

Considerações técnicas da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas acerca da Resolução 01 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas, de 2015

Tendo em vista a previsão, para 19 de junho de 2018, de avaliação pelo Tribunal Regional da Terceira Região da **Resolução 01 de 2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)**, a Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD) entende como necessária a explicitação das insuficiências e dos riscos associados à aprovação do mencionado dispositivo.

A Resolução em questão trata da regulamentação da atuação das Comunidades Terapêuticas (CTs) no atendimento às demandas relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas e, no entendimento da PBPD, apresenta insuficiências em relação à fiscalização de seu funcionamento. Aqui, cabe lembrar das denúncias acerca das violações aos Direitos Humanos no interior destas entidades já apresentadas à ONU e constatadas por inspeções levadas a cabo pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e suas seções regionais, inspeções estas que contaram com a participação de outras entidades vinculadas à defesa dos Direitos Humanos (CFP, 2011; CRP-SP, 2016). Vale registrar que, no dia 18 de junho de 2018, o CFP, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF) realizaram o lançamento do “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas”, que ratifica a ocorrência de violações de Direitos Humanos no interior de comunidades terapêuticas.

Interessa, para os objetivos deste documento, realizar uma breve caracterização das comunidades terapêuticas para, a seguir, apontar as fragilidades da Resolução 01/2015, especialmente no que se refere à fiscalização.

As CTs podem ser definidas como uma modalidade de cuidado residencial dirigida às pessoas que fazem uso problemático de drogas, cuja difusão no Brasil se deu principalmente a partir da década de 1990, por iniciativa da sociedade civil, especialmente de entidades religiosas. Suas práticas contemporâneas caracterizam-nas como residências coletivas temporárias para pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, de ingresso voluntário e longa permanência (em geral de 9 a 12 meses).

O ambiente de cuidado destas entidades pode ser caracterizado como **fechado**, dado que a maior parte delas impõe algum tipo de restrição ao contato externo para os moradores como parte do processo terapêutico, ainda que, a rigor, o tratamento se dê — ou deveria se dar — de forma voluntária. Além de algum nível de isolamento, este processo, em geral, compreende práticas religiosas, adesão a rotinas disciplinadas e atividades de trabalho (laborterapia). As práticas de cuidado das CTs relacionam-se, também, à exigência de abstinência do uso de substâncias, e cabe ressaltar que a eficácia demonstrada de tais práticas não é superior à de outras modalidades de tratamento (Smith et al., 2008, Vanderplasschen et al., 2013). Sobre a efetividade das CTs, um recente documento do Centro Europeu de Monitoramento de Drogas e Dependência de Drogas afirma que embora essa seja uma questão de “extrema importância, o campo ainda não está maduro o suficiente em termos do número de estudos controlados disponíveis para ser capaz de abordar essa questão” (EMCDDA, 2014, p.55).

Desde de 2011, as CTs foram incorporadas à Rede de Atenção Psicossocial e, por determinação do programa "Crack: é possível vencer", estas instituições recebem financiamento do Governo Federal, proveniente do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

Dada a incorporação destes dispositivos à Política Nacional de Saúde Mental e seu financiamento público, bem como o histórico de denúncias referentes a violações aos Direitos Humanos no interior dessas instituições, cabe analisar as insuficiências da portaria que busca regulamentar a atuação das comunidades terapêuticas, à luz dos dados disponíveis acerca de seu funcionamento. Assim, objetivamos demonstrar que a regulamentação proposta pelo CONAD não é suficiente para reduzir os riscos a que podem estar expostos os usuários, em especial por não promover mecanismos de fiscalização adequados.

A Resolução 01 de 2015 estabelece que as CTs não se confundem com entidades da rede de saúde, tampouco com a rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Postula, assim, que as comunidades devem atuar em conjunto com a rede de saúde do território, exigir uma avaliação prévia do estado de saúde do ingressante, bem como garantir o encaminhamento das intercorrências. Nesse aspecto, a Resolução se mostra insuficiente, pois não estabelece formas de demonstração da articulação da CT com o sistema de saúde. A simples exigência de

um cadastro dos internos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) poderia converter-se em um aspecto mensurável da capacidade de uma comunidade terapêutica para prover assistência à saúde; essa obrigação, entretanto, não é trazida pela Resolução.

A ausência de mecanismos de verificação da capacidade de uma CT em viabilizar o acesso à saúde e a efetiva integração à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de seu território pode elevar de forma importante os riscos para o usuário de psicoativos que é acolhido nessas instituições, uma vez que existem condições potencialmente graves e ameaçadoras à vida, decorrentes do uso ou abstinência de drogas e que requerem tratamento especializado, por vezes intensivo. Há dados que demonstram que cerca de um quinto das comunidades terapêuticas delega o tratamento de sintomas de abstinência a profissionais não médicos das próprias CTs (IPEA, 2016, p.48), o que poderia aumentar de forma imprudente e desnecessária os riscos associados ao quadro.

Ainda no que concerne à habilitação do profissional encarregado das práticas terapêuticas, deve-se destacar que a Resolução do CONAD é vaga e torna a fiscalização de sua aplicação excessivamente subjetiva quando estabelece que a CT deve "manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento [...] sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado", sem determinar a formação do profissional em questão, sua carga horária mínima, ou as habilidades que o credenciam para o gerenciamento da entidade ou para as complexas especificidades relacionadas ao tratamento de pessoas que vivem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Há, também, insuficiências relativas à fiscalização de um ambiente fechado de tratamento, com comprovado histórico de violação dos Direitos Humanos, evidenciado nos supracitados relatórios de inspeção. A proposta que consta na Resolução estabelece a necessidade de comunicação do ingresso de um usuário em CT a órgãos como a SENAD, os conselhos de políticas sobre drogas e as secretarias de saúde e assistência social dos estados e municípios. Porém, essa exigência de comunicação não é acompanhada de atribuição de responsabilidade pela fiscalização a qualquer um destes órgãos, tampouco propõe uma periodicidade para a avaliação do ambiente e das práticas de uma CT por qualquer um deles. Assim, sem

a delegação da função de fiscalização a um ator externo responsável, não há perspectiva de redução dos riscos de abusos já verificados nas comunidades terapêuticas nos termos da Resolução em questão.

Quanto ao tempo de permanência dos usuários nas CTs, cujo limitante na Resolução 01/2015 do CONAD é que não ultrapasse 12 meses num período de 2 anos, não se pode considerar que seja uma proposta razoável de prevenção da institucionalização.

A prevenção da institucionalização pressupõe uma lógica de permanência em ambiente fechado pelo menor tempo necessário, e apenas depois de esgotados todos os outros recursos de tratamento em meio aberto. Assim como referido anteriormente, não há atribuição da função de auditoria externa do tempo de permanência nas CTs a nenhum órgão específico (como o Ministério Público, Defensoria Pública ou conselhos profissionais), o que dificulta a garantia de que seu funcionamento se dará em consonância com os princípios dispostos na Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/2001), o que aumenta o risco de que os serviços funcionem dentro do modelo asilar.

Deve-se ressaltar, ainda, que a proposta em questão silencia sobre critérios de distribuição do financiamento público para as comunidades terapêuticas — uma questão que pode acarretar problemas de iniquidades de acesso ao serviço — e não menciona formas de fiscalização da destinação dos recursos públicos a elas direcionados. Isso se torna especialmente relevante quando já se verificam concretamente assimetrias preocupantes relativas à destinação dos recursos: no ano de 2015, por exemplo, o financiamento da SENAD se direcionou majoritariamente (33%) à região Sul do Brasil, sendo que a região disponibilizou em torno de 22,4% das vagas em CTs (IPEA, 2016, p. 21). Salta ainda aos olhos que, em um contexto de extraordinária retração do investimento público, os recursos federais destinados para essas entidades estejam em acintosa discrepância com o conjunto dos demais tipos de serviços que compõem a RAPS.

Finalmente, cabe analisar que há potenciais conflitos advindos de alguns dos pilares centrais do tipo de assistência prestada nas comunidades terapêuticas (a espiritualidade/religiosidade e a laborterapia), que requerem atenção, direcionamento e averiguação ativos por parte do Estado, e acerca dos quais a resolução do CONAD também não se manifesta.

Em relação à presença da religiosidade nas comunidades terapêuticas, a Resolução 01/2015, embora faça referência à liberdade de crença e culto e ao direito à assistência religiosa como garantias constitucionais a serem respeitadas (Artigo 5, incisos VI e VII da Constituição Federal de 1988), é omissa em relação ao fato de que a maioria desses serviços é de orientação cristã e não estabelece, por exemplo, mecanismos de garantia de diversidade religiosa entre as entidades que receberão recursos públicos. Isso levanta potenciais conflitos com o princípio do Estado laico, dado que o financiamento público é representativo no custeamento dessas instituições, e com a manifestação da liberdade religiosa de um interno que não professe a religião da CT onde tenha sido acolhido.

Quanto aos potenciais problemas relacionados à prática da laborterapia, a Resolução proposta pelo CONAD estabelece que sejam desenvolvidas atividades que visem à inserção e à reinserção social, bem como à aquisição de conhecimento e habilidades profissionais, desenvolvidas em condições dignas e em ambiente ético, sendo regidas pela regulamentação que trata do voluntariado quando não houver vínculo empregatício. Aqui, problematiza-se novamente a ausência de menção à fiscalização externa e periódica, em especial pelo Ministério do Trabalho, para coibir práticas degradantes.

Conclui-se, assim, que a Resolução 01 de 2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas não contempla o rigor necessário para a fiscalização das CTs dada a gravidade potencial dos riscos associados à permanência do usuário em entidades que promovem tratamento em ambiente fechado, sem acesso comprovado ao sistema de saúde e sem auditoria externa periódica e sistemática. A Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas entende, diante das insuficiências expostas, que a regulamentação em seu formato atual mantém a pessoa que faz uso problemático de álcool e outras drogas exposta a riscos à saúde, à vida e à garantia de direitos constitucionais.

Reiteramos, assim, a necessidade de fiscalização rigorosa, independente, e realizada por auditores externos das práticas de acolhimento promovidas pelas CTs. Da mesma forma, atentamos para a necessidade de garantia de financiamento público e incentivo estatal para outras modalidades de tratamento, uma vez que o uso problemático de substâncias exige modalidades diversas de cuidado a depender da situação clínica do usuário. Também já foi apontado que a eficácia no tratamento

de transtornos associados ao uso de psicoativos demonstrada pelas comunidades terapêuticas deve ser considerada, no mínimo, pouco suficiente para o investimento maciço de recursos públicos.

Referências Bibliográficas

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Therapeutic communities for treating addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges. Lisboa: EMCDDA. 92 p. 2014.

Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Nota Técnica: Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras. Brasília-DF: IPEA. 45 p. 2017.

Smith, L. A., Gates, S., & Foxcroft, D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, (1), CD005338, 2006.

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandavelde, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. The Scientific World Journal, 2013, 427817.