida pelo Cartório de Registro de Imóveis;   |  |  |
| 27 | No caso de aquisição de equipamentos, materiais permanentes ou de consumo, apresentar relação dos bens a serem adquiridos com quantidade, custo unitário e custo total.  |  |  |

**Anexo 3- Resolução – RDC nº29, de 30 de Junho de 2011****Ministério da Saúde  
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.

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

**Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde**

**Anexo 5- Portaria nº 131, de 26 de Janeiro de 2012****Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 131, DE 26 DE JANEIRO DE 2012**

Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe que as Regiões de Saúde devem conter entre suas ações e serviços mínimos com a atenção psicossocial;

Considerando a Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre os requisitos de segurança para o funcionamento das instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Considerando a Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 448, de 6 de outubro de 2011, que resolve que a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial no que se refere ao não-isolamento de indivíduos e grupos populacionais; e considerando a gravidade epidemiológica e social dos agravos à saúde relacionados ao uso do álcool, crack e outras drogas, resolve:

## CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

§ 1º Os Serviços de Atenção em Regime Residencial são os serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas.

§ 2º As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria.

Art. 2º O incentivo financeiro de custeio instituído no art. 1º será da ordem de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária.

§ 1º O número total de residentes na entidade beneficiária não pode ultrapassar 30 (trinta);

§ 2º O valor do recurso financeiro de que trata o caput desse artigo será incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos respectivos Estados, Municípios e do Distrito Federal, e destina-se a apoiar o

custeio de entidade pública ou parceria com entidade sem fins lucrativos.

§ 3º O recurso financeiro de que trata este artigo deverá ser utilizado exclusivamente para atividades que visem o cuidado em saúde para os usuários das entidades.

Art. 3º O deferimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria ocorrerá na seguinte proporção:

I - ente federado que possua CAPS AD III poderá solicitar incentivo financeiro para apoio a um Serviço de Atenção em Regime Residencial, com até 2 (dois) módulos de 15 (quinze) vagas, para cada CAPS AD existente; e

II - ente federado que possua apenas CAPS do tipo I ou II, que acompanhe de forma sistemática pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, poderá solicitar incentivo financeiro para apoio a um Serviço de Atenção em Regime Residencial, com 1 (um) módulo de 15 (quinze) vagas, para cada CAPS I ou II existente.

## CAPÍTULO II

### DOS REQUISITOS PARA O FINANCIAMENTO

#### Seção I

#### Do Pedido de Financiamento

Art. 4º Os entes interessados no recebimento do incentivo instituído no art. 1º deverão integrar Região de Saúde que conte com os seguintes componentes em sua Rede de Atenção Psicossocial:

I - pelo menos 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), preferencialmente Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas III (CAPS AD III);

II - pelo menos 1 (uma) Unidade de Acolhimento Adulto;

III - serviço hospitalar de referência para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas; e

IV - retaguarda de atendimento de urgência (SAMU e Pronto-socorro ou Pronto-atendimento ou Unidade de Pronto Atendimento).

Art. 5º O pedido de financiamento deverá ser direcionado à Área Técnica de Saúde Mental do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Área Técnica de Saúde Mental do

DAPES/SAS/MS), com cópia para a respectiva Secretaria de Saúde estadual, e conterà os seguintes documentos:

I - ofício do gestor de saúde local com as seguintes informações:

- a) indicação completa da entidade beneficiária;
- b) indicação do profissional responsável, na Secretaria de Saúde, pelo monitoramento da entidade beneficiária, com nome completo, cargo exercido e informações de contato;
- c) compromisso de conformidade do Serviço de Atenção em Regime Residencial, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria;

II - licença atualizada da entidade beneficiária, de acordo com a legislação sanitária;

III - comprovação da existência e do efetivo funcionamento da entidade beneficiária há pelo menos 3 (três) anos quando da publicação desta Portaria;

IV - projeto técnico apresentado pela entidade beneficiária, com a observância dos requisitos estabelecidos nesta Portaria; e

V - Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (CEBAS).

Parágrafo único. No caso de pedido de financiamento para entidades com residentes há mais de 30 (trinta) dias na data do pedido de financiamento, o pedido será instruído também com relatório do gestor municipal de saúde acerca da condição desses residentes, indicando-se o seguinte:

I - identificação e características dos residentes, especialmente sexo, idade, cor, escolaridade, diagnóstico, naturalidade e local de residência prévia;

II - data de entrada na entidade na permanência atual;

III - datas de entrada e de saída em permanências anteriores na mesma entidade, quando for o caso; e

IV - responsável pela indicação clínica de entrada na entidade, com nome completo, categoria profissional e serviço de saúde a que esteja vinculado.

## Seção II Do Projeto Técnico

Art. 6º Os projetos técnicos elaborados pelas entidades prestadoras de serviços de atenção em regime residencial estarão embasados nas seguintes diretrizes:

I - respeitar, garantir e promover os direitos do residente como cidadão;

II - ser centrado nas necessidades do residente, em consonância com a construção da autonomia e a reinserção social;

III - garantir ao residente o acesso a meios de comunicação;

IV - garantir o contato frequente do residente com a família desde o início da inserção na entidade;

V - respeitar a orientação religiosa do residente, sem impor e sem cercear a participação em qualquer tipo de atividade religiosa durante a permanência na entidade;

VI - garantir o sigilo das informações prestadas pelos profissionais de saúde, familiares e residentes;

VII - inserção da entidade na Rede de Atenção Psicossocial, em estreita articulação com os CAPS, a Atenção Básica e outros serviços pertinentes; e

VIII - permanência do usuário residente na entidade por no máximo 6 (seis) meses, com a possibilidade de uma só prorrogação por mais 3 (três) meses, sob justificativa conjunta das equipes técnicas da entidade e do CAPS de referência, em relatório circunstanciado.

§ 1º O período de permanência do usuário residente anterior ao recebimento do incentivo financeiro instituído no art. 2º será contado para fins de apuração do prazo máximo previsto no inciso VIII deste artigo.

§ 2º Em casos de permanência já superior a 6 (seis) meses quando do recebimento do incentivo financeiro instituído no art. 2º, o Projeto Terapêutico Singular conterà planejamento de saída em até 3 (três) meses após o início do repasse do incentivo financeiro.

### Seção III

#### Do Funcionamento do Serviço de Atenção em Regime Residencial

Art. 7º O serviço de atenção em regime residencial passível de financiamento, nos termos desta Portaria, deverá observar as diretrizes de funcionamento estabelecidas nesta Seção.

Art. 8º A definição do funcionamento interno das entidades prestadoras de serviço de atenção em regime residencial será de responsabilidade do respectivo coordenador técnico, respeitados os seguintes requisitos mínimos:

- I - direito do usuário residente ao contato frequente, com visitas regulares, dos familiares desde o primeiro dia de permanência na entidade;
- II - estímulo a situações de convívio social entre os usuários residentes em atividades terapêuticas, de lazer, cultura, esporte, alimentação e outras, dentro e fora da entidade, sempre que possível;
- III - promoção de reuniões e assembleias com frequência mínima semanal para que os usuários residentes e a equipe técnica possam discutir aspectos cotidianos do funcionamento da entidade;
- IV - promoção de atividades individuais e coletivas de orientação sobre prevenção do uso de álcool, crack e outras drogas, com base em dados técnicos e científicos, bem como sobre os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde;
- V - estímulo à participação dos usuários residentes nas ações propostas no Projeto Terapêutico Singular;
- VI - realização de reuniões de equipe com frequência mínima semanal;
- VII - manutenção, pela equipe técnica da entidade, de registro escrito, individualizado e sistemático contendo os dados relevantes da permanência do usuário residente; e
- VIII - observância às disposições contidas na Resolução nº 63, de 25 de novembro de 2011, da ANVISA.

### Subseção I

#### Da Estrutura dos Serviços de Atenção em Regime Residencial

Art. 9º A entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial estará instalada em:

- I - estrutura física independente e situada fora dos limites de unidade hospitalar geral ou especializada, inclusive hospital psiquiátrico; e
- II - local que permita acesso facilitado para a reinserção do usuário residente em sua comunidade de origem.

Parágrafo único. Fica vedado o uso de quarto de contenção e tranças que não permitam a livre circulação do usuário residente pelos ambientes acessíveis da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial.

Art. 10. A estruturação da entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial observará as Resoluções da

ANVISA de números 50, de 21 de fevereiro de 2002, e 29, de 30 de junho de 2011.

## Subseção II Da Equipe Técnica

Art. 11. Cada módulo de 15 (quinze) vagas para usuários residentes contará com equipe técnica mínima composta por:

I - 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação lato sensu (mínimo de 36 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e

II - no mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Art. 12. Os profissionais integrantes da equipe técnica da entidade prestadora de serviço de atenção em regime residencial deverão participar regularmente de processos de educação permanente, promovidos pela própria entidade ou pelos gestores do SUS.

## Subseção I Do Ingresso de Novos Usuários Residentes

Art. 13. O ingresso de residentes no serviço de atenção em regime residencial será condicionado ao consentimento expresso do usuário e dependerá de avaliação prévia pelo CAPS de referência. Parágrafo único. A entrada de novos residentes poderá ser indicada por Equipe de Atenção Básica, em avaliação conjunta com o CAPS de referência.

Art. 14. A avaliação para ingresso no serviço de atenção em regime residencial será realizada por equipe multidisciplinar e incluirá atendimento individual do usuário e, se possível, de sua família.

§ 1º A avaliação definida no caput levará em consideração os seguintes referenciais:

I - esclarecimento do usuário sobre:

a) o modo de funcionamento do serviço de atenção em regime residencial;

b) os objetivos da utilização do serviço de atenção em regime residencial em seu tratamento;

II - avaliação do risco de complicações clínicas diretas e indiretas do uso de álcool, crack e outras drogas, ou de outras condições de saúde do usuário que necessitem de cuidado especializado e intensivo de saúde que não esteja disponível em um serviço de saúde de atenção residencial transitória; e

III - proporcionar ao usuário, sempre que possível, uma visita prévia à entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial, para demonstração prática da proposta de trabalho.

§ 2º A avaliação definida no caput servirá de base para a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a ser registrado em prontuário do CAPS e/ou da Equipe de Atenção Básica.

## Subseção II

### Do Acompanhamento Clínico do Usuário Residente

Art. 15. O Projeto Terapêutico Singular deverá ser desenvolvido na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial, com o acompanhamento do CAPS de referência, da Equipe de Atenção Básica e de outros serviços sócio-assistenciais, conforme as peculiaridades de cada caso.

Art. 16. O CAPS de referência permanece responsável pela gestão do cuidado e do Projeto Terapêutico Singular durante todo o período de permanência do usuário residente na entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial.

Art. 17. A equipe técnica do CAPS de referência acompanhará o tratamento do usuário residente por meio das seguintes medidas:  
I - contato no mínimo quinzenal entre o usuário e a equipe técnica do CAPS, por meio de atendimento no próprio CAPS ou visita à entidade prestadora, com o registro de todos os contatos em prontuário;

II - realização do primeiro contato entre o usuário residente e a equipe técnica em até 02 (dois) dias do ingresso no serviço de atenção em regime domiciliar;

III - continuidade no acompanhamento dos familiares e pessoas da rede social do residente pela equipe técnica do CAPS, com a realização de no mínimo um atendimento mensal, domiciliar ou no próprio CAPS, e/ou com a participação em atividades de grupo dirigidas; e

IV - contato no mínimo quinzenal entre a equipe técnica do CAPS de referência e a equipe do serviço de atenção em regime residencial, por meio de reuniões conjuntas registradas em prontuário.

### Subseção III Da Saída do Usuário Residente

Art. 18. A saída do usuário residente será programada em conjunto pelas equipes técnicas do serviço de atenção em regime residencial e do CAPS de referência.

Art. 19. Na programação da saída do usuário residente, serão buscadas parcerias que visem a sua inclusão social, com moradia, suporte familiar, geração de trabalho e renda, integração ou reintegração escolar e outras medidas, conforme as peculiaridades do caso.

Art. 20. Em até 5 (cinco) dias antes da data prevista para a saída do usuário residente, as equipes técnicas do CAPS de referência e do serviço de atenção em regime residencial realizam reunião com a participação do usuário e de sua família.

Parágrafo único. Na reunião referida no caput poderá ser definida a permanência do usuário residente no serviço de atenção em regime domiciliar, com a reavaliação da programação de saída.

Art. 21. Todo usuário residente será livre para interromper a qualquer momento a sua permanência no serviço de atenção em regime domiciliar.

Parágrafo único. O usuário residente que manifestar a vontade de deixar o serviço de atenção em regime residencial será informado das consequências clínicas da saída antecipada.

Art. 22. O coordenador da entidade prestadora do serviço de atenção em regime residencial poderá interromper a permanência do usuário residente a qualquer tempo, conforme critérios técnicos e em consenso com a equipe técnica do CAPS de referência.

### CAPÍTULO III DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23. O repasse regular do incentivo financeiro de que trata esta Portaria ficará vinculado à continuidade do cumprimento de todos os requisitos estabelecidos nesta Portaria.

§ 1º As Secretarias de Saúde estaduais, municipais e distrital, com apoio técnico do Ministério da Saúde, estabelecerão rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação do repasse de recursos e do funcionamento das entidades beneficiadas nos termos desta Portaria.

§ 2º A aplicação dos recursos repassados e o cumprimentos dos requisitos estabelecidos nesta Portaria também serão monitorados pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/ SGEP/MS).

Art. 24. Os recursos orçamentários relativos às ações de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

Art. 25. Esta Portaria entra em vigor em 1º de fevereiro de 2012.  
ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

**Anexo 6- Edital nº001/2010/GSIPR/SENAD/MS**

**PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA  
GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL  
SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS  
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas

**Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD / MS  
PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E  
OUTRAS DROGAS**

Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme o estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

O Ministro Chefe do Gabinete Institucional da Presidência da República, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, o Ministro de Estado da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, no âmbito de suas respectivas competências, e considerando que:

- o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências;
- a magnitude do consumo prejudicial de substâncias psicoativas, especialmente o crack, associado ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens;
- a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de crack e outras drogas; e
- a necessidade de atender às demandas imediatas de estruturação, ampliação e fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde para o usuário de crack e outras drogas e seus familiares;

TORNAM PÚBLICO edital do processo seletivo que destina apoio financeiro a Municípios e Distrito Federal que apresentem projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme o disposto no inciso I do § 1º do art. 5º do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

## 1. DO OBJETO

Transferência de recursos financeiros públicos a Municípios e ao Distrito Federal, por 12 (doze) meses, destinados ao fortalecimento da rede de atenção a usuários de crack e outras drogas sem comprometimento clínico grave, por meio da utilização de leitos de acolhimento em Comunidades Terapêuticas, articulados com a rede SUS e SUAS do município.

## 2. DA SELEÇÃO

2.1. A participação no Processo Seletivo implica no envio ao Ministério da Saúde, pelo gestor local e com cópia para a respectiva Secretaria Estadual de Saúde, dos seguintes documentos:

- I - Ofício do gestor local solicitando o incentivo financeiro mensal;
- II – Parecer de avaliação do Conselho Municipal e/ou Estadual de Saúde.
- III - Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e Cópia autenticada da Carteira de Identidade do gestor municipal de saúde;
- IV – Designação pelo Gestor Local de uma Equipe de Referência mínima da rede SUS para acompanhar o usuário durante o período de acolhimento na Comunidade Terapêutica;
- V – Dados de identificação da Comunidade Terapêutica;
- VI – Cópia autenticada de: Registro de Identidade, CPF e currículos dos profissionais que compõem a equipe da Comunidade Terapêutica;
- VII – Proposta de Acolhimento da Comunidade Terapêutica a usuários de crack e outras drogas, contendo, necessariamente:
  - Estrutura física da Comunidade Terapêutica, com cópia da planta baixa;
  - Número de leitos a serem contratados;

- Descrição do território de abrangência onde serão utilizados os leitos (população e caracterização da área);
- Caracterização do consumo de crack e outras drogas no território de abrangência onde serão utilizados os leitos;
- Regulação de acesso aos leitos pela Gestão Local;
- Dentro de suas atividades, a Comunidade Terapêutica deverá promover a construção de um Projeto Terapêutico Individualizado, com a participação do usuário e, se possível, seu familiar, com alternativas de continuidade após a saída do estabelecimento;
- Articulação com programas de atenção integral da rede SUS e SUAS para usuários de crack e outras drogas, com vistas à continuidade do projeto de acolhimento após a saída do estabelecimento;
- Estratégias para a promoção da articulação e integração entre as redes locais e/ou intermunicipais de atenção à saúde e à assistência social.
- Descrição do fluxo das atividades realizadas no cotidiano do serviço da Comunidade Terapêutica;
- Descrição das ações desempenhadas por cada profissional que compõe a equipe da Comunidade Terapêutica, conforme indicado no item VI;

VIII. - Indicação de pelo menos três profissionais da CT para se matricularem em curso de capacitação à distancia a ser oferecido pela SENAD;

2.2. Os leitos de acolhimento das Comunidades Terapêuticas devem:

- Ser, exclusivamente, de caráter voluntário, além de condicionados a encaminhamento pelo serviço de atenção da rede SUS;
- Atender a usuários que necessitem de afastamento, período prolongado, do ambiente no qual se iniciou/desenvolveu/estabeleceu o uso de crack e outras drogas;
- Atender a usuários que obtiveram resultados positivos, em período anterior, em abordagens terapêuticas menos reclusivas do sistema público de saúde;
- Considerar o parâmetro populacional de um leito para cada 10 (dez) mil habitantes, até o limite máximo de 20 (vinte) leitos por instituição contemplada, e levando-se em conta prioridades de cobertura regional.

- Organizar-se de modo a atender demanda municipal ou regional, podendo os pequenos municípios associar-se na forma de cooperação intermunicipal.

2.3. A Comunidade Terapêutica selecionada deverá comprometer-se com as seguintes diretrizes clínicas:

2.3.1. Desenvolver ações integrais de intervenção em crise e de proteção e suporte social ao usuário durante todo o período de acolhimento;

2.3.2. Nortear as ações de cuidados por uma Proposta de Acolhimento Individual elaborado com a participação do usuário, do familiar e da Equipe de Referência da rede de saúde local;

2.3.3. Comunicar o acolhimento do usuário, no prazo de até 05 (cinco) dias, à Equipe de Referência da rede de saúde local e também à equipe de referência do SUAS;

2.3.4. Definir o tempo de permanência do usuário na instituição em comum acordo com a Equipe de Referência da rede de saúde local;

2.3.5. Constituir em seu quadro técnico pelo menos 01 (um) consultor em dependência química para cada 10 (dez) usuários;

2.3.6. Indicar 01 (um) profissional da rede de saúde local como responsável técnico pelo projeto de acolhimento dos leitos contratados.

2.4. A Comunidade Terapêutica selecionada deverá comprometer-se com as orientações sobre a linha de cuidado dos serviços:

2.4.1. Não permitir ações de contenção física, isolamento ou qualquer restrição à liberdade do usuário;

2.4.2. Preservar como direitos do usuário:

2.4.2.1 Receber pelo menos 01 (um) atendimento médico e 01 (um) atendimento em saúde mental, a cada 10 (dez) dias, seja por profissional do serviço seja por articulação com a rede de atenção de saúde local;

2.4.2.2 Não ser obrigado a participar de atividades de cunho religioso durante o período de acolhimento;

2.4.2.3 Receber visitas de familiares conforme a rotina da instituição.

2.4.2.4 Ter acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares durante o acolhimento, conforme a rotina de funcionamento da instituição;

2.4.2.5 Ter garantida sua privacidade pessoal, vestuário e objetos pessoais próprios;

2.4.2.6 Ter a garantia do cumprimento das orientações da Portaria MS nº 675 de 30 de março de 2006, que trata da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

2.5. A Comunidade Terapêutica selecionada deverá comprometer-se a articular com as redes locais SUS e SUAS:

2.5.1. As atividades desenvolvidas nas Comunidades Terapêuticas devem estar articuladas com as redes locais de saúde (SUS) e de assistência social (SUAS), para o adequado acompanhamento de cada caso, durante e após o período de acolhimento;

2.6 Se os leitos da Comunidade Terapêutica forem regionalizados, os demais municípios vinculados a essa Instituição deverão apresentar a documentação apresentada no item 2.1, acrescida de:

I – Ofício(s) do gestor(es) do(s) município(s) associado(s) com a adesão a Proposta de Acolhimento apresentada;

II – Parecer(es) de avaliação do(s) Conselho(s) Municipal (Municipais) de Saúde do(s) município(s) associado(s);

III – Nesse caso, haverá um termo de compromisso do gestor municipal que garanta transporte gratuito para o ingresso e a saída do usuário na Comunidade Terapêutica.

2.7. A documentação exigida deverá ser enviada para Ministério da Saúde Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, SAF Sul, Trecho 2, Bloco F, Ed. Premium Torre II, Térreo, Sala 13 CEP 70070-6000.

### 3. DA SELEÇÃO DE PROJETOS

A seleção dos Projetos será realizada por um comitê composto por representantes da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e do Ministério da Saúde (composto pelas Áreas Técnicas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e do Departamento DST/AIDS – Hepatites Virais). O edital estará disponível a partir de sua publicação no Diário Oficial da União (DOU) com o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias para a apresentação dos projetos.

Este prazo poderá ser renovado se não houver preenchimento das vagas disponíveis.

### 4. DO FINANCIAMENTO

4.1. O repasse federal será no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) aos Municípios como forma de incentivo mensal para cada leito utilizado, no período de 12 (doze) meses.

4.2 Os recursos orçamentários previstos neste Edital serão provenientes do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas e integram o orçamento do Ministério da Saúde.

4.3. A liberação dos recursos financeiros para os projetos aprovados neste Edital está condicionada à disponibilidade e/ou contingenciamento de recursos orçamentários do Governo Federal.

## 5. DO ACOMPANHAMENTO DA EXECUÇÃO

5.1. Os gestores municipais serão responsáveis por efetuar o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria que garantam o cumprimento do disposto neste Edital, observadas as prerrogativas e as competências compatíveis com cada nível de gestão.

5.2. Uma avaliação periódica será realizada por meio de instrumento de monitoramento *on line* desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

5.3 As Comunidades Terapêuticas, que tiverem leitos utilizados conforme o disposto neste Edital, deverão se submeter a processo avaliativo, promovido pela Senad, o qual contemplará aspectos relativos ao conhecimento técnico de seus profissionais e ao grau de satisfação dos usuários e seus familiares em relação aos serviços prestados;

5.4 Caberá à gestão municipal a fiscalização do funcionamento dos leitos no sentido de garantir que atendam às demandas de atenção aos de usuários de crack e outras drogas, sob pena de suspensão do incentivo concedido.

5.5 O Ministério da Saúde, por meio da SAS, e o Gabinete de Segurança Institucional, por meio da SENAD, constituirão Comitê Intersetorial de Acompanhamento das Comunidades Terapêuticas, com a finalidade de acompanhamento técnico, monitoramento, assessoramento e capacitação dos serviços implantados.

## 6. DO RESULTADO

O resultado do processo seletivo regulamentado por este Edital será publicado no Diário Oficial da União (DOU) e divulgado nos seguintes sítios eletrônicos:

[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br) , [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br) e [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

## 7. DA FORMALIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CONTRATAÇÃO

Os Municípios selecionados serão convocados, pelo Ministério da Saúde, uma única vez, para efetivarem a formalização do instrumento de contratação.

## 8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. Os projetos serão contemplados até atingir o montante financeiro de recursos disponíveis e provenientes do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

8.2. A escolha neste processo seletivo não gera para a União a obrigação de repasse de recursos financeiros às organizações concorrentes ou selecionadas.

8.3 O presente Edital está disponível nos seguintes sítios eletrônicos:

[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br), [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br) e [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

8.4. As ações de estruturação, ampliação e fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde e de assistência social para o usuário de crack e outras drogas e seus familiares fica condicionada às normas e legislações específicas emanadas pelos órgãos competentes.

8.5. As situações não previstas serão resolvidas pelo comitê previsto no item 5 deste Edital.

Brasília/DF, de setembro de 2010.

---

JORGE ARMANDO FELIX

Ministro de Estado Chefe do Gabinete de  
Segurança Institucional da Presidência da República

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Ministro de Estado da Saúde