



## RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

# SERVIÇO SOCIAL E A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS



Brasília (DF) - 2018

# RELATÓRIO DE FISCALIZAÇÃO

## SERVIÇO SOCIAL E A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

---

### **Organização da publicação**

#### ***Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi-CFESS)***

Solange Moreira (coordenação), Daniela Möller, Magali Régis, Mariana Furtado, Neimy Batista e Tânia Diniz

#### ***Comissão de Comunicação/CFESS***

Lylia Rojas (coordenação), Daniela Castilho, Daniela Neves e Joseane Couri

### **Revisão**

*Assessoria Especial: Cristina Abreu*

*Assessoria de Comunicação do CFESS: Diogo Adjuto e Rafael Werkema*

### **Capa**

Rafael Werkema

### **Diagramação**

Ideorama Comunicação

**Brasília - 2018**



#### **Nosso endereço**

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 2, Bloco C.Ed. Serra Dourada

Salas 312/318- CEP: 70300-902- Brasília- DF

Tel.: (61) 3223-1652 E-mail: [cfess@cfess.org.br](mailto:cfess@cfess.org.br) | Site: [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br)

***Conselho Federal de Serviço Social - CFESS***  
***Gestão É de batalhas que se vive a vida! (2017-2020)***

**PRESIDENTE** Josiane Soares Santos (SE)

**VICE-PRESIDENTE** Daniela Neves (RN)

**1ª SECRETÁRIA** Tânia Godoi Diniz (SP)

**2ª SECRETÁRIA** Daniela Möller (PR)

**1ª TESOUREIRA** Cheila Queiroz (BA)

**2ª TESOUREIRA** Elaine Pelaez (RJ)

**CONSELHO FISCAL**

Nazarela Silva do Rêgo Guimarães (BA),

Francieli Piva Borsato (MS)

Mariana Furtado Arantes (MG)

**SUPLENTE**

Solange da Silva Moreira (RJ)

Daniela Ribeiro Castilho (PA)

Régia Prado (CE)

Magali Régis Franz (SC)

Lylia Rojas (AL)

Mauricleia Santos (SP)

Joseane Rotatori Couri (DF)

Neimy Batista da Silva (GO)

Jane de Souza Nagaoka (AM)- licenciada



# SUMÁRIO

SERVIÇO SOCIAL E INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS  
COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL (RESUMO) ..... 7

1. INTRODUÇÃO ..... 8

2. INFORMAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE ASSISTENTES  
SOCIAIS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS..... 10

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS ..... 16

Referências Bibliográficas ..... 18



# SERVIÇO SOCIAL E INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL

**Resumo:** Trata-se de dados e informações coletadas por meio de visitas de fiscalização sobre a inserção de assistentes sociais em comunidades terapêuticas, realizadas pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) de 18 estados brasileiros e do Distrito Federal, nos anos de 2015 a 2016, conforme deliberação do 44º Encontro Nacional CFESS-CRESS. Tais dados foram organizados pela Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi), do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), no período de outubro/novembro de 2017. Objetiva subsidiar estudos e análises sobre o inserção de assistentes sociais em Comunidades Terapêuticas (CT). Além da pesquisa documental realizada por meio de leituras dos dezenove relatórios/documentos enviados ao CFESS, empreendeu-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tratamento de uso/abuso de substâncias psicoativas, umas das expressões da questão social.

**Brasília**  
**Março, 2018**

# 1. INTRODUÇÃO

O relatório ora apresentado é resultante de visitas de fiscalização com enfoque na inserção de assistentes sociais em Comunidade Terapêuticas (CT). As visitas foram realizadas por dezoito Conselhos Regionais de Serviço Social e uma Seccional de Base Estadual – 4ª Região/Pernambuco, 5ª Região/Bahia, 6ª Região/Minas Gerais, 8ª Região/Distrito Federal, 10ª Região/Rio Grande do Sul, 11ª Região/Paraná, 12ª Região/Santa Catarina, 13ª Região/Paraíba, 14ª Região/Rio Grande do Norte, 16ª Região/Alagoas, 17ª Região/Espírito Santo, 18ª Região/Sergipe, 19ª Região/Goiás, 20ª Região/Mato Grosso, 21ª Região/Mato Grosso do Sul, 23ª Região/Rondônia, 24ª Região/Amapá, 25ª Região/Tocantins e Seccional de Base Estadual/Roraima. Cabe registrar que a ausência de informação sobre as CTs por parte de alguns CRESS justifica-se, seja porque no seu quadro funcional não consta a/o assistente social, seja porque não existem essas instituições na região.

Trata-se de deliberação nº 11 do eixo da Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional (Cofi), aprovada no 44º Encontro Nacional CFESS-CRESS, realizado no período de 4 a 7 de setembro de 2015, na cidade do Rio de Janeiro (CFESS, 2015, p.8), que estabelece “realizar discussões/ações acerca do exercício profissional em Comunidades Terapêuticas” (CFESS, 2015, p.1). E reafirmada na deliberação de nº 17 da Comissão de Seguridade Social, na defesa da saúde pública e dos direitos<sup>1</sup> humanos.

“Defender posicionamento contrário à internação de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas, unidades acolhedoras e outras instituições congêneres (inclusive nas financiadas por verbas públicas, tendo em vista as denúncias de violações de direitos humanos nestes espaços, através de relatórios de inspeção já realizados, a exemplo dos relatórios do Conselho Federal de Psicologia e do Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Estado do Rio de Janeiro), defendendo a perspectiva de redução de danos e uma intervenção profissional e laica no tratamento dessas pessoas” (CFESS, 2015, p. 8).

Esse encaminhamento aos CRESS se efetivou conforme Ofício Circular CFESS no 184/2014, que trata das deliberações/ações relacionadas ao exercício profissional em Comunidade Terapêutica, bem como o Ofício Circular nº 164/2015, que indicou prioridades para a fiscalização do trabalho profissional. O CFESS solicitou ainda resultados da fiscalização nas CTs, por meio do Ofício Circular nº 94/2016.

---

1 Gestão Tecendo na luta a manhã desejada (2014-2017), Brasília, 28 de novembro de 2014



Sob essa orientação, as visitas foram realizadas nos anos de 2015 e 2016 e, em sua maioria, abordaram-se os aspectos indicados pelo CFESS no levantamento de informações, no que se refere à inserção de assistentes sociais nas CTs – vínculo empregatício com a instituição/entidade, remuneração, carga horária, atribuições e competências desempenhadas pela/o profissional de Serviço Social, tempo de trabalho na instituição, quantidade de assistentes sociais na equipe, existência de equipe interdisciplinar e as especialidades.

No que tange às instituições, o CFESS indicou o levantamento das informações sobre as atividades desenvolvidas com o público acolhido, data da fundação, tempo de funcionamento da instituição no estado, quantidade de vagas disponíveis e número de usuários/as atendidos/as e, por último, profissionais que compõem a equipe de trabalho.

A diversidade de informações documentais e a ausência de padronização das mesmas constituíram-se em desafios nesse processo de organização, principalmente porque algumas das respostas recebidas não seguiram as perguntas orientadoras indicadas pelo CFESS. A metodologia utilizada nesse trabalho foi, primeiramente, a organização dos dados enviados pelos dezoito CRESS e uma Seccional de Base Estadual. Em seguida, procedeu-se à leitura dos relatórios e compilação das informações registradas anteriormente.

Ademais, essa iniciativa objetiva organizar informações/dados e, ainda, apresentar subsídios que contribuam com estudos, análise crítica e adensamento do debate sobre essa temática, que envolve a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas. Assim, apresenta-se, nesse relatório, uma síntese geral das informações coletadas sobre Comunidades Terapêuticas, que demonstra a complexidade das relações nesse espaço institucional.

## 2. INFORMAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

No Brasil, segundo Alves (2009), a Comunidade Terapêutica (CT), em sua maioria, se configura como instituição não governamental que surge na década de 1970 e evidencia uma expansão significativa na década de 1990, momento em que o país assume uma agenda neoliberal.

Consubstanciado em estudiosos do assunto, em especial Maestri (2000), a CT, no início do século 20, alcança visibilidade por meio do movimento dos/as higienistas, constituído por profissionais de diversas áreas do conhecimento que integravam a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), que assume investimentos e campanhas no trato ao alcoolismo apreendido na superficialidade com viés moralista e preconceituoso. Cabe ressaltar que se trata de um fenômeno sócio-histórico que atinge a sociedade brasileira.

De acordo com Maestri (2000), a LBHM propagava campanhas antialcoólicas nas escolas, nas faculdades, nas indústrias, nas igrejas, dentre outros. E, ainda, apresentava normativas para ampliação dos impostos sobre o álcool, medidas regulatórias de fabricação, de comercialização e de consumo, em especial a proibição de sua venda aos domingos e feriados.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) institui a Resolução/RDC nº 101, de 30 de maio de 2001 (BRASIL, 2001a), que regula o funcionamento das CTs por meio de normas e de fiscalização, submetido ao controle dos conselhos de entorpecentes estaduais, municipais e do Distrito Federal e à Vigilância Sanitária. Essa resolução foi substituída pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), da Anvisa, datada de 30 de junho de 2011, RDC nº 29 (BRASIL, 2011b), que possibilita a participação da CT também no Sistema Único de Saúde (SUS). Deliberação que passa a vigorar por meio da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011c), em dezembro de 2011.

As instituições abrangidas por esta Resolução deverão manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação; cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado; fica vedada a admissão de pessoas cuja situação

requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição; as instituições devem explicitar em suas normas e rotinas o tempo máximo de permanência do residente na instituição; as instituições devem garantir respeito à pessoa e à família, independentemente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; as instituições devem garantir a permanência voluntária.

Assim, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), vinculada ao Ministério da Justiça, propicia, por meio de edital, a possibilidade de firmar convênio com comunidades terapêuticas (BRASIL, 2011c), com financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e, ainda, constituindo a rede de atenção em saúde mental.

Essa deliberação se traduz em um desafio a ser enfrentado, haja vista a atuação dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Ambos definem diretrizes para essa área de serviços; contudo, indicam orientações teóricas e técnicas divergentes. O Ministério da Saúde define a Redução de Danos como diretriz para a política de álcool e outras drogas; já o Ministério da Justiça, por meio da Senad, indica a abstinência e a internação de longa duração em comunidades terapêuticas. No entanto, o financiamento dos leitos nas comunidades terapêuticas é garantido pelo Ministério da Saúde, situação que contraria as diretrizes na prestação desses serviços na rede conveniada.

Quando da propositura de regulamentação das comunidades terapêuticas pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), o CFESS se manifestou contrário à sua regulamentação, ao se posicionar na defesa de

que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja realizado no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), dos hospitais gerais e dos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e, especialmente, na Lei nº 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica (CFESS, 2014).

Reafirma a concepção de que a “saúde é um direito de todos e dever Estado” (BRASIL, 1988) e, logo, daí a responsabilidade estatal na garantia das condições necessárias ao seu exercício, de modo a assegurar o “acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, conforme previsto, inclusive, pela Lei nº 8.080/1990” (CFESS, 2014).

Além disso, o CFESS entende que a regulamentação das CTs se efetiva de forma inade-

quada e indevida, pois “institucionaliza a apropriação de ‘eventuais resultados econômicos’ advindos deste trabalho” (CFESS, 2014), por meio da laborterapia desenvolvida pelos/as residentes acolhidos/as na CT, ao garantir as condições de funcionamento institucional em atividades de limpeza, de marcenaria, de consertos hidráulicos, de equipamentos, hortas, piscicultura, dentre outras, realizadas pelos/as mesmos/as, para garantir o funcionamento institucional. Institui ainda, o voluntariado na forma de prestação de serviços, que reproduz a precarização e a exploração da força de trabalho e modalidade que se soma à terceirização e privatização dos serviços, modalidade das relações trabalhistas que toma impulso no Brasil a partir dos anos 1990, com vistas a alcançar vantagens com a racionalização dos recursos humanos.

Para maior consistência da análise, considera-se necessária a organização das informações apreendidas pelos CRESS, para subsidiar reflexões relacionadas à inserção de assistentes sociais no espaço institucional das CTs, de forma a assumir encaminhamentos necessários no âmbito do Conjunto CFESS-CRESS.

Desse modo, apresenta-se a seguir um resumo desse trabalho realizado. São informações relevantes, que suscitam análise e debate sobre a inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas.

Essas devolutivas garantidas pelos 18 CRESS e a Seccional de Base Estadual contribuiriam efetivamente para uma aproximação da realidade que envolve a inserção da/o assistente social nestas instituições no Brasil. Consubstanciados nas leituras desses relatórios, é possível destacar alguns elementos significativos, que podem subsidiar estudos posteriores sobre o assunto. A seguir, apresenta-se uma síntese, contendo as informações gerais trazidas pelos CRESS, por meio dos relatórios.

As respostas de 18 CRESS e da Seccional de Base Estadual evidenciam dificuldades em localizar as comunidades terapêuticas nos estados. Dentre as 19 devolutivas, em dois estados brasileiros, não foram identificadas CTs que possuam assistentes sociais.

No que se refere à quantidade de assistentes sociais nas CTs – quase a totalidade possui somente um/a profissional; em nenhuma CT, foi encontrada mais de três assistentes sociais. Sobre o vínculo empregatício, predomina o trabalho voluntário e celetista, ainda que se evidenciem a prestação de serviços, pessoa jurídica, contratos temporários e informais. Registram-se duas CTs de propriedade de assistente social.

A carga horária predominante é de 30 horas semanais, com reduzida incidência em mais de 30h. No trabalho voluntário, a carga horária é inferior a 20 horas. Ocorre ainda a existência de carga horária indefinida. A média salarial de R\$ 1.850,00 aponta um valor inferior à média salarial presente em outros campos onde há inserção da categoria.

A equipe básica, em sua maioria, é composta de assistente social e psicólogo/a, com reduzida presença de demais profissionais – psiquiatra, clínico/a, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador/a físico/a, filósofos/a – e parte desses/as profissionais também exerce o voluntariado, na condição de integrante ou filiado/a ao campo religioso institucional.

As atribuições e competências registradas expressam-se na entrevista de triagem, no atendimento direto ao/à usuário/a, grupos e famílias, nos encaminhamentos para atendimentos de saúde, na elaboração de perfil socioeconômico das famílias, na condução de grupos de autoajuda aos/às familiares, na visitação aos/às residentes.

Além dessas atribuições e competências, foram relatados o envolvimento e o desenvolvimento de atividades na organização de seminários temáticos, de acordo com as demandas dos/as residentes, na elaboração e acompanhamento do Plano de Acolhimento Singular (PAS), do Plano Individual de Atendimento (PIA), em grupos operativos/grupos terapêuticos/escuta sensível, no acompanhamento de usuários/as nas CTs em suas necessidades e direitos, na escuta qualificada no ingresso do/a interno/a com orientações sobre as normas da instituição, na elaboração de relatórios sociais para acesso a direitos sociais (previdenciários e judiciais).

Ainda conforme as informações coletadas, a/o assistente social empreende ações de promoção e viabilização da participação dos/as jovens em eventos educativos e culturais de natureza preventiva ao uso de drogas nas escolas e na comunidade, na representação da instituição em conselhos municipais e estadual de políticas e política antidrogas, na participação em reuniões de planejamento e avaliação das atividades institucionais, na elaboração de instrumentais de trabalho para registros de informações e sistematização das atividades, na supervisão de estagiários/as e elaboração de relatórios sociais para subsidiar processos judiciais e outros.

Acrescentam-se às atividades a organização de material técnico e administrativo dos/as usuários/as, elaboração de projetos sociais para captação de recursos, “anamnese social”, acompanhamento da “reinserção social”, aconselhamento dos/

as internos/as, para a sua participação em grupos externos (AA e Amor Exigente), aplicação de testes para identificação do nível de dependência, denominados “AUDIT” e “ASSIST” (somente um relato).

Nos relatórios, evidenciam-se outras atividades de cunho religioso- aulas, cultos, oração, leitura da Bíblia (“como intervenção divina de salvamento da alma e obediência”)- grupos de espiritualidade, laborterapia na realização de diversos serviços – serralheria, horta, piscicultura, serviços domésticos, dentre outros- parceria com um empresário/a e produtor/a de alimentos e na implantação de um curso na área de produção agrícola (em uma CT), tratamento medicamentoso, orientação no cumprimento dos 12 Passos<sup>2</sup> do AA, grupos associados às 64 tarefas do Método Minnesota (EUA) de esporte e lazer, oficinas temáticas com familiares, atendimento espiritual, físico e psicológico, atividades terapêuticas, palestras temáticas, atividades de entretenimento (jogos, biblioteca, filmes, academia), grupos operativos, de autoajuda, de prevenção à recaída, articulação com unidades de saúde, atividades socioeducativas (palestras, dinâmicas de grupo), treinamento individual para o tra-

---

2 Os Doze Passos (para os Alcoólicos Anônimos) são:

- “1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir essa mensagem aos alcoólicos e praticar esses princípios em todas as nossas atividades.” <http://www.aaonline.com.br/ver.php?id=1&secao=1>, <Acesso em 25 de out. 2017.

balho, atividades preventivas na comunidade, por meio de voluntários/as e egressos/as da “Fazenda”. No trabalho voluntário de uma assistente social sem equipe de apoio, constatou-se a ausência de plano de trabalho definido e a profissional alegou que presta orientações diversas quando solicitada.

Os relatórios dos CRESS registram informações adicionais: a criação da entidade Comunidade Terapêutica em Rede (Conter), que visa a aglutinar as CTs e o seu fortalecimento; o processo de regularização e organização da Federação de Comunidades Terapêuticas no Distrito Federal. Uma das CTs visitadas é parte de uma rede que possui 116 “Fazendas” em 15 países e em 25 estados brasileiros.

O tempo de funcionamento das CTs, em média, é de 14 anos, a mais antiga tem 30 anos e a mais recente, 2 anos. No que tange à quantidade de usuários/as atendidos/as, prevalece uma média de 40, sendo que foram identificadas instituições que atendiam 120 e outras com 12 residentes.

As informações contidas nos relatórios analisados evidenciam que, nas CTs visitadas, os sujeitos atendidos são tratados como “pacientes”, reforçando a dimensão “pessoal”, da “responsabilidade”, forjada em valores religiosos, da “espiritualidade”, da “honestidade”, do “amor” e da “solidariedade”, de forma descontextualizada das determinações econômicas e sociais e sem considerar as contradições sociais oriundas de relações sociais capitalistas.

Esse tratamento se efetiva por meio de internação em isolamento por alguns meses, com abstinência, com práticas de autoajuda, psicologizante, moralizante, dentre outras. Evidencia ainda nas normas rígidas em nome da “disciplina”, nas atividades rotineiras, nas rezas, nas orações frequentes e na internação compulsória, que implica a permanência dos sujeitos.

Em outras palavras, os dados coletados refletem que as comunidades terapêuticas se configuram como instituições privadas, confessionais, em que a religião se torna instrumento de tratamento, sem atentar para a realidade social, ética, cultural e religiosa do sujeito. Em geral, as visitas familiares são limitadas e ocorre o cerceamento das relações de sociabilidade, de acesso ao trabalho, à educação, dentre outros. Trata-se de uma tendência no trabalho profissional que confronta com os princípios fundamentais do Código de Ética da/o Assistente Social.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apreendido nos relatórios da fiscalização realizada pelos CRESS, as CTs assumem certas responsabilidades do Estado no tocante à garantia da saúde. E mais, as análises desenvolvidas evidenciam um confronto com o posicionamento do Conjunto CFESS-CRESS, que defende que o tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva, ou que delas criam dependência, seja garantido no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD), nos hospitais gerais e nos consultórios de rua, conforme deliberado e explicitado nos documentos finais da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), na 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011) e, em especial, na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001), a lei da Reforma Psiquiátrica.

A Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001) representa um instrumento democrático que se submeteu ao processo legislativo para ser aprovado e, ainda, traduz uma luta histórica da sociedade, que culminou com uma profunda reforma na estrutura psiquiátrica brasileira. Portanto, os serviços prestados pelas CTs confrontam a perspectiva técnica e política, pois a maioria não reúne condições de prestar um trabalho com qualidade e garantir estratégias de redução de danos. Soma-se a isso o fato de que as CTs se pautam pela abstinência no processo de tratamento das pessoas que consomem drogas.

Registra-se a complexidade dessa temática, ao se apreender, nas leituras dos relatórios enviados pelos CRESS, algumas configurações que evidenciam as ações de isolamento, proibicionismo, exploração da força de trabalho (laborterapia), o moralismo expresso nas normativas e na dinâmica institucional. Essas abordagens e iniciativas infligem os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica – com a “internação involuntária, internações de longo prazo e com restrição de visitas que violam o direito à convivência, internações baseadas na conversão religiosa e na imposição de trabalhos forçados” (CFESS, 2016, p. 14).

Ressalta-se que, ao/à usuário/a de substâncias psicoativas (drogas), em especial ilícitas, mediante imposição institucional, exige-se a desvinculação do “mundo externo” em nome do tratamento realizado em lugares desolados e longínquos. Além da culpabilização, da moralização e da tendência psicologizante e higienista, observa-se também o prolongamento das internações, de forma compulsória.



As CTs instituem normas rígidas de funcionamento e controle sobre a vida dos indivíduos, evidenciadas no disciplinamento, na abstinência, no tratamento pela “espiritualidade”, considerado como “cura”. As exigências de leitura da bíblia, as orações, o caráter confessional se contrapõem às livres formas de manifestações sociais, culturais e éticas. São formas de intervenção que se configuram contrárias ao exercício da autonomia, da liberdade e de outros princípios centrais da profissão.

Considera-se que as comunidades terapêuticas e as “Fazendas Terapêuticas” trazem, além da disciplina, outro elemento que as complementam: a moral religiosa. De acordo com Siqueira (2010, p. 67), existem “três espaços destinados aos usuários de drogas, que são: cadeia, igreja (Comunidade Terapêutica) e hospitais psiquiátricos” – espaços que exercem o controle de cunho moralista.

Registra-se, ainda, que a discussão e formulação de política social dirigida ao uso de psicoativos (drogas) são demandadas às diversas profissões e sujeitos – médicos/as, psicólogos/as, sociólogos/as, assistentes sociais, policiais, juristas, padres, pastores/as, dirigentes de comunidades terapêuticas, representantes de associações profissionais, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas de Drogas. Contudo, a pessoa que faz uso de substâncias psicoativas (drogas) não participa nem é envolvida no processo de formulação, efetivação e avaliação da política social. Assim, ocorre negação do sujeito, um entendimento de que o/a “usuário/a de drogas” é uma pessoa desprovida de condições, de direitos, de deveres, de necessidades sociais, privado de acesso à saúde, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer e à justiça social.

Desse modo, a padronização e o controle impedem tratar das dimensões da totalidade e da contradição, identificar as mediações sociais que se manifestam na singularidade, na particularidade e nas necessidades humanas. São elementos presentes no processo de prestação dos serviços, que preconizam os princípios do SUS. Assim, cabe ao conjunto CFESS-CRESS debater amplamente o significado da inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas. Este trabalho não se exime do compromisso com o rigor e “conhecimento científico sobre o tema, pela ética profissional e pelos direitos assegurados em cada área de política social” (CFESS, 2016, p.14).

Conclui-se que esses elementos registrados exigem uma análise crítica, com vistas à garantia dos princípios éticos profissionais, pois o trabalho da/o assistente se filia à defesa intransigente dos direitos humanos, da democracia, da justiça social, ao combate e enfrentamento de todas as formas de preconceito, ao respeito à diversidade e à participação de grupos socialmente discriminados.

# Referências Bibliográficas

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Cadernos de Saúde Pública, v.25, n.11, p.2309-2319. 2009.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. Comunidades terapêuticas: um ambiente de tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil. Disponível em: [http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as\\_137.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/as_137.htm). Acesso em: 21 out. 2017. 15 ago. 2003.

BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. **Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez., p.1231-1248, 2015.

BRASIL. Governo Federal. Crack, é possível vencer. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack/publicacoes/artigos>. Acesso em: 26 out. 2017. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada 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. 30 jun. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 23 dez. 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Brasília: Ministério da Saúde. jan. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada n.101, de 30 de maio de 2001. 30 maio 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos. Serviço Social em Revista, v.11, n.2, p.1-14. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista>. Acesso em: 1 nov. 2017. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2005.

CFESS. **Nota sobre a regulamentação das comunidades terapêuticas: contribuições do CFESS para o debate técnico.** Gestão Tecendo na luta a manhã desejada (2014-2017), 28 de novembro de 2014. Brasília, 2014.

CFESS. **Assistente social no combate ao preconceito: o estigma do uso de drogas.** Brasília, 2016.

CFESS. **Relatório 44o Encontro Nacional CFESS-CRESS**, realizado no período de 4 a 7 de setembro de 2015. Brasília, 2015.

CRESS. **Relatórios de Fiscalização do trabalho de assistente social em Comunidade Terapêutica.** Brasil, 2015-2016.

MAESTRI, Marcos. **Demandas higienistas no século XX: aspectos histórico-educacionais.** Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, sob a orientação da Professora Doutora Maria Lúcia Boarini. Maringá, 2000.

OBID. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.** Tratamento/modelos/comunidade terapêutica. Disponível em: [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br). Acesso em: 22 out. 2017. 2017.

OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes. **Consultório de rua: relato de uma experiência.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2009.

SIQUEIRA, Domiciano. Construindo a descriminalização. In L.M.B., Santos (Org). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas.** 65-70. Porto Alegre: ideograf/ Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2010.



**CFESS**  
CONSELHO FEDERAL  
DE SERVIÇO SOCIAL

[www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br)

