

NOTA SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: CONTRIBUIÇÕES DO CFESS PARA O DEBATE

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) vem apresentar suas considerações acerca da minuta de resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), que objetiva regulamentar as chamadas “comunidades terapêuticas”.

O CFESS já emitiu manifestação sobre a primeira versão da referida minuta. Nesta segunda versão, averiguamos que foram feitas várias modificações, sem, contudo alterar significativamente o escopo da mesma; por isso, reiteramos algumas das considerações que fizemos na primeira versão e problematizamos tais alterações.

Inicialmente, gostaríamos de reiterar nossa posição contrária à regulamentação das comunidades terapêuticas, tendo em vista que defendemos 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).

A definição da política sobre drogas deve acompanhar e se adequar à concepção adotada pela Lei nº 10.216/2001, que, primeiro, representa um instrumento democrático que se submeteu ao processo legislativo para ser aprovado e, segundo, porque representa uma luta histórica da sociedade, que culminou com uma profunda reforma na estrutura psiquiátrica brasileira.

Com efeito, o Ministério da Saúde, ao definir a política de atenção integral às pessoas que consomem drogas, por meio de suas várias legislações e documentos, dentre as quais a Lei nº 10.216/2001, reafirma que o local apropriado para atendimento é a rede proposta pelo SUS, que se baseia nos “(...) *serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral (...)*”, *MINISTÉRIO DA SAÚDE: 2004*. O atendimento deve ser realizado no ambiente de moradia dos/as pacientes; tal recomendação evita que as pessoas que usam drogas sejam isoladas e segregadas.

A saúde é um direito fundamental de todo ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado - de garantir plenamente a saúde - consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem 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.

Diante disso, em princípio, a regulação - pelo Estado - de “Comunidades Terapêuticas” para prestação de serviços de apoio às pessoas que usam de forma abusiva, ou são dependentes de drogas, se contrapõe aos princípios inscritos na Constituição Federal, como também a legislação que regulamenta o SUS, que prevê que um conjunto de ações e serviços de saúde sejam prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e

municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, para atendimento universalizado no SUS.

A intenção de regulação, pelo Estado, das “Comunidades Terapêuticas”, assim, se constitui, em flagrante violação à concepção do SUS, que tem como pressupostos, dentre outros, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Vistos tais pressupostos, que se referem à contraposição geral em relação aos princípios contidos na minuta, destacamos agora pontos específicos relativos a esta proposta de instrumento de regulação.

Questão bastante relevante é a inclusão da estratégia de redução de danos, não considerada na proposta das “Comunidades Terapêuticas”, que se pauta pela abstinência no processo de tratamento das pessoas que consomem drogas. Afirma o Ministério da Saúde:

(...) a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando alcançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE: 2004.)

Em relação à natureza confessional presente na maioria das “Comunidades Terapêuticas” e admitida, expressamente, pelo inciso II, do artigo 12 da Minuta em comento, também gostaríamos de tecer algumas considerações.

Sendo constitucionalmente um Estado Democrático de Direito, definido pela Constituição Federal, desde 1891 o Estado brasileiro tornou-se laico, ou seja, separado das opções e orientações religiosas de qualquer natureza. Neste sentido, o caráter laico do Estado deve se estender a todos os serviços e dimensões da vida social por ele regulado, sendo necessária sua preservação para a consolidação do processo democrático.

Com base no documento elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que realizou inspeção em 68 comunidades terapêuticas, a imposição de credo religioso é uma prática evidenciada nas comunidades terapêuticas, o que compreendemos como uma violação dos direitos das pessoas que têm sido atendidas por estas entidades. Entendemos, portanto, que este tipo de recurso utilizado para tratamento fere frontalmente a laicidade do Estado.

Em seu terceiro considerando, a minuta de resolução trata da relação das “Comunidades Terapêuticas” com as unidades de saúde e assistência social, conforme o texto:

CONSIDERANDO que as entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa não são equipamentos de saúde, mas de interesse e apoio dos sistemas de saúde e de assistência social;

A minuta está permeada de contradições, pois, se no “considerando” acima citado, há uma clara e inequívoca “tentativa” de caracterizar as “Comunidades Terapêuticas” como local de mero acolhimento, já em seu artigo 4º é determinada uma exigência própria e específica de serviços típicos de saúde. De acordo com a proposta:

Art. 4º A instalação e o funcionamento de entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa, denominadas ou não de comunidades terapêuticas, ficam condicionados à concessão de alvará sanitário ou outro instrumento congêneres de acordo com a legislação sanitária específica aplicável a essas entidades.

Todos os serviços que prestam atendimento à saúde da população requerem alvará sanitário, como objetivo de assegurar que disponha de condições mínimas para atendimento e permanência daqueles que recorrem aos serviços. Apesar de a própria resolução não caracterizar as “comunidades terapêuticas” como serviços de saúde, estas se propõem a realizar institucionalização/acolhimento e, portanto, não caberia a previsão de uma legislação sanitária específica para estas entidades.

Compreendemos que uma instituição que recebe financiamento, proveniente do fundo público, e que presta um serviço de atendimento à população, deve necessariamente ser operada na lógica do direito social e, com isso, atender as determinações legais fundadas nesta lógica.

Em relação ao artigo 2º, a minuta caracteriza as “Comunidades Terapêuticas”, como entidades jurídicas sem fins lucrativos, isentando-as especialmente da contribuição patronal devida à Previdência Social. Segue artigo:

Art. 2º As entidades que realizam o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa, denominadas ou não de comunidades terapêuticas, são pessoas jurídicas, sem fins lucrativos, que apresentam as seguintes características:

Em relação ao artigo 2º, alínea IV: “oferta de Programa de Acolhimento que emprega a estratégia da abstinência;” a minuta reitera que o tratamento dispensado aos/às acolhidos/as será baseado na estratégia da abstinência, contrariando todo o conhecimento construído no tratamento de pessoas que consomem drogas de forma abusiva ou delas criam dependência, no âmbito do SUS.

A estratégia de redução de danos não exclui 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 redução de danos não foca na abstinência como único recurso do processo de tratamento. A substituição de uma droga com maior potencial de dependência por outra com menor grau pode possibilitar a inclusão ou a manutenção destes sujeitos no tratamento. Os/as profissionais que trabalham com a estratégia da redução de danos compreendem que a dependência química é um processo complexo, que necessita de vários tipos de intervenção.

Em relação ao artigo 2º, alínea V, a minuta trata do desenvolvimento pessoal dos/as acolhidos/as:

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

A minuta não é clara sobre como se dará este processo. Além disso, utiliza-se de conceitos como *vulnerabilidade social*, sem dar consistência ao mesmo. Esta concepção pode proporcionar a desconsideração dos determinantes sociais que levam o sujeito a usar e abusar das drogas.

Em relação ao art. 3º e seu parágrafo único, decreta a minuta:

Art. 3º São elegíveis para acolhimento nas entidades as pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substâncias psicoativas, exceto aquelas com comprometimentos biológicos ou psicológicos de natureza grave que demandem atenção médica ou hospitalar contínua ou de emergência, caso em que deverão ser encaminhadas à rede de saúde.

Parágrafo único. A avaliação da necessidade de cuidados profissionais de saúde deverá ser realizada obrigatoriamente antes do acolhimento na entidade por profissionais de saúde e a qualquer momento do acolhimento, de acordo com as necessidades do acolhido.

Sobre os casos graves, a minuta reitera que estes não poderão ser acolhidos nas “Comunidades Terapêuticas”; além disso, indica que há necessidade de avaliação dos/as profissionais de saúde para os/as usuários/as serem aceitos/as.

Acreditamos que esta afirmação reitera nossa compreensão de que as unidades de acolhimento não têm condições sequer de realizar a avaliação inicial para efeito de acolhimento, de acompanhar ou tratar pessoas que consomem drogas de forma abusiva ou delas são dependentes, visto que não têm equipe especializada. Nesse sentido, nos perguntamos com que finalidade o Estado destinará recursos para estas unidades acolherem pessoas que, pelo seu perfil epidemiológico, deveriam ser tratadas nas unidades de saúde? A maioria dos casos de dependência química necessita de avaliação médica, então, porque não adensar as unidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e ampliar o tratamento dos/as usuários/as de drogas no âmbito do SUS? Por que não destinar o financiamento que se pretende repassar às “Comunidades Terapêuticas” para a ampliação da RAPS, que trabalha na lógica da atenção psicossocial e da desconstrução da lógica manicomial?

Em relação à conformação das equipes dessas entidades, destacamos alguns pontos da minuta:

Art. 6º São obrigações das entidades que promovem o acolhimento de pessoas com problemas decorrentes do abuso ou dependência de substância psicoativa, denominadas ou não de comunidades terapêuticas, dentre outras:

(.....)

XXI – manter equipe com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade.

Neste inciso, a resolução estabelece uma obrigação de “manutenção de uma equipe”, porém deixa de especificar quais profissionais deveriam compor esta “equipe”, tornando-se inócua. Assim, cada entidade (“Comunidade Terapêutica”) poderia estabelecer uma compreensão subjetiva acerca da dimensão desta obrigação, interpretando-a da forma que julgar mais conveniente aos seus interesses.

Em relação ao inciso XXII:

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

Este inciso também torna-se “letra morta”, na medida em que deixou de ser estabelecido, no inciso anterior, quem são os/as profissionais que deveriam compor a equipe “com formação condizente com as atividades oferecidas pelo Programa de Acolhimento.”

§ 5º A avaliação diagnóstica de que trata o presente artigo deverá envolver avaliação médica e a caracterização do abuso ou dependência de substância psicoativa, realizada por profissional competente, preferencialmente com capacitação na abordagem de pessoas com uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.

§ 2º A fim de se evitar a institucionalização, no período de até seis meses subsequente ao desligamento do último acolhimento, somente poderá ocorrer novo

acolhimento mediante justificativa fundamentada da equipe da entidade, decisão que deverá ser inserida no PIA.

Como já consignado, apesar de reiteradas vezes a minuta fazer referência à equipe, indicando inclusive que esta deveria executar o Plano Individual de Atendimento (PIA) e se qualificar para atuar na entidade, em nenhum momento ela descreve quais especialidades profissionais constituem essa equipe, nem mesmo a forma de contratação destes pelas “Comunidades Terapêuticas”.

Em relação ao art. 6º, parágrafo primeiro, a resolução determina o período de permanência nas “comunidades terapêuticas”:

art. 6º - § 1º O acolhimento não poderá exceder o limite de 12 (doze) meses no período de 24 (vinte e quatro) meses.

A minuta reitera que a internação ou acolhimento nas comunidades terapêuticas será de, no máximo, 12 meses. Tal definição não atende aos parâmetros da Lei nº 10216/2001, bem como da política de saúde mental construída em nosso país nos últimos 13 anos. As internações ou acolhimentos, de acordo com os preceitos do SUS, devem durar de 45 a 90 dias para as internações por abuso de álcool e outras drogas. Esse ponto reitera nossa afirmação de que os serviços que prestam atendimento à população devem seguir as normativas construídas no âmbito da saúde mental, que expressam a garantia dos direitos da população.

A minuta, que objetiva regulamentar as comunidades terapêuticas, apesar de indicar os serviços da Assistência Social e da Saúde como serviços com os quais tais comunidades devem, necessariamente, trabalhar de forma articulada, não reconhece o controle social democrático, que constitui princípio da política de saúde, ao indicar as entidades que devem ser informadas sobre seu funcionamento, conforme art. 5º:

Art. 5º As entidades deverão comunicar o início e o encerramento de suas atividades para os seguintes órgãos:

- a) Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD;
- b) Órgãos gestores de políticas sobre drogas, estadual e municipal, se houver;
- c) Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas;
- d) Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas, se houver;
- e) Secretaria Estadual de Saúde;
- f) Secretaria Municipal de Saúde;
- g) Secretaria Estadual de Assistência Social;
- h) Secretaria Municipal de Assistência Social.

Conforme o artigo supracitado, os conselhos de saúde com natureza deliberativa no âmbito da política de saúde, de forma democrática e com participação dos/as representantes dos/as usuários/as dos serviços de saúde, dos/as gestores/as, prestadores/as de serviço e trabalhadores/as, não são considerados para informação sobre as atividades das comunidades terapêuticas que pretendem trabalhar de forma articulada ao SUS, inclusive utilizando seus serviços.

Ainda que não regulamentadas, de acordo com dados do Conad, atualmente o setor público repassa, por meio de convênios, aproximadamente 92 milhões de reais para as comunidades terapêuticas, o que indica para a sociedade a necessidade de investir no controle social sobre o orçamento público.

A proposta de regulamentação das comunidades terapêuticas propõe a elaboração do PIA. Destacamos alguns pontos desta proposição:

Art. 11. Cada acolhido deverá ter uma única ficha que contenha o plano individual de atendimento (PIA), com suas singularidades, na qual deverão ser inseridas todas as informações a ele referentes, conforme modelo constante do Anexo Único.

§ 1º A ficha com o PIA deverá necessariamente conter as seguintes informações:

- a) dados pessoais do acolhido;
- b) indicação dos familiares ou responsáveis, os respectivos contatos, bem como a evolução do vínculo familiar durante o período de acolhimento;
- c) histórico de acompanhamento psicossocial, incluindo eventuais internações, acolhimentos e outras formas de tratamento;
- d) indicação se a vaga ocupada pelo acolhido é custeada ou não com recursos públicos;
- e) indicação do profissional de referência da equipe da entidade para o acolhido;
- f) qual(is) a(s) substância(s) psicoativa(s) que faz uso o acolhido;
- g) motivação para o acolhimento;
- h) todas as atividades a serem exercidas pelo acolhido, dentre aquelas do artigo 12, e a frequência de suas realizações;
- i) período de acolhimento e as intercorrências;
- j) todos os encaminhamentos do acolhido aos serviços da rede do SUS, SUAS e demais órgãos;
- k) todos os encaminhamentos visando à reinserção social, incluídos os projetos de educação, capacitação profissional e geração de trabalho e renda;
- l) planejamento de saída do acolhido.

§ 2º O PIA deverá ser periodicamente atualizado e revisado, ante a evolução do acolhido, ficando sempre à sua disposição para consulta, bem como das autoridades competentes para fins de fiscalização.

§ 3º Os critérios de admissão, permanência e saída, o Programa de Acolhimento da entidade e o PIA devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido e de seu familiar ou responsável.

§ 4º O acolhido e seu familiar ou responsável deverão participar na construção e no cumprimento do PIA, sendo o respeito, o diálogo e o protagonismo do acolhido os princípios norteadores de suas relações com a entidade.

§ 5º O PIA deverá ser elaborado no prazo máximo de 20 (vinte dias) a contar do acolhimento.

As atividades descritas, bem como as informações a serem coletadas, nos indicam a necessidade de uma equipe multiprofissional com competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política para garantir a qualidade dos serviços e os direitos sociais. Entretanto, conforme já destacado, a minuta não especifica quais profissionais seriam responsáveis por esta tarefa.

A minuta, em seu art. 12º, define que o programa de acolhimento das comunidades terapêuticas deve conter as seguintes atividades:

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

- I – recreativas;
- II – de desenvolvimento da espiritualidade;
- III – de promoção do auto cuidado e da sociabilidade;
- IV – de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as atividades práticas inclusivas.

As atividades de desenvolvimento espiritual são descritas do seguinte modo na minuta:

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

O artigo 12 e o artigo 14 da minuta possibilitam, claramente e expressamente, a realização de atividade de “desenvolvimento da espiritualidade”, no âmbito institucional da “Comunidade Terapêutica”. Nesse sentido, será uma orientação religiosa da entidade, realizada com TODOS/AS os/as acolhidos/as. Consideramos que as “Comunidades Terapêuticas”, sendo propostas como parte do SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS (SISNAD), órgão componente do Ministério da Justiça, que tem como finalidade, dentre outras, articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários/as e dependentes de drogas, bem como a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, nos termos do Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, cumpre, com certeza,

atribuições e funções típicas do Estado e, nessa medida, impõe-se a laicidade de seu espaço, não podendo haver realização de atividades espirituais e/ou religiosas organizadas em nome da entidade, nos termos do que dispõe o artigo 19, inciso II da Constituição Federal, que prevê: “Art. 19. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter, com eles ou seus representantes, relações de dependência ou aliança, (...)”.

O relatório de inspeção realizada nas comunidades terapêuticas, elaborado pelo CFP (2011), explicita que as atividades religiosas nesses espaços não têm sido destinadas apenas àqueles/as que querem ou que possuem crença religiosa, constituindo um recurso de tratamento para todos/as. De acordo com o relatório do CPF (2011),

“a maioria das práticas sociais adota a opção por um credo, pela fé religiosa, como recurso de tratamento. Além da incompatibilidade com os princípios que regem as políticas públicas, o caráter republicano e laico delas, esta escolha conduz, inevitavelmente, à violação de direito: a escolha de outro credo ou a opção de não adotar nem seguir nenhuma crença religiosa”. (CFP: 2011.)

Em relação ao autocuidado e à sociabilidade, a minuta propõe:

Art. 15 Atividades de promoção do auto cuidado e da sociabilidade são aquelas que têm por objetivo a prática de atos da vida diária, na forma de:

- I – higiene pessoal;
- II – arrumação e limpeza dos pertences e das acomodações de repouso e banheiro;
- III – participação na elaboração de refeições e limpeza da cozinha e do refeitório de uso coletivo;
- IV – manutenção, limpeza e organização de espaços coletivos, como salas de recreação, jardins, hortas, criação e cuidado de animais domésticos, quadras esportivas e outros espaços assemelhados dentro da entidade;
- V – organização de eventos e programas da entidade.

A minuta propõe que o/a acolhido/a participe da organização das comunidades terapêuticas e que realizem atividades de socialização, mas, pelas descrições das atividades acima, nos parece que o/a acolhido/a substituirá a necessidade de contratação de profissionais para efetivar essas atividades. Entendemos que as atividades descritas podem criar hábitos coletivos no/a acolhido/a, bem como propiciar a realização de uma habilidade importante para vida dos indivíduos, desde que NÃO haja substituição dos serviços prestados pelos/as trabalhadores/as da comunidade, contratados/as para tal fim.

Em relação às atividades de capacitação e promoção da aprendizagem, propõe a minuta:

Art. 16 Atividades de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as práticas inclusivas são aquelas que têm objetivo terapêutico e que buscam a inserção e a reinserção social, o resgate ou a formação de novas habilidades profissionais, práticas ou para a vida, e o aprendizado de novos conhecimentos, de modo a promover o empoderamento e o desenvolvimento das habilidades sociais do acolhido.

§ 4º Os eventuais resultados econômicos provenientes das atividades previstas neste artigo deverão ser aplicados nas finalidades institucionais da entidade, sobretudo naquelas voltadas aos projetos e programas educacionais, culturais, artísticos, recreativos, esportivos, assistenciais e de reinserção social dos acolhidos.

Neste artigo, fica evidente o emprego da mão de obra dos/as acolhidos/as nas atividades das comunidades terapêuticas; além disso, o parágrafo 4º afirma que os “resultados econômicos” que o/a acolhido/a receber com o trabalho, no período em que estiver na entidade, será revertido para a mesma. Ou seja, além de se apropriar das atividades realizadas pelo trabalho dos/as “acolhidos/as”, a minuta institucionaliza a apropriação dos “eventuais resultados econômicos” advindos deste trabalho.

As “comunidades terapêuticas” acreditam que o trabalho ajuda a eliminar as toxinas adquiridas com o uso das drogas, acreditam na “laborterapia”; por isso, todos/as os/as acolhidos/as são incluídos/as nas atividades realizadas na unidade. Se considerássemos o trabalho realizado nas comunidades terapêuticas como trabalho voluntário, mesmo assim a lei nº 9.608/2008 permite que as pessoas que exercem este trabalho possam ser ressarcidas pelos gastos adquiridos no desenvolvimento dele. Além disso, a referida lei ainda obriga a celebração de um termo de adesão entre as partes, para que este trabalho seja realizado. Ou seja, os/as acolhidos/as não podem ser obrigados/as a prestar serviços nas comunidades terapêuticas. Segue descrição da lei nº 9.608/1998:

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista previdenciária ou afim.

Art. 2º O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Art. 3º O prestador do serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias.

Parágrafo único. As despesas a serem ressarcidas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade a que for prestado o serviço voluntário.

Em relação à fiscalização das irregularidades nas comunidades terapêuticas, a minuta trata de forma genérica, não apresentando procedimentos, prazos ou mesmo sanções, caso haja irregularidades nestas entidades.

Uma norma que pretende estabelecer obrigações, mas que não prevê as penalidades pelo seu inadimplemento, é inócua. O descumprimento dos comandos normativos, contidos na minuta da resolução, ainda que restassem configurados pelos/as responsáveis pelas “Comunidades Terapêuticas”, não ensejaria qualquer medida restritiva, nem haveria como puni-los, diante da ausência de norma prevendo a imposição de qualquer reprimenda.

Mesmo considerando a total fragilidade e inconsistência das normas previstas pela minuta de resolução, diante da constatação de ausência de consequências punitivas, as “Comunidades Terapêuticas”, na prática, não estariam sujeitas a qualquer “norma” prevista.

Julgamos este aspecto lamentável e extremamente grave e comprometedor, pois as “Comunidades Terapêuticas”, se fossem regulamentadas, poderiam adotar a postura que achassem conveniente e desrespeitar as conquistas históricas que foram sendo garantidas ao longo do debate, inclusive sobre a reforma psiquiátrica, em que foi adotada uma concepção que se contrapõe aos procedimentos previstos nesta resolução, como já consignado no presente.

Segue o texto da minuta:

Art. 25. O CONAD adotará medidas para dar ampla publicidade e garantir a execução da presente Resolução.

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

Esta disposição, constante do parágrafo único do artigo 25, reproduz, ou melhor, convalida a mesma omissão em relação à explicitação de procedimentos claros, objetivos, transparentes e democráticos, que possibilitem saber quais órgãos competentes estariam incumbidos da apuração e quais seriam as medidas cabíveis para sustar a prática de condutas irregulares, contrárias às regras determinadas pela minuta de resolução.

Por último, gostaríamos de reiterar que é de nosso conhecimento que as comunidades terapêuticas existem desde 1980 e vêm prestando auxílio às pessoas que buscam este tipo de tratamento. Contudo, acreditamos que não é dever do poder público financiar estes serviços e sim reforçar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pública, garantindo um atendimento digno à população. Portanto, na nossa concepção, regulamentar as comunidades terapêuticas, destinando-lhes financiamento público, consiste em um retrocesso no



atendimento prestado às pessoas que consomem drogas abusivamente ou dela são dependentes e que demandam tratamento.

As análises desenvolvidas evidenciam nosso posicionamento contrário a qualquer regulamentação das comunidades terapêuticas e, portanto, **propomos a não expedição desta resolução por parte do Conad.**

O CFESS reafirma a necessidade de adensar a luta em defesa da saúde pública, por política de drogas não proibicionista, e da efetivação da reforma psiquiátrica, o que requer uma série de ações já presentes na agenda deliberada pelo Conjunto CFESS-CRESS (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Serviço Social) e convoca toda a sociedade a se manifestar sobre a minuta que objetiva regulamentar as comunidades terapêuticas.

A referida minuta, proposta pelo Conad, está em consulta pública no período de 7 de novembro a 7 de dezembro, pelos portais do Ministério da Justiça (www.justica.gov.br – consultas públicas) e do OBID. As contribuições deverão ser enviadas para o e-mail: conad@mj.gov.br.

Além da consulta pública, no dia 3 de dezembro, haverá audiência pública no Salão Negro da sede do Ministério da Justiça, às 18 horas, para tratar do tema.

É importante a mobilização de toda a sociedade neste debate e a participação tanto na audiência, quanto na consulta pública.

Brasília, 28 de novembro de 2014.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)

Gestão *Tecendo na luta a manhã desejada* (2014-2017)