



Arte: Rafael Werkema/CFESS

## **RELATÓRIO FINAL**

**A inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas:  
considerações sobre o trabalho profissional**

**Conselho Federal de Serviço Social**

**Gestão 2017- 2010**

**É de batalhas que se vive a vida**

**A inserção de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas:  
considerações sobre o trabalho profissional**

**Resumo:** Trata-se de dados coletados por meio de visitas de fiscalização e outras informações sobre o trabalho profissional de assistente social em comunidades terapêuticas, realizadas por 17 Conselhos Regionais de Serviço Social (Cress) e 1 seccional de base estadual, nos anos de 2015 a 2016, conforme deliberação do 44<sup>o</sup> Encontro Nacional Cfess-Cress. Tais dados foram organizados pela Comissão de Orientação e Fiscalização (Cofi), do Conselho Federal de Serviço Social (Cfess). Objetivou identificar o exercício profissional da/o assistente social em comunidade terapêutica (CT). Além da pesquisa documental, empreendeu-se uma pesquisa bibliográfica sobre o uso/abuso de substâncias psicoativas, umas das expressões da questão social. Na conclusão, reafirmou-se que o trabalho da/o assistente social deve se filiar 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.

**Maio, 2018**

**Brasília**

## 1. INTRODUÇÃO

A lei nº 8.662/93, ao instituir o Conjunto Cfess-Cress, estabelece, em seu art. 7º, o objetivo básico do Cfess, disciplinar e defender o exercício da profissão de assistente social em todo o território nacional. Nesse sentido, o Estatuto do Conjunto, a Resolução Cfess nº 469/2005, traduz como fórum máximo de deliberação da profissão, o Encontro Nacional Cfess-Cress (art. 3º). Assim, o presente documento visa contribuir com o debate acerca do exercício profissional do/a assistente social no âmbito de comunidades terapêuticas, conforme deliberação do 44º Encontro Nacional Cfess-Cress.

O relatório ora apresentado é resultante de visitas de fiscalização com enfoque no trabalho da/o assistente social em comunidades terapêuticas (CTs). Ressalta-se que em alguns CTs as informações também foram obtidas por meio das respostas ao roteiro encaminhado pelos Cress às/aos assistentes sociais. As visitas ou informações foram realizadas por dezessete Conselhos Regionais de Serviço Social e uma Seccional de Base Estadual, quais sejam: 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, 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. As informações obtidas se referem a 214 comunidades terapêuticas.

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”, e reafirmada na deliberação de nº 17 do eixo da Seguridade Social:

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.

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 ao trabalho profissional 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 dezessete 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 e dados e, ainda, apresentar subsídios que contribuam com estudos, análise crítica e adensamento do debate sobre essa temática, que envolve o trabalho da/o assistente social nas comunidades terapêuticas. Assim, apresenta-se, nesse relatório, uma síntese das informações coletadas sobre comunidades terapêuticas, que demonstra a complexidade das relações nesse espaço institucional.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

Consubstanciado em estudiosos do assunto, em especial Maestri (2000), a CT alcança visibilidade por meio do movimento dos 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.

Ainda de acordo com Maestri (2000), a LBHM propagava campanhas antialcoólicas nas escolas, nas faculdades, nas indústrias, nas igrejas, dentre outros e 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.

No Brasil, segundo Alves (2009), a comunidade terapêutica (CT), em sua maioria, se configura como instituição não governamental que surge na segunda metade do século XX e evidencia uma expansão significativa na década de 1990, momento em que o país assume uma agenda neoliberal.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) institui a Resolução da Diretoria Colegiada /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 em 2011 pela RDC nº 29 de 30 de

junho de 2011, (BRASIL, 2011b), que possibilita a participação da CT também no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal deliberação passa a vigorar por meio da Portaria n<sup>o</sup> 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 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 diretiva 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<sup>1</sup>. No entanto, o financiamento dos leitos nas comunidades terapêuticas é garantido pelo Ministério da Justiça, situação que contraria as diretrizes na prestação desses serviços na rede conveniada.

---

<sup>1</sup> Em dezembro de 2017, algumas mudanças foram implantadas na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, com a aprovação da Resolução n<sup>o</sup> 32 de dezembro de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que altera a Lei 10.261 de abril de 2001. Contudo, vale ressaltar que, essa Resolução foi amplamente questionada pela sociedade civil organizada e, inclusive pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS), pois altera significativa a perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

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 em defesa<sup>2</sup> 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 do Estado” (BRASIL, 1988) e, logo 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, muitas destas instituições se apropriam dos resultados econômicos advindos do trabalho dos/as acolhidos/as, por meio da laborterapia desenvolvida pelos/as residentes das CTs. É este trabalho que, muitas vezes, garante as condições de funcionamento institucional, pois os/as acolhidos/as realizam atividades de limpeza, de marcenaria, de consertos hidráulicos, de equipamentos, hortas, piscicultura, dentre outras.

As CTs instituem, ainda, o voluntariado na forma de prestação de serviços profissionais, que reproduz a precarização e a exploração da força de trabalho. Essa modalidade soma-se à privatização dos serviços, à terceirização e às demais formas de flexibilização das relações trabalhistas que tomam 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 e

---

<sup>2</sup> Gestão Tecendo na Luta a Manhã Desejada (2014-2017), Brasília, 28 de novembro de 2014.

ao trabalho profissional no espaço institucional das CTs, de forma a assumir encaminhamentos necessários no âmbito do Conjunto Cfess-Cress.

Registra-se a existência de mais de duas mil comunidades terapêuticas<sup>3</sup>, muitas delas filiadas a diversas federações e à Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (Confenact)<sup>4</sup>.

Desse modo, apresenta-se a seguir um resumo desse trabalho realizado. São informações relevantes, que suscitam análise e debate sobre o trabalho da/o assistente social em comunidade terapêutica.

Essas devolutivas garantidas pelos 17 Cress e a Seccional de Base Estadual contribuíram efetivamente para uma aproximação da realidade que envolve o trabalho da/o assistente social nessas 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 encaminhadas pelos Cress.

## **2.1 - Informações gerais sobre o trabalho da/o assistente social em comunidade terapêutica**

As respostas de 17 Cress e da Seccional de Base Estadual evidenciam dificuldades em identificar as comunidades terapêuticas nos estados, principalmente pela localização geográfica.

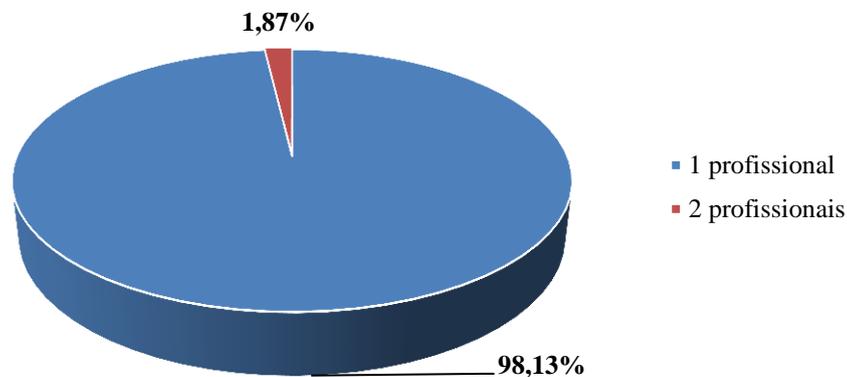
No que se refere à quantidade de assistentes sociais nas CTs, quase a totalidade possui somente um/a profissional; em nenhuma CT, foi encontrada mais de duas assistentes sociais.

---

<sup>3</sup> Sobre este assunto, ver: <http://www.justica.gov.br/news/comunidades-terapeuticas-sao-regulamentadas>.

<sup>4</sup>Sobre a atuação política da Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas, consultar: <http://www.confenact.org.br/>.

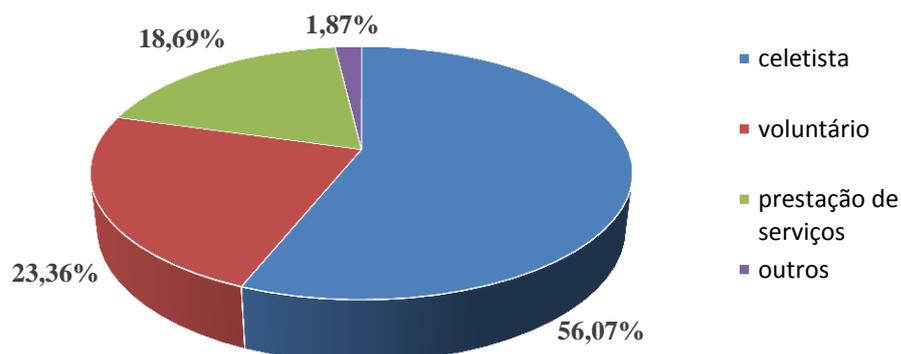
**Gráfico 1 Número de Assistentes Sociais por CT**



Fonte: Roteiros de fiscalização do trabalho do assistente social em CT, 2015/2016

Sobre as relações de trabalho, predominam 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.

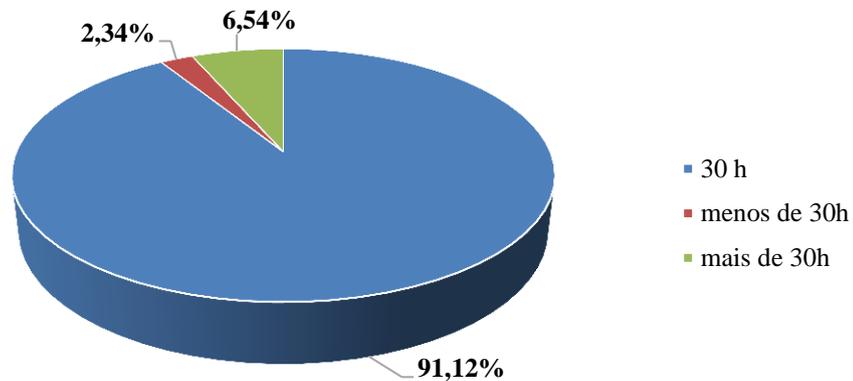
**Gráfico 2 Vínculos de trabalho de assistentes sociais em CT**



Fonte: Roteiros de fiscalização do trabalho do assistente social em CT, 2015/ 2016

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.

**Gráfico 3 Jornada de trabalho semanal de assistentes sociais em CT**



Fonte: Roteiros de fiscalização do trabalho do assistente social em CT, 2015/2016

Cabe registrar que a média salarial é de R\$ 1.850,00 (mil oitocentos e cinquenta reais). 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, 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 sociais 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, 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, tais como aulas, cultos, oração, leitura da Bíblia (“como intervenção divina de salvamento da alma e obediência”); grupos de espiritualidade; laborterapia na realização de diversos serviços, a exemplo de serralheria, horta, piscicultura, serviços domésticos, dentre outros; parceria com um empresário/a e produtor/a de alimentos na implantação de um curso na área de produção agrícola (em uma CT); tratamento medicamentoso; orientação no cumprimento dos 12 Passos<sup>5</sup> do AA; grupos associados as 64 Tarefas do

---

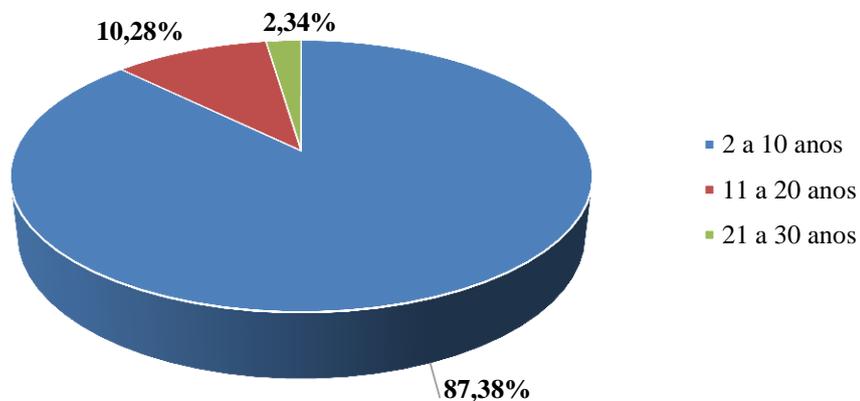
<sup>5</sup> Os Doze Passos (para os Alcoólicos Anônimos): “1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool – que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas. 2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade. 3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida 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.

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 trabalho; atividades preventivas na comunidade, por meio de voluntários/as e egressos/as.

Sobre as instituições, 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. Uma das CTs visitadas é parte de uma rede de “Fazendas<sup>6</sup>”.

O tempo de funcionamento das CTs visitadas é de 14 anos, em média, sendo que a mais antiga tem 30 anos e a mais recente, 2 anos.

**Gráfico 4 Tempo de funcionamento das CTs**

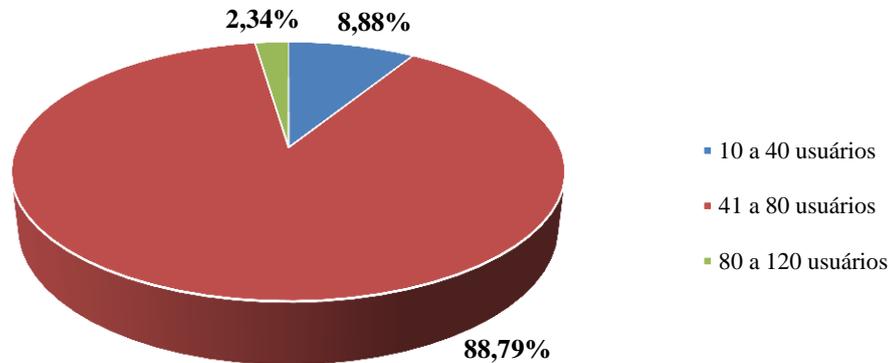


Fonte: Roteiros de fiscalização do trabalho do assistente social em CT, 2015/ 2016

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.

<sup>6</sup> A Fazenda da esperança é uma comunidade terapêutica que tem uma rede no Brasil e no mundo. No Brasil, existem 86 unidades e 22 unidades fora do país. Sobre o assunto, ver: <http://www.fazenda.org.br/>

**Gráfico 5 Número de usuários/as atendidos/as nas CTs**



Fonte: Roteiros de fiscalização do trabalho do assistente social em CT, 2015/2016

O tratamento nas CTs se efetiva por meio de internação em isolamento por alguns meses, com normas rígidas em nome da disciplina e da abstinência, com práticas de autoajuda, psicologizante, moralizante, que reforçam a dimensão pessoal e individual da culpa e da responsabilidade. Essas orientações desconsideram as normativas construídas historicamente pelo Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, contrariando as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além disso, são ações forjadas 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 oriundas de relações sociais capitalistas, bem como do lugar que a droga ocupa na vida das pessoas.

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, bem como para a dimensão social do uso das drogas, desconsiderando os parâmetros e princípios da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Em geral, as visitas familiares são limitadas e ocorre o cerceamento das relações de sociabilidade, de acesso ao trabalho, à educação, dentre outros.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apreendido nos relatórios da fiscalização realizada pelos Cress, verificamos que o Estado tem transferido ou delegado suas responsabilidades às associações privadas, em vez de priorizar as construções históricas traduzidas na legislação em vigor, que passam pelas orientações do SUS.

Historicamente, o posicionamento que o Conjunto Cfess-Cress 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 traduz uma luta histórica da sociedade e culminou com uma profunda reforma na estrutura psiquiátrica brasileira. Portanto, os serviços prestados pelas CTs confrontam-se com a perspectiva técnica e política do SUS, pois segundo os dados apresentados, a maioria não reúne condições de prestar um trabalho com qualidade e garantir estratégias de redução de danos e dos direitos dos/as usuários/as. Soma-se a isso o fato de que as CTs se pautam pela abstinência no processo de tratamento das pessoas que consomem drogas.

A Política de Redução de Danos implantada pelo Ministério da Saúde constitui-se em uma ação no território onde os usuários fazem uso de drogas. Essa estratégia não foca na abstinência como único recurso, mas busca intervir na rede de suporte social dos sujeitos, almejando alcançar graus de autonomia dos usuários/ as e seus familiares, de modo a lidar com os momentos de violência decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas, utilizando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida dos usuários/ as.

A estratégia de redução de danos não pode, e nem deve, excluir a abstinência como uma etapa possível, ou mesmo necessária, do processo de tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva ou delas criam dependência.

A substituição de uma droga com maior potencial ofensivo por outra com menor grau, pode possibilitar a inclusão ou a manutenção dos usuários/as no tratamento. Os profissionais que trabalham com a estratégia da redução de danos compreendem que a dependência química é um fenômeno complexo.

A complexidade dessa temática não é apreendida ou mesmo expressa pelas/pelos profissionais, quando respondem os questionamentos das/os agentes fiscais, nos relatórios enviados pelos Cress. Algumas configurações evidenciam as ações de isolamento, proibicionismo, exploração da força de trabalho, 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, 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, contrapõem-se 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 incorporam, 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 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 não participa, nem é envolvida, no processo de formulação, efetivação e avaliação da política social. Assim, ocorre a 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 do trabalho da/o assistente social em comunidades terapêuticas. Esse 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 social 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

ALARCON. Sergio e JORGE. Marco Aurélio Soares (Orgs). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2014.

AMARANTE. Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2015.

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/enfrentandoocrack/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.

BRITES, Cristina. In: 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- 6ª Região/ MG. 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.