

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - MAPP

**SOLANGE MARIA PINHEIRO PRAXEDES**

**AVALIAÇÃO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESTADO DO CEARÁ EM  
INTERFACE COM O SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE  
DROGAS-SISNAD: UMA ABORDAGEM PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

FORTALEZA-CE  
2009

SOLANGE MARIA PINHEIRO PRAXEDES

**AVALIAÇÃO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESTADO DO CEARÁ EM  
INTERFACE COM O SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE  
DROGAS-SISNAD: UMA ABORDAGEM PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, vinculada à Linha de Pesquisa Políticas Públicas e Mudanças Sociais, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Políticas Públicas de gestão e inclusão social

Orientador Prof. Dr. Paulo César de Almeida

FORTALEZA  
2009

"Lecturis salutem"

Ficha Catalográfica elaborada por  
Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593  
tregina@ufc.br  
Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

P929a

Praxedes, Solange Maria Pinheiro.

Avaliação de comunidades terapêuticas no estado do Ceará em interface com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD [manuscrito] : uma abordagem para dependência química / por Solange Maria Pinheiro Praxedes. – 2009.

158f. : il. ; 31 cm.

Cópia de computador (printout(s)).

Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza(CE), 04/12/2009.

Orientação: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

Inclui bibliografia.

1- COMUNIDADES TERAPÊUTICAS – POLÍTICA GOVERNAMENTAL – CEARÁ.  
2-TOXICÔMANOS – REABILITAÇÃO – POLÍTICA GOVERNAMENTAL – CEARÁ.  
3-SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS.4-CENTRO DE RECUPERAÇÃO LEÃO DE JUDÁ CEARÁ.5-DESAFIO JOVEM DO CEARÁ.  
6-CASA RENATA COURAS.I- Almeida, Paulo César de, orientador. II-Universidade Federal do Ceará..Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas.  
III-Título.

CDD(22ª ed.) 362.29385098131

10/10

SOLANGE MARIA PINHEIRO PRAXEDES

**AVALIAÇÃO DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO ESTADO DO CEARÁ EM  
INTERFACE COM O SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE  
DROGAS-SISNAD: UMA ABORDAGEM PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação do Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas

Data da Aprovação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MEMBROS DA BANCA**

---

**Professor Dr. Paulo César de Almeida**  
**Orientador**  
Universidade Federal do Ceará – UFC.

---

**Professora Dra. Francisca Lucélia Ribeiro de Farias**  
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

---

**Professor Doutor Alcides Fernando Gussi**  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

**Maria de Nazaré de Oliveira Fraga**  
Universidade Federal do Ceará – UFC  
Suplente

## **DEDICATÓRIA**

Aos usuários de substâncias psicoativas,  
dependentes químicos,  
que sofrem sozinhos e esperam ser vistos como  
seres humanos, capazes de serem transformados,  
de amar e serem amados.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu a vida, permitiu e abençoou esta missão de aprofundar o conhecimento sobre dependência química, para melhor servi-los....

À minha filha Liana, amada, amiga, companheira e expressão de amor....

Aos meus pais, por todo amor recebido e que agora, do céu continuam intercedendo por mim...

Aos meus familiares e amigos, que aceitaram a minha ausência, que acreditaram e me apoiaram...

À amiga Ana Rosa, que se alegrou com o início deste estudo e do céu, onde se encontra, continua intercedendo...

À minha amiga Inês Benevides, há anos companheira dos momentos fáceis e difíceis, por ter me encorajado a continuar nos momentos de sofrimento...

Aos dependentes químicos em tratamento das três Comunidades Terapêuticas, protagonistas desta pesquisa, que permitiram que eu entrasse em suas vidas, quando despojadamente as compartilharam comigo num ato de solidariedade. A eles, coragem e esperança para continuarem lutando....

Aos que trabalham no tratamento da dependência química, equipe técnica e funcionários, por acreditarem, persistirem e terem certeza que é possível...

Às Comunidades Terapêuticas, Centro de Recuperação Leão de Judá, Desafio Jovem e Casa Renata Couras – Volta Israel, que me acolheram e se disponibilizaram a pesquisa.

À STDS, meus amigos e colegas de trabalho, pelo incentivo, compreensão e apoio....

À SESA que possibilitou a realização da pesquisa...

Aos meus irmãos da Comunidade Católica Shalom, onde encontrei meu sentido de vida e minha vocação, que se uniram e compartilharam dos momentos mais difíceis....

Aos professores e funcionários do MAPP, de forma especial ao Prof. Dr. Alcides, que muito me ajudou e contribuiu em todo o processo deste estudo, fica nossa amizade...

Ao Prof. Dr. Paulo César, meu orientador....

Enfim, a todos aqueles que diretamente ou indiretamente contribuíram para o êxito deste trabalho....

..... muito obrigada! Recebam minha gratidão.

## RESUMO

Este trabalho trata sobre uma abordagem para dependência química. A pesquisa objetiva avaliar o modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica no estado do Ceará em interface com o Sistema Nacional de Políticas Públicas - SISNAD, tomando como eixo de análise a aproximação deste modelo com o marco regulatório vigente no país. Tem como marco teórico os autores que discutem e teorizam sobre dependência química e essencialmente o referencial apresentado por De Leon. Foi realizado numa abordagem quantitativa e qualitativa, sendo o campo de estudo composto por três Comunidades Terapêuticas que mantêm parceria com a Secretaria de Saúde do Estado Ceará através de subvenção social. Os dados foram colhidos com a participação de 53 atores, incluindo profissionais e beneficiários, utilizando-se instrumentos de entrevistas semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, entrevistas em profundidade com seis usuários do programa. Os dados quantitativos foram submetidos a tratamento descritivo e saturação, usando frequência absoluta e relativa, tabela simples e indicadores de referência. Os qualitativos foram abordados com técnica de análises discursivas. Observamos que houve uma mudança na percepção do usuário de drogas e que só a partir deste reconhecimento, quando passaram a ser vistos como doentes e não como marginais, foi sendo colocada em pauta a necessidade de atenção pelo poder público. Consideramos que enquanto política pública indiscutivelmente este modelo de tratamento é legítimo, por outro lado, está longe do reconhecimento de ser um direito e da universalização previsto na Constituição Federal. Outra conclusão que chegamos foi que a dependência química atinge todas as classes sociais e que o adoecimento inicia com o uso de drogas lícitas ou maconha, contudo, a percepção que a doença está instalada, na grande maioria só é reconhecida quando chegam ao Crack. E ainda, para os dependentes químicos e profissionais, este modelo de tratamento responde as suas necessidades por ser um modelo de auto-ajuda e de vivência comunitária. O estudo destas Comunidades Terapêuticas revelou-nos que mesmo com a ausência estatal, essas instituições compreendem seus objetivos e missão, aproximando-se do modelo padrão.

**PALAVRAS CHAVES:** Drogas; Dependência Química; Comunidade Terapêutica; Avaliação; Políticas Públicas

## ABSTRACT

This work deals with the approach to the treatment of drug addictions and is aimed to evaluate the model of treatment implemented at the Rehabilitation Communities in the State of Ceará, in the framework of the National System of Public Policies – SISNAD, focusing on the analysis of this model in the light of the country's regulatory framework in effect. The authors discuss the addiction to chemical substances, especially the theoretical content of De León. A quantitative and qualitative approach was applied to the study of three Rehab Communities working in partnership with the Secretary of Health of the State of Ceará through a social subsidy. Data were collected from 53 participants, including both working professionals and beneficiaries, by means of semi-structured interviews with open and closed questions, and deep interviews with six beneficiaries of the program. The quantitative data were submitted to a descriptive and saturation treatment, using an absolute and relative frequency, a simple table and indicators. The qualitative data were analyzed by the discursive analysis technique. We found that there was a change in the perception of the drug user and that only after such change occurs, i.e. when they are seen as patients and not as outlaws, the need for the public authorities to take care of them was put in place. We consider that although this policy is undoubtedly a legitimate model of treatment, on the other hand it is far from being considered a right to healthcare as provided by the Federal Constitution. We have concluded as well that drug addiction can be found in every social class and that such addiction starts with the use of licit drugs or marijuana, even though the very existence of such addiction is only acknowledged by most people when the addict begins to use crack. Furthermore, this model of treatment, in the eyes of both the professionals and drug addicts, meets their needs due to the fact that it is a self-help model and one that offers a community experience. This study showed that even in the absence of a public intervention the Community Rehab centers understand their goals and mission, thus getting close to the standard model.

**KEY WORDS:** Drugs; drug addiction; rehab community; evaluation; public policies.



## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Reconhecimento da dependência química como doença (%), Comunidades Terapêuticas no Ceará – Ago/Set/09 .....	61
GRÁFICO 2 - Uso de drogas lícitas e ilícitas na vida dos dependentes químicos em tratamento (%) nas Comunidades Terapêuticas no Ceará, Ago/Set/09 .....	67
GRÁFICO 3 - Conseqüências do uso de drogas vivenciadas pelos dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas (%) - Ago/Set/09 .....	71
GRÁFICO 4 - Atividades de maior importância para o êxito do tratamento na percepção dos beneficiários (%) – Comunidades Terapêuticas no Ceará, Ago/Set/09 .....	78
GRÁFICO 5 - Espaços físicos segundo percepção dos usuários em tratamento (%) Comunidades Terapêuticas no Ceará, Ago/Set/09 .....	92
GRÁFICO 6 - Percepção da estrutura física pela equipe e os beneficiários (%) Comunidades Terapêuticas no Ceará, Ago/Set/09 .....	92

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Reconhecimento da dependência química como doença, não como questão de criminalidade .....	60
TABELA 2 - Trajetória do adoecimento da dependência química .....	65
TABELA 3 - Motivação e processo do tratamento .....	73
TABELA 4 - Atividades realizadas na proposta terapêutica pelos beneficiários das três comunidades terapêuticas .....	77
TABELA 5 - Atividades realizadas na proposta terapêutica das três comunidades terapêuticas .....	89
TABELA 6 - Percepção de atividades psicossociais segundo beneficiários e equipe .....	89

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 - O Percurso Metodológico .....</b>	<b>19</b>
<b>2. DEPENDÊNCIA QUÍMICA, POLÍTICAS PÚBLICAS E COMUNIDADE TERAÊUTICA .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 - Dependência Química e o uso de substâncias psicoativas/drogas .....</b>	<b>27</b>
<b>2.2 - Construção da política de atendimento aos dependentes de drogas .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3 - Percursos e possibilidades de tratamento para Dependência Química .....</b>	<b>46</b>
<b>2.4 - Breve histórico sobre Comunidades Terapêuticas .....</b>	<b>50</b>
<b>2.5 - Caminhos percorridos nas ações do Ceará .....</b>	<b>55</b>
<b>3. DEPENDÊNCIA QUÍMICA: A NECESSIDADE DE UM NOVO OLHAR .....</b>	<b>60</b>
<b>3.1 - Panorama Atual do Dependente Químico nas Comunidades terapêuticas .....</b>	<b>60</b>
<b>3.2 - O adoecimento da Dependência Química .....</b>	<b>65</b>
<b>3.3 - Dependente Químico, sujeito do tratamento: encontro de sentido de vida e trajetória das mudanças .....</b>	<b>74</b>
<b>4. A COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM DEBATE .....</b>	<b>87</b>
<b>4.1 - Embate das Comunidades Terapêuticas X modelo padrão – ANVISA .....</b>	<b>87</b>
<b>4.2 - A interface entre a política pública e as Comunidades Terapêuticas no Ceará .....</b>	<b>98</b>
<b>4.3 - A representação do modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica sob o olhar dos dependentes químicos .....</b>	<b>101</b>
<b>4.4 - História de vida de um dependente químico – Um estudo qualitativo .....</b>	<b>105</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>103</b>
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>120</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

A dependência química atinge dimensões mundiais e é vista como um problema grave de saúde pública, não se restringindo somente à dimensão médica, mas transcendendo para questões econômicas, sociais e políticas. No Brasil, os dados referentes à prevalência do consumo de drogas, segundo estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas - CEBRID<sup>1</sup> em 2001 e 2005, sofreram variações produzidas pelo aumento do consumo de álcool, do cloridrato de cocaína e da maconha, além de outras drogas usadas em faixas populacionais juvenis, indicando uma tendência progressiva no tempo em relação à magnitude e danos na sociedade gerados pelo uso indiscriminado de substâncias psicoativas.

O estudo do II Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas em nossa sociedade, realizado pelo CEBRID em 2005 nas 198 maiores cidades do país, informa que 12,3% dos brasileiros com idade de 12 a 65 anos se declaram dependentes de bebidas alcoólicas. O álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas pela população brasileira – uso na vida, 68,7% de álcool e 41,1% o tabaco. A pesquisa revela ainda que, em 2001, 19,4% dos entrevistados já haviam usado algum tipo de droga e, em 2005, este número foi para 22,8%, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas, excluindo o álcool e tabaco.

No primeiro estudo epidemiológico nacional, realizado em 2001, identificou-se que as drogas mais consumidas pela população brasileira – uso na vida – são: álcool (68,7%) e o tabaco (41,1%). Em seguida, têm-se, como drogas de consumo significativo, a maconha (6,9%), os solventes (5,8%), os orixígenos (4,3%) e a cocaína (2,3%). A comparação das porcentagens de uso na vida das drogas entre 2001 e 2005 mostrou que houve aumento para Maconha (6,9% para 8,8%), benzodiazepínicos (3,3% para 5,6%), estimulantes (1,5% para 3,2%), solventes (5,8% para 6,1%) e Cocaína (2,3% para 2,9%).

Em 2005, a prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool alcançou 12,3% da amostra, sendo maior para o sexo masculino (19,5%) do

---

<sup>1</sup> CEBRID - I e II Levantamentos Domiciliares sobre uso de drogas no Brasil. Instituição vinculada a Secretaria Nacional sobre Drogas – SENAD, responsável por pesquisas e diagnóstico.

que para o feminino (6,9%). Em 2001, as prevalências obtidas foram, respectivamente, 11,2%, 17,1% e 5,7%. A prevalência sobre o uso na vida de Cocaína nas 108 maiores cidades do Brasil, em 2005, foi de 2,9% (equivale a 1.459.000 pessoas) e de 2,3% em 2001. Em relação ao uso na vida de “Crack”, a porcentagem foi de 1,5% para o sexo masculino. Esta porcentagem brasileira de 1,5% é bem inferior ao observado nos EUA com 3,3% (SAMHSA, 2006). O uso na vida de Merla (outra forma de cocaína) apareceu apenas com prevalência de 0,2%.

Em relação aos dados sobre a prevalência do uso na vida de qualquer droga psicotrópica, houve bastante variação nas cinco regiões brasileiras. O Nordeste é a região onde quase um terço (27,6%) dos moradores, das 22 cidades mais populosas da região, já fizeram uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool. No Sudeste 24,5% já entraram em contato com drogas e as menores porcentagens foram verificadas no Norte (14,4%).

Outros dados apresentados pelo Relatório Mundial sobre Drogas em 2008, preparado pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNDOC), revelam que mais de 200 milhões de pessoas usam drogas ilícitas pelo menos uma vez ao ano. Este número representa 4,8% da população global entre 15 e 64 anos. Conclui que o mundo tem 26 milhões de dependentes. Segundo o mesmo estudo, o Brasil é o segundo maior comércio de cocaína, cerca de 870 mil usuários. A prevalência anual do uso de maconha aumentou duas vezes e meia: de 1,2% da população entre 12 e 65 anos em 2001 para 2,6% dessa população em 2005.

Segundo a Secretaria de Segurança Pública do Ceará, o crescente uso de drogas não é mais exclusividade das metrópoles. O problema se expande “sertão adentro” tornando-se rotina entre jovens e já é está bastante difundido no interior do estado. A polícia civil informou ainda que é comum nos serviços de saúde a procura de ajuda, seja de familiares, ou dos próprios dependentes. Segundo dados do jornal “O POVO”, a Delegacia de Narcóticos – DNARC – Ce esclareceu sobre o crescimento do consumo de crack em Fortaleza. Cerca de 70% das apreensões são motivadas pelo crack e que em 2007 pouco mais de oito quilos foram interceptados. “O Crack hoje é a droga número um em Fortaleza. A mais vendida e a mais popular”, afirmou o delegado da DNARC, em entrevista ao jornal “O Povo” de 06 de agosto de

2008. A apreensão em 2008 e 2009 já soma 170 Kg, a maconha mais de ½ T e cocaína 29Kg, além da prisão de 420 traficantes<sup>2</sup>.

No Brasil, este fato vem chamando a atenção do governo e da sociedade, que se mobilizam em busca de enfrentamento deste problema. Em resposta aos dados apresentados em pesquisas, vem se configurando no país a efetivação de políticas públicas pautadas em leis federais<sup>3</sup> que trazem em seus princípios e diretrizes definições, orientações e determinações de como organizar os serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Diante deste contexto de crescimento no uso de álcool e outra drogas que grassa a sociedade, é que se pretende elaborar um estudo avaliativo do modelo de tratamento para dependência química em comunidades terapêuticas no Estado do Ceará. A intenção é trazer uma análise do que se propõe essa abordagem, a fim de facilitar a compreensão de seus padrões de funcionamento.

Este estudo tem por objetivo investigar o modelo de intervenção para tratamento da dependência química na modalidade de Comunidade Terapêutica no Estado do Ceará, observando a interface com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e como possibilidade de contribuir para implementação de uma política estadual de atenção e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas, além de verificar se este modelo de tratamento mantém interface com as políticas públicas que vêm sendo pautadas em leis federais no país.

Meu interesse por essa pesquisa surgiu a partir da prática profissional como Assistente Social desde 1984, trabalhando na perspectiva de implementação e execução de políticas sociais, atualmente, junto à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social - STDS. Soma-se a prática profissional desde 2003, como voluntária no Projeto Volta Israel vinculado à Associação Shalom de Promoção Humana - ASPH, que atua como Organização Não Governamental - ONG, e desenvolve ações de tratamento aos dependentes químicos. Outra situação motivadora se dá pela convivência da pesquisadora, com familiares e amigos, que

---

<sup>2</sup> Dados revelados em palestra no Desafio Jovem, proferida por Dr. César Wagner, delegado da Denarc em 09/09/2009

<sup>3</sup> Leis Federais que cuidam do assunto sobre drogas. Lei , Lei 6.368/76, Lei 10.409/2002 e a Lei 11.343/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, essa ultima está em consonância com a Política Nacional sobre Drogas e a Resolução 101/2001 da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

têm em suas famílias indivíduos consumidores de álcool e outras drogas. A partir deste trabalho no Projeto Volta Israel, nos dedicamos a aprofundar os conhecimentos sobre a questão da dependência química.

Em 2006, como continuidade de aprofundamento nesta prática após realização de cursos sobre drogas e o funcionamento de Comunidade Terapêutica, foi possível uma experiência de imersão em uma Comunidade Terapêutica. O estágio de 10 dias realizou-se na APOT (Associação Promocional Oração e Trabalho) em Campinas-SP vinculada a Instituição Pe. Haroldo. Com certeza, essa rica experiência de observar “in loco” o modelo terapêutico de tratamento para dependência química nesta modalidade, fez crescer mais ainda o interesse pelo estudo. Foi, certamente, uma imersão de aprendizagem, que não estava relacionada, por exemplo, diretamente ao enfoque etnográfico de Malinowski, que sob a ótica sociocultural, “supõe uma imersão, por um longo período, na cultura da sociedade ou comunidade pesquisada, de modo a absorver suas idéias e entender suas crenças, atitudes e forma de comportamento” (HOLANDA, 2006, p.283), visto que, esta experiência tinha o foco no crescimento profissional e não uma pesquisa acadêmica.

Neste mesmo ano, como prática profissional na STDS, foi possível a implantação de uma Comunidade Terapêutica em parceria com o Projeto Volta Israel – ASPH para tratamento da dependência química de jovens egressos do sistema sócio-educativo, do sexo masculino na faixa etária de 16 a 21 anos, na qual esta pesquisadora ainda realiza supervisão técnica.

Historicamente, no Brasil, os usuários de álcool e outras drogas (substâncias psicoativas) têm encontrado assistência nas comunidades terapêuticas, popularmente conhecida como “Fazendas” ou “Casas de Recuperação”, mesmo antes da criação de serviços públicos. O tratamento oferecido à população dependente de substâncias psicoativas no Brasil só veio a ser definido a partir do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, quando foram criados os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas - CAPSad, com objetivo de reabilitação psicossocial e a reinserção social. Este modelo de tratamento é ambulatorial/dia, sem internação.

Ainda quanto à criação dos serviços públicos, é importante compreender que a proposta de atendimento nos CAPSad está inserida no contexto da Reforma

Psiquiátrica Brasileira, que teve início na década de 1970, marcada pelo Movimento Nacional da Luta Antimaniconial e pela criação de modelos alternativos aos manicômios para atenção da Saúde Mental, quando se implantaram os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Sob diferentes modelos de tratamento, inclui-se a Comunidade Terapêutica, também como modelo psicossocial, ao qual demos destaque devido ao seu crescimento nos últimos anos. Sua proposta considera que o dependente químico possa desenvolver-se nas diversas dimensões de um ser humano integral, através de uma comunicação livre entre a equipe de trabalho e os residentes, favorecendo o processo de ajuda mútua e de relação entre os pares. Seu objetivo não se restringe aos resultados do tratamento sobre a abstinência total de droga, mas também o processo de reinserção do indivíduo na sociedade.

As Comunidades Terapêuticas para tratamento da dependência química tiveram seu início em 1958, em Santa Mônica, Califórnia, EUA, quando um grupo de alcoolistas em recuperação decidiu viver junto em abstinência procurando encontrar um novo estilo de vida. Sua origem descende dos modelos psiquiátricos surgidos na Grã-Bretânia, nos anos de 1940, e dos Alcoólicos Anônimos - AA, que é reconhecido como o maior grupo de auto-ajuda do mundo (FRACASSO, 2001, p.273).

Com apresentação de um quadro crescente de uso de drogas no Brasil, tem crescido a procura por tratamentos especializados da dependência química. Portanto, à medida que esses serviços e intervenções estão se expandindo, torna-se imperativo a realização de uma avaliação dos modelos de tratamento, partindo do princípio de que não há uma modalidade terapêutica que seja superior às demais. Nesta perspectiva e dentro da ótica de que esse serviço em Comunidade Terapêutica é parte da política para atendimento aos usuários de álcool e drogas, a avaliação torna-se importante para que sua implementação possa alocar adequadamente recursos, além de verificar a eficácia deste modelo de atendimento quanto à proposta de mudança no estilo de vida e possibilidade de reinserção social.

De acordo com Formigoni, (2000, p. 515),

uma intervenção avaliada através de uma abordagem cientificamente correta pode ter sua qualidade e efetividade melhoradas, poupando recursos e permitindo determinar para quais situações em particular aquela intervenção é adequada.



A autora defende que, numa avaliação, de tratamento há vários aspectos que podem ser abordados, bem como diferentes finalidades com os quais os tratamentos são avaliados: administrativas, clínicas e de pesquisa. Desta forma, vê-se que a proposta de Formigoni fundamenta a decisão desta pesquisa.

Neste contexto de implementação de política de atendimento ao dependente químico e com experiências advindas do serviço de tratamento em comunidades terapêuticas por organizações não governamentais, propõe-se uma avaliação deste modelo de atendimento assumido pela sociedade civil, tendo o Estado como parceiro financeiro, corroborando para a viabilização e disseminação de sua efetividade.

Como percursos metodológicos, muitos caminhos foram percorridos. Decidimos pela pesquisa de campo numa abordagem quantitativa e qualitativa, na qual as falas dos sujeitos trouxeram dados subjetivos que contribuíram para se chegar aos resultados. Os dados foram colhidos com a participação de 53 atores, incluindo profissionais e beneficiários, através de entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas e fechadas e entrevistas em profundidade com seis usuários do programa, sendo dois de cada unidade. Outro método utilizado foi observação participante e registro em diário de campo que possibilitou o enriquecimento da análise.

A avaliação foi possível pautada no referencial teórico sobre os temas de drogas, dependência química, comunidade terapêutica, políticas públicas e os pressupostos legais que definem esse modelo de intervenção, incluindo a Resolução Nº 101/01 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

Esta pesquisa realizou-se no ano de 2009, incluindo o levantamento de literatura iniciado em janeiro e dados colhidos nos órgãos estaduais como pesquisa bibliográfica e documental, até a ida ao campo nas três comunidades terapêuticas: Desafio Jovem, Centro de Recuperação Leão de Judá e Casa Renata Couras – Projeto Volta Israel, que atualmente desenvolvem suas ações em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA através de Subvenção Social<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Subvenção Social: transferência de recursos públicos, derivados da lei orçamentária a instituições públicas ou privadas, sem fins econômicos/lucrativos, que prestem serviços essenciais de assistência social, cultura, saúde e educação. As entidades sem fins lucrativos se submetem a concurso público através de publicação em edital público de Qualificação/Habilitação técnica para fins de Concessão

A avaliação deste modelo de tratamento na perspectiva de política pública torna-se relevante, visto que a pretensão é ir além da reunião e análises de dados. A intenção é unir a problemática atual da droga aos avanços legais alcançados no país e o reconhecimento da afirmação dos direitos do cidadão ao tratamento da dependência química em Comunidade Terapêutica. Dessa forma a contribuição deste estudo poderia se justificar pela necessidade de se discutir as políticas públicas para atenção aos usuários de álcool e outras drogas cooperando com a elaboração de um Plano Estadual direcionado ao enfrentamento desta problemática. A relevância deste trabalho se faz também na medida em que possa contribuir para ampliação e melhoria deste modelo de tratamento para dependência química e, ainda, possibilitar uma contribuição no âmbito acadêmico por se tratar de uma pesquisa científica.

Por fim, sendo o interesse deste estudo investigar o modelo de tratamento para dependência química em Comunidade Terapêutica, utilizaremos a Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 - regulamentação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, como parâmetros balizadores (documentos nos anexos IV e V). Procurar-se-á avaliar como este modelo de tratamento está sendo implementado pelo poder público e privado. Este modelo de abordagem favorece a transformação no “estilo de vida<sup>5</sup>” do dependente químico, possibilitando a inclusão social e o despertar de um sentido de vida? Qual é o nível de aceitação dos dependentes químicos ao tratamento? As instalações e funcionamento das comunidades terapêuticas estão de acordo com a determinação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária?

---

de Subvenção Social, lançado no Diário Oficial. Este edital é previsto com base na Lei Federal nº 101, de 04/05/2000; Lei Estadual Nº 13.553 de 29/12/2004 e Decreto Nº 27.953 de 13/10/2005, com instrução normativa conjunta SECON/SEFAZ/SEPLAN Nº 61/2005, aplicando-se a Lei Nº 8.666 de 21 de julho de 1993.

<sup>5</sup> A expressão “estilo de vida” refere-se ao processo de mudança motivado por esse modelo de abordagem. Neste processo está a relação entre o indivíduo e a comunidade terapêutica. Mudanças inter-relacionais em comportamentais, atitudes, experiências e percepções que evoluem para mudanças de estilo de vida e de identidade conforme os indivíduos se deixam imergir completamente na comunidade e internalizam seus ensinamentos (De Leon, 2003, p.381). Os dependentes de drogas não podem manter relacionamentos com antigos companheiros de consumo, não podem ir a bares ou outros ambientes onde costumavam encontrá-los, pois o consumo de álcool e drogas é a atividade centra desses encontros. O indivíduo, nessas ocasiões volta a sentir desejo intenso, sente uma necessidade de voltar a consumir e não consegue resistir ao apelo da droga. A mudança no estilo de vida, dos hábitos anteriores para novos é a principal ferramenta para prevenção de recaída.(Leite, Marcos da Costa; médico psiquiatra e subsecretário de Prevenção e Tratamento da Senad).

Portanto, esse estudo tem como objetivo avaliar o modelo de tratamento para dependência química em Comunidade Terapêutica no Estado do Ceará, observando a interface com o SISNAD e a possibilidade de contribuir para implementação de uma política estadual de atenção e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas. Enfatiza ainda, verificar se esse modelo de intervenção já é reconhecido como ação de política pública dentro dos pressupostos legais atuais.

Iniciamos nosso estudo apresentando uma introdução sobre o panorama da atual situação do uso de drogas, dos possíveis modelos de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas. Ainda na introdução, apresentamos um item sobre o percurso metodológico da coleta de dados, ou seja, os procedimentos utilizados para alcançar os objetivos da pesquisa.

No segundo capítulo apresentaremos sobre a dependência química e uso de substâncias psicoativas, aqui neste estudo também chamada de drogas. Explicaremos como se deu a construção da política de atendimento ao dependente químico discutindo políticas públicas e o ordenamento legal, que serão utilizados em todas as etapas do trabalho. Neste capítulo teceremos ainda os percursos e possibilidades de tratamento para a dependência química tecendo um breve histórico sobre Comunidade Terapêutica, bem como, os caminhos percorridos das ações no Ceará.

No terceiro capítulo apresentaremos os resultados trazendo as discussões dos principais elementos extraídos da análise, estabelecendo uma interlocução teórica com alguns autores, indicando os aspectos essenciais que definem um novo olhar para a dependência química.

Prosseguiremos ainda, no quarto capítulo, com os resultados onde apresentaremos o embate das comunidades terapêuticas pesquisadas com o modelo padrão orientado pela ANVISA, trazendo sempre as contribuições de De Leon, especialista internacionalmente reconhecido no tratamento do abuso de substâncias, aclamado como a principal autoridade na pesquisa sobre comunidades terapêuticas. Também faremos a interface da política pública com as comunidades terapêuticas no Estado do Ceará e traremos as representações deste modelo de tratamento para os entrevistados.

Por fim, nas considerações finais, elencamos as principais questões originadas das discussões, fazendo a relação com as questões dos objetivos desta pesquisa, não com intuito de extrair conclusões definitivas, mas indicando aspectos essenciais do tema estudado, que poderão contribuir para a discussão de uma política estadual de atenção e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas.

### **1.1- O Percurso metodológico**

A pesquisa é um instrumento utilizado para desvendar aspectos da realidade no qual se quer saber mais. Para tanto é necessário percorrer caminhos e utilizar estratégias de coletas de dados entre as perguntas que se faz e as respostas que se encontra. De acordo com Lerche (2004, p.69) é indispensável optar entre as fontes, técnicas e definir prioridades no percurso de investigação. Desta forma, entende-se que o ponto de partida de uma pesquisa é a definição dos objetivos da avaliação e do conjunto de questões centrais e básicas que se pretende explorar. Minayo (2005) e Gondim (1999) enfatizam que o pesquisador deve ter clareza nas questões que orientam o plano de pesquisa, incluindo toda a metodologia escolhida.

Segundo Holanda (2006, p.191), é necessário definir com clareza dois pontos fundamentais: o que se pretende avaliar e com que propósito. Depois da decisão dos objetivos – o que se pretende avaliar – é preciso explicar o porquê e o como avaliar. Assim, como já foi anunciado, o que se pretende avaliar e o porquê, nos deteremos em conhecer os procedimentos metodológicos realizados nesta pesquisa.

Na perspectiva de Holanda (2006, p.105) avaliação é referida como uma atividade complexa, que comporta múltiplas abordagens e adiciona múltiplas categorias e modelos de investigação. Outros autores, Ala-Harja e Helgson (2000, p.22) também compreendem que pode haver mais de uma abordagem quando afirmam:

Há várias abordagens sobre avaliação que partem de premissas acerca da natureza do conhecimento avaliativo, da possibilidade de criação do conhecimento confiável e quanto ao melhor uso dos resultados. Além disso,

há também, freqüentemente, alguma relação entre a abordagem e os instrumentos e técnicas de avaliação.

De acordo com os autores, não há um método ideal de avaliação, há muitos métodos e abordagens possíveis a serem utilizadas, e ainda, que a função de avaliar é diferente em cada processo avaliativo. O necessário é a responsabilidade de adequar a avaliação ao elemento que se deseja avaliar, às informações desejadas, aos recursos disponíveis e ao uso pretendido dos resultados.

Nesta pesquisa utilizamos a combinação de diferentes métodos e diversos instrumentos por considerar mais frutífera a coleta de dados. Os procedimentos metodológicos utilizados foram o documental e de campo, abrangendo nuances quantitativa e qualitativa. Acreditamos que essa última permite a relação necessária entre os atores sociais e a pesquisadora na perseguição do objetivo central do estudo, que é a compreensão dos sujeitos acerca do tratamento da dependência química em comunidades terapêuticas.

Este trabalho buscará ressaltar as relações sociais, valorizando a riqueza da diversidade existente nas percepções, favorecendo uma interação dos atores envolvidos, incluindo a pesquisadora. Ala-Haja e Helgason (2000, p.41) chamam a atenção de que muitas vezes por falta de interação entre o pesquisador e os atores envolvidos, questões de menor relevância são investigadas prejudicando o foco da avaliação. Afirmam que:

é importante a escolha criteriosa dos métodos e abordagem do pesquisador e a possibilidade de criação de um grupo de referência para facilitar a interação do atores envolvidos. Esses cuidados devem ser tomados para livrar do risco de tornar o estudo uma tarefa simplesmente burocrática (IBIDEM).

De acordo com Minayo, também é preciso reconhecer as diferenças e peculiaridades de cada abordagem científica:

As abordagens quantitativas e qualitativas exigem teorias e métodos próprios e se prestam a fins de natureza diferenciada: as primeiras visam dimensionar e quantificar os dados de processo e ou de resultado. E as segundas são apropriadas para aprofundar a história; captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares ou com a população; compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também, aos

sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais (MINAYO, 2006, p.369).

Para Holanda (2006, p.268), no método de avaliação qualitativa se utiliza principalmente observação, entrevista e apresentação de relatórios mais discursivos sob forma de narrativas. É uma pesquisa indutiva e exploratória, que exige um exame sob múltiplas perspectivas e dimensões.

Escolhemos o modelo de avaliação do tipo participativa, visto que sua realização foi compartilhada com beneficiários, pesquisador e dos técnicos executores do programa terapêutico. Por ser um estudo com ênfase qualitativa, foi de fundamental importância a escuta dos residentes das comunidades terapêuticas.

O estudo foi iniciado a partir de leituras de obras clássicas e contemporâneas que trouxeram conceitos e discussões referentes à temática; utilizamos a pesquisa bibliográfica e documental. Recorremos a esta metodologia para o aprofundamento do percurso da política e aparato legal, onde utilizamos publicações oficiais em termos de criação e implantação de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Muitos dados foram pesquisados no *site* da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas - SENAD e Centro Brasileiro e Informações sobre Drogas – CEBRID, além da Legislação vigente sobre a execução da política pública para tratamento de dependência química. Coube a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA as informações das ações realizadas a nível estadual. Recorremos também a estudos anteriores sobre dependência química e tratamento em comunidades terapêuticas. Entre os documentos estudados, está a Lei N° 11.343 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a política Nacional sobre Drogas e Resolução N° 101 da Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA, que define o modelo de funcionamento em Comunidade Terapêutica e a Política Nacional sobre Drogas de 2005.

A pesquisa foi realizada em três comunidades terapêuticas, escolhidas por serem somente elas que recebem recursos financeiros da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará – SESA, sob forma de subvenção social, cujos serviços são gerenciados por entidades não governamentais, a saber: Centro de Recuperação

Leão de Judá<sup>6</sup>- Caucaia; Desafio Jovem - Fortaleza e Casa Renata Couras – Projeto Volta Israel – Aquiraz, sendo a entidade gerenciadora a Associação Shalom de Promoção Humana – ASPH, vinculada à Comunidade Católica Shalom. Ressaltamos que existem outras comunidades terapêuticas prestando esse tipo de serviço de forma particular ou por convênio, todavia não atendem dependentes químicos de classes mais empobrecidas que não podem pagar. A escolha destas unidades deu-se por serem elas executoras desse modelo de atendimento e por manterem parceria com órgão estatal de acordo com o que preconiza a Política Nacional sobre Drogas e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD.

O universo de investigação foi composto por 53 atores, dos quais 45 (quarenta e cinco) dependentes químicos em tratamento e oito pessoas da equipe de profissionais, sendo, o coordenador, assistente social e psicóloga de cada unidade. Conseguimos aplicar o questionário com 02 (dois) assistentes sociais, 02 (dois) psicólogos, 02 (dois) coordenadores e 02 (dois) monitores, um dos quais assume a função de coordenação por não termos encontrado equipe técnica em uma das comunidades terapêuticas.

Em cada comunidade terapêutica, os questionários foram aplicados em dois grupos como estratégia de se chegar aos sujeitos. O primeiro grupo foi formado por 15 (quinze) beneficiários voluntários e organizados pela equipe de cada instituição, os quais foram entrevistados seguindo questionário com perguntas abertas e fechadas, incluindo residentes que recebem ou não per-capta da subvenção social. O segundo grupo, formado pelos profissionais citados, teve como critério de escolha o fato de serem previstos em todas as comunidades terapêuticas.

---

<sup>6</sup> No momento da pesquisa de campo, descobrimos que o convênio do ano de 2009, o qual foi firmado somente em julho/09, direcionou os recursos financeiros para o núcleo de atendimento feminino que está em processo de implantação este ano. Quando recebemos a informação, optamos por continuar a pesquisa na unidade masculina, a mesma que recebeu os recursos desde 2006, quando da implantação deste modelo de prestação de serviço. Decidimos dar continuidade ao estudo neste núcleo por ser masculino e saber que o universo da pesquisa contempla o público beneficiário ou não da subvenção social. Também, compreendermos que objetivo maior do estudo é a análise do modelo de tratamento em interface com as políticas públicas, portanto independe de qual sexo atenda. A unidade pesquisada é localizada em Iparana e é gerenciada pelo Centro de Recuperação Leão de Judá com recursos de doação e pagamento dos internos. Ressaltamos que esse atendimento feminino, atualmente é o único oferecido pelo estado, sendo também através de parceria com ONG/Estado.

É importante informar que a média de dependentes químicos internos em cada unidade é de vinte e cinco residentes, sendo somente quinze beneficiados com a subvenção social, os demais utilizam outras formas de pagamento. Todos os indivíduos decidiram voluntariamente participar da pesquisa e assinaram termo livre de consentimento após explicação do objetivo deste estudo.

Nos questionários utilizados, constavam perguntas abertas e fechadas para os residentes e a equipe (Anexo II e III). O questionário dos residentes estava composto por quarenta e duas questões, divididos em cinco blocos, que nortearam o assunto pesquisado: são eles: I - Identificação do entrevistado; II - Condições de vida – estes itens se referiram ao conhecimento do entrevistado quanto ao perfil socioeconômico; III - O problema da dependência química – estas questões informaram sobre o envolvimento com a droga e a trajetória do adoecimento; IV - Opção pelo tratamento – esclarecimento sobre a adesão e disponibilidade para o tratamento; V - A comunidade terapêutica – Sobre o funcionamento e as instalações. (Modelo do questionário em Anexo II).

Com a equipe aplicamos um questionário contendo trinta e uma questões abertas e fechadas contemplando dados funcionais do profissional, sobre o tratamento e programa terapêutico. Os profissionais responderam sozinhos após terem consentido sua participação na pesquisa.

Com o instrumento de questionário foi possível levantar dados individuais, sócio-econômicos, culturais, sobre as instalações físicas e propostas terapêuticas. Neste momento certamente houve uma comunicação com os sujeitos, contudo não foi suficiente uma escuta livre da percepção de cada sujeito. Portanto, realizamos a pesquisa qualitativa com seis residentes em tratamento, escolhidos de forma intencional, atingindo os mais novos e mais velhos em idade cronológica.

Na abordagem qualitativa, utilizamos principalmente a observação e entrevistas em profundidade. Procuramos, sempre que necessário, associar etapas que interligassem todo o percurso da pesquisa, tendo em vista a consecução dos objetivos propostos.

De acordo com Bauer e Gaskell (2002, p.64), em ciências sociais, a entrevista qualitativa aparece como uma metodologia de coleta de dados amplamente empregada. O autor apropria-se do pensamento de Robert Farr (1992),



que diz: “ela é essencialmente uma técnica, ou método, para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas, ou pontos de vista sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista”.

As entrevistas em profundidade seguiram um “tópico guia”<sup>7</sup> que possibilitou maior compreensão das história de vida e no adoecimento de cada participante . A opção por esta técnica de entrevista se deu por permitir uma maior comunicação entre pesquisador e sujeitos, além de favorecer expressão com liberdade sobre as diversas questões colocadas. Neste modelo de entrevista, deixamos a palavra com o entrevistado, assumindo uma postura de ouvinte. Neste roteiro, foram priorizados aspectos sobre a vivência dos dependentes químicos, suas histórias de vida, seu passado, a experimentação da droga e as conseqüências deixadas, além da expectativa para tratamento: motivação e aceitação. Foi solicitado que falassem da elaboração de um projeto de vida e sobre o funcionamento da Comunidade Terapêutica. (Tópico Guia – Anexo I).

Com um prévio consentimento dos atores envolvidos, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas cuidadosamente, como forma de garantir todas as informações dadas pelos entrevistados. Todos esses atores foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como a contribuição que os resultados poderão dar após o final do estudo. Esse processo se deu observando um compromisso ético da pesquisadora e obedecendo aos procedimentos previstos na Resolução N<sup>o</sup>196/96 do Ministério da Saúde que instituiu o referencial de conduta e padrões éticos para as pessoas que desenvolvem pesquisa envolvendo seres humanos (anexos VI e VII).

Outro instrumento explorado foi o diário de campo, no qual foram registrados observações das instalações das comunidades terapêuticas, os espaços físicos, a composição da equipe, o funcionamento e algumas informações que não foram contempladas nos roteiros elaborados, além de situações vivenciadas durante o período da coleta de dados. Com certeza, a observação foi um instrumento indispensável nesta pesquisa, viabilizou a percepção do contexto estudado e de cada comportamento dos sujeitos. Neste momento, foi possível ainda firmar uma

---

<sup>7</sup> O “Tópico Guia”, segundo Gaskell (2002), é um guia que se torna como lembrete para o pesquisador das questões a serem investigadas, devendo ser apresentado em linguagem simples, empregando termos familiares adaptados ao entrevistado. Funcionam como esquema preliminar para análise das transcrições.

relação de confiança com os sujeitos, além da legitimação da autora como pesquisadora.

Na análise, procuramos associar dados quantitativos e qualitativos, pois os entendemos como complementares. As informações qualitativas permitiram mergulhar mais profundamente na realidade dos sujeitos que se encontram envolvidos na problemática da dependência química e que buscaram a Comunidade Terapêutica para tratamento, e também onde se pode conhecer aspectos das histórias de vida, aspectos familiares e o processo de adoecimento.

As informações provenientes das entrevistas foram cuidadosamente exploradas recorrendo-se à análise dos discursos<sup>8</sup>, tendo em vista o destaque das diferentes percepções dos sujeitos além da procura de explicitar coerências e incoerências com aspectos da realidade estudada. A finalidade da análise foi a de reunir as informações e organizá-las de forma a possibilitar a avaliação do modelo de tratamento para dependência química em comunidade terapêutica, encontrando as informações a partir de várias interpretações.

Em termos operacionais, os textos das entrevistas foram lidos exaustivamente. Em seguida, procedemos ao agrupamento dos conteúdos segundo as categorias relacionadas com as questões que foram postas aos sujeitos. Por fim, foi feita a análise dos discursos à luz das teorias estudadas e dos marcos regulatórios vigentes no Brasil dirigidos especificamente a política pública sobre drogas. Esta etapa implicou em interpretar o que os sujeitos falaram, bem como o significado de cada fala, destacando-se as diferentes percepções sem permitir que as teorias modificassem o “olhar” dos entrevistados.

De acordo com Victória (2000, p. 76), “a finalidade da pesquisa é identificar fenômenos e entendê-los”. É responsabilidade do pesquisador explicá-los e, por isso, em pesquisa qualitativa tem-se um caráter explicativo, e não apenas de tabulação de respostas. Nesta perspectiva o pesquisador poderá contribuir com

---

<sup>8</sup> Iniguez (2004, p.145) explica que segundo a análise de discurso a linguagem é simultaneamente um indicador da realidade social e uma forma de criar essa realidade [...] Em sua ação investigadora, a única coisa que ela faz é utilizar as mesmas ferramentas que serão utilizadas em qualquer contexto de ação social. Portanto o/a investigador/a deve estabelecer uma relação ativa com os/as leitores/as de seu trabalho e tentar mostrar como realizou sua leitura do texto. Dessa forma, a análise de discurso se converte em um exercício mais de negociação do que de exposição, no sentido de estar sempre aberta ao debate e à discussão das interpretações realizadas.

mudanças sociais desde que torne a realidade compreensível. Alguns dados, contudo, foram analisados quantitativamente e apresentados em percentual.

Para Bauer e Gaskell (2002), todo estudo feito pela técnica de análise do discurso representa uma postura crítica ao que é tido como conhecimento dado e conhecimento aceito sem discussão; a convicção de que o conhecimento é socialmente constituído; o reconhecimento de que nossa compreensão de mundo é histórica e culturalmente específica e relativa, e pelo compromisso de entender as maneiras como os conhecimentos estão ligados a ações e práticas.

As questões centrais nortearam todos os elementos extraídos da análise, possibilitando a identificação da realidade conhecida na linguagem dos sujeitos e nas observações. Procuramos realizar um estudo pautado fundamentalmente numa análise interpretativa, dissertativa e apreciativa, visando transmitir para o leitor todo o caminho percorrido pelo pesquisador e principalmente o que encontrou. Compreendemos assim, a importância deste estudo na construção do conhecimento dentro da relação entre teoria e prática, possibilitando a construção da vida social.

## **2 – DEPENDÊNCIA QUÍMICA, POLÍTICAS PÚBLICAS E COMUNIDADE TERAÊUTICA**

Compreendendo que toda pesquisa científica parte de reflexões teóricas, buscamos fundamentar as questões relacionadas ao objeto de estudo de forma metodológica a fim de viabilizar uma maior compreensão e facilitar todo o processo de estudo. O aprofundamento teórico foi construído com o objetivo de fundamentar os objetivos da pesquisa e proporcionar uma maior integração com os dados empíricos e teoria.

Iniciamos a revisão de literatura trazendo a contribuição de autores selecionados sobre questões relacionadas à dependência química (dependência de drogas), quanto aos aspectos históricos, sociais, psíquicos, antropológicos, juntamente com uma conceituação sobre drogas.

Em seguida, seguimos aprofundando o conhecimento sobre as políticas públicas e os esforços percorridos na construção do aparato legal que garante o atendimento ao dependente químico. O tema ficou dividido entre políticas públicas, ordenamento legal e os percursos trilhados na construção das possibilidades de tratamento para a dependência química, chegando ao aprofundamento sobre Comunidade Terapêutica, questão central a ser investigada.

Por fim, como subsídio de compreensão sobre a implementação das políticas públicas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas no Ceará, traçamos uma retrospectiva das ações realizadas até o momento onde encontramos a participação das ONG's<sup>9</sup> na prestação deste serviço, justificando assim, o campo de estudo escolhido.

### **2.1 - Dependência Química e o uso de substâncias psicoativas/drogas**

O tema “droga” é tido como um problema que explora as questões individuais (dano à saúde do usuário) para englobar igualmente a sociedade. Por

---

<sup>9</sup> ONG - Termo usado para entidades privadas, podendo ser de caráter filantrópico, sem fins econômicos /lucrativos que executam serviços de caráter público.

isso se diz que se trata de um problema social e é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde - OMS como um problema grave de saúde pública, que transcende para questões políticas, sociais e econômicas. A ênfase dada atualmente aos problemas derivados das drogas sejam aqueles ligados ao tráfico ou às conseqüências individuais e coletivas do consumo, está inserida no cotidiano das pessoas e da sociedade. Estudos sobre a história do uso de drogas revelam que, a relação do homem com substâncias psicoativas é muito antiga, contrariando assim, a idéia de que o uso de drogas é novo no cotidiano da humanidade.

Neste sentido, Toscano Jr (2001, p.28) afirma que “as drogas sempre estiveram presentes no tempo, envolvendo não somente a medicina e a ciência, mas também a magia, religião, deleite e festas”. Todavia, foi somente no século XX que se assistiu ao uso epidêmico de substâncias psicoativas e que se intensificou estudos sobre este fenômeno, que preocupa não somente o poder público, mas as famílias e toda a sociedade.

Estudos antropológicos e sociológicos revelam que mesmo antes da proposta de globalização da economia mundial, o tráfico de drogas já era global, porém, atualmente assume posição de poder e força de mercado, ampliando os problemas de questões sociais contemporâneos. Segundo Zaluar (1997), o Brasil entrou na rota internacional do tráfico na década de 1970, e em conseqüência assistiu-se a uma estruturação do narcotráfico e a um aumento significativo no consumo de drogas, atingindo crianças, adolescentes, jovens e adultos.

Zaluar (1997) aponta que a problemática do uso de drogas está relacionada ainda como uma das conseqüências do sistema capitalista e que aí se encontram as raízes de muitos males contemporâneos, onde o desprezo pelo valor intrínseco da vida exprime-se em muitas violências e, sobretudo, na violência autodestrutiva do uso de drogas.

A autora, referindo-se a questão social que se confunde com exclusão, apropria-se do pensamento de Sasse (1991) para compreender as bruscas transformações na organização social. Também concordamos com seu pensamento que diz:

[...] sem dúvida, a rapidez das mudanças na organização familiar, nas relações sexuais, nos valores que fizeram do trabalho a referência mais

importante para amplas camadas da população, agora substituídos pelos valores associados ao consumo, especialmente o consumo de “estilo” mais caro e menos familiar provocou o que se poderia chamar de anomia social difusa (ZALUAR, 1997, p.13).

Ainda, de acordo com a autora, vemos que a sociedade brasileira está imersa numa onda onde os valores construídos socialmente estão sendo substituídos pela desordem imposta pelo consumo, incluindo o consumo de drogas. “A sociedade passou a ser regida por valores consumistas, perdendo os valores construídos nos parâmetros humanizados” (IBIDEM, p.15).

Ainda percebendo a estreita ligação entre a situação econômico-social do Brasil e a criação de condições favoráveis à manutenção dos mercados ilícitos, Rodrigues (2006, p.55) afirma que o círculo vicioso se fecha, contribuindo para disseminação do uso de drogas. Em conformidade com a autora, vê-se que este círculo é bem concreto e se constrói rapidamente, como é possível perceber abaixo:

[...] consumidores compram drogas, traficantes vendem, os excluídos do sistema se empregam na indústria ilícita com salários melhores; traficantes precisam comprar armas, o comércio ilegal quer vender armas; os lucros dos tráficos ( de drogas e de armas) são exorbitantes; as altas esferas do poder têm sua representação na indústria e absorvem parte do lucro; o dinheiro sujo circula e precisa ser lavado; as instituições financeiras lavam o dinheiro; a indústria do crime quer vender segurança, a população aterrorizada quer comprar segurança; a ‘guerra às drogas’ é cara, mas o dinheiro é público [...].

Dentro da perspectiva psíquica e social, Guimarães (2006, p.63), reportando-se a Costa (2004), explica que os críticos da Modernidade asseguram que a globalização enfraqueceu as tradicionais instâncias doadoras de identidade e normas e “que o individuo tem hoje como principais suportes de identificação o narcisismo e o hedonismo [...]” pois “o narcisista acredita que felicidade é sinônimo de satisfação sensorial e o sujeito moderno teria se tornado indiferente a compromissos com o outro, importando-se somente com projetos pessoais”.

O autor defende que o que ocorreu foi um deslocamento moral, no qual as instituições tradicionais que determinavam valores de teor universal foram substituídas pelo “mito cientificista”. O que antes era medido por valores religiosos, éticos ou políticos, agora é avaliado por métodos de controle e validação

experimental. A qualidade de vida passa a ser vista como um valor fundamental, deixando para trás a “vida justa”, que tinha como única referência à virtude moral.

Guimarães em conformidade com a análise feita por Costa (2004) sobre a cultura moderna, a qual cita “o ideal da felicidade e das sensações” como sendo uma das manifestações decorrentes da mudança de referência moral, esclarece que esse ideal diz respeito à busca pelo prazer e do êxtase, sendo intenso mesmo que passageiro. Dentro destas concepções e admitindo as transformações de valores, concordamos com os autores quando admitem que a atual cultura impõe ao “homem” um modelo de vida direcionada à satisfação de suas necessidades subjetivas e busca pelo prazer, e que essa realização se dará pelo consumo, incluindo o consumo de drogas.

Considerando, pois, o caráter hedonista e permissivo da sociedade capitalista atual, pode-se dizer que esta se apresenta como um ideal estético de práticas e comportamentos seguidos pelos homens para o alcance de um estado de bem-estar individual. Passa-se de um plano da realização para um plano da satisfação. Desta forma, proporciona-se a falsa ilusão de que, se o sujeito estiver seguindo esse ideal de vida, ele vai obter esse estado de bem-estar continuamente (GUIMARÃES, 2006, p.64).

Concordando com o pensamento de Costa, o autor considera que o uso de drogas apresenta-se, dentre as técnicas vitais de hesitação do sofrimento e busca da felicidade, como uma técnica do corpo de utilizar o método químico para afrontar o “mal-estar na civilização” apresentado por Freud em 1930. De acordo com Guimarães e Costa, Freud reconhece que esse método de “intoxicação” com substâncias químicas é um método grosseiro de fugir da realidade, no entanto, afirma que essas substâncias, “amortecedoras de preocupações”, além de levar o indivíduo ao prazer, responde também a esse desejo de independência do mundo, minimizando as pressões externa, levando-os ao encontro do refúgio no seu próprio mundo.

Nesse contexto, marcado por grandes contradições, mudanças de valores e de conflitos oriundos do sistema capitalista, e de tensões e pressões sofridas pelos indivíduos, compreende-se que as causas que levam o indivíduo a usar drogas são múltiplas, as quais estão nos aspectos psíquicos, sociais, culturais, econômicos, espirituais. A esse respeito, Seibel e Toscano (2000) revelam que em estudos sobre

a etiologia da dependência de álcool e outras drogas já se admite que vários fatores, biológicos, psicológicos e culturais contribuem para a gênese e manutenção da dependência.

Concordando com Guimarães, compreendemos também que o indivíduo passa a manter um relacionamento com a droga de forma subjetiva, e Olivenstein (1990) aponta que “as drogas também são utilizadas na busca do alívio de tensões internas, como angústias ou tristeza”. Portanto, esse indivíduo necessita adicionar algo, um “objeto” de compensação, para manter um relacionamento como forma de minimizar a dor e o sofrimento ou para preencher um vazio e encontrar na droga a satisfação de prazer.

Os autores Seibel e Toscano Jr. (2000, p.17) procurando historiar o uso de drogas, admitem que nos últimos cinquenta anos ocorreu um crescimento no seu uso como medicamentos sedativos ou estimulantes, usados inclusive em guerras e como uso de antidepressivos. Também relatam, dentro da visão histórica, o surgimento de alguns movimentos, que justificavam o uso de substâncias psicoativas como motivo ocasional devido ao aspecto ideológico, entre eles: os movimentos psicodélicos, movimento *hippie* pelo lema “paz e amor” e movimentos culturais.

Com o crescimento do consumo de drogas lícitas ou ilícitas, a preocupação deixou de ser somente das famílias, passando a ser também dos governantes de muitos países. Segundo a OMS, a definição de droga é:

qualquer substância, natural ou sintética, que uma vez introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais funções. Considera a intoxicação química por substâncias psicoativas como doença e classifica a compulsão por drogas como transtornos mentais e comportamentais (OMS,1981).

Cazenave (2001, p.63) apoiando-se na definição de drogas da OMS, acrescenta que “a droga de abuso é a substância que age nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando efeitos estimulantes, euforizantes e/ ou tranqüilizantes”. Define ainda o conceito de dependência como sendo um estado psíquico e por vezes físico caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e necessidade de usar a droga, de forma contínua ou



periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente.

Ainda, segundo Toscano Jr.(2000), quando se pensa no fenômeno da dependência no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas deve-se considerar que o relacionamento dos indivíduos com a droga é constante e a longo prazo. Para ser caracterizado um quadro de dependência é preciso haver um sentimento de perda de controle por parte do indivíduo, isto é, uma vez iniciado o uso ele, não consegue mais parar. Para o autor:

As doses variam de acordo com o usuário que procura obter um efeito agudo da substância, relacionando ao seu bem-estar. Em função deste efeito é que o usuário de droga elege uma determinada substância e uma via de introdução adequada para o tempo de manifestação do efeito. Isso significa que quanto maior é a necessidade, maior também é a urgência de uso de drogas, quanto maior a compulsão, a via de administração escolhida será aquela da maior distribuição pelo organismo (TOSCANO, 2000, p.37).

Do ponto de vista de Cazenave (2001, p.63) “as doses variam de acordo com o usuário que procura obter um efeito agudo da substância, relacionado ao seu bem-estar”, confirmando assim, o conceito de dependência química apresentado por Toscano. Desta forma, o uso se dá em função do efeito desejado. Esclarece que o dependente químico escolhe uma determinada substância e uma forma de uso que melhor adéqüe o tempo de sua manifestação e efeito, e que a droga poderá ser administrada em maior concentração, aumentando a intensidade do efeito, reforçando a compulsão.

Segundo Lourenço (2001, p.139), “nem todo usuário evoluirá para a dependência. A atitude do indivíduo frente à droga varia de acordo com sua história de vida, seu caráter, seus desejos e dificuldades e suas motivações conscientes e inconscientes”. O limite que separa o uso de drogas e a dependência química é bem tênue, esta transição de um estágio para o outro só é percebida quando o indivíduo não consegue renunciar à droga e deixar de consumi-la, tornando-a o centro de sua vida.

No Brasil, a classificação das drogas se dá a partir da aceitação da sociedade e segundo seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), classificam-se em lícitas ou permitidas e ilícitas ou de uso proibido ou controlado

pela medicina. Nas primeiras, as lícitas, estão incluídas substâncias tóxicas como álcool etílico das bebidas, a cafeína existente no café e nos chás e a nicotina encontrada no cigarro por conterem substâncias euforizantes. Algumas dessas têm o uso vedado para menores de 18 (dezoito) anos e, apesar de serem alvo de campanhas de conscientização de seus efeitos malefícios, vivem sendo consumidas em maior quantidade de jovens que não atingiram a faixa etária (BRANDÃO, 2002 p.15).

No segundo grupo, as drogas ilícitas, estão relacionadas pelo Ministério da Saúde como capazes de causar modificações no corpo e na mente. São aquelas que a produção, o uso e a comercialização possuem caráter proibitivo, sendo assim considerado crime quaisquer dessas atividades. Pode-se citar como exemplo a maconha, a cocaína, o crack, o ecstasy, entre outras (Idem).

As drogas que devemos focar aqui são as chamadas substâncias psicoativas (SPA's) e alteram o estado de consciência quando introduzidas no organismo humano. Cazenave (2001, p.63), que traz a definição da OMS, afirma que “droga de abuso é uma substância que age nos mecanismos de gratificação do cérebro, provocando efeitos estimulantes e / ou tranqüilizantes”. De acordo com Lanaro (2001, p.47), “as substâncias psicoativas dividem-se em três grupos: estimulantes, que aceleram a função cerebral; depressoras, que reduzem a velocidade da função cerebral e modificadoras/pertubadoras, que alteram o funcionamento cerebral”.

Como drogas estimulantes, podemos citar as anfetaminas, a cafeína, o tabaco, a cocaína/crack; dentre as depressoras destacamos os inalantes (solventes), os barbitúricos, os opiáceos, os hipnóticos não barbitúricos, os ansiolíticos e o álcool; e dentre as modificadoras enquadrados os alucinógenos sintéticos (ecstasy, LSD), a maconha, os anticolinérgicos e outras substâncias. Produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração no senso-percepção (IDEM).

As substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a auto-administração repetida, que geralmente resulta em tolerância e comportamento compulsivo de consumo. Na determinação da OMS, o uso nocivo está relacionado ao “padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde”, podendo ser esse de natureza física ou mental.

A OMS utiliza critérios para elaborar diagnóstico quanto ao uso ou abuso e dependência, o que vai depender da relação que o indivíduo mantém com a droga. O uso é qualquer consumo de droga, seja experimental, ocasional ou esporádico. Trata-se de uma condição seguindo-se a administração de álcool ou outra substância psicoativa, resultando em perturbações no nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento.

Quanto ao abuso, reconhecido como uso nocivo, o indivíduo mantém um padrão de uso de substância psicoativa que está causando algum prejuízo, seja este prejuízo biológico, social ou psicológico. Já a dependência química ou Toxicomania, segundo Escobar (2006, p.218), é um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo e à sociedade, determinada pelo consumo repetido de uma substância, seja natural ou sintética. É compreendida como um consumo incontrolável, e geralmente está associado a sérios prejuízos para o indivíduo.

Para Toscano Jr. (2000, p.293) a história do uso de drogas de cada usuário deve conter dados sobre o(s) tipo(s) de substância(s), a(s) via(s) de administração, a frequência e o tipo de uso, e também sobre o padrão de consumo por ele. O autor argumenta que as pessoas sempre as utilizaram por motivos os mais diversos, e sem dúvida as seguirá utilizando, pois cada substância age no cérebro de uma maneira diferente e são utilizadas pela humanidade com propósitos distintos. Considera que o consumo de substâncias psicoativas podem simplesmente fazer parte da alegria de viver, um dos objetivos do ser humano.

Na transição abuso/ dependência, o indivíduo aumenta a quantidade consumida para obter os mesmos efeitos prazerosos iniciais, o que se chama de “tolerância”, como explica Formigoni e Quadros (2006, p.33), esclarecendo que isto acontece quando se dá o processo adaptativo que pode contribuir para alteração no organismo decorrente do uso repetitivo de drogas. O indivíduo tende a fazer uso da substância psicoativa não mais somente por seus efeitos prazerosos, e sim para evitar os sintomas da abstinência, que é a falta de drogas no organismo em usuários dependentes.

Na atual compreensão sobre a dependência química, vista como “doença” e que os fatores que levam ao abuso estão entre biológicos, psicológicos e culturais, os quais contribuem para a gênese e manutenção da dependência, é necessária a compreensão sobre a interação da droga com o organismo, particularmente,

entender como as drogas psicoativas afetam o cérebro e por consequência os comportamentos humanos.

Segundo Seibel e Toscano Jr. (2000, p.211), uma das teorias que ajudam a explicar a etiologia do abuso e da dependência química é a teoria comportamental, a qual considera que o uso de substâncias é um comportamento aprendido e mantido. Outra teoria conhecida apontada por Fomigoni e Quadros (2006, p.31) é a “teoria do reforço”, proposta por Weise e Bozart que afirmam: “o poder reforçador de algumas drogas psicoativas é um dos fatores mais importantes no seu potencial de abuso”. Eles propuseram que as substâncias psicoativas possuem um mecanismo que poderia explicar seu poder reforçador e que a dependência está relacionada aos efeitos reforçadores e estimulantes produzidos pela droga. São considerados estímulos reforçadores aqueles que estabelecem e sustentam hábitos e comportamentos.

Os autores Seibel e Toscano também concordam com esta última teoria, “teoria do reforço” e afirmam que muitos comportamentos se perpetuam ao serem reforçados positivamente ou negativamente. Os efeitos de reforço positivo das drogas seriam fundamentais para o estabelecimento da dependência. No caso da dependência química, considera-se que uma substância age como reforço positivo, quando provoca sensação prazerosa.

Ainda, de acordo com os mesmos autores, após a administração de uma droga, várias alterações agudas acontecem no indivíduo. Estas alterações ocorrem através da transmissão das informações entre os neurônios provocadas por substâncias químicas denominadas neurotransmissores, sendo alguns dos mais conhecidos: dopamina e noradrenalina, serotonina, os aminoácidos inibitórios e excitatórios. Destas substâncias, a dopamina é identificada como principal neurotransmissor das vias cerebrais responsável pelo estímulo da sensação do prazer (SEIBEL E TOSCANO Jr, 2000 p.212).

Lanaro (2001, p.37) explica que a dopamina desempenha um papel acentuado nos denominados “centros de recompensa” do cérebro. Desta forma, compreende-se que quando a liberação da dopamina é aumentada através de vários mecanismos, o prazer é sentido. Isto reforça o uso da droga, causando a repetição do uso e eventualmente a dependência.

Outra forma que ajuda a compreender a dependência química está sob a ótica do contexto histórico-social, introduzindo uma visão histórico/antropológica, abordado por Oliveira (2000, p.368). A autora chama a atenção para se ultrapassar atitudes preconceituosas e moralistas vigentes em décadas passadas e lidar com o fenômeno de maneira ampla, resgatando o ser humano num contexto global de consumo de drogas. Baseia-se na valorização da identidade do sujeito respeitando a diversidade humana e centra a abordagem compreensiva no interesse do consumidor e nas suas necessidades.

Explica que “o dependente químico é o sujeito que dá significado e função ao uso de drogas” e que não é possível a compreensão do fenômeno da dependência química concentrando-se apenas nos efeitos das substâncias como efeito isolado da intencionalidade do sujeito; [...] “a droga sozinha não faz a disfunção. A questão da dependência química diz respeito também às ações subjetivas e aos processos sociais envolvidos”. Diz ainda, “carências afetivas e relacionais somam-se aos desequilíbrios do sistema social, necessitando ser compreendido em sua totalidade” (IBIDEM, p.368).

Oliveira (2000, p. 369) argumenta que responsabilizar sujeito e a sociedade constitui uma conduta necessária para a compreensão da questão. Afirma que o “dependente químico é um sujeito ativo, responsável pela sua escolha e pelos desdobramentos que dela decorrem. Não está inerte diante de uma substância que avança para destruí-lo, deixando-se passivamente contaminar”. Portanto, segundo a autora, a dependência química passa a ser entendida como um conjunto de dificuldades de ordem afetiva e social, que se manifesta no encontro de uma substância tóxica e um indivíduo, que é personalidade e corpo, vivendo num momento específico sociocultural.

Sobre o uso de drogas no Brasil, sabemos que historicamente entre meados dos anos 1960 e anos 1980 ficou reconhecido pelo uso da maconha por jovens das camadas médias. Já nas últimas décadas do século XX, em finais dos anos 1980, a cocaína reaparece de modo epidêmico, sendo utilizada pela via de administração intranasal e endovenosa, ficando o final do século marcado pela associação entre consumo de drogas e infecção do HIV. A partir de 1990, o consumo do crack (uma mistura de cocaína e bicarbonato de sódio, aquecida e fumada na forma de pedra) inicia uma grande expansão, principalmente entre jovens com menos de 20 anos de

todas as classes sociais, mas, sobretudo das classes mais baixas, iniciando uma epidemia (TOSCANO Jr., 2001).

Atualmente, é consenso no país que nos últimos anos o consumo de drogas tem aumentado em nossa sociedade e que, de fato, este consumo propaga-se em todas as camadas da população, sobretudo urbana, atingindo cada vez mais aquelas de baixa renda. Não se trata apenas de produtos ilícitos, mas também e principalmente do abuso de muitos produtos lícitos como álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos e inalantes. Diante deste quadro epidêmico, assistimos a esse conjunto de práticas abusivas e a indiferença em relação aos seus efeitos nocivos desencadeados na vida do sujeito ou na sua relação com os outros; podem, acarretar um alto custo social, além de pesados sofrimentos físicos e morais aos usuários, às famílias e à sociedade.

## **2.2 - Construção da política de atendimento aos dependentes de drogas**

No intuito de elucidar sobre o percurso e construção da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no país, iniciamos discutindo e fundamentando de forma generalista sobre políticas públicas vista a partir do processo democrático e modelo neoliberal, tendo a Constituição Federal como marco de mudanças no modelo de gestão, e conseqüentemente, a inauguração e implementação das políticas públicas. Para tanto, recorreremos a esta temática até chegar às políticas específicas de Saúde e Assistência Social, que definem a garantia de direito ao usuário que delas necessitem, neste estudo, os dependentes químicos.

Neste contexto de participação da Sociedade Civil e Estado na construção de políticas públicas, o país tem avançado significativamente até a legitimação de leis federais que regulamentam e orientam a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, sendo todo esse processo pauta deste estudo, incluindo a Política Nacional sobre Drogas que prevê o tratamento em Comunidades Terapêuticas.

A discussão sobre a gestão das políticas públicas encontra referência nas relações entre Estado e Sociedade. Para Hofling (2001, p.31) as políticas públicas, focada nas políticas sociais, podem ser compreendidas a partir do movimento e

diferenças entre Estado e Governo<sup>10</sup>. A autora considera que este entendimento é possível, quando colocamos a intenção de compreendê-las colocando o “Estado em ação” interpretado por GOBERT e MULLER (1987). Portanto acrescenta: “o Estado implantando um projeto de governo, através de programas e ações direcionados aos seguimentos específicos da sociedade”.

Ajudados por Hofling (2001), podemos concluir que as políticas públicas são de responsabilidade do Estado, e sua implantação e manutenção se dão a partir de um processo de tomada de decisões, envolvendo órgãos públicos e diferentes agentes e organizações da sociedade que têm relação com a política proposta.

Os anos 1980 apresentam-se como palco de constituição de novos sujeitos coletivos políticos, de novas práticas de construção de uma nova institucionalidade nas relações entre Estado e Sociedade e na construção da democratização. A Constituição Federal do Brasil de 1988 converte-se num marco histórico e legal, em que estabelece uma gestão democrática de suas políticas e traz como princípios norteadores fundamentais a participação, a descentralização, a justiça e a equidade, a universalização dos serviços públicos e o fortalecimento do controle social. A Carta Magna veio propor mudanças radicais nas regras de prestação de serviços assistenciais, como: alteração da concepção de direitos de cidadania com a incorporação da assistência à seguridade social; criação de renda mínima vitalícia sem vínculo contributivo e mais clareza na divisão de atribuições entre as três esferas de governo, trazendo o processo de descentralização (CF. 1988).

Segundo Bravo (2002), a gestão democrática das políticas públicas estabelecidas na Constituição Federal expressa um modo diferente de gerir e organizar a “coisa pública”, apresentando-se como um desafio colocado na agenda política do Estado brasileiro. Adverte para a importância de gerir democraticamente sistemas políticos tão complexos: saúde, assistência social, a educação, entre outros.

O conteúdo desta movimentação foi assimilado pela atual Constituição Federal brasileira, que ao propor a instituição de um “Estado Democrático de

---

<sup>10</sup> Estado como conjunto de instituições permanentes – órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que possibilitam a ação do governo: e Governo, como conjunto de programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) e propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período. (HOFLING, 2001, p.31)

Direito”, instituiu a Saúde, Assistência Social e Previdência Social como direito do cidadão e responsabilidade do Estado, incluídas no âmbito na concepção de Seguridade Social. Como políticas públicas, iniciam um trânsito para um campo novo: o campo de direitos, da universalização de acessos e da responsabilização estatal, rompendo com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo. Nesse sentido, a Política de Saúde e a Política Nacional de Assistência Social marcam seu ingresso no campo das políticas sociais, pois se configuram as responsabilidades do Estado e o direito garantido aos cidadãos brasileiros (PNAS, 2004; TRATADO DE SAÚDE COLETIVA, 2006).

Todavia, Silva, Yasbek e Giovani (2006, p.24) lembram que esse processo de ampliação de direitos sociais rumo à universalização, construído no processo de democratização da sociedade brasileira, passou a ser fortemente combatido e interrompido durante a década de 1990, quando o Governo brasileiro passou a adotar o chamado projeto de desenvolvimento econômico, sob a orientação da ideologia neoliberal, na busca de inserção do Brasil na competitividade da economia globalizada.

Mesmo com os avanços alcançados, a trajetória dos anos de 1990 não seguiu esse ideário da Constituição Federal. O Brasil, ao implantar uma nova agenda neoliberal, passou por transformações e mudanças significativas no tocante à reforma do Estado e às ações sociais de enfrentamento das questões sociais. Como vimos anteriormente, no final dos anos de 1980, o país vivia uma grande contradição: de um lado, o processo de redemocratização e construção de um Estado de Bem-Estar universalista, e do outro, o seguimento de ajustes à nova “ordem mundial”, exigindo do país uma política de ajuste direcionado ao crescimento econômico e inclusão no mercado global (DAGNINO, 2004, p.194).

Deste ajuste, emerge o “Estado Mínimo”, que se isenta progressivamente do seu papel garantidor de direitos através do encolhimento de suas responsabilidades sociais e sua transferência para a sociedade civil. Segundo Dagnino (2004, p.197), “este modelo de Estado vem propor uma sociedade ativa e propositiva”.

Assim sendo, as questões sociais agravadas com a ausência do Estado neoliberal passam a ser enfrentadas também com a participação da sociedade civil, que por meio de diferentes formas de organização, assume a prestação de serviços



assistenciais, antes de responsabilidade do Estado. Esta sociedade que veio historicamente participando da construção do processo democrático, agora se vê como responsável pela execução de políticas sociais, perdendo o sentido político do seu funcionamento com o Estado. Para Yazbek:

O Estado brasileiro hoje é um Estado, que conforme afirma o Plano Diretor da Reforma do Estado, não assumirá tarefas que a sociedade pode assumir. É um Estado comprometido com ajustes econômicos, para o qual o enfrentamento das desigualdades sociais passa a ser tarefa da sociedade ou de uma ação estatal irregular e tímida, apenas suficiente para minimizar as conseqüências negativas dos programas de ajuste estrutural. (2001, p.43)

Segundo a autora, ao mesmo tempo em que o Estado diminui sua intervenção no campo social, apela à solidariedade e se apresenta como parceiro da sociedade na resolução dos problemas sociais. É neste contexto que se concretiza o novo modelo de gestão. A sociedade civil não vai substituir o Estado, mas passa a desenvolver ações sociais de caráter público sem pretensões de lucro.

O modelo de gestão consagrado na Constituição, o qual prevê a gestão democrática de suas políticas e que inaugura a participação e descentralização, propõe desde já a inclusão de organizações não governamentais como representantes da sociedade civil, que vem sendo impelida a atuar no enfrentamento das expressões sociais: Saúde, Assistência Social, Educação, entre outros.

Mesmo não fazendo parte do governo estatal, as ONGs realizam atividades de cunho público. Desta forma, Dagnino vem ressaltar que esses espaços da sociedade civil conseguem uma boa articulação com o Estado assumindo a execução de políticas públicas na área de assistência social e saúde e passam a ser compreendidas como:

(...) dotadas de competência técnica e inserção social, interlocutores “confiáveis” entre os vários possíveis interlocutores na sociedade civil, elas são freqüentemente vistas como os parceiros ideais pelos setores do Estado empenhados na transferência de suas responsabilidades para o âmbito da sociedade civil (DAGNINO, 2004 p. 211).

Neste contexto, no Brasil vai delineando um novo modelo de gestão de políticas públicas e ocorre a ampliação dos aspectos de descentralização político-

administrativa, distribuindo melhor a competência entre Distrito Federal, os estados e municípios, além de propor estímulo à maior participação das coletividades locais e da “sociedade civil organizada” (PNAS, 2004).

Esta efetivação das ações determinada pelos princípios e diretrizes da Política de Saúde passa a ser executada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, produto da Reforma Sanitária brasileira originada do movimento sanitário e processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde. Os fundamentos legais estão explícitos no texto da Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios. A regulamentação foi feita pelas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142 (ambas sancionadas em 1990), que detalham a organização e o funcionamento do sistema (TRATADO DE SAÚDE COLETIVA, 2006).

A grande novidade é a participação de organizações privadas de saúde, quando em caráter complementar de serviço e que é previsto na Lei que regulamenta o SUS. A legislação estabelece que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência nessa participação que deverá se fazer mediante contrato ou convênio, segundo as diretrizes do sistema e obediência às normas do direito público (VASCONCELOS & PASCHE, 2006, p.531).

Já, para a gestão da Política Nacional da Assistência Social – PNAS<sup>11</sup> tem-se o Sistema Único da Assistência Social – SUAS, que define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política. Ela veio materializar o conteúdo da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, sancionada em dezembro de 1993. A política determina que a:

Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado, passando a ser política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento das necessidades básicas (PNAS, 2004, p.31).

Dentro de suas funções, encontra-se a Proteção Social Especial que inclui um público definido como sendo de Alta Complexidade, entre eles usuários de

---

<sup>11</sup> PNAS, a regulamentação da política está na Resolução Nº 145, de 15 de outubro de 2004 (DOU 28/10/2004

substâncias psicoativas. A PNAS propõe a inclusão dos seguimentos excluídos não somente no sentido da pobreza, mas daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social ou onde há ameaça ou violação dos direitos civis do indivíduo. Passam a ser executada por gestores municipais, estaduais ou por prestadores de serviços aptos a receberem recursos financeiros através de parceria, com gestão compartilhada a nível municipal ou estadual. Desta forma, as ONG's, que são entidades de serviço público sem fins lucrativos, passam a compor a rede sócio-assistencial (Idem).

O serviço de tratamento a dependência de droga é, portanto, alvo deste modelo de gestão, previsto na intersectorialidade do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social, conforme definido na Política Nacional sobre Drogas de 2005 e a Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 como veremos a seguir.

### **2.2.1- Ordenamento Legal**

No fim da década de 90 começa o processo para atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Até 1998, as políticas públicas na área de drogas no âmbito federal estavam sob a responsabilidade do Conselho Federal de Entorpecentes – COFEN, vinculado ao Ministério da Justiça. O governo federal priorizava a repressão ao tráfico de drogas em detrimento das ações de prevenção, destinado maior parte dos recursos financeiros para a redução da oferta (PSICOLOGIA, 2009).

Em decorrência do fenômeno epidêmico de uso de drogas, foi criada em 19 de junho de 1998 a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como uma resposta brasileira à mobilização mundial voltada para o enfrentamento da problemática das drogas. Dentre algumas de suas atribuições está a coordenação de ações e programas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Atualmente passou a ser chamada de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, sancionado pela Lei Federal Nº 11.754 de 23/07/2008 (BRASIL, SENAD, 2002).

Como responsabilidade estatal, em 1976, ainda no século XX, foi sancionada a primeira Lei Federal sobre Drogas – Lei Nº 6.368 de 21 de outubro de 1976 – que já dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico de

substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica, dando também outras providências previstas em 47 artigos distribuídos em 5 Capítulos: Prevenção; Tratamento e da Recuperação; Dos crimes e das Penas; Do procedimento criminal e Disposições Gerais.

Outras Leis, dando seqüência a primeira, entraram em vigor buscando uma legislação que viesse responder e compreender a doença da dependência química. Em 19 de dezembro de 1986 - Lei Nº 7.560, cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências. Seguiu-se a Lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal e a Lei Nº 9.804, de 30 de julho de 1999, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Em 2002, a Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002, vem dispor sobre a Prevenção, o Tratamento, a Fiscalização, o Controle e a Repressão à produção, ao uso e Tráfico Ilícito de Produtos, Substâncias ou Drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica assim elencada pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

A legislação sobre droga é bastante ampla e propõe elucidar e reconhecer as diferenças entre usuários, a pessoa em uso indevido, o dependente de droga lícita e ilícita e traficante. No contexto legal, as drogas ilícitas são todas aquelas proibidas por lei, tanto de uso ou abuso, inclusive na forma de algum modo de veiculação e drogas lícitas, aquelas cujo uso é legalmente aceito, contudo, sem que haja uso abusivo. A aplicação da lei é definida de acordo com essas diferenças, pois a legislação atual evoluiu para uma tentativa de não colocar os usuários como pessoas criminosas e sim pessoas com direito de atenção.

Dentro de sua missão de criar uma política brasileira relacionada à questão das drogas, a SENAD, juntamente com diversos atores envolvidos, criou a Política Nacional Antidrogas – PNAD, através do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Após realinhamento, esta política passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas, que foi regulamentada em 27 de outubro de 2005 através da Resolução Nº

3 e teve sua aprovação pelo Conselho Nacional Antidrogas, em maio do mesmo ano. Esta política, prioritariamente, pressupõe sua implementação na busca incessante de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, além de definir objetivos, diretrizes e estratégias para esse alcance. Em um de seus objetivos, está a implantação de uma rede de assistência integrada pública e privada, intersetorial para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

A Política Nacional vem determinar sobre o tratamento, recuperação e reinserção social, e que o Estado estimule, garanta e promova ações para que a sociedade possa assumir com responsabilidade ética, com apoio técnico e financeiro, ações de prestação de serviços através de OG's, ONG's e entidades privadas, observando a forma descentralizada de gestão nos três níveis de governo, municipal, estadual e federal. Numa outra diretriz dentro do mesmo item, fica estabelecido que:

Deve Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Comunidades Terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005).

Trinta anos depois da primeira Lei foi sancionada a Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas e vem ser a única a regulamentar toda matéria referente ao uso e disseminação de drogas, já que no artigo 75, revoga os dois dispositivos legais anteriores, tanto a Lei Nº 6.368/76, quanto a Lei Nº 10.409/2002, as quais cuidavam do assunto de drogas no Brasil. Ressalta-se que a Lei atual está em consonância com a Política Nacional e com a Resolução Nº101/01 da ANVISA. (GOMES, 2006, p.8).

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD foi regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, com os seguintes

objetivos: contribuir para inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados; promover a construção e socialização do conhecimento sobre drogas no país; promover a integração entre políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários dependentes de drogas; reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito e promover as políticas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (SENAD - Fé na Prevenção, 2009, p.64).

A Lei nº 11.343/2006 prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências e entrou em vigor a partir de 08 de outubro de 2006. Uma de suas tarefas está em articular, integrar, organizar e coordenar toda política brasileira relacionada com prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes, assim como a repressão à produção e ao tráfico ilícito de drogas, por meio do SISNAD.

Segundo seus próprios termos, no Título III, Capítulo Segundo, principalmente nos Artigos 22<sup>12</sup> e 25, tratam das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Encontra-se aqui um aparato legal de tratamento para dependência química em Comunidade Terapêutica, colocando a acessibilidade como direito.

Por fim, foi regulamentada a Política Nacional sobre o Alcool, através do Decreto Nº 6. 117, de 22 de maio de 2007, que dispõe sobre as medidas de redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, dando também outras providências. Esta política, juntamente com as demais, devem ser articuladas e coordenadas pela Secretaria Nacional sobre Drogas - SENAD.

---

<sup>12</sup> Destacamos o Artigo 22 que define princípios e diretrizes essenciais: in verbis:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

**III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde** (grifo nosso);

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais.

Diante deste novo conceito de usuário de droga, em que o indivíduo deixa de ser percebido como criminoso ou recriminado por valores morais, enquadrando-se como usuário recreativo ou dependente que necessita de atenção, e por meio do ordenamento legal através das regulamentações federais, o tratamento de dependentes químicos em Comunidade Terapêutica está legalmente protegido e passa a ser direito de qualquer usuário e dependente de drogas.

Ainda, vê-se que, segundo a Política Nacional sobre Drogas, o tratamento da dependência química é previsto dentro de uma intersetorialidade entre saúde e assistência social, visto que se trata de uma doença originada por múltiplos fatores, como foi visto anteriormente. Está situado na saúde dentro da Saúde Mental, definido na III Conferência de Saúde Mental – Brasília/2001 e na assistência social enquadrada na Proteção Especial de Alta Complexidade, que indica os “usuários de substâncias psicoativas”, como beneficiários da política. (PNAS,2004, p.37).

### **2.3 - Percursos e possibilidades de tratamento para Dependência Química**

A saúde pública brasileira retardou em ocupar-se devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Historicamente construiu-se uma lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça e segurança pública, ou para ações de filantropia em associações religiosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A ausência do Estado na efetivação de uma política de alcance nacional de álcool e outras drogas, no âmbito da saúde pública, possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso em Comunidades Terapêuticas, denominadas “Fazendas” ou “Casa de Recuperação”, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumpriu um papel relevante e foi protagonista em apontar a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema. As iniciativas governamentais

restringiam-se a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários.

O tratamento oferecido a população dependente de substâncias psicoativas no país efetivou-se a partir do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, conforme Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, onde foram criados os serviços públicos especializados, através das Portarias de Assistência à Saúde nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e a nº 189, de 20 de março de 2002, que regulamenta o funcionamento de Centros de Atenção Psicossocial para álcool e Drogas – CAPSad, como objetivo de reabilitação psicossocial e a reinserção social.

A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2002. O governo passou a reconhecer então, o uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e a direcionar uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, que ficou situada na área da saúde mental, tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (Ministério da Saúde, 2005).

Esse movimento de estabelecer atenção a esse público, como vimos, acompanhou a implementação da Reforma Psiquiátrica, e após a publicação do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, realizada em Brasília, ficou definido que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas estaria dentro da Saúde Mental, portanto ligada ao SUS, explicitado no texto do 13º capítulo desse relatório, que diz:

(...) é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outra drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde (SUS - Ministério da Saúde, 2000).



No mesmo capítulo deste documento, estão 22 diretrizes que orientam a execução dessa política pública de atendimento a este público, dentre elas: a garantia de atendimento nos três níveis de governo; que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas esteja vinculado à Coordenação de Saúde Mental e que seja assegurado a interface com outras políticas e setores respeitando a especificidade de cada localidade.

Outra diretriz aponta para a garantia do atendimento de forma integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (Unidade Básica de Saúde - UBS; Centro de Saúde - CS; Programa de Saúde da Família – PSF; Núcleo de atenção Psicossocial- NAPS, Centro de Atenção Psicossocial- CAPS, hospital dia e unidade mista para tratamento de farmacodependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local. E ainda, prevê a busca de financiamento junto ao poder público e de desenvolver parcerias com seguimentos da sociedade organizada (ONG, empresas e terceiro setor, universidades e igrejas).

Neste documento prioriza-se também a nível nacional que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adote estratégias de redução de danos, propondo a implantação do Programa de Redução de Danos - PRD - em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS (SUS- MIISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em meio às discussões e implementação de serviços criam-se os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, como uma das unidades da rede de atenção à saúde mental. No Brasil, o primeiro CAPS foi implantado na cidade de São Paulo em 1987, depois, na década de 1990, começaram a surgir em outras cidades brasileiras quando passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir do ano de 2002, estes serviços experimentaram grande expansão (IDEM).

Tratam-se de serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

No entanto, nem todos os CAPS atendem ao público dependente químico, ficando restrito aos CAPS-AD, que são os especializados para atendimento de pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, reconhecidos como dispositivos estratégicos desta rede. Segundo o Ministério da Saúde, devem ser implantados, sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes, e o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas.

De acordo com as propostas da Política Nacional sobre Drogas de 2005, como vimos anteriormente, e com os serviços públicos implantados, a rede de atenção está construída por vários modelos terapêuticos: internação hospitalar; ambulatorial; CAPS e CAPS-AD, álcool e drogas; grupos de auto-ajuda mútua (AA); hospital-dia e Comunidade Terapêutica. É importante atentar, que alguns desses serviços só foram implantados após a III Conferência Nacional da Reforma Psiquiátrica e que outros aconteciam por iniciativas não governamentais.

É possível visualizar que as comunidades terapêuticas são uma modalidade de intervenção. Sua idéia se repete ao longo da história e é seguida em diferentes décadas. De acordo com De Leon (2003, p.13), em sua forma contemporânea, surgiram duas grandes variantes. A primeira, no campo da psiquiatria social, destinadas ao tratamento psicológico e guarda de pacientes psiquiátricos com transtornos mentais, e a segunda, as comunidades terapêuticas para dependentes de drogas e de álcool, sendo esta última, objeto deste estudo.

#### **2.4 - Breve histórico sobre Comunidades Terapêuticas**

A origem de Comunidade Terapêutica deu-se a partir de uma experiência vivida por membros dos Alcoólicos Anônimos - AA. Segundo Fracasso (2001, p.273) no final do século XIX, em 1860, emergiram os grupos de Oxford e de Buchman que marcaram a origem do “Alcoólicos Anônimos” (BROEKAERT,1997, p.11). O grupo conhecido como Oxford, uma organização religiosa evangélica luterana, buscava um estilo de vida mais fiel aos ideais cristãos, propunha o cuidado mútuo, a orientação partilhada, e valores como honestidade, solidariedade e amor, idéias que

fundamentam os princípios das comunidades terapêuticas contemporâneas. A proposta desse grupo também influenciou a criação dos AA - Alcoólicos Anônimos, fundado em 1935 pelo cirurgião Robert Smith e o corretor Bill Wilson.

A partir de uma dissidência dos AA nasceu, em 1958, em Santa Mônica, na Califórnia, trazendo o modelo Synanon, a primeira Comunidade Terapêutica livre de drogas, estruturada hierarquicamente, que possuía normas de comportamento bastante rígidas e experimentava a aplicação de ajuda às pessoas, feita pelos próprios pares. Seu fundador, Chuck Derich, e um pequeno grupo de alcoolistas decidiram viver juntos para, além de ficar em abstinência, buscar um estilo alternativo de vida. Esse modelo Synanon tinha o programa de recuperação baseado nos grupos de mútua ajuda do AA e no confronto, pois considerava que o ataque verbal, a humilhação, a atribuição de culpa e a intimidação trariam um resultado real e positivo com o meio ambiente (FRACASSO, 2001, p.273).

Mais tarde, movimentos registrados na Inglaterra e E.E.U.U apresentavam iniciativas de outras fundações. A Comunidade Terapêutica Daytop Village é o exemplo mais significativo do tipo de abordagem de ajuda feita pelos próprios pares, onde cada pessoa se interessa e se sente responsável pela outra. Desde o início, acolheram alguns jovens que procuravam ficar em abstinência de outras drogas. Assim foi mudando a concepção de Comunidade Terapêutica somente para uso de álcool, ampliando-se para tratamento de substâncias psicoativas. Foi fundada pelo Monsenhor William O'Brien e por David Deitch e apresentava clara motivação ética e espiritual, permanecendo até hoje esta influência, em grande parcela das comunidades terapêuticas em todo o mundo (Ibid., p.274).

Dando continuidade ao histórico das comunidades terapêuticas, segundo Fracasso, em 1953 o médico psiquiatra escocês Maxwell Jones propôs o que foi denominado de "3ª Revolução na Psiquiatria". Sua proposta era de democratizar as estruturas de atendimento nas comunidades terapêuticas psiquiátricas, diminuindo a separação entre os níveis equipe-internos, estimulando a comunicação entre todos os membros e fazendo que os internos participassem da condução do dia-a-dia da comunidade. O médico propunha ainda, a participação ativa dos internos na própria terapia, o envolvimento dos sentimentos, permitindo a redução de tensões sociais (FRACASSO, 2001).

Estudos de Tinoco (2006, p.26) sobre as Comunidades Terapêuticas Livres de Drogas revelam que nas primeiras comunidades “as equipes viveram os princípios da auto-ajuda, disciplina, confrontação e controle emocional”. Essas comunidades certamente utilizavam o modelo Syananon, como vimos apresentados por Fracasso (2001). O autor acrescenta que, “na Comunidade Terapêutica Moderna, os grupos de confrontação são o núcleo funcional das diversas instituições” e ressalta que esse modelo moderno não veio alterar este tipo de funcionamento, contudo, enquadrou este modo de intervenção sob um signo mais científico e humano.

Ao tentar situar a Comunidade Terapêutica para tratamento de usuários de drogas e álcool, é importante trazer a contribuição de Goti (1997 apud Fracasso, 2002, p. 6), [...] “a Comunidade Terapêutica não se destina a todo tipo de dependente, diz que ela deve ser voluntariamente e que o residente é o principal ator da sua cura, ficando a equipe com o papel de proporcionar apoio e ajuda.” Fracasso complementa afirmando que a:

proposta da Comunidade Terapêutica deve considerar que o dependente químico pode desenvolver-se nas diversas dimensões de um ser humano integral, através de uma comunicação livre entre a equipe e os residentes, em uma organização solidária, democrática e igualitária (2001, p.279).

Para De Leon (2003, p. 2), a Comunidade Terapêutica contemporânea desafia o destino de seus protótipos históricos. Diz que a Comunidade Terapêutica é uma experiência em desenvolvimento contínuo que vem reconfigurando os ingredientes de cura e de formação de comunidades de auto-ajuda numa metodologia sistemática de transformação de vida. Considera ser uma abordagem de ajuda mútua, fora de correntes psiquiátricas, psicológica e médica. Fala sobre a natureza terapêutica de todo o ambiente, sobre sua flexibilidade, no enfoque da pessoa como um todo e afirmando ser um processo a longo prazo, que deve resultar em mudança pessoal e no estilo de vida.

Para chegar a uma definição de Comunidade Terapêutica, De Leon (2003) propõe fazer uma retrospectiva desde a concepção psiquiátrica, cujas origens tradicionais são a ciência e medicina. O autor, apesar de reconhecer uma carência nesta literatura, busca enquadramentos de elementos essenciais até evoluir para a

Comunidade Terapêutica de tratamento de dependência química, que se define pelo enquadramento teórico de uma abordagem de auto-ajuda. Portanto, afirma:

A comunidade é usada com vistas a curar emocionalmente os indivíduos e educá-los nos comportamentos, atitude e valores de uma vida saudável. Os três componentes básicos são: a perspectiva, o modelo e o método. A perspectiva descreve como a Comunidade Terapêutica concebe o transtorno do abuso de substâncias, o usuário abusivo, o processo de recuperação e o bem viver. O modelo apresenta o que é a Comunidade Terapêutica, sua estrutura, sua organização social e sua rotina diária de atividades (aspectos que se baseiam na perspectiva). O método distingue o elemento peculiar, de auto-ajuda, de sua abordagem. O método se refere em que os indivíduos são instruídos a usar a comunidade de companheiros para aprender sobre si mesmos (DE LEON, 2003, p.36).

O autor esclarece que todos os elementos da Comunidade Terapêutica estão voltados para facilitar mudanças individuais de estilo de vida e de identidade. Por meio desta abordagem, a estrutura da Comunidade Terapêutica deve oferecer um programa de tratamento, onde o residente/paciente seja sujeito ativo no tratamento.

Segundo Fracasso (2001, p. 281), o objetivo da Comunidade Terapêutica é o crescimento das pessoas através de um processo individual e social; o papel da equipe é ajudar o indivíduo a desenvolver seu potencial. A autora diz ainda que a Comunidade Terapêutica é um grupo de auto-ajuda permanente, portanto, deve-se considerar tudo o que possibilita um ambiente terapêutico e educativo.

Outro conceito de Comunidade Terapêutica, descrito por Sabino e Cazenave (1996 apud POZAS, 2005, p.03), “as Comunidades Terapêuticas apresentam um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades”. As autoras afirmam que foram criadas com o intuito de dar respostas aos problemas provenientes de dependência de drogas e devem possuir um ambiente livre das mesmas numa forma de tratamento em que o paciente é tratado como o principal protagonista de sua cura.

Os autores não diferem na concepção de Comunidade Terapêutica, havendo uma complementaridade nas percepções, que nos levam a compreender que toda estrutura e organização de uma Comunidade Terapêutica devem levar o residente a interagir com o tratamento, havendo um trabalho conjunto da equipe e dele mesmo.

Portanto, compreendendo-a como abordagem de auto-ajuda, os pacientes a utilizam para o auto-conhecimento, alterando seu estilo de vida e identidade. Esta mudança no estilo de vida pressupõe mudanças de valores, atitudes e hábitos, que favoreçam a possibilidade de novos relacionamentos, inclusive familiares e em sociedade. Vemos ainda, que tem como objetivo não só os resultados do tratamento sobre abstinência total de droga, mas também o processo de reinserção do indivíduo na sociedade.

Como foi visto anteriormente neste estudo, no Brasil a experiência de tratamento para dependentes químicos é remota, porém esse movimento é crescente. Também vimos que muitas iniciativas para o tratamento formaram-se a partir de iniciativas privadas, principalmente junto a igrejas, sem que houvesse qualquer tipo de regulamentação para seu funcionamento. Partindo desse princípio, ao ser criada a Secretaria Nacional Sobre Drogas – SENAD, ficou definido o que seria o tratamento: “um conjunto de medidas terapêuticas aplicadas a um paciente, no sentido de aliviar os transtornos decorrentes do uso indevido de drogas, visando sua recuperação e posterior reinserção social”.

Logo em seguida, a Agência de Vigilância Sanitária – ANVISA, através da Resolução Nº 101 de 30 de maio de 2001, considerando a Lei Nº 6.368/76 em seu Capítulo II – Do Tratamento e Recuperação, estabeleceu um Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de comunidades terapêuticas com serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Assim, definiu-se seu funcionamento:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo Psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. (BRASIL, SENAD, 2002, p.72).

Conforme Serrat (2002 p.02), membro do conselho deliberativo da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT, instituição responsável pela definição e organização de Comunidades Terapêuticas no Brasil, “o aumento significativo de Comunidade Terapêutica é uma resposta à evolução do consumo de drogas ilícitas por parte dos jovens”. Ainda, segundo o mesmo autor, quando os princípios de recuperação, resgate da cidadania, reabilitação física e psicológica e de reinserção social são corretamente aplicados, os tratamentos apresentam resultados positivos, sendo o objetivo agir nos fatores psicossociais do indivíduo, ficando o tratamento medicamentoso por conta de outros órgãos, como hospitais e clínicas especializadas.

Na abordagem da Comunidade Terapêutica é a vida em comunidade que faz a mediação do tratamento. De Leon (2003, p.373) afirma que “a premissa fundamental desta abordagem é que os indivíduos mudarão se participarem plenamente de todos os papéis e atividades da vida em comunidade”. Portanto, a participação e o envolvimento dos residentes ligam a comunidade como método no processo de mudança.

Neste processo de mudança proposto pelo modelo em Comunidade Terapêutica está a relação do indivíduo e a comunidade. Mudanças inter-relacionadas em comportamentos, atitudes, experiências e percepções evoluem gradualmente para mudanças de estilo de vida e de identidade conforme os indivíduos se deixam imergir completamente na comunidade e *internalizam* seus ensinamentos (DE LEON, 2003, p.381 - grifo do autor).

Ainda em relação à abordagem em Comunidade Terapêutica, Tinoco (2006 apud Bracke,1997a) “ressalta que é necessário a interação grupal afirmando que um dos fatores importantes é a criação de um clima de crescimento com os vetores de segurança e aceitação dentro do grupo”. A partir daí, incentiva-se a responsabilidade individual: cada residente terá de perceber que lhe cabe somente a si próprio a resolução dos seus problemas.

## **2.5 - Caminhos percorridos nas ações do Ceará**

A partir do I Levantamento divulgado em 2001 realizado pelo CEBRID, o governo do Ceará, através da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA

procurou ampliar o trabalho com dependentes químicos no “Programa Elo de Vida”, programa de atendimento psicossocial em nível ambulatorial no Hospital Mental de Messejana que funcionava desde 1994. O mesmo hospital também recebia o público com problemas de drogas para uma ação de desintoxicação por um período de 30 dias. Após realinhamento no hospital, o atendimento para desintoxicação permanece na Unidade de Desintoxicação – UD, com capacidade de 20 internações masculinas com período de 15 dias. Está previsto funcionar 20 internações femininas com o mesmo serviço, após reforma na estrutura. Atualmente, a SESA também atende usuários e dependentes de drogas em hospitais psiquiátricos e dar apoio financeiro aos municípios de Sobral – 10 vagas e Jaguaruana - 20 vagas com serviços de internação em comunidades terapêuticas. Em Fortaleza, são seis unidades com 773 leitos de internação pelo SUS. (SESA, 2009)

Além dessas iniciativas, existia uma preocupação por parte de alguns profissionais da saúde e de algumas organizações não-governamentais de se estruturar um trabalho de enfrentamento ao uso de drogas. No estado existiam trabalhos isolados realizados por ONG's de cunho religioso ou não, de natureza privada na modalidade de Comunidade Terapêutica.

Em 2004, o Conselho Estadual Anti Drogas – CEAD procurou mapear os atendimentos destas instituições após realização de visitas em algumas unidades que realizavam atendimento a dependência química em regime de internação, constatando um total de doze comunidades terapêuticas localizadas em vários municípios cearenses, sendo: duas no Eusébio (Vila Serena e Cena); duas em Caucaia (Ran e Leão de Judá); uma em Pacatuba (Fazenda da Esperança); uma em Itapipoca (Volta Israel); uma em Iguatu (Desafio Jovem); uma no Crato (Desafio Jovem); uma no Aquiraz (Volta Israel) e três em Fortaleza (IVV- Instituto Volta a Vida; Fazenda da Esperança – Atendimento feminino e Desafio Jovem). Destas, somente quatro não são executada por igrejas e recebem público misto, as demais só prestam atendimento masculino e pertencem a Igreja Católica ou Evangélica (Mimeo - CEAD, 2004). Sabe-se que além destas unidades mapeadas pelo CEAD, existem outras clínicas particulares sob responsabilidades de psiquiatras e outras formas de gerência.

A fim de responder a Política Nacional Sobre Drogas e de toda movimentação na elaboração das políticas públicas sobre drogas no país, somando-



se a cobrança da sociedade cearense, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA, independentemente de uma política definida no Estado, iniciou em 2006 o processo de atendimento ao dependente químico em Comunidade Terapêutica através de parcerias com três entidades sem fins lucrativos não governamentais que já prestavam este serviço. Desta forma, ampliou os serviços de atenção ao usuário de álcool e outras drogas já existentes.

A parceria foi feita através de subvenção social<sup>13</sup> possibilitando, assim, o tratamento ao público jovem a partir de 16 anos do sexo masculino. Neste ano editou um protocolo para Atendimento a Pessoas com Transtornos Decorrentes de Uso ou Abuso de Substâncias Psicoativas – Comunidades Terapêuticas, o qual foi elaborado em consonância com a Resolução 101/01 da ANVISA e sob a responsabilidade do Núcleo de Normatização da Atenção à Saúde do Adolescente – NUNAS/SESA, responsável pelo atendimento aos usuários de álcool e drogas do público juvenil.

Esta parceria foi interrompida em 2007 e renovada em 2008 com um valor de R\$ 540.000,00 (quinhentos e quarenta mil reais) definidos em edital para ser utilizado em serviços especializados na modalidade de Comunidade Terapêutica. A nova parceria aconteceria por seleção das entidades através de edital público lançado pelo governo do Estado e neste mesmo ano, esse serviço passou a ser executado e monitorado pela Célula da Atenção à Saúde Mental da SESA. As entidades para serem aprovadas neste processo seriam avaliadas em suas documentações e projeto básico de execução técnico-financeiro, incluindo a proposta terapêutica (EDITAL PUBLICO DE SUBVENÇÃO SOCIAL – 2008).

Essa modalidade de atendimento foi novamente executada pelas mesmas entidades: Leão de Judá, Desafio Jovem e Associação Shalom de Promoção Humana – Projeto Volta Israel aprovadas no concurso público e que assumiram a responsabilidade em gerenciar, cada uma, uma unidade de Comunidade Terapêutica reservando 15 vagas cada para atendimento dos beneficiários encaminhados pela Secretaria de Saúde. É previsto a cada ano o lançamento de um edital público que habilita as entidades para efetuar parceria de acordo com as

---

<sup>13</sup> Subvenção Social: transferência de recursos públicos, derivados da lei orçamentária a instituições públicas ou privadas, sem fins econômicos/lucrativos, que prestem serviços essenciais de assistência social, cultura, saúde e educação. Ver explicação completa nota de rodapé nº3.

determinações da Célula da Atenção à Saúde Mental - SESA, também responsável pela atenção ao público usuário de álcool e drogas.

Estas entidades, mais uma vez, conveniadas em 2008, passaram a ser beneficiadas com recursos financeiro público estatal e executaram suas ações em parceria com a SESA, conforme preconiza a Política Nacional sobre Drogas. São entidades regularizadas quanto à documentação de registro e cadastro e estão aptas para efetuarem parceria com o poder público. São elas: O Centro de Recuperação Leão de Judá, situado na Rua Ulisses Guimarães, nº 983, Iparana – Caucaia, que tem como objetivo amparar e recuperar pessoas abandonadas e mendigos, excluídos e sem residência, dependentes químicos e alcoolistas, reintegrando-os à sociedade. Tem a capacidade de atender 40 pessoas do sexo masculino a partir de 18 anos com tempo de internação de nove meses no núcleo de Caucaia, onde se realiza a parceria com o estado.

O Desafio Jovem do Ceará, localizado na Av. Dedé Brasil nº 565 – Parangaba, atua na prevenção e tratamento de dependência química há mais de 30 anos em Fortaleza. Sua organização formal data de 1975, mas somente em 1986 mudou para o endereço que hoje é fixado. Em 1988 iniciou o núcleo ambulatorial, pois só atendiam em regime de internação. Além do tratamento, sempre atuou na área da prevenção. Suas atividades estão a nível ambulatorial e de internação, ficando 20 vagas abertas para o atendimento de internação em parceria com a SESA.

O Projeto Volta Israel vinculado à Associação Shalom de Promoção Humana completou 20 anos de atendimento ao público dependente químico. Seu foco maior é o tratamento em regime de internação em Comunidades Terapêuticas. Atualmente orienta o serviço em quatro unidades para o sexo masculino e com média de atendimento de 25 residentes: Aquiraz, Eusébio, Itapipoca, estas no Ceará e uma em Bangu-RJ. Seu serviço é ampliado com o atendimento ambulatorial na casa Santa Maria Madalena, em Fortaleza, situada à Rua Catão Mamede, 217- Aldeota, onde também funciona a triagem para todas as unidades. A internação do público encaminhado pela SESA é realizada na unidade de Aquiraz, que tem capacidade para 30 internos e reserva 20 vagas para a parceria.

Durante muitos anos, a população de Fortaleza se ressentiu da ausência de equipamentos públicos para atender aos dependentes químicos; contava-se

somente com internações para desintoxicação em hospitais de saúde mental e as experiências citadas acima. O município de Fortaleza obedecendo ao mapeamento e divisão territorial para ações municipais em 1990, inclusive as ações de saúde mental onde está inserida a doença de dependência química, implantou seis Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Álcool e outras Drogas (Caps AD). Estão distribuídos por regionais: Regional I - Barra do Ceará; Regional II - Cocó; Regional III - Porangabussu; Regional IV – Itaperi; Regional V – Maraponga e Regional VI – Seis Bocas. Esse modelo de atendimento só teve início no município em 2005, após a reforma psiquiátrica de 1998 a 2004, antes se contava apenas com três CAPS Geral (SMS, 2006).

Segundo a Coordenadora de Saúde Mental do Município, Rany Félix, todos os tratamentos nos Caps AD objetivam a abstinência dos dependentes químicos. Entretanto, para que seja atingida essa meta, a proposta dos centros é trabalhar com uma “redução de danos”, que é uma diminuição gradual na frequência do uso de drogas até que o paciente deixe o vício definitivamente. O funcionamento dos seis CAPSad atualmente contam com 333 profissionais, possuindo uma equipe multidisciplinar, podendo ser composta por psiquiatra, clínico geral, enfermeiro, técnico em enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, arte-educador, educador físico e farmacêutico, que oferecem um atendimento ambulatorial com tratamento intensivo, próximo ao que é oferecido em um hospital-dia (Idem, 2006).

A implementação de serviços para dependência química no estado do Ceará tem caminhado lentamente como podemos constatar. Não encontramos uma política definida nem no âmbito municipal nem estadual. Verifica-se apenas a existência de iniciativas isoladas destas esferas governamentais que se perdem diante da crescente demanda demonstrada pela procura por tratamentos e, ainda, pelo aumento do índice da violência.

Em março de 2009, o governo estadual regulamenta a LEI N° 14.217, de 03 de outubro de 2008, que institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas e dá outras providências através do Decreto N° 29.660, de 03 de março de 2009. Também na mesma data, nomeia o Conselho de Políticas Públicas sobre Drogas - CEPOD, composto por representações das secretarias estaduais e da

sociedade civil através do Decreto N° 29.661, no qual a presente autora foi nomeada como suplente representando a STDS.

Esta nomeação veio significar maior responsabilidade e compromisso na realização desta pesquisa, proporcionando também maior incentivo e determinação para colaborar a nível estadual para o enfrentamento desta grave questão, podendo contribuir com aqueles indivíduos que aguardam uma oportunidade de tratamento e desconhecem que são cidadãos de direito.

### **3. DEPENDÊNCIA QUÍMICA: A NECESSIDADE DE UM NOVO OLHAR**

#### **3.1 - Panorama Atual do Dependente Químico nas Comunidades terapêuticas**

O abuso de álcool, tabaco e outras drogas tornaram-se uma das maiores preocupações de Saúde Pública no país. Frequentemente, a mídia televisiva e escrita tornam pública a situação atual do Brasil e os desafios que precisa enfrentar. Diante do atual cenário e dos avanços legais percorridos, a compreensão do fenômeno da dependência química saiu da visão preconceituosa, criminalista e moral para perceber o dependente químico como um doente, incluindo os aspectos sociais e psicológicos. Assim, nossa intenção inicial é discutir essa mudança de percepção; temos, portanto, um universo de quarenta e cinco dependentes químicos, sujeitos da pesquisa, mostrando que 44,4% têm mais de 30 anos, 37,8% estão na faixa etária de 22 a 30 anos e 17,8% ficam entre 18 e 22 anos. O estado civil predominante ficou entre solteiros, com 24 (53,3%) dos entrevistados, enquanto, 9 (20,0%) informaram ser casado ou com convivência marital e 12 (26,7%) estão separados ou divorciados. A procedência variou entre os que residem em outros estados, 6 (13,3%), em outros municípios do Ceará, 13 (28,8%) e os que residem no município de Fortaleza, sendo a maioria, 26 (57,7%).

A situação de moradia antes da internação mostra que 14 (31,1%) estão residindo com os pais, 13 (28,9%) moram com as mães, as quais assumem a chefia da família e somente 8 (17,8%) estão morando sozinhos. Devido aos desgastes nos relacionamentos familiares, 8 (17,8%) estão na casa de parentes e 1 (2,2%) encontrava-se em situação de rua, enquanto outro foi acolhido por uma igreja da Assembléia de Deus, onde passou a residir. No aspecto da religião, independentemente da professada pela Comunidade Terapêutica, 19 (42,2%) são evangélicos, 15 (33,3%) informaram ser católicos e 9 (20,0%) revelaram não ter religião. Apareceu 1 (2,2%) referindo ser ateu e outro que informou ser espírita. Quanto à renda familiar, 27 (60,0%) vivem na margem de um a dois salários mínimos (SM), 12 (26,7%) estão entre três a quatro SM e somente cinco (11,0%) estão acima de seis SM, tendo dois (4,4%) referindo renda na média de 10 SM.

Uma variável importante para esse descortinamento é como eles se vêem e consideram a dependência química, quando se reconheceram como pessoas doentes e não como marginais. Do total dos entrevistados, 35 (77,8%) reconheceram que a dependência química é uma doença e 21 (46,7%) referiram nunca terem se envolvido com problemas judiciais, como se constata na tabela 1. Perceberam, ainda, que podem ser identificados como pessoas sem força de vontade, 5 (11,1%), ou fracassadas, 3 (6,7%), mas que são cidadãos que sonham viver relações sociais, afetivas, culturais e terem a oportunidade de viver socialmente.

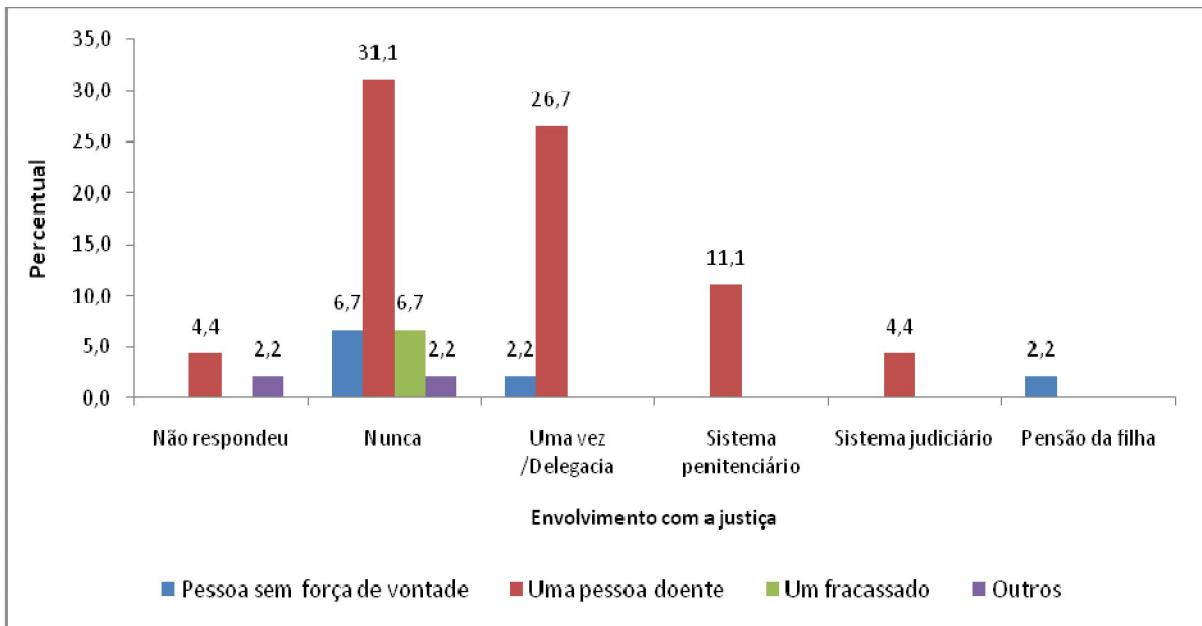
**TABELA 1 - Reconhecimento da dependência química como doença, não como questão de criminalidade**

<b><i>Envolvimento com a justiça</i></b>	<b><i>Reconhecimento da doença</i></b>								<b>Total</b>	
	Pessoa sem força de vontade		Uma pessoa doente		Um fracassado		Outros			
	<b>Qtd</b>	<b>%</b>	<b>Qtd</b>	<b>%</b>	<b>Qtd</b>	<b>%</b>	<b>Qtd</b>	<b>%</b>	<b>Qtd</b>	<b>%</b>
Não respondeu	-	-	2	4,4	-	-	1	2,2	<b>3</b>	<b>6,7</b>
Nunca	3	6,7	14	31,1	3	6,7	1	2,2	<b>21</b>	<b>46,7</b>
Uma vez /Delegacia	1	2,2	12	26,7	-	-	-	-	<b>13</b>	<b>28,9</b>
Sistema penitenciário	-	-	5	11,1	-	-	-	-	<b>5</b>	<b>11,1</b>
Sistema judiciário	-	-	2	4,4	-	-	-	-	<b>2</b>	<b>4,4</b>
Pensão da filha	1	2,2	-	-	-	-	-	-	<b>1</b>	<b>2,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>11,1</b>	<b>35</b>	<b>77,8</b>	<b>3</b>	<b>6,7</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Pesquisa realizada em Ago/ Set/09 com dependentes químicos em tratamento em Comunidades Terapêuticas no Ceará.

No gráfico 1, é possível visualizar que a doença da dependência química pode levar o indivíduo a comportamentos anti-sociais, quando verificamos ocorrências relacionadas à justiça, mesmo que se vejam como doentes e não marginais.

**GRÁFICO 1 - Reconhecimento da dependência química como doença (%), Comunidades Terapêuticas no Ceará – Ago/Set/09.**



Quanto ao envolvimento com a justiça, somente cinco (11,1%) passaram pelo sistema penitenciário e dois pelo sistema judiciário (4,4%), isto revela que estamos falando de um problema de saúde e não de criminalidade. No entanto, sabemos que a compulsão pelo uso da droga pode levar o indivíduo a cometer atos infracionais: roubos, furtos ou assalto, não pela violência sádica, mas para satisfação de uma fissura<sup>14</sup> incontrolável causada pela dependência psíquica através da substância psicoativa. Com relação ao comportamento anti-social, 13 (28,9%) dos internos referiram ter passado pela delegacia com problemas relacionados ao uso de drogas, destes, três quando eram menores de idade. Hoje, eles mesmos lutam para sair da estigmatização deixada ao longo da história do dependente químico.

No que se refere à documentação exigida, as quais legitimam a “cidadania”, constatamos que a maioria encontra-se civilmente habilitado. Um total de 41 (91,1%) tem Registro de Nascimento, sendo menos a quantidade para quem possui Registro de Identidade 39 (86,7%) e CPF 33 (73,3%), e somente 37 (82,2%) possuem Carteira Profissional e um (2,2%) não possui nenhum tipo de documentação. Nesse sentido, os documentos representam que possuem alguma identidade e que podem

<sup>14</sup> “Fissura” ou “craving” pode ser definido como um desejo intenso e imperioso de consumir uma determinada substância, que pode ocorrer imediatamente após o uso da substância ou mesmo depois de períodos prolongados de abstinência (Seibel e Toscano, 2001)

ser vistos como cidadãos. Porém, quando a própria doença os leva a perda do sentido de vida, até sua identidade civil perde sentido, passando a afiançar o uso de drogas, ficando para trás os “Zés”, os “Joãos”, sendo a única coisa a importar, a satisfação do prazer. O documento é dado em troca de uma “pedra”, o corpo passa a ser instrumento de roubo, prostituição, ou suporte de dor física para que outros possam assistir a cenas masoquistas, tudo para conseguir a droga, como podemos ver nestes relatos<sup>15</sup>:

Eu tinha todos os documentos, hoje não tenho nenhum, deixei tudo na bocada, perdi tudo, não tenho nenhum. Rui

A droga, a gente faz qualquer coisa pra conseguir. Os caras pede, e a gente faz “sexo oral”, a gente se entrega todo pra conseguir droga. Essa pedra leva a gente a fazer qualquer coisa. Ivo

Numa triagem, o jovem apareceu com a mão machucada. Pedi para que relatasse o fato. Drª, a droga exige muito. “Os cara queimam o saco plástico e diz: quem agüentar sem gritar recebe \$50,00 de “pedra”, eu pra conseguir fumar, faço”. Mostrou pés e pernas queimadas. Ana - Assistente Social

Nesses depoimentos aparecem os sofrimentos das pessoas que sabem que suas identidades, e seu ser no mundo, está ficando cada vez mais longe de um ser humano, pensante, ativo, com capacidade de vivências nas relações sociais e capacidade transformadora dos sentidos, das emoções e dos afetos. Percebemos que há uma perda total de respeito e amor a si próprio, quando se vê que a droga anula tudo e torna tudo possível.

Na formação da identidade do dependente químico, aspectos como os mecanismos econômicos, psicossociais e culturais são determinantes na sua história de vida individual e social, que envolve suas relações com o mundo e com os outros: relação de trabalho, familiares, comunitárias, além de se estender a prazeres e lazes.

Como ser social e sujeito de sua história, o dependente químico passa a viver carregando conseqüências deixadas por essa dependência, que normalmente se traduzem em rompimentos na sua relação com o mundo, na família, escola, trabalho e lazer. Essas perdas são confirmadas quando se refere que o uso de

---

<sup>15</sup> Todos os nomes utilizados são fictícios, tanto dos dependentes químicos em tratamento, quanto os profissionais.



drogas traz prejuízos à vida, principalmente quando se estabelece a dependência química, apontado por Seibel e Toscano (2000).

A esse respeito, Fracasso (2001, p.276) aponta aspectos importantes neste descortinamento quando afirma que esse indivíduo é capaz de entender, querer e decidir – mesmo num quadro de dependência química que mascara seu caráter e o leva a níveis de perda de autonomia e liberdade pessoal – para fazer escolhas, projetos e tomar decisões. Esse ser humano vive emocionalmente fechado, fisicamente separado dos outros, socialmente marginalizado, contudo, não perdeu a necessidade de “pertencer”, de fazer amizades e ter amor.

Na construção da identidade social do dependente químico, Sociedade Civil e Estado, conseguiram ampliar o foco e perceber que a dependência química é um problema social e de saúde pública e não somente de justiça e segurança. Vimos anteriormente neste trabalho, o quadro epidêmico instalado no país, onde podemos verificar que é tardia essa percepção de quem é, de fato, criminoso e que precisa ser punido e quem é o doente, dependente químico, que precisa de atenção. Durante muitos anos o Brasil investiu somente em “encarceramento”, sem pensar em ações preventivas e ressocializantes, favorecendo o aumento do consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Como apresentamos no capítulo anterior, até 1988 o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre a “redução da demanda e redução da oferta”<sup>16</sup>; somente em 2002 que se instituiu a Política Nacional Antidrogas – PNAD<sup>17</sup>, a qual foi realinhada passando a ser chamada em 2005, Política Nacional sobre Drogas. A partir da nova Lei nº 11.343/2006, criada para compatibilizar os dois instrumentos normativos anteriores, Lei nº 6.368/1976 e Lei nº 10.409/2002, é que se chegou ao reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada. O Brasil, finalmente passou a compreender que usuário, a pessoa em uso indevido, e

---

<sup>16</sup> SENAD: Redução da demanda: Ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como, aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes; Redução da Oferta: Atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. Estas ações de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

<sup>17</sup> Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002.

dependente não deve ser penalizado com privação de liberdade, mas que necessita de atenção, e esta deverá estar voltada ao oferecimento de reflexão sobre o próprio consumo, ficando a repressão para os criminosos, para aqueles que transgridem a lei.

Sobre o novo olhar dado à questão da dependência química, podemos considerar que mudanças estão acontecendo, conforme Carneiro (2009 p.8), quando afirma: “no caso do consumo, as mudanças ocorreram claramente orientadas pela perspectiva da saúde mental e psíquica do consumidor e não a sua penalização na forma de Lei” e que a nova legislação define um amplo conjunto de medidas e programas de assistência aos usuários ou dependentes baseados no sistema de saúde.

O relato de Ivo revela o sofrimento do estigma colocado historicamente e o quanto a sociedade precisa compreender o quadro epidêmico da dependência química e as relações do tráfico.

Muitas pessoas, vêem a gente como pessoas que não tem jeito, né?, ou até mesmo doentes, né? A sociedade discrimina os viciados, dependentes, e nunca procuram saber o que a gente sente, procuram somente criticar, mas não procuram uma forma de ajudar. O principal que a gente precisa é de ajuda. Nós somos humanos, somos gente como eles, a nossa doença é a carência da sociedade, e por isso é que estamos doentes, a nossa doença é a carência da sociedade conosco. É uma forma muito grande de discriminação com a gente. E essa carência é de ter oportunidades e eles nos tiram. Às vezes a pessoa tem uma passagem na cadeia, muitas vezes essa pessoa não consegue um trabalho, não consegue alguma coisa, você se perturba. Essas coisas levam a gente pra baixo. A sociedade precisa melhorar o jeito que nos vêem. Ivo

Como vemos, nas falas de dependentes e profissionais, o panorama atual do dependente químico reflete suas realidades e apontam para exigências de revisão das concepções que norteiam as políticas públicas das atividades de prevenção indevidas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes.

### **3.2 - O adoecimento da Dependência Química**

Buscamos compreender o processo de adoecimento que culminou no quadro de dependência química dos quarenta e cinco participantes deste estudo,

analisando a trajetória vivenciada pelos internos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas. Observamos que mesmo na individualidade de cada sujeito, na construção única de cada história de vida, alguns fatores se repetem nos diferentes sujeitos, tornando-os semelhantes no adoecimento.

Mesmo sendo únicos, os fatores de risco para uso de drogas são os mesmos para qualquer pessoa, desta forma, concordamos com Fracasso (2001, p.277) quando se refere ao dependente químico como um ser humano único e personalizado na sua dimensão familiar e social, que está confuso e ferido fazendo mal a si mesmo e neste momento é incapaz de se defender.

A partir desta compreensão, verificamos que alguns fatores no processo de adoecimento da dependência química podem ser vistos como caminho comum para a maioria, assim, podemos visualizar na Tabela 2.

**TABELA 2 - Trajetória do adoecimento da dependência química**

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b><i>Faixa etária do início do uso de droga</i></b>		
Menos de 10	1	2,2
De 10 a 12	5	11,1
De 12 a 18	34	75,6
Mais de 18	5	11,1
<b><i>Droga de início</i></b>		
Maconha	30	66,7
Cola	4	8,9
Álcool	3	6,7
Cocaína	3	6,7
Comprimidos	3	6,7
Crack	1	2,2
Inalante	1	2,2
<b><i>Motivo do uso da droga*</i></b>		
Curiosidade	21	46,7
Influência dos "Amigos"	21	46,7
Desejo de se igualar ao grupo	17	37,8
Dor/ Sofrimento	16	35,6
Aprendizagem do exemplo em casa	8	17,8
<b><i>Droga de preferência atualmente*</i></b>		
Crack	31	68,9
Cocaína	7	15,6
Outros	5	11,1

\* Questões de múltiplas escolhas

Fonte: Pesquisa realizada em Ago/ Set/09 com dependentes químicos em tratamento em Comunidades Terapêuticas no Ceará.

É possível constatar que a faixa etária de maior incidência para o início do uso de drogas é na adolescência, 34 (75,6%), de 12 a 18 anos, levados por causas comuns de curiosidade, 21 (46,7%), influência de amigos, 21 (46,7%) e desejo de se igualar ao grupo, sendo 17 (37,8%), além da evitação do sofrimento, 16 (35,6%). Esta fase da vida é marcada por significativas transformações físicas e de mudanças nas relações com os pais e com o mundo, onde o luto da infância dar lugar ao adulto que se forma, podendo causar no indivíduo sensações paradoxais; de medo e coragem, introspecção e desejo de pertença a um grupo. Esses fatores podem se apresentar como situações de risco para uso de drogas, se esses jovens não estiverem inseridos em ambientes e estrutura emocionais provedores de prevenção.

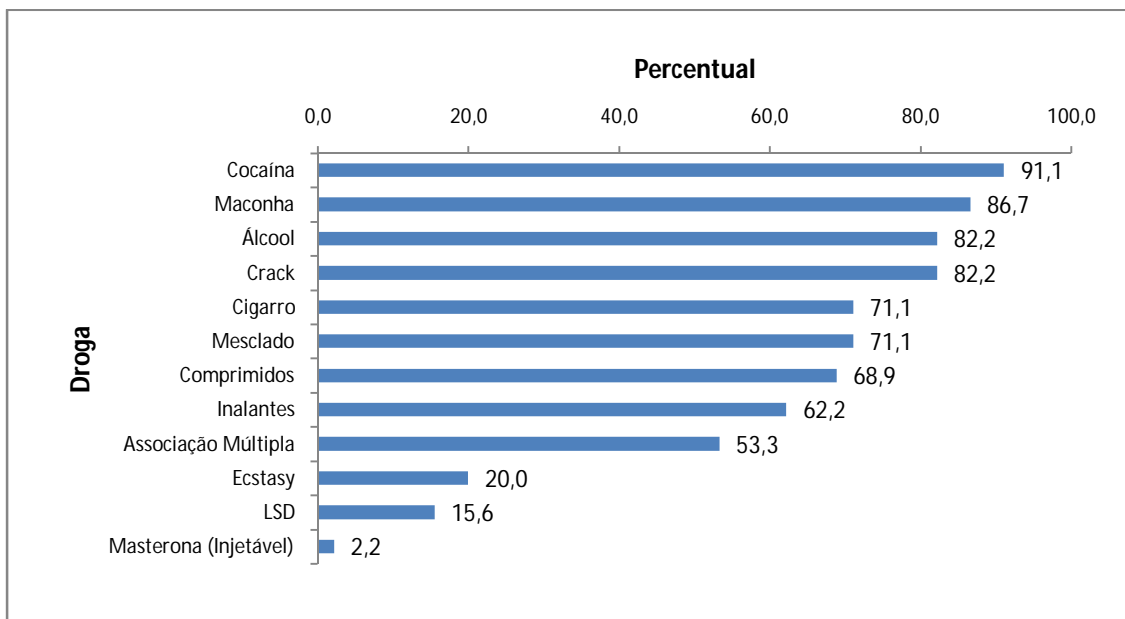
Na adolescência também é comum identificar transgressões de normas e de contestação ao mundo dos adultos, compreendendo muitas vezes, como necessidade de auto-afirmação dentro de um grupo, pois nessa idade da vida, a uniformidade grupal proporciona segurança e estima pessoal para o jovem que está em busca de uma nova identidade.

Atenção também foi dada ao início do processo de adoecimento dos entrevistados, quando verificamos que a maconha, droga ilícita com menor índice de comprometimento psíquico, pôde ser vista como porta de entrada para o início do uso de drogas, quando 30 (66,6%) fizeram seu primeiro uso de maconha ou de maconha e álcool em apenas cinco casos... *eu nem gostava muito de maconha, não gosto muito da maconha, mas só que ela é a porta de entrada de outras drogas...* (Leo). Somente um caso foi encontrado tendo início à experimentação do Crack, no entanto, o reconhecimento de que o transtorno estava instalado na grande maioria só aconteceu quando houve uso da cocaína na forma de Crack.

São inúmeras as teorias que procuram explicar a complexidade do adoecimento da dependência química, evidenciando-se que não existe uma única causa determinante desse transtorno. De acordo com Bordin et al (2004) não se sabe quando exatamente um usuário se tornará um abusador e posteriormente um dependente químico. Os autores se referem ao “uso” como consumo experimental ou esporádico; “abuso” ou “uso nocivo” quando se percebe algum prejuízo (biológico, psicológico ou social) e o termo “dependência” se referem ao consumo sem controle, associado a sérios prejuízos.

Cabe ressaltar que nem todo usuário evolui para a dependência como vimos anteriormente, no entanto, Lourenço (2001, p.139) esclarece que a dependência se instala quando este uso tem o objetivo de aumentar seu conforto psicológico, anulando todos os demais interesses de sua vida – é a busca do prazer.

**GRÁFICO 2 - Uso de drogas lícitas e ilícitas na vida dos dependentes químicos em tratamento (%) nas Comunidades Terapêuticas no Ceará, Ago/Set/09.**



No gráfico 2, visualizamos a experimentação e uso de substâncias psicoativas na vida das pessoas que chegam à dependência química, compreendendo que todos fazem uma trajetória até que chegue ao nível de dependência. Neste gráfico apresentamos a experimentação e uso de drogas lícitas e ilícitas, explicados anteriormente por Brandão (2002, p.15) quando explica que as primeiras são permitidas por lei, enquanto as segundas são proibidas, onde verificamos que a dependência leva a múltiplos usos. A pesquisa revelou que 41(91,1%) fizeram uso de cocaína, 39 (86,7%) de maconha, 37 (82,2%) de crack e álcool, juntos ou de forma separado, 32 (71,1%) referiram usar mesclado que é a combinação de maconha e crack, e também 32 (71,1%) apontaram o uso de cigarro, 31 (68,9%) fazem uso de psicotrópicos (comprimidos), 28 (62,2%) já usaram inalantes, mas somente três ainda fazem uso. O Ecstasy apareceu como uso esporádico e de não muita aceitação, só nove (20,0%) referiram ter experimentado e somente 7 (15,6%) usaram LSD (ácido), droga mais difícil e pouco utilizada. Outra

forma de uso referida foi a associação múltipla 25 (55,5%), que é o uso de várias drogas ao mesmo tempo.

Diante do percentual no uso das substâncias apresentado no gráfico 2 e do processo de início do uso na maioria das vezes pela maconha, observamos que aqueles que utilizaram a droga como “objeto” de satisfação, seja para minimizar o sofrimento, seja para o preenchimento de um “vazio” relacionado à baixa auto-estima, ou mesmo a curiosidade, passou de usuário ocasional para uso repetitivo mudando seu relacionamento com a droga chegando ao nível de dependência, quando aumentaram a quantidade de uso e os efeitos desejados. Observamos que é desta forma que se instala a dependência química, confirmando o conceito de Cazenave (2001, p.63) quando afirma, na dependência química, as doses variam de acordo com cada usuário que procura obter um efeito agudo da substância e se dar em função do efeito desejado.

A droga de maior prevalência foi a cocaína (91,1%) como vimos no gráfico 2, e de maior preferência foi citado o Crack, atingindo 31 (68,9%) dos dependentes, ocasião em que procuraram pelo tratamento. Todos estes identificaram o Crack como a droga de preferência, ultimamente, afirmando que seu poder de satisfação, muitas vezes faz abandonar outras drogas e quando se chega nela acontecem os maiores prejuízos na vida, como constatamos nos relatos abaixo.

...aí com o tempo quando eu completei mais ou menos dezesseis anos foi que eu conheci o crack, né, e devido o crack e aí com três meses eu no uso eu já vi que eu tava totalmente dependente né, eu nunca tinha vendido nada meu, comecei a vender as minhas coisas... Max

... comecei a usar o crack, aí foi o fim pra mim, o fim da minha vida. Nil

...então quando fui apresentado ao “crack”, eu era mal informado, então eu pensei que não, eu já tava todo dominado pelo crack, eu já não cheirava pó, eu já pegava duas pedras de crack e fumava, a princípio a maconha, depois o mesclado e depois comecei a fumar na lata, aí, depois a desgraça. Aí foi quando eu comecei a fazer coisas que não fazia na adolescência... Leo

Para um melhor esclarecimento da dependência química, do ponto de vista psicanalista, Escobar (2006, p 218) esclarece que a “droga é um objeto preexistente no imaginário e que o encontro desta substância com o sujeito é na realidade um reencontro. A busca é de um objeto que complete uma falta existente”. Compreendemos então, que o uso de uma droga para que realize o estado de

dependência, deverá ajustar-se a esta falta existente no indivíduo, mesmo que seja um preenchimento temporário. A sensação de uma “falta fundamental” está relacionada à separação e perda de um estado de plenitude que o indivíduo está sempre buscando.

Continua o autor, “a toxicomania<sup>18</sup> seria assim um aprisionamento a uma forma de existir, de se estar no mundo e poder interagir com ele, não havendo, portanto, a perspectiva da volição ou da escolha em relação a dependência”. Quando a doença se instala, os dependentes passam a estabelecer uma relação de inatividade com o mundo, pois se ocupam o tempo todo de si mesmos, como podemos perceber nesses depoimentos:

Bom eu não tive lazer, meu lazer era a “droga”, tive fases namorando, tive vontade, mais a droga não deixava, só queria, meu lazer era só usando droga, preá mim aquilo era meu lazer...Rui

... aquela droga, aquela quantidade de droga não me satisfazia mais, eu tinha que ter cada vez mais, mais, mais e nunca me satisfazia, eu dormia pensando em usar no outro dia já, ai foi onde vi que não dava pra mim,...  
Max

Os elementos psicológicos, segundo Lourenço (2001, p.137), estão diretamente relacionado à origem das adicções<sup>19</sup>. A autora afirma que a “fragilidade egóica não permite ao indivíduo lidar com a ansiedade, a impulsividade, a agressividade, a angústia da espera, a frustração”. Este conceito colabora para a compreensão de que fragilidade e pouca disponibilidade de recursos internos para elaborar seus conflitos, levam o indivíduo a evitar o sofrimento e esquivar-se de seus problemas emocionais, como constatamos nos motivos que levaram os entrevistados à dependência química, quando 21(46,7%) experimentaram droga por influência e 16 (35,6%) para minimizar a dor e sofrimento, além do desejo de se igualar ao grupo, curiosidade e busca de prazer.

Mesmo considerando a singularidade de cada história de vida e adoecimento, podemos observar que as vivências são semelhantes. O fato de a negação ser um dos primeiros comportamentos, a revelação da doença só aparece

---

<sup>18</sup> Toxicomania ou dependência é um estado de intoxicação periódica ou crônica, nociva ao indivíduo e à sociedade, determinada pelo consumo repetido de uma substância, seja natural ou sintética.

<sup>19</sup> O termo adicção, está relacionado ao comportamento aditivo de quem tem uma personalidade aditiva, a qual predispõe certos indivíduos a se tornarem dependentes de qualquer ou de muitas substâncias

muitas vezes por hábitos mudados, até que de fato haja a “descoberta”, confirmados por 22 (48,9%) que relataram que a família descobriu o uso de drogas desta forma. Os sentimentos de fracasso e frustração são vividos cotidianamente e o dependente químico passa a perceber a contradição em que vive, a distância entre o que planeja e o que realiza na sua vida, chegando à depressão. Quando chega nessa situação, é comum o aumento no uso da droga e, muitas vezes, tentativas de auto-extermínio.

Na progressão do processo de adoecimento, os dependentes químicos passam a ter comportamentos inerentes à doença: negação, depressão e aceitação, os quais são utilizados como mecanismos de defesa do ego, para o enfrentamento de situações difíceis. Fracasso (2001, p.278) afirma que a negação é o maior obstáculo a ser superado pelo dependente. “A negação aparece no usuário, na família e entre os amigos. Todos se negam a ver o problema quando este surge e inventam desculpas para o comportamento anti-social que a pessoa passa a apresentar”. Desta forma, acreditamos que só quando superada a negação, é que se torna possível atuar de forma eficaz sobre o problema do abuso de drogas.

Nos relatos abaixo, verificamos que somente quando o dependente químico chega na “aceitação” e consegue perceber os danos físico, psíquico e social, é que ele consegue procurar ajuda.

Atrás das pessoas que usam drogas, sempre têm algo bom, atrás desta capa sempre tem uma pessoa maravilhosa, falta só ajuda de alguém para que haja descoberta. Rui

...aí, eu mesmo cheguei pra meu pai e pedi ajuda, eu quero me internar, eu mesmo cheguei para ele, tive o meu desejo de parar de usar. Max

As conseqüências deixadas pelo uso da droga levam o dependente químico a um maior sofrimento e estão relacionadas às perdas e identificação dos seus sentimentos, os quais ficaram adormecidos enquanto este comportamento adictivo tornou-se o centro de suas vidas. A cada dano provocado pelo uso da droga, maior é o sentimento de frustração experimentado com observamos nos relatos a seguir:

Perdi todo o respeito das pessoas, vivo uma regressão na vida, enquanto todas as famílias prosperam..., eu ando para trás..., Renê  
Perdi caráter, perdi bens materiais, emprego, tive muitas perdas afetivas..., me separei, me afastei dos meus filhos, ... , perdi meu caráter, passei a fazer coisas que não fazia, roubar....Rui

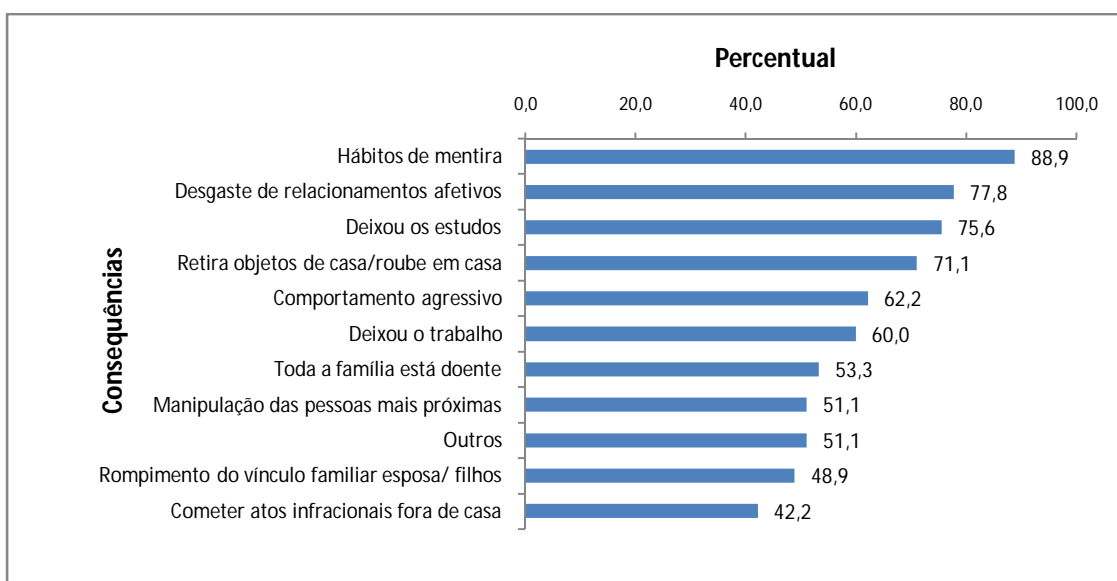


A dependência foi aumentando e veio o crescimento da baixa auto-estima, vivia num abandono total... Gil

Para compreendermos melhor o comportamento do dependente químico em relação à droga, Escobar (2006, p.220) esclarece que este comportamento assume características de ambivalência quanto aos sentimentos, ao mesmo tempo em que o indivíduo experimenta sensações de segurança e completude ao usar determinada droga, simultaneamente abandona-se e expõe sua integridade.

Concordamos com o autor quando verificamos essas conseqüências admitidas por quem viveu esta experiência, mesmo que dolorosa. No gráfico 3 vemos que os aspectos que identificam a vida da pessoa quanto aos relacionamentos e comportamentos são os mais atingidos, estando relacionadas aos aspectos sociais (família, relações sociais de estudo e trabalho), ao psíquico (emocional e comportamental). Além destas conseqüências, vivenciam sentimentos de fracasso/baixa auto-estima e falta de sentido de vida, indicados por 8 (34,8%) e 7 (30,4%) respectivamente, aos quais são incorporados no seu dia a dia sentimentos de tristeza e decepção, quando estas situações normalmente se traduzem em rompimentos na sua relação com o mundo, na família, escola, trabalho e lazer.

**GRÁFICO 3 - Conseqüências do uso de drogas vivenciadas pelos dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas(%) - Ago/Set/09**



As maiores conseqüências percebidas como negativas em suas vidas referem-se a comportamentos e atitudes, 40 (88,9%) admitiram hábitos de mentira, 28 (62,2%) acreditam que o uso de droga os levou a comportamentos agressivos e 32 (71,1%) afirmaram praticarem furtos na própria casa, enquanto 20 (42,2%) confirmaram praticar algum delito fora de casa. Quanto às inabilidades nos relacionamentos afetivos e sociais, constatamos que desgastes de relacionamentos com família/amorosos atingiram (77,8%) com 35 respostas e rompimentos de relacionamento com esposa/filhos ficaram com 22 (48,9%) identificados. O rompimento de vínculos sociais com estudo atingiu 34 (75,5%) e no trabalho 27 (60,0%) tiveram suas atividades laborais prejudicadas. Ressaltamos que o rompimento nos estudos pode ser visto como um prejuízo inicial que atinge outras áreas, a cognição e desinteresse pela qualificação vão sendo corroídos pela droga, atingindo as relações de trabalho. Em todas essas situações observamos o quadro de dependência química instalado.

Tais situações vividas pelos dependentes químicos os aproximam e os tornam semelhantes, colocando-os como espelhos nas relações uns com os outros, contribuindo para uma maior conscientização do próprio adoecimento. De Leon (2003, p.334) esclarece que na maior parte dos casos de tratamento da dependência química em Comunidades Terapêuticas percebe-se que um estilo de vida próprio foi rejeitado, nunca foi adquirido ou foi corroído pelo uso continuado de drogas. Ressalta que pode haver um desvio social no indivíduo podendo estar orientado para um estilo de vida anti-social em áreas relativas à conduta, linguagem/aprendizagem, valores e integração social. Este desvio poderá também estar implícito em estratégias de lidar com situações de manipulação e impostura ou em atividades negativas.

Afirma, ainda, que muitos dependentes químicos não possuem hábitos e atitudes comportamentais básicos para um convívio efetivo no sistema social. Desta forma, comungamos com o autor por termos identificado estas situações como conseqüências, compreendendo-o como parte deste transtorno da dependência química.

### 3.3 - Dependente Químico, sujeito do tratamento: encontro de sentido de vida e trajetória das mudanças.

A partir do reconhecimento que a dependência química se instalou, com o foco no uso de drogas como transtorno social e psicológico e que não há mais controle sobre a compulsão, o dependente químico procura ajuda, quer sozinho ou pedindo a alguém, ou até mesmo, cede aos apelos de familiares que também estão sofrendo.

Esses indivíduos, perdidos em sua identidade social e marcados pelas conseqüências deixadas pelo uso da droga, passam então a procurar ajuda para a reconstrução deste ser humano adoecido. Ele já não se aceita trazendo em si o estigma, que o reduz a uma pessoa diminuída e estragada, havendo neste momento o desejo de voltar para o mundo real, de reconstruir as relações sociais com o mundo, a família e trabalho. Quando chegam às comunidades terapêuticas, percebemos que essa atitude costuma ser um pedido de socorro para romper com a trajetória de comportamentos descontrolados.

A tabela 3 traz as principais motivações que os levaram a decidir pelo tratamento e o percurso já trilhado neste processo de recuperação, como foi o caso de Leo e de muitos que perceberam a necessidade de buscar ajuda.

É eu sou uma pessoa doente, eu realmente preciso de ajuda de profissionais, e se eu não tratar essa minha doença ela vai me levar a morte ou a cadeia ou ao manicômio, porque eu num uso diário, não consigo passar nenhum dia sem usar o crack. Leo

Depois de tentar me matar e depois que meu pai me salvou. ...Aí tava tudo sentado, meu pai, minha mãe e minha irmã, foi quando eu pedi desculpa a tudinho, chorando disse que tava precisando de ajuda, e que sozinho eu não ia conseguir. Rui

... aquela droga, aquela quantidade não me satisfazia, eu dormia pensando em usar no outro dia, aí eu vi que não dava mais. Aí eu mesmo pedi ajuda a meu pai, pai eu tenho que me interna, eu mesmo cheguei para ele, tive o meu desejo de parar de usar..... Max

O que fez eu querer o tratamento foi minha família, eu fiz mais pela minha avó, porque ela é uma pessoa de setenta e dois anos, lutou comigo desde um ano e meio, me criou com carinho, só faltava meu pai e minha mãe minha vida ser boa..., foi por minha avó, por mim também eu sofri muito, fui muito humilhado por causa da droga..., aí você começa a pensar, se você se tratar, é melhor. Pedi a Deus, e tô aqui firmão, quatro meses. Nil

**TABELA 3 - Motivação e processo do tratamento**

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b><i>Busca pelo tratamento</i></b>		
À pedido de um familiar	6	13,3
Você decidiu sozinho, pois deseja ter uma vida diferente	36	80,0
Após tentativa de auto-extermínio	2	4,4
Outros (Quer a guarda da filha)	1	2,2
<b><i>Tratamentos anteriormente</i></b>		
Sim	24	53,3
Não	21	46,7
<b><i>O tratamento anterior promoveu mudança*</i></b>		
Sim	17	70,8
Não	7	29,2

\* Variável refere-se à realização de tratamento anterior

Fonte: Pesquisa realizada em Ago/Set/09 com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas no Ceará.

Os dados referentes à motivação para o tratamento demonstram que o dependente químico é quem toma a decisão e deseja a abstinência, ou seja, uma vida sem drogas, quando 36 (80,0%) afirmaram ter procurado o tratamento sozinho por desejarem ter uma vida diferente, somente seis (13,3%) estão internos a pedido de um familiar e dois (4,4%), buscaram o tratamento após tentativa de auto-extermínio. Fracasso (2001) esclarece chamando atenção que a adesão ao tratamento deve ser voluntária, sendo esta a mesma orientação prevista na Resolução 101/01 da ANVISA. O fato de o tratamento ser voluntário vem reforçar os direitos humanos e garantias estabelecidas na Constituição Federal, promovendo a cidadania das pessoas que o buscam.

Verificamos a partir dos dados apresentados que a maior motivação para a internação nas três Comunidades terapêuticas foi por decisão pessoal, portanto, podemos considerá-las como voluntária. É importante compreender que os indivíduos assumam voluntariamente a responsabilidade por sua recuperação para que ela ocorra e se mantenha. Isso não quer dizer que a internação motivada pela família, ou situação judicial não aconteça, mas que ele, o dependente químico, precisa “aceitar” o tratamento.

Como já foi visto no quarto capítulo, o tratamento para dependência química pode ser ambulatorial ou de internação em Comunidades Terapêuticas, podendo estes processos terapêuticos se complementarem. Sobre a trajetória vivida no

processo terapêutico, 24 (53,3%) haviam passado por algum tipo de tratamento, enquanto 21 (46,7%) estão buscando o tratamento pela primeira vez. Dos 24 (53,3%) que passaram por tratamentos anteriores, 3 foram atendidos na forma ambulatorial, sendo 2 no CAPSad e outro no Projeto Volta Israel. Quanto ao tratamento em Comunidades Terapêuticas e hospitalares, 10 passaram por uma internação, cinco por duas internações, quatro por três internações e somente dois por mais de quatro internações. Este processo foi identificado por aqueles que tiveram algum atendimento como terem conseguido mudanças relacionadas ao comportamento com mais equilíbrio emocional, paciência, elevação da auto-estima e o despertar espiritual.

É fundamental entendermos como os dependentes químicos se vêm ao trilhar este caminho em busca da recuperação. A percepção é que os tratamentos anteriores promoveram algumas mudanças apesar de terem acontecido recaídas. Segundo eles a abstinência conseguida variou de quatro meses a três anos, e para alguns, favoreceu o reconhecimento de que a “vida sem drogas é bem melhor” e uma maior consciência da doença. No entanto, sobre a recaída, 11 (24,4%) a vêem como algo negativo e 18 (40,0%) admitiram a recaída ser uma fraqueza relacionada à falta de vontade, enquanto 9 (20,0%) não responderam e somente 7 (15,6%) reconhecem que as “quedas” fazem parte do tratamento.

De acordo com Landre (2001, p.345), “a recaída não deve ser considerada como sinal de insucesso do tratamento. Ela pode ser utilizada como uma oportunidade para ampliar a conscientização do dependente sobre suas dificuldades e seus conflitos”. O fato de 40,0% ter identificado como fracasso e insucesso consideramos um sinalizador para que a prevenção da recaída possa ser melhor trabalhada e que seja aprofundado as convicções em torno da abstinência, objetivo deste modelo de tratamento. No tocante a recaída fazer parte do processo terapêutico, observamos que alguns internos têm expectativas de conquistar ou reconquistar valores e situações que não dependem somente do esforço pessoal, mas também dos “agentes socializantes”, do ambiente em que vivem e do tempo, por isso, muitos não chegam a conseguir abstinência total em um único tratamento.

Rui, Leo, Max, Gil e Ivo passaram por vários tratamentos e foi a partir das primeiras intervenções que conseguiram compreender a proposta terapêutica da unidade.

... o tratamento ele não começa assim que você se interna, mas com o ambulatorial você vai aprendendo sobre sua doença, vai prá casa, vai se segurando, eu consegui ficar vinte e cinco dias em casa sem usar a coisa, admirado que não passava um dia, todo dia usava. Rui

Então eu tenho buscado a minha aceitação no tratamento, eu tenho buscado, porque olha é muito relativo a questão do tempo, a questão de você ficar ou não sete, oito meses ou um ano, ou quatro meses, um mês, porque eu acho que você tem que descobrir..., é o que eu consegui aqui, foi isso... Leo

... primeiro de tudo né, devido eu estar no NA, eu conheci os 12 passos, eu tenho que admitir, né, eu tenho que admitir né que sou impotente perante o vício, não quero usar nenhum tipo droga, nem que seja lícita, tentar auto avaliar... Max

...tratar a drogadição é tratar o caráter, o emocional, é tratar a pessoa como todo. Gil

A Comunidade Terapêutica, traz a oportunidade de perceber a vida diferente, de dar sentido e que é possível viver sem drogas e ser feliz. Ivo

Como vimos em seus relatos, os dependentes químicos conseguiram ter clareza ao que é proposto no tratamento em Comunidade Terapêutica e que em alguns casos podem ocorrer repetidas intervenções, até que haja no indivíduo uma aceitação e comprometimento consciente no seu tratamento. É importante compreender que os indivíduos assumam voluntariamente a responsabilidade por sua recuperação para que ela ocorra e se mantenha, independentemente das forças externas ou quaisquer outras motivações que o levem ao tratamento; para isto, o uso de drogas tem que ser rompido como pré-requisito da recuperação. Como podemos ver nesse relato.

Eu acredito que nesses quase dois meses que eu to aqui, eu aprendi coisas que ainda não tinha aprendido, por que eu não me conhecia e hoje eu me conheço, hoje eu tenho a capacidade de dominar as minhas tensões, minhas frustrações, eu to buscando isso porque lá fora é que eu vou ter que aprender, lá fora eu tenho que lidar com elas... Leo

Para De Leon (2003, p.39), especificamente sobre o tratamento da dependência química, aqueles indivíduos que buscam ajuda nas Comunidades Terapêuticas residenciais apresentam um transtorno que vai além do uso de substâncias psicoativas. Geralmente sua atuação social e interpessoal encontra-se reduzidas, pois já não conseguem agir de maneira responsável nos ambientes que freqüentam, sendo incapazes de se manterem no emprego e/ ou escola, além de

não responderem satisfatoriamente às necessidades afetivas dos familiares e dos amigos.

Estamos falando de um transtorno que atinge a totalidade da pessoa, afetando algumas ou todas as áreas de sua vida. Ainda segundo De Leon (2003, p.41), os pensamentos dos dependentes químicos mostram-se desorganizados ou irrealistas, havendo confusão ou inexistência de valores que podem ter caráter anti-social. São freqüentes os déficits de aprendizagem ou de realização de tarefas, tornando-se evidente a “falência” moral e espiritual da pessoa, complementa. É comum comportamento destrutivo com relação a si mesmo e aos outros: violência doméstica, práticas sexuais de risco, criminalidade, tentativas de auto-extermínio, violência com outras pessoas e descuido com a própria vida. As contribuições do autor são relevantes por mostrar características do dependente químico, as quais visualizamos nos dados já apresentados neste estudo.

Na Comunidade Terapêutica são desenvolvidas atividades que possibilitem a atenção psicossocial e ações que atinjam o homem na sua integralidade. Algumas atividades realizadas nas propostas terapêuticas são comuns nas três Comunidades Terapêuticas e foram identificadas pelos próprios usuários de cada unidade, que orientam um programa de tratamento dentro de uma rotina diária.

Fracasso (2001, p.279), vem lembrar, que a proposta da Comunidade Terapêutica deve considerar que o dependente químico possa desenvolver-se nas diversas dimensões do homem integral e que o programa terapêutico-educativo a ser desenvolvido no período de tratamento tenha como objetivo ajudar esse indivíduo a se tornar uma pessoa livre através da mudança do seu estilo de vida. Desta forma, na Tabela 4, podemos observar as atividades oferecidas aos dependentes químicos no tratamento desenvolvido pelas unidades pesquisadas.

As atividades realizadas por profissionais só foram encontradas em duas Comunidades Terapêuticas. Na unidade que não possui profissional de nível superior, todas as atividades são orientadas por monitores ex-internos que passaram por tratamento, um deles assumindo a coordenação. Percebemos que há um déficit na prestação deste serviço nesta unidade segundo a regulamentação da ANVISA, que prevê profissionais de serviço social ou um profissional da área de saúde com formação superior, responsável pelo programa terapêutico, segundo modelo psicossocial (RDC 101/01).

**TABELA 4 - Atividades realizadas na proposta terapêutica pelos beneficiários das três comunidades terapêuticas**

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b><i>Participação das atividades segundo os beneficiários*</i></b>		
Tempo Livre	42	93,3
Limpeza da casa	42	93,3
Lazer	41	91,1
Atividades de Espiritualidade	41	91,1
Esporte/ Atividade Física	41	91,1
Laborterapia	40	88,9
Visita da família	31	68,9
Terapia Ocupacional	29	64,4
Atendimento com psicólogo(a)	26	57,8
Grupo Terapêutico	24	53,3
Reunião com as famílias	24	53,3
Grupo de 12 passos	23	51,1
Atendimento com Assistente Social	21	46,7
Grupo de Auto-Ajuda	16	35,6
Participação atividades externas	15	33,3
Atividade Escolar	14	31,1
Visita do residente à família	10	22,2
<b><i>Maior interesse de participação*</i></b>		
Participação nas atividades de espiritualidade	39	86,7
Convivência dos residentes na perspectiva de ajuda mútua	23	51,1
Participação nas atividades de laborterapia	18	40,0
Participação nas atividades de grupo	18	40,0
Atendimento - Psicólogo(a)	16	35,6
Atendimento - Assistente Social	10	22,2
Participação no grupo de 12 passos	10	22,2
Não tem preferência. Simplesmente obedece	10	22,2

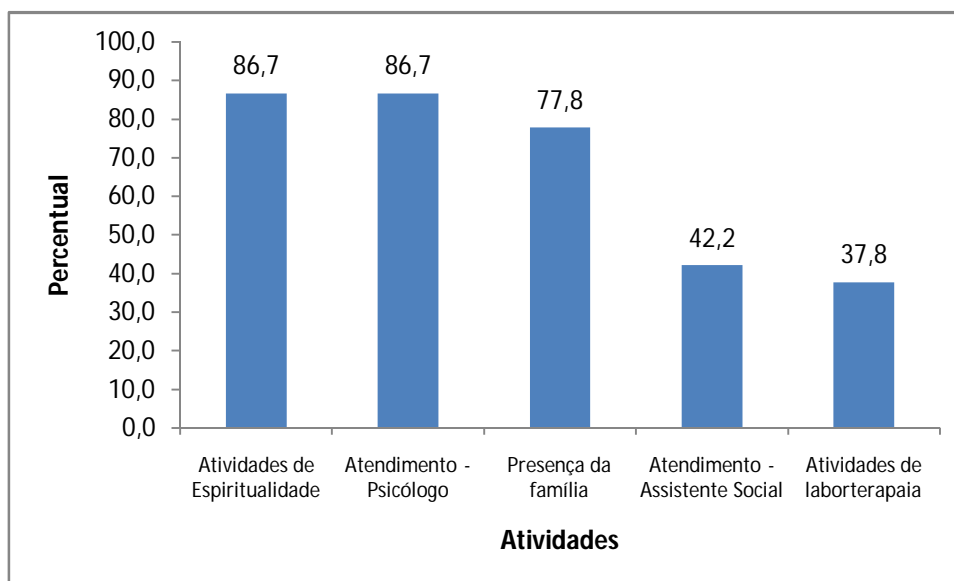
\* Questões de múltiplas escolhas

Fonte: Pesquisa realizada em Ago/Set/09 com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas no Ceará.

No Gráfico 4 estão demonstradas as atividades que foram definidas como de maior importância para o êxito do tratamento pelos 45 internos. Percebemos que mesmo com ausência do psicólogo e assistente social em uma das Comunidades Terapêutica, esse atendimento foi considerado necessário, podendo ser compreendido como uma das intervenções que possibilita a conscientização do indivíduo e o autoconhecimento.



**GRÁFICO 4 - Atividades de maior importância para o êxito do tratamento na percepção dos beneficiários (%) – Comunidades Terapêuticas no Ceará- Ago/Set/09.**



As atividades com maior destaque foram espiritualidade e de atendimento com psicólogo; ambas obtiveram o mesmo percentual com 39 (86,7%) de respostas. Quanto à espiritualidade, observamos durante as falas nas entrevistas, que o despertar espiritual e o conhecimento da palavra de Deus os levam a compreender que são pessoas que possuem dignidade e ajuda-os no reconhecimento da doença e das feridas causadas, favorecendo assim, a promoção da reconciliação com eles mesmos e com os outros, exercitado diariamente na vida em comunidade.

Ao responderem sobre o que desejam realizar ao saírem do tratamento, 22 (48,9%) afirmaram continuar as atividades de espiritualidade reconhecendo que é na religião que podem encontrar forças e abandonarem a dependência de drogas, como vemos nos relatos:

Eu acho que sem Deus você não consegue não. Ou é com Deus, ou é com o crack....è difícil você....è aqui eu encontrei a paz no meu coração, encontrei Deus....., Tem um grupo de auto-ajuda, um grupo onde você conversa com todos e você diz onde o interno está errado e onde precisa melhorar. Tem muita coisa boa aqui. Tem a espiritualidade.....Eu vi muita gente chegar aqui no começo não querendo o tratamento e hoje taí, firme e forte, mudando completamente porque se entrega na celebração da palavra, na oração, e isso é importante pra gente aqui dentro, né? Nil  
Tem as atividades de espiritualidade de manhã, antes do almoço e a noite mais outra né?, prá pessoa sempre se fortalecer, porque a pessoa é mais firme em Jesus, mais difícil é a recaída, né? Max

.... Aqui você tem todos os ensinamentos para não recair, lá fora você tem que mudar as amizades, pretendo me engajar na igreja, porque a caminhada lá fora tem que estar engajado, por que aqui eles ensinam, a gente tem que ter a plena consciência .... Ivo

A presença da família e sua participação no tratamento foram identificadas por 35 (77,8%), o que significa uma verdade. A esse respeito do trabalho realizado com a família, está previsto pela ANVISA e de acordo com Lourenço (2001, p.174), “a família e o indivíduo devem ser trabalhados quanto as suas características, individuais e as da relação familiar, e também a relação indivíduo/família, enfocando sempre a necessidade de abstinência total, das mudanças no estilo de vida e hábito de ambos”. Esse trabalho deverá acontecer tanto nas famílias que apresentem relações mais funcionais, quanto naquelas com relações disfuncionais. Verificamos assim, que não é possível tratar a dependência química desassociado da família, como os próprios dependentes elucidaram.

Continuando sobre as atividades que tiveram destaque quanto sua importância no tratamento, o atendimento com assistente social 19 (42,0%) e Laborterapia<sup>20</sup> 17 (37,8%) foram também indicados. É necessário explicarmos que esses dados apresentados sobre as atividades consideradas mais importantes no tratamento foram respondidas por todos dependentes químicos participantes da pesquisa e, nesta ocasião, foi solicitado somente cinco opções por ordem de prioridade, inclusive poderiam citar as atividades mesmo que não fossem realizadas na Comunidade Terapêutica em estudo. Esta orientação foi dada por compreendermos que já tinham conhecimento destas atividades por experiências anteriores e seria necessário que se manifestassem livremente.

Na Comunidade Terapêutica, o indivíduo é convidado a assumir responsabilidade pelo seu transtorno e a descobrir de que forma pode enfrentá-lo, encontrando as possíveis soluções em uma mudança no seu estilo de vida. Embora o transtorno da dependência química reflita a questão de doença dentro da disfunção social e psicológica, estas unidades de atendimento, de acordo com De Leon (2003 p.44), relutam em rotular os residentes como pessoas emocionalmente doentes, pois fazê-los implicaria em legitimar o comportamento irresponsável. Em

---

<sup>20</sup> Laborterapia: Terapia pelo trabalho. Atividades de capina, horticultura, jardinagem, atividades domésticas, onde é trabalhado a aprendizagem de responsabilidade, aceitação de regras, entre outros aspectos necessários ao desenvolvimento de qualificação profissional.

vez de pacientes, os dependentes químicos em tratamento são chamados de residentes, descritos como participantes com envolvimento ativo na comunidade, a fim de mudar a si mesmo e contribuir com a mudança do outro.

Concordamos com o pensamento do autor quando não os identifica como pacientes, que muitas vezes os coloca numa situação de vítima. Ao chamá-los residentes, os dependentes químicos são colocados dentro de uma vivência comunitária, onde a participação nas atividades os levam a aprendizagem nos relacionamentos, ao auto-conhecimento e os ensinam sobre o bem-viver<sup>21</sup>; desta forma, acreditamos na possibilidade de mudança no estilo de vida.

Um elemento básico para que aconteça o tratamento é a disponibilidade do dependente aceitar a proposta terapêutica e sua participação nas atividades propostas, perseguindo no empenho de mudar o comportamento adictivo. Essa participação leva o residente a tomar consciência da necessidade de suas mudanças, e a ação de realizar e cumprir com os deveres possibilita a real mudança. Como vimos na Tabela 4, algumas atividades são realizadas como preferência, no entanto, todas são realizadas dentro da proposta da rotina.

Através do destaque dado à espiritualidade<sup>22</sup> e das atividades de convivência/ajuda mútua, verificamos que, apesar dos déficits encontrados, a intencionalidade da reconstrução da pessoa, preparando-as para se relacionarem com o mundo e perceber novos valores, foi percebida pelos internos em tratamento nas três unidades pesquisadas. Ressaltamos que essa última atividade, está de acordo com o objetivo da Comunidade Terapêutica, que se propõe ao tratamento na relação com os pares/ iguais, convivência entre pessoas com problemas parecidos, conforme preconiza a RDC 101 da ANVISA.

Um aspecto a ser chamado atenção ainda na Tabela 4 é o fato de 10 (22,2%) terem revelado não terem preferência por nenhuma atividade, que simplesmente obedecem. Isso pode significar que estes internos ainda não

---

<sup>21</sup> De Leon, 2003. A expressão 'bem-viver' se refere aos ensinamentos que descrevem por que e como o estilo de vida e a identidade das pessoas se transformam na Comunidade Terapêutica. Ensinamentos de respeito às regras de convivência e normas de funcionamento da comunidade.

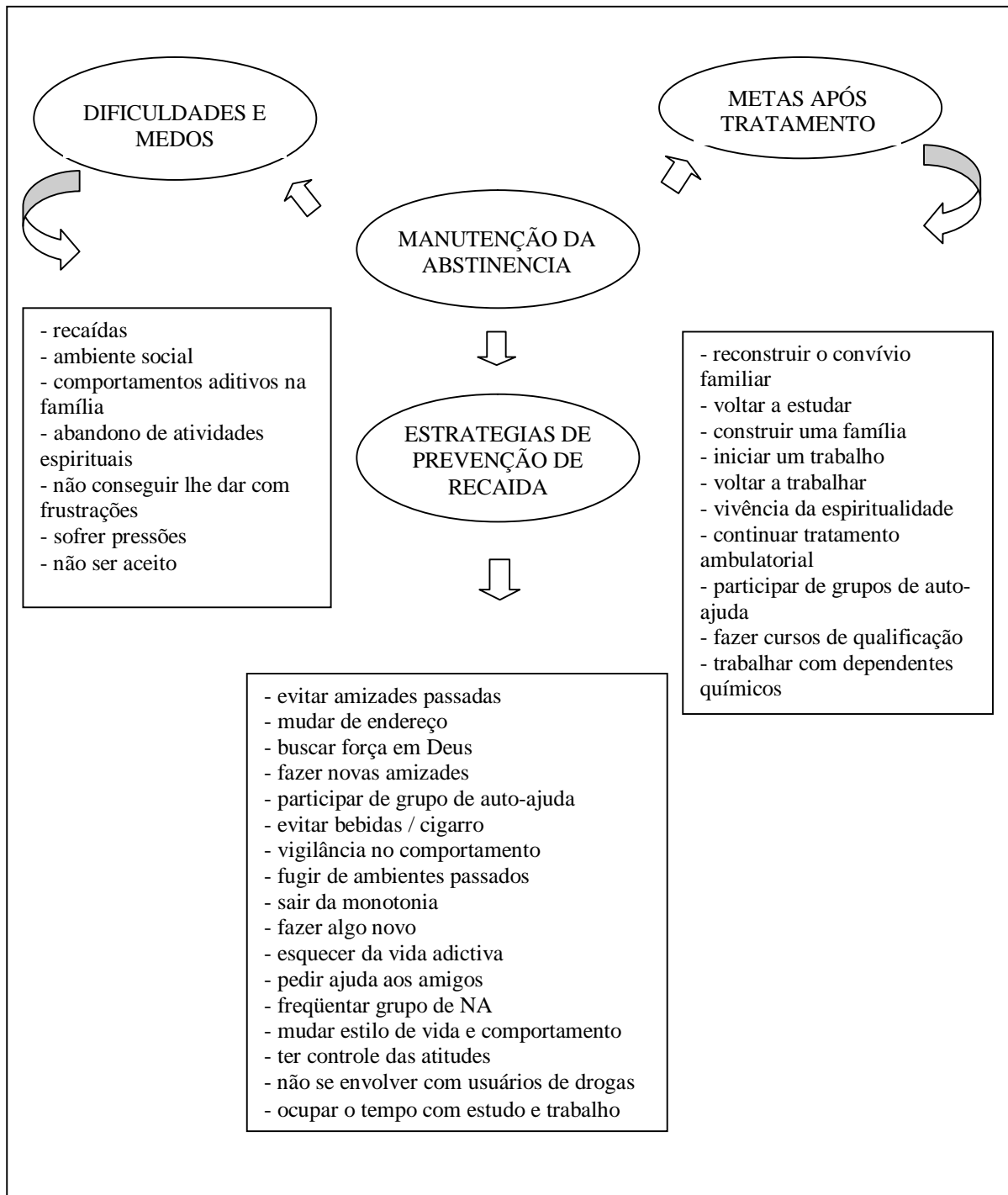
<sup>22</sup> Atividade encontrada nas três Comunidades Terapêuticas: Segundo dicionário do Aurélio, espiritualidade está relacionado ao espírito, o que é espiritual; Pe. Haroldo Rham, acrescenta: "procedendo do Espírito Santo, a alma controlada e inspirada pelo Espírito"; Essa atividade está relacionada ao Despertar Espiritual, que é o nascimento de Deus dentro de cada pessoa e o permitir que Ele realize transformações na pessoa, retirando as imperfeições e colocando as virtudes. ( Rham in: Serrat 2001)

conseguiram compreender a proposta terapêutica neste modelo de tratamento, o qual propõe a integração e participação de todos os beneficiários e equipe. Como já vimos, é pela participação em todas as atividades da comunidade que se define a aceitação ao tratamento, é a partir do momento em que o indivíduo se coloca aberto à aprendizagem no modo de viver, trabalhando valores, hábitos e atitudes, que acontece o tratamento. Segundo De Leon (2003, p.373), na abordagem em comunidade terapêutica, os “indivíduos só mudarão se participarem plenamente de todos os papéis e atividades da vida em comunidade e as mensagens de recuperação e bem viver só poderão ser ouvidas se o residente estiver atento e receptivo”.

A busca pela desintoxicação ou abstinência não indica necessariamente que o indivíduo esteja pronto para mudar a si mesmo ou seu estilo de vida. Não basta acreditar que para se tratar o suficiente é “não usar drogas” e sim compreender que o mais importante é ter um empenho que possa resultar numa mudança de comportamento, na maneira de se relacionar com o mundo e com as pessoas. Através dos dados apresentados sobre as atividades de rotina realizadas nas comunidades terapêuticas, mesmo não sendo compreendido pela totalidade dos beneficiários, percebemos que o tratamento nestas instituições, contemplam de certa forma, em seus objetivos a estabilidade psicológica, social, e espiritual que servirá de base para uma mudança na vida dos dependentes químicos, que normalmente acontece a longo prazo.

Com a intenção de ser identificado a consciência que os dependentes químicos tinham em relação ao tratamento e a possibilidade de sucesso ou insucesso na manutenção da abstinência, através do questionário, colhemos informações sobre as estratégias que utilizarão para a prevenção de recaída, assim como as metas que desejam realizar ao sair da Comunidade Terapêutica e as maiores dificuldades que se revelam em medos. A partir destes dados, selecionados por meio de saturação, sistematizamos as informações em forma de quadro.

**QUADRO 1 - Sistematização sobre a manutenção da abstinência a partir dos dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas.**



Esse quadro foi formado a partir dos depoimentos nas questões abertas do questionário, quando os próprios dependentes químicos em tratamento, revelavam seus medos, suas metas após o tratamento e as estratégias de prevenção da recaída. Através destas revelações, podemos perceber que quando o dependente

químico compreende e aceita o processo terapêutico, compreende os riscos de recaída e passa a trabalhar como poderá evitar tais riscos. Além da prevenção da recaída, vêem que para conseguir a manutenção da abstinência, a construção de metas pode dar um maior sentido de vida e possibilitar a reconstrução de algumas perdas. A necessidade desta manutenção de abstinência para além do período de internação, nos leva acreditar que a dependência química não tem cura, sendo necessário assim, uma decisão por uma vida sem uso de substâncias psicoativas.

Em outra perspectiva de recuperação, os dependentes químicos em tratamento apontam para um novo despertar que é a busca do sentido de vida. No meio da desesperança, um depoimento chamou atenção – “eu preciso construir um desejo”... (Max) – este indivíduo falava de sua falta de sentido de vida. A partir desse desejo, a falta de sentido de vida foi sendo preenchida por significados dados ao sofrimento e, com isso, a possibilidade de ser preenchido com algo possível de ser realizado.

Sobre o sentido de vida, Victor Frankl (1991, p.101) propõe “que a principal preocupação da pessoa humana não consiste em obter prazer ou evitar dor, mas antes ver um sentido em sua vida e dar sentido ao sofrimento que é inevitável na vida de qualquer ser humano”. O autor continua esclarecendo que, o que importa, é a pessoa dar um sentido específico a sua vida em dado “momento da vida”, naquela situação em que vive, e que esse sentido pode se modificar, mas jamais vai deixar de existir. No caso do dependente químico, acreditamos que é a partir do significado que ele encontra no uso de drogas e nas possibilidades de atingir metas, que aumenta sua possibilidade de recuperação, como constatamos no quadro 1.

Victor Frankl (1991. p.124) diz ainda, não devemos esquecer nunca, que também é possível encontrar sentido na vida mesmo quando nos confrontamos com situações sem esperança, quando se enfrenta algo que não pode ser mudado; nessas situações somos desafiados a mudar si próprios. Neste sentido, o pensamento do autor une-se a teoria de De Leon (2003, p.36), quando se refere à Comunidade Terapêutica como uma abordagem de auto-ajuda e que os internos a utilizam para aprenderem sobre si mesmos, na perspectiva de alterar seu estilo de vida e a sua identidade.

A partir dessa compreensão, esse autor, aponta três formas diferentes de descobrir o sentido da vida, podendo ser através de uma realização, criando um

trabalho ou praticando um ato; experimentado algo diferente ou encontrando alguém e pela atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável; em outras palavras, o sentido pode ser encontrado não só no trabalho, mas também no amor. Utilizando esta conceituação, podemos identificar no quadro: Sistematização da manutenção da abstinência, que é através das metas construídas e das estratégias de prevenção da recaída que a vida de cada dependente químico vai ganhando sentido e ele consegue atingir a mudança no seu estilo de vida.

Para finalizarmos a compreensão dos desafios vividos pelos dependentes químicos na busca de recuperação em Comunidade Terapêutica, acreditamos que procurem esse modelo de tratamento, por entender que estas instituições sejam um lugar onde se promove níveis de proteção e que garante a abstinência inicial no tratamento, estendendo-se ao longo de suas vidas. Concordamos com De Leon (2003, p.47), quando diz “(...) a sobriedade é requisito vital na aprendizagem da administração dos sentimentos e comportamentos necessários para atender a esse desafio, e a abstinência continuada é essencial para manter a recuperação e fornecer bases para o bem viver”. Aqui o autor refere-se ao processo de recuperação na concepção do abuso de substâncias psicoativas como transtorno e que a Comunidade Terapêutica se propõe a trabalhar a pessoa inteira.

## **4 - A COMUNIDADE TERAPÊUTICA EM DEBATE**

### **4.1- Embate das Comunidades Terapêuticas X modelo padrão- ANVISA**

Ao trazermos o foco da análise para o funcionamento, faremos uma discussão do funcionamento das unidades, guardando a missão institucional específica na prestação destes serviços com um modelo padrão de funcionamento segundo regulamentação da ANVISA, Resolução nº101/2001 e continuaremos pautando nosso estudo na teoria de De Leon, quanto ao modelo, método e abordagem.

Não identificaremos as instituições nem as Comunidades Terapêuticas, denominaremos: Entidade 1, que gerencia a CT1; Entidade 2 gerencia a CT2 e Entidade 3 gerencia a CT3. Neste caso, quando necessário, as entidades apareceram somente ao se referir à missão institucional e na relação com o governo quanto à responsabilidade financeira. Utilizamos a observação de campo e as informações apresentadas pelo segundo grupo participante desta pesquisa, composto pelos profissionais de cada unidade como referimos nos procedimentos metodológicos para conhecermos o trabalho realizado em cada Comunidade Terapêutica.

A CT1 tem capacidade de atender 50 internos que são divididos em dois núcleos; na equipe há profissionais de serviço social, psicólogo, terapia ocupacional, educador físico, orientador espiritual, agentes terapêuticos, professores do curso supletivo além de um coordenador que assume toda a administração e de pessoal de apoio. A proposta terapêutica fica sob a responsabilidade do assistente social, mas toda a equipe está comprometida, utilizando-se reuniões de estudo de caso.

A missão da instituição é tratar a dependência química utilizando uma rotina que consiste na participação em grupos terapêuticos, psicoterapias, laborterapia, terapia ocupacional, esportes, recreação, atividades relacionadas a artes e acompanhamento espiritual. O cronograma é seguido rigorosamente e é orientada a manutenção da boa aparência, sempre com o desejo de promover a mudança de estilo de vida e a aquisição de novos valores. Visa abstinência total e a psicoterapia



direciona-se ao trabalho da personalidade, do caráter e todas as relações sociais e familiares.

A proposta terapêutica tem o objetivo de despertar, no usuário, a necessidade de uma mudança no estilo de vida, objetivando promover a saúde física e psíquica de cada participante. Além disso, busca também facilitar o resgate da auto-estima dos mesmos. Nos grupos de apoio são utilizadas técnicas de participação ativa e dialógica, onde a palavra não é exclusivamente do profissional, mas também do usuário, favorecendo a criação de um espaço de discussão, orientação e reflexão sobre o momento de vida no qual o dependente químico se encontra.

Realizam trabalho com as famílias com atendimento psicoterápico, grupo de apoio à família e visita domiciliar. A proposta terapêutica é prevista no tempo que varia de três a nove meses, prevê a intervenção dividindo os internos em três fases, a primeira são os que estão em adaptação e a terceira fase são os internos que já estão próximo da alta.

A CT2 tem capacidade de atender 30 residentes e a equipe é composta por profissionais de serviço social, psicologia, terapia ocupacional/artista plástico, educadores sociais, educador físico, coordenação, equipe de apoio (cozinheira e lavadeira) missionários/ voluntários. Como na CT1, a proposta terapêutica está na responsabilidade do serviço social e os casos são discutidos em equipe antes de qualquer intervenção, quer seja progressão no tratamento, liberação para saídas externas ou desligamentos.

O objetivo da CT 2 é tratar o dependente químico, levando-o a redescobrir sua autonomia, possibilitando a reinserção familiar e social. Suas ações propõem reabilitação física, psíquica e espiritual e destina-se ao público masculino, na faixa etária a partir de 18 anos.

Oferece um serviço no modelo psicossocial, ofertando um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, favorecendo aos usuários tratamento com programa terapêutico adaptado as necessidades de cada caso. Trabalha o resgate a dignidade humana que foi perdida ou profundamente atingida pela experiência com as drogas.

As ações contemplam a restauração da confiança nas relações familiares e sociais, elaboração e construção de significados essenciais à vida humana, na perspectiva da construção de novos objetivos pessoais, atuais e futuros. Também se propõe a trabalhar a reeducação do pensamento, dos valores e das atitudes, através do estabelecimento participativo das normas de disciplina, do condicionamento físico e de outras atividades cognitivas, artísticas e lúdicas com o acompanhamento e orientação adequada. É trabalhado ainda o autoconhecimento, fortalecendo o autodomínio, a auto-percepção dos sentimentos e a habilidade de trabalhá-los numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e de autonomia, favorecendo a prevenção da recaída.

O Programa Terapêutico contempla prioritariamente ações de Triagem, realizada por psicólogo, atendimentos terapêuticos em grupos e individuais, atendimento individual e grupal às famílias, participação diária em atividades de espiritualidade e oficinas lúdico-terapêuticas, educação para o trabalho, atividade física, participação diária efetiva e rotativa nas rotinas de limpeza, organização, cozinha, etc.

O tratamento acontece em três fases que se sobrepõe no período de oito meses em média. Na primeira, são os três primeiros meses, onde acontece a abstinência e aceitação da proposta do tratamento. Na segunda, após adaptação é a fase da conscientização, do autoconhecimento e mudança de valores e estilo de vida. Na última, a proposta de reinserção social, que se inicia no quinto mês quando o residente começa o processo de visitas domiciliares de final de semana em sua residência. A finalização do tratamento poderá ocorrer: com motivo de alta terapêutica, quando o residente concluir o programa terapêutico ou através de avaliação da equipe que observa se o residente está preparado para o retorno à família e ao convívio social; alta administrativa, ocasionada por infração das normas ou desistência voluntária, ou por evasão.

A CT3 tem capacidade de 40 internações. O tratamento é natural baseado no ensino da Palavra de Deus, sendo os alunos acompanhados por uma equipe médica e por psicólogos não permanentes na Comunidade Terapêutica; é previsto um tempo de duração entre três e oito meses. O público atendido é constituído por dependentes químicos e de pessoas que se encontram em situação de rua,

excluídos da sociedade, que também trazem a questão da dependência química. Nesta unidade os internos são chamados de “alunos”.

As atividades espirituais constituem-se o principal tratamento oferecido. Os alunos residentes participam de momentos diários de devocionais e orações, participam de estudos bíblicos, cultos, sessões de cura interior e libertação, falam e ouvem testemunhos de vidas recuperadas e cantam louvores.

A CT3 possui um Regimento Interno próprio, seguido fielmente pelos responsáveis. Conta com equipe de três monitores e três auxiliares. Os monitores permanecem no local em regime de escala de 48 horas cada um e são os responsáveis pela organização interna e pela disciplina. Estes monitores foram recuperados na instituição e trabalham hoje como voluntários. Os auxiliares são escolhidos entre os alunos que se encontram em fase avançada de recuperação e assumem a função de colaborar com o trabalho dos monitores, liderando as equipes de trabalho existentes: coleta de alimentos e evangelização de rua; preparação de alimentos, limpeza e higiene do local. Ressalta-se que esse trabalho de prevenção de rua faz parte da visão da Entidade 3 e é realizado pelos próprios alunos, em fase avançada de recuperação, liderados por agentes terapêuticos, que são os monitores.

Nas atividades ocupacionais, os alunos praticam atividades esportivas, caminhadas, banhos de mar, participam de cursos e palestras sobre diversos assuntos, leituras, assistem filmes, dentre outras atividades. Os próprios alunos ocupam-se da limpeza e conservação do local, preparam as refeições diárias, cuidam das hortaliças e plantas. Há também aulas de educação física, esportes, oficinas ocupacionais e lazer.

A partir das reflexões desenvolvidas, vemos que todas as Comunidades Terapêuticas têm a mesma missão por serem unidades de prestação de serviço para dependência química e que se propõem a trabalhar o ser humano em sua totalidade. As três aqui, referenciadas, são vinculadas a alguma religião, das quais duas são evangélicas e uma católica, porém, todas atendem qualquer indivíduo sem discriminação do credo propondo-se a levá-los ao despertar espiritual e trabalhar valores morais pautados na religião.

De acordo com dados coletados nos oito questionários do segundo grupo entrevistado composto pela equipe: dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois coordenadores e dois monitores sem nível superior, observaram que a grande maioria compreende a missão e os objetivos de uma Comunidade Terapêutica, como constatamos nestes relatos.

A comunidade terapêutica é um modelo de tratamento que acolhe pessoas diferentes e tem por finalidade a recuperação dos mesmos, separando-os da sociedade, tratando-os em grupos e reinserindo-os na sociedade. O internamento é um momento para a reflexão, mudança de valores e etc. A CT é a promoção do ambiente necessário para recuperação. Isa

A comunidade terapêutica, constitui-se numa forma privilegiada de tratamento por propiciar a relação entre os pares, a conscientização, a integração corpo/ mente e espírito, considerando o homem na sua totalidade com vistas a uma mudança radical de vida, a um sentido de vida.  
Ana

O segundo grupo é composto por quatro pessoas do sexo feminino e quatro masculinos. Na escolarização, cinco concluíram nível superior, três com pós-graduação e três de nível médio. Quanto à religião, três são evangélicos e cinco católicos. Sobre o tempo que atuam na área da dependência química, quatro estão entre um e três anos, três trabalham há mais de quatro anos e um referiu tempo inferior a um ano.

Nas atividades que compõe a proposta terapêutica descritas na Tabela 5 por profissionais das unidades, verificamos que há sintonia em algumas atividades executadas entre as Comunidades Terapêuticas, acontecendo a maioria em duas unidades, isso quando observamos a quantidade relacionado ao número de respostas de cada atividade.

É interessante perceber que essas atividades demonstradas na tabela 5 cruzados com as atividades descritas anteriormente pelos beneficiários na tabela 4, destacam que são atividades, as quais enquadram-se num modelo psicossocial previsto pela ANVISA, sendo indispensável nesta abordagem de tratamento, como observamos a seguir na tabela 6.

**TABELA 5 – Atividades realizadas na proposta terapêutica das três comunidades terapêuticas**

<b>Variável</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Grupos terapêuticos realizados*</b>		
Grupo de oração	8	100,0
Grupo de família	7	87,5
Grupo de Auto-ajuda	6	75,0
Psicoterápico/ Psicólogo	6	75,0
Questões de rotina	5	62,5
Prevenção da recaída	5	62,5
Grupo Temático	5	62,5
Grupo de Metas	5	62,5
Grupo de Assistência Social	5	62,5
Grupo 12 Passos	4	50,0
Grupo de sentimentos	1	12,5

\* Questão de múltipla escolha

Fonte: Pesquisa realizada em Ago/Set/09 com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas no Ceará.

Os dados apresentados na tabela 6, segundo percepção da equipe, demonstram que a maioria compreende a proposta terapêutica como vemos nos relatos abaixo:

Trabalha-se com foco nos aspectos social, psicológico, físico, espiritual e cognitivo, em formação grupal e individual. Lia

A instituição baseia seu trabalho na espiritualidade, conscientização e trabalho. Com base nessas colunas da CT desenvolve-se as atividades para propiciar que o tratamento alcance todas as áreas do ser humano. Ana

**TABELA 6 – Percepção de atividades psicossociais segundo beneficiários e equipe**

<b>Atividades</b>	<b>Equipe (Qtd=8)</b>		<b>Beneficiários (Qtd=45)</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Grupo de família	7	87,5	24	53,3
Grupo de Auto-ajuda	6	75,0	16	35,6
Psicoterápico/ Terapêutico/ Psicólogo	6	75,0	24	53,3
Grupo de Assistência Social	5	62,5	21	46,7
Grupo 12 Passos	4	50,0	23	51,1

Fonte: Pesquisa realizada em Ago/Set/09 com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas no Ceará.

Nos objetivos terapêuticos de cada Comunidade Terapêutica, verificamos que todas estão baseadas na espiritualidade, que certamente pode contribuir para a transformação do ser humano. Vimos que em apenas duas comunidades terapêuticas, a conscientização da pessoa e a reabilitação, também são trabalhadas com recursos da psicologia.

Aprofundamos anteriormente que o tratamento deve ser voluntário e que deve contar com a participação da família em todo o processo. Vimos também que é necessário uma avaliação inicial para admissão, contudo, verificamos que somente duas comunidades realizam triagem com atendimento por profissionais constatados por seis pessoas da equipe, onde é realizada avaliação e diagnóstico do nível de comprometimento e da situação social da família. Essa etapa é fundamental, vista pela RDC como etapa inicial do processo de tratamento, onde se conhece o grau de adesão ou resistência à continuidade ao tratamento, que são indicadores importantes para avaliação do comprometimento psíquico e das chances de sucesso do tratamento. Na outra unidade, a entrevista de admissão é assumida por um funcionário da instituição.

Quanto ao trabalho desenvolvido com as famílias, as atividades mais desenvolvidas foram atendimento na triagem 6 (75,0%), atendimento individual sempre que necessário 7 (87,5%), reunião quinzenal 6 (75,0%) e participação em festas comemorativas 5 (62,5%) e 100% afirma que esse modelo de tratamento favorece a mudanças nas relações familiares, fortalecendo o vínculo familiar.

O uso de regimento interno e o programa terapêutico apresentado em rotina apareceram comum às três unidades, 44 (97,8%) dos dependentes químicos entrevistados responderam que possui rotina com horários definidos, confirmados por 7 (87,5%) da equipe. Outro aspecto apontado pelos entrevistados que não é comum às três unidades refere-se às refeições, 30 (66,7%) disseram serem cinco servidas diariamente e 15 (33,3%) afirmaram contar com quatro refeições.

A RDC 101/01 da ANVISA traz em sua regulamentação um modelo padrão para o funcionamento de Comunidades Terapêuticas, que devem ser seguidos pelas instituições que prestam este serviço. Sugere que a equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por um profissional de nível superior, da área de saúde ou serviço social, que assuma o programa terapêutico, um coordenador administrativo, três agentes comunitários capacitados em

dependência química e que as unidades estejam registradas pela ANVISA. A capacidade de internação ideal é de 60 residentes, divididos em dois alojamentos podendo chegar a 90, também divididos.

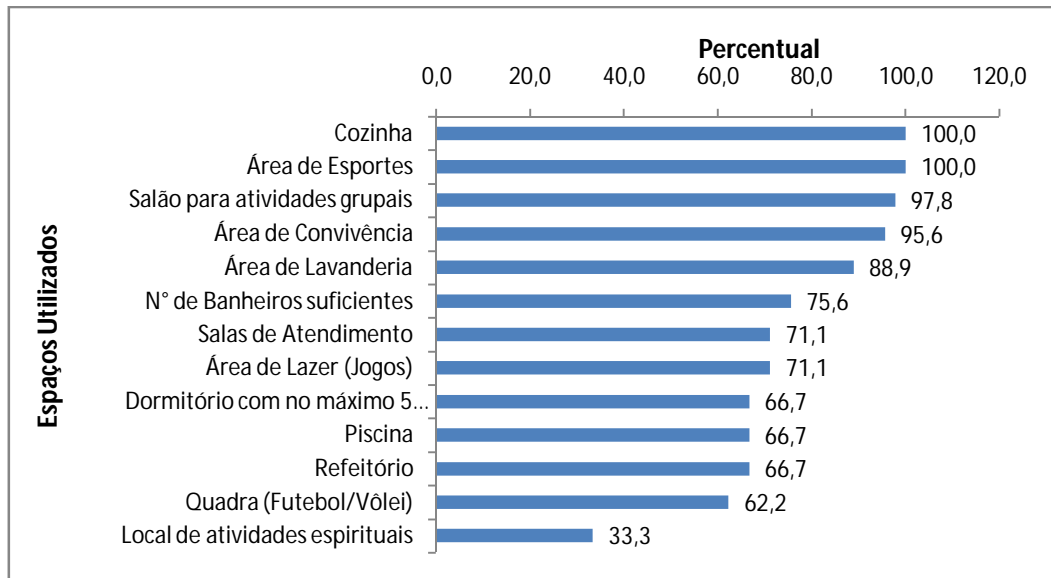
A estrutura física é dividida por setores: o setor de hospedagem/ alojamento devem ter quartos coletivos para no máximo seis residentes e banheiros na proporção de um para cada seis usuários. O setor de terapia e recuperação deve está composto de salas: para atendimento individual, atendimento social, atendimento coletivo, para música/televisão. Devem constar espaços para oficinas, quadra de esportes, salas para prática de exercícios físicos. Ainda está previsto espaços para horta ou outro tipo de cultivo, criação de animais e área externa para passeio. No setor administrativo, é necessário sala de recepção de residentes, familiares e visitantes, sala administrativa, local de arquivo para os prontuários, sala de reunião de equipe e sanitários para o funcionamento de ambos os sexos. No setor de apoio logístico estão incluídos cozinha com local de armazenamento de gêneros, lavanderia coletiva, almoxarifado e depósito de material de limpeza.

De acordo com esta regulamentação, identificamos que somente duas Comunidades Terapêuticas apresentaram uma equipe completa, neste aspecto, uma está contrariando a RDC 1010/01, que define a Comunidade Terapêutica como serviços de atenção a usuários de álcool ou outras drogas, segundo modelo psicossocial e que são unidades que devem oferecer um ambiente protegido, orientado de forma técnica e ética, como vimos anteriormente neste estudo. Essa equipe deve ser capacitada, contudo, é importante estar atento ao que diz De Leon (2003, p.6), quando adverte para os riscos de funcionários profissionais “convencionais”, que muitas vezes podem se contrapor às características essenciais de auto-ajuda como abordagem, trazendo outros métodos de sua formação acadêmica, colocando em risco o modelo proposto.

Quanto aos espaços físicos, a partir da percepção dos beneficiários, podemos visualizar no Gráfico 5, os espaços existentes para o desenvolvimento das atividades. Ressaltamos que, na observação “in loco”, uma das Comunidades Terapêuticas preenche quase em totalidade as exigências da RDC 101/01 com acomodações satisfatórias e ambientes para todas as atividades, outra se aproxima dos espaços exigidos com ausência de alguns espaços e a outra, está totalmente

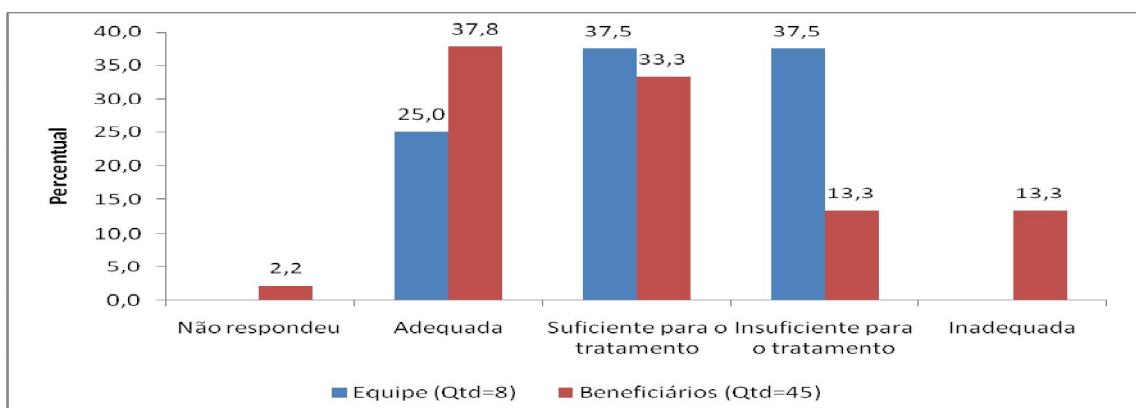
em desacordo. Duas unidades funcionam em prédio próprio, e uma, em prédio alugado por ainda não ter conseguido instalação própria.

**GRÁFICO 5 - Espaços físicos segundo percepção dos usuários em tratamento (%) Comunidades Terapêuticas no Ceará- Ago/Set/09.**



O Gráfico 6 vai nos mostrar a percepção da infra-estrutura sob o olhar dos beneficiários e da equipe. É interessante observar que a equipe tem um olhar mais crítico, identificando que precisam ser melhorados, enquanto os beneficiários aceitam melhor as estruturas oferecidas, mesmo que não possuam espaços suficientes e adequados.

**GRÁFICO 6 - Percepção da estrutura física pela equipe e os beneficiários (%) Comunidades Terapêuticas no Ceará - Ago/Set/09.**





Em relação à infra-estrutura das três unidades, verificamos que ainda há lacunas para uma melhor oferta deste serviço dentro do que preconiza a RDC 101/01. No entanto, as instituições se apegam ao método de funcionamento sugeridos por De Leon, o conviver em comunidade como metodologia, onde cada um é responsável por seu próprio crescimento e pelo crescimento do grupo, utilizando a auto-ajuda e a relação entre os pares, também orientada pela ANVISA, para realizarem suas propostas de tratamento.

Segundo De Leon (2003, p.36) “todos os elementos da Comunidade terapêutica estão voltados para facilitar mudanças individuais de estilo de vida e identidade”. Concordamos com o autor que defende que esse modelo de tratamento está além de estrutura física, no entanto os ambientes devem favorecer o bem viver dos residentes.

Vimos nos conceitos apresentados por Fracasso e De Leon, que o dependente químico é sujeito de seu tratamento e é a partir da aceitação que a recuperação acontece, no entanto, é indispensável que a equipe tenha assimilado a proposta deste modelo de abordagem. Identificamos que 7 (87,5%) compreendem a Comunidade Terapêutica como modelo de auto-ajuda e 100% acreditam ser um modelo de tratamento que leva a mudanças de hábitos, comportamentos e estilo de vida. Este reconhecimento é perceptível nos relatos dos profissionais que falam de atividades e sobre o cotidiano dentro da comunidade terapêutica.

São as atividades que propiciam um amadurecimento, um auto-conhecimento, além do encontro com a verdade, com o conhecimento de si e de Deus, resgatando a auto-estima e uma postura positiva frente a vida.  
Ana

É um processo demorado, mas quando percebeu que esta mudança lhe traz benefícios, permitem mais facilmente o processo acontecer. José  
Só acontece com aqueles que vêm por livre espontânea vontade, sem motivação externa. João

A comunidade terapêutica deve incentivar a auto-ajuda como parte do tratamento, mas não deve ser o todo e sim parte do tratamento. Na CT não fazemos por ele, mas com ele. Lia

Observamos que nas três unidades os resultados são esperados pela transformação de hábitos, atitudes e mudanças dos valores, os quais possibilitam a mudança no estilo de vida e comportamento, incluindo o comportamento aditivo.

Desta forma, verificamos que todos estes aspectos estão incluídos no processo terapêutico confirmando a teoria já abordada, atendendo assim, as necessidades do dependente químico em tratamento. Percebemos que mesmo na comunidade que não possui profissionais de nível superior, o incentivo a mudanças de vida acontece.

Estes serviços baseiam-se na formação de uma consciência sobre o significado do uso e do abuso de substâncias psicoativas e na história de vida de cada um, através de atendimentos individuais e em grupo, onde os dependentes químicos compartilham suas experiências de vida, na tentativa de solução para seus problemas, discutindo os fatores de risco e de proteção a serem vividos após a alta, sendo esta diretriz vista nas três comunidades terapêuticas, pois não depende somente de profissionais: todos os membros da CT participam ativamente dessas atividades.

Nas três unidades é estimulado a amizade, colaboração, respeito, integridade, honestidade na relação entre todos os membros da comunidade e principalmente a abstinência total, isso as coloca dentro da concepção de De Leon (2003, p.51) quando afirma que “a recuperação sempre envolve mudanças de comportamentos, atitudes, emoções e valores, sendo a pessoa responsável por sua própria recuperação”. Uma observação importante é que em nenhuma das unidades é permitido o cigarro, propõe-se abstinência total, mesmo que isso não seja regra, pois há instituições que trabalham com essa abertura.

O processo de desligamento acontece nas três unidades por alta terapêutica, desligamento administrativo ou desistência estando de acordo com a RDC 101/01. Segundo constatamos, somente 75% da equipe admitem que o interno é entregue ao responsável ou família, os outros admitem que ele pode sair sozinho, às vezes só comunicam a família. Segundo os profissionais, o índice de desistências é alto, havendo alguns motivos mais comuns observados nas três Comunidades Terapêuticas, que são: 100% apontam a abstinência e dificuldade de conviver com regras, 7 (87,5%) vêem a dificuldade de relacionamento e 5 (62,5%) aponta como fator agravante o comportamento agressivo.

Quanto às reincidências ao tratamento, as instituições diferem quanto à possibilidade do número de internações permitidas, 3 (37,5%) se posicionam com aceitação em três retornos, 2 (25,0%) não se posicionaram e 3 (37,5%) dividiram-se em dois retornos, depende da Comunidade terapêutica e outro afirmou ser possível

quantas vezes o dependente quiser. Esse retorno ao tratamento foi justificado pela equipe, a qual acredita ser a recaída não é só no uso de droga, mas também no comportamento, confirmando assim, o conceito de De Leon que se refere ao dependente químico como portador de um transtorno.

Todo o processo terapêutico de uma Comunidade Terapêutica é direcionado a promover a reinserção social previsto nos pressupostos legais e na RDC, para isso devem permanecer dando um acompanhamento após alta. Assim vimos que 6 (75,0%) responderam que a instituição onde trabalham permanece o atendimento. Os outros profissionais referiram só o engajamento espiritual. O esforço da reinserção na maioria é assumido pela família 4 (50%), e foi indicado por uma unidade que realizam encaminhamento para curso de qualificação, escolarização e apenas um, mencionou encaminhamento para trabalho, revelando que neste aspecto falta um trabalho de reinserção social.

Vimos, portanto, que há alguma aproximação das Comunidades Terapêuticas com o modelo padrão na concepção de auto-ajuda e na busca de adequar o funcionamento e infra-estrutura às exigências regulamentadas pela ANVISA. Somente uma unidade encontra-se mais distante por não apresentar uma equipe capacitada e funcionar com infra-estrutura insuficiente. Todavia, esse estudo revelou que as instituições de modo geral, compreendem que o funcionamento é o próprio método de uma Comunidade Terapêutica, como conceituou De Leon.

#### **4.2 – A interface entre a política pública e as Comunidades Terapêuticas no Ceará**

O tratamento em Comunidade Terapêutica foi ganhando expressividade, sendo aceito e incluído nas políticas governamentais, quando o encontramos nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e no Artigo 22, do Capítulo II do Título III da Lei nº11 343/2006, no qual se define os princípios e diretrizes essenciais, das Atividades de Prevenção ao uso de drogas, Atenção e Reinserção Social de usuários e dependentes de drogas. Contudo é importante darmos ênfase especificamente a isso no Estado do Ceará.

A implementação desses serviços e a construção da rede de atendimento especializado para dependência química no Estado do Ceará organiza-se lentamente, encontrando-se ainda longe de uma legitimação. Como foi visto anteriormente, segundo dados da Secretaria de Saúde - SESA, a rede pública deste serviço é composta por seis Caps ad em Fortaleza, a parceria da SESA com três comunidades terapêuticas e apoio à Sobral e Jaguaruana, os serviços de internação em hospitais psiquiátricos e desintoxicação no Hospital de Saúde Mental de Messejana. Até o momento deste estudo, ainda não existe nenhum plano estadual ou municipal. As Comunidades Terapêuticas que compõem os serviços, quer as três citadas neste trabalho, ou outras que não possuem parceira, muitas vezes recebem críticas por estarem distante do modelo padrão regulamentado pela ANVISA, contudo, são também reconhecidas como aquelas que estão prestando um serviço.

Oportunamente, vimos uma reportagem no jornal “O Povo” (10/11/09) que tratava sobre os tratamentos oferecidos pelo estado aos dependentes de Crack. ...“O problema é que algumas dessas comunidades estão em desacordo com a lei”, denuncia uma socióloga pesquisadora sobre o tratamento a usuários de drogas em Fortaleza. Cita a RDC 101/01 da ANVISA, alertando que falta fiscalização. Continua, “apesar de algumas funcionarem sem a estrutura adequada, essas comunidades têm ajudado muitos pacientes a controlar a dependência química”. Diante desta situação, indagamos. Será que o que falta é fiscalização? E que fiscalização é essa? Qual o objetivo? Punir? Fechar a comunidade?

Em se tratando da implementação desses serviços, verificamos que existem lacunas. A ausência do Estado a respeito da atenção aos usuários de álcool e outras drogas ainda é grande e o descaso no cumprimento das leis, começa a partir da proposta de universalização e garantia dos direitos, não sendo descumpridas somente pelas Comunidades Terapêuticas, os acessos a estes serviços são insuficientes para a demanda crescente em todo o estado. O Estado incentiva o modelo de parceria, como orientado pela Política Nacional sobre o tratamento, recuperação e reinserção social, chamando as ONGs e entidades privadas, porém a efetivação e realização de parcerias ainda é frágil, como podemos constar no caso do Ceará.

Em relação a esta forma de estruturar os serviços, achamos oportuno trazer as reflexões de Dagnino (2004, p.196) que chama atenção sobre dois aspectos apresentados na década de 90. Um, foi o da criação de Conselho Gestor (Sociedade Civil e Estado) nas três esferas de governo, destinados a formular políticas sobre questões relacionadas a saúde, entre outras. O segundo, foi o encolhimento do Estado, isentando-se progressivamente do seu papel garantidor de direitos, diminuindo suas responsabilidades sociais e transferindo-as para a sociedade civil, como as ONGs. A partir daí, as ONGs foram vistas pelo Estado como executoras de políticas públicas, provendo serviços antes considerados de responsabilidade desse último, que apropriou-se do discurso que as entidades do “terceiro setor”<sup>23</sup> têm competência técnica. Indiscutivelmente, vemos que as reflexões da autora ainda permanecem aqui no Ceará.

Como membro do conselho estadual e técnica da STDS, tomei conhecimento que entre 2008 e 2009, quatro destes serviços denominados Comunidades Terapêuticas foram implantados somente em Fortaleza, significando um crescimento descompassado em relação à estruturação dos órgãos competentes na formulação de uma política estruturada a nível estadual e municipal. Percebemos uma distância entre as regras que orientam uma implantação de uma política pública e aquelas voltadas simplesmente para dar uma resposta à sociedade. O reconhecimento de que as ONGs passam a assumir as funções do Estado são percebidas claramente na realização deste convênio de subvenção social, com Comunidades Terapêuticas quando essas, assumem total responsabilidade na prestação do serviço, sem sequer participar de quaisquer discussões ou decisões a respeito da temática dependência química.

Não há uma discussão sobre a participação destas Comunidades Terapêuticas incluídas numa rede de serviço, são vistas como executoras deste modelo de atenção. Ressaltamos que no período das entrevistas “in loco”, nos meses de agosto e setembro, não havia sido repassado nenhum recurso financeiro. No entanto, os beneficiários já haviam sido encaminhados desde a assinatura do convênio, em julho. Até aquela data a parceria não acontecia, as instituições assumiam o serviço e o estado não conseguia cumprir com o repasse financeiro. Por que falar de fiscalização, se os órgãos competentes, a Secretaria de Saúde do

---

<sup>23</sup> Terceiro setor visto como organização não governamental- ONG.

Estado só realizou visitou para viabilizar a parceira, depois, nenhum apoio técnico ou proposta de capacitação é anunciada. Como exigir profissionais qualificados? A ANVISA tem o cadastro das instituições, mas nunca supervisionou. O Conselho Estadual Anti-Drogas só existiu até 2006, sendo reativado somente este ano de 2009, como Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas. Desta forma, mesmo diante da deficiência estatal, constatamos que os serviços estão sendo prestados e assumidos pelas Comunidades Terapêuticas que atendem ao público de classes desfavorecidas, que não podem custear seu tratamento.

Constatamos portanto, que falta o estado do Ceará assumir sua função de Estado responsável por seus cidadãos, assumir de fato o papel de parceiro e aproximar-se das entidades e instituições que estão envolvidos com os serviços de tratamento da dependência química. Implantar uma política estadual em consonância com a Política Nacional, a partir da orientação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD e ter, as Comunidades Terapêuticas como parceiras da rede, incentivado e promovendo qualificação para melhor executarem os serviços.

#### **4.3 - A representação do modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica sob o olhar dos dependentes químicos**

Compreender a representação é compreender algo subjetivo através da interpretação do que as pessoas conhecem e percebem de uma realidade, buscando esse conhecimento numa vivência e não somente em conhecimento apreendido em teorias. No nosso estudo, trouxemos muitos teóricos, mas foi a partir do contato dos sujeitos que podemos unir o empírico com o científico, tornado rico e verdadeiro a possibilidade desta interseção.

Nossas descobertas foram pautadas em todo processo desse estudo, essencialmente no contato com os sujeitos durante a aplicação dos questionários, quando livremente colocavam seus exemplos, desnudando-se ao falar de experiências sofridas, como também nas entrevistas gravadas, quando trouxeram do seu íntimo um saber aprendido permeado por dor, luta e perseverança, sentimentos

de medos, angústia, solidão, mas, sobretudo, de uma força chamada “esperança”, e que é possível mudar aquilo que precisa ser mudado.

A partir dos depoimentos, verificamos que a compreensão do modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica não é assimilada inicialmente por todos que procuram a internação, contudo, ao tomarem esta decisão de tratarem seu adocimento, estão em busca da abstinência. Percebemos ainda, de acordo com suas falas, que a grande maioria que procura o tratamento em internação está disposto a viver a abstinência, a romper com o uso de drogas, significando um rompimento com seu sofrimento, só depois passam a compreender o modelo escolhido. Verificamos que, pelo não uso de drogas, a aceitação da proposta terapêutica vai sendo assimilada e que isso só é possível quando se inicia o processo de desintoxicação, por isso, vimos que nas três unidades o primeiro mês de tratamento é considerado de adaptação. Os depoimentos coletados com maior tranquilidade e segurança foram relatados pelos internos que já se encontravam com mais dois meses de tratamento.

...eu via ali minha situação, tava completamente dominado pelo crack, eu não cheirava mais pó, em vez de pegar dez reais para comprar pó, eu comprava pedra de crack e fumava, passei a fumar na lata, aí foi a desgraça... e eu via ali minha situação, meu sofrimento, minhas perdas..., foi quando procurei pela primeira vez uma casa de recuperação. Só que na época eu não dei muita atenção porque eu achei o internamento muito fora do meu cotidiano..., depois eu desisti e continuei minha vida. ...Quando entrei aqui na segunda vez é essa agora, eu tracei metas, tracei propósitos e fiz um,a aceitação de mim mesmo, eu digo: É realmente eu sou uma pessoa doente, eu realmente preciso de ajuda de profissionais, se eu não me tratar essa doença vai me levar a morte ou a cadeia.... Leo

De uma maneira geral, observamos que a compreensão de que precisam mudar de vida, vem seguida do desejo de um encontro com Deus e da aceitação da doença, que é em Deus que vão encontrar força para se fortalecer. Essas mudanças vão acontecendo a partir da incorporação da vivência em comunidade, uns com os outros, quando expressaram que uns ajudam os outros e que através do outro passam a se conhecerem melhor, entre eles e a si mesmos. Isso nos leva a compreender que o modelo de auto-ajuda não só é compreendido, mas também assimilado e vivido, e que o funcionamento expressa o método utilizado.

Os profissionais ajudam, mas Deus é fundamental. Se a pessoa não se apegar com Deus, não adianta. Acima de tudo tem que buscar uma religião e colocar Deus na vida. Rui

Eu nem sabia rezar, nunca tinha lido a bíblia, aqui eu leio a palavra de Deus, eu hoje sei que é em Deus que a gente consegue força para deixar o vício.... é aprendendo com a palavra que a gente reconhece nossos erros, o sofrimento que causamos a nossa família, aos filhos..., é com ajuda de Deus que pedimos perdão....., quero recomeçar.... Zé

Na Comunidade Terapêutica, a gente aprende a viver comunitariamente com pessoas bem diferentes, ser mais tolerante, paciente e perceber que há várias vidas com mais problemas. Zé

Ao relatarem suas histórias de vida, os motivos que os levaram a procurar a droga, mesmo quando referiram à curiosidade ou influência dos amigos, inconscientemente estava relacionado ao sofrimento nos relacionamentos afetivos familiares e nas disfuncionalidades na convivência em família. Esse fato, me levou a compreender que existe uma carência sentida quanto às competências familiares e a pertença no sistema familiar, o que favorece a prática do modelo comunitário proposto, quando, sem se perceberem, passam a viver nos relacionamentos dentro da comunidade, um modelo semelhante à convivência familiar, apesar das dificuldades enfrentadas quanto aos limites que não foram aprendidos, o amor que não foi experimentado e a paciência que nunca havia sido explorada. Essa ausência familiar os impulsiona a viver comunitariamente, favorecendo a aprendizagem de habilidades para os relacionamentos sociais.

É real, quando falam que se importam com o comportamento do outro, com a maneira de agir, quando percebem que “aqueles” estão distante de aproveitarem a interação, então, procuram ajudá-los, incentivando-os a participarem e buscarem o auto conhecimento, para que de fato, possa ocorrer uma mudança no estilo de vida. Outro aspecto que chamou atenção é quando olham o problema do outro, não na postura de críticas, mas levando-o a refletir sobre sua própria vida, assim, vai acontecendo o processo de ajuda mútua.

A convivência com os residentes é muito boa, principalmente quando você escuta o que cada um tem pra dizer para você, né? Às vezes você tá aqui, se acha que está com um problema tão difícil, está passando dificuldade, aí quando escuta o testemunho de um interno...., Rapaz, como é que pode ele tá com um problema maior que o meu! ... Aconteceu comigo. Um residente chegou a pouco tempo, quando cheguei perto dele, ele começou a chorar, e eu...., escutei, aí eu comecei a contar minha vida..., Ele me ajudou



quando vi a história dele, e ele recebeu ajuda quando ouviu a minha...  
Partilhas são boas porque ela constrói as pessoas. Ivo

Outro aspecto compreendido por eles é que esse modelo de tratamento procura trabalhar o ser humano em várias áreas, que atitudes e hábitos precisam ser mudados e quando isso vai acontecendo, admitem que estão mudando seus comportamentos e sua maneira de ser. Assim sendo, compreendemos que acontecem mudanças em sua identidade. Rapidamente percebem mudanças na área espiritual, no conhecimento de Deus que sempre esteve distante do seu cotidiano. Depois os comportamentos vão sendo mudados e a passagem da baixa auto-estima para o sentimento de alta auto-estima. Vêem que por esse modelo de tratamento muitas coisas vão sendo mudadas naturalmente, e que o amadurecimento destas mudanças levam a concretizarem seus desejos de sair do mundo das drogas e ser aceitos e reconhecidos como pessoas, como cidadãos.

...então o que pude observar aqui nesta comunidade terapêutica, ela te ensina, ela te molda uma outra pessoa, ela quer que você seja outra pessoa, ensina você perder os maus costumes, a mentira, a manipulação, a preguiça...o medo, a arrogância, todos juntos vão fazer que você não busque a droga, ensina a enfrentar as dificuldades,.... ,e tudo isso, a CT tem trabalhado na gente, tem trabalhado em mim. Leo

A aceitação como pessoa refere-se não somente ao estigma deixado pelo preconceito moral, mas pela sua recomposição no ambiente familiar, pautado na reconciliação consigo mesmo e com os que sofreram também as conseqüências do transtorno da dependência química. Portanto, vemos que eles esperam e acreditam que toda a vivência apreendida na unidade, favoreça a reinserção social.

....Então hoje a minha visão está bem ampliada sobre o meu tratamento, o que eu preciso é pegar as ferramentas aqui, pra me ajudarem lá fora, ajudarem a superar a minha doença, controlar, então eu acho que isso é mudança de hábito. Leo  
A pessoa recai com mentira, recai no comportamento antes de usar drogas.  
Max

Ainda de acordo com a compreensão deles, é um modelo que funciona, mas é preciso que haja aceitação da doença e aceitação da proposta terapêutica. Também é necessário o processo de autoconhecimento que os levam a buscarem

novos valores, comportamentos e um estilo de vida diferente. São conscientes que a recuperação não é fácil, e que além do compromisso e responsabilidade deles com o tratamento, outros fatores sociais externos contribuem para o sucesso ou insucesso do tratamento. Portanto, de maneira geral, vimos que compreendem o modelo proposto, mesmo que não ocorra na primeira internação, e o sentido dado por eles a esse modelo de tratamento é que os levam a buscá-lo.

Se outros conseguiram, eu posso também, esse tratamento ta me ajudando muito a mudar os meus hábitos, principalmente os meus hábitos, até minha fala mudou, o que eu falava mesmo, as gírias mesmo, agora eu não falo..., vixe melhorou demais, já vi que tenho jeito! Rui

A Comunidade Terapêutica te ensina a viver, ela não tira só a droga, porque tirar a droga é muito fácil, é só botar a gente aqui sem usar, fica em abstinência um tempo,o tratamento aqui é mudar a pessoa toda, é dar prá ela um novo caráter...Leo

Se foram nove anos com a cocaína e sem sentido de vida. Porquê voltar para essa vida?... Eu amo meu filho, quero reconstruir a família. Já vejo novo sentido na minha vida. Zé

#### **4.4 - História de vida de um dependente químico – Um estudo qualitativo**

A história de vida de Jonas, dependente químico em tratamento na Comunidade Terapêutica 1, foi relatada numa entrevista realizada em setembro de 2009, com duração de uma hora e dez minutos e foi gravada com autorização do entrevistado. Posteriormente o conteúdo foi transcrito e analisado. O relato seguiu o ciclo da vida, da infância à adolescência, hoje com 19 anos, descrevendo a relação familiar, o processo de adoecimento e sobre a motivação para o tratamento. Ouvimos também sobre a expectativa do tratamento e elaboração de um projeto de vida, incluindo o cotidiano na Comunidade Terapêutica.

##### ***A infância e sua relação familiar.***

Jonas nasceu em 1990, é solteiro reside com os pais e irmãos. Completou o ensino fundamental e é o filho mais velho de uma família que vive na faixa de um a dois Salários Mínimos. Nunca trabalhou e atualmente está sem estudar.

Ele descreveu que cresceu num ambiente conflituoso e agressivo, com uso de bebida alcoólica pelo genitor, revelando sofrimento, carência afetiva e confusão na construção de seus sentimentos. Não conseguiu falar de sua infância, focou seu relato no seu sofrimento: “*a história da minha vida eu acho que foi muito sofredora, porque logo no começo meu pai bebia muito...*”, não conseguiu trazer lembranças do convívio familiar, sua lembrança estava centrada nos conflitos.

Na minha infância, meu pai ele bebia muito, nunca deixou faltar nosso alimento, nossa comida tudo bem, nós tinha tudo na mão praticamente. Mas ele tinha muito ciúme da minha mãe, e eu via muito ele agredindo a minha mãe. Às vezes eu tinha que sair correndo de dentro de casa porque ele tinha ciúme da minha mãe, queria bater na minha mãe, e pra minha mãe não apanhar, né? , a gente tinha que sair correndo. Muitas vezes ele também quis me bater mesmo, agrediu minha tia, minha avó velhinha, já deu um murro na minha Vó. Mas eu acho que fora isso, minha família é uma família muito unida, eu acho que minha família é boa, apesar dos episódios que aconteceram.

Relatava sentir amor dos pais, mas pela disfunção familiar, sofria e sentia ausência e afeto dos pais.

Sentia-me amado pela minha mãe, mais também não me sentia, porque ela nunca chegou pra dizer, nem ele nunca chegou pra me dizer: “Meu filho eu te amo!”, isso sem beber. Ela não bebia nada, minha mãe nunca foi de beber não, mas meu pai vinha me acariciar bebo, e eu acho que eu não sentia tanto esse amor sabe de meu pai chegar bom: “Meu filho, vamos passear? Meu filho você é uma das coisas mais importantes que eu tenho, eu lhe amo meu filho” eu nunca escutei isso, e também nunca tive coragem de dizer, porque eu nunca escutei, eu acho que se eu tivesse escutado mais “Filho eu te amo!”, tivesse tido um tipo de pai, um pai verdadeiro mesmo né, não que ele seja um pai falso, mas que ele nunca foi muito presente, sabe, de estar ali mesmo, me dando força, me estimulando a uma coisa, me ensinando outra. Tive que aprender na rua, e na rua só ensina o que não presta, mas ele sempre foi um pai bom, não to dizendo que ele foi ruim não, to dizendo que era pra ele ter sido mais amoroso, ter mostrado mais o amor dele por mim.

Jonas teve uma infância marcada pela ausência dos pais mesmo morando que todos juntos. Seu lazer preferido até os quatorze anos era jogar bola e depois namorar. Gostava de andar com amigos e sempre procurava algum passeio para fazer com eles. Por não encontrar um ambiente familiar tranquilo, preferia estar acompanhado por “amigos” do bairro. Havia convivido com o alcoolismo do pai, portanto, trazia geneticamente possibilidades hereditárias à propensão ao uso de

álcool ou outras drogas. Foi através do relacionamento com uma nova turma que iniciou a usar drogas aos quatorze anos.

### ***O processo do adoecimento.***

É o meu lazer era uma bola, aí tinha a praia, tinha um paredão de pedra e muitos usavam droga lá, e eu ia pra lá também pra tomar banho de mar. Depois que eu conheci umas amizadezinhas meio, que me mostrou que, que fez eu pensar que aquilo era bom, aí pronto, deixo lazer prá lá, não tive tempo pra lazer não, só pra droga... Bom eu vou resumir, por que é muito grande. Quando eu tinha quatorze anos mudou dois rapazes pra minha rua. Eles eles moravam numa área muito dominada pelo tráfico. No caso, esses dois garotos eram usuários de maconha, aí nós começamos a conversar, brincar, até batia uma bolazinha.... Aí começamos com aquela idéia de fumar cigarro, foi a primeira droga né? Começamos a fumar cigarro e era escondido com vários bombons pra ninguém perceber nosso hálito. Nisso fomos fumando, fumando, aí, uma certa noite, ele disse assim...era um grupinho né?, Esses dois irmãos, mais um quinto, cinco comigo, aí tinha uns sete, “Ei vamos fumar um “bagulho”?”. E eu como eu nunca tive muito contato com pessoas assim de né?, usuário de droga, apesar de eu ser muito solto, eu nunca tive contato não. Mais a princípio, eu fiquei com medo, a princípio eu fiquei “não, não vou”, mais aí veio aquele velho é.. “porque que tu não vai? Deixa de ser medroso! Tudinho aqui vai, só tu que não vai!”. Aí outro: “não, também não vou não!”. Aí: “Não vai, esses bichos são medroso!”. Aí vai pela cabeça das pessoas, e a pessoa pra não se sentir inferior vai mesmo, e aí eu comecei a fumar maconha, foi semanas, de duas em duas semanas, aí passou a uma semana, semana a semana, quatro em quatro dias, três em três dias e aí comecei a fumar maconha.

Depois do uso de maconha, o desejo de experimentar outra novidade. Jonas já estava deixando de estudar, o dinheiro do ônibus era usado para droga. As ausências na escola o levaram ao abandono total dos estudos, e como sempre estive muito na rua, seus pais ainda não percebiam muita diferença. Tinha o costume de ir para casa de outros colegas para usar drogas. Certo dia, foi interpelado para provar cocaína, e como na primeira vez, a curiosidade e influência do grupo, foi mais forte.

Um “amigo” lhe ofereceu um pouco de cocaína.

Ei Jonas, prova.  
 Não cara, quero não.  
 Tem certeza?”  
 Aí eu: “Eu não!”,  
 Aí ele: “Ei cara, passa só isso aqui na tua boca!”  
 Aí eu: “Passo, pra que?”  
 Aí ele: “meu irmão é massa, fica bem dormente.  
 Eu passei, ficou todo dormente, eu achei uma coisa legal demais, porque ficou tudo.

Ele disse: imagine se tu usar como é que tua boca não vai ficar, vai ficar massa não?”

Aí eu: “Eu tenho medo de ficar doido!”

Aí ele: “Vou te dizer aqui, tu conhece o quê é isso?”

Aí eu: “Conheço”.

Ele ficava dando exemplo de pessoas que usam e não tinha efeito de ficar doido, usando de exemplo de pessoas que usam e nada acontecia. Só que eu, dei exemplo de pessoas que usavam indevidamente, ai pra não me sentir inferior novamente, eu ia usar também, e foi esse período que acabou comigo, eu tive que fazer meu pai vender a casa, se mudar pra outro bairro. E mesmo assim não passei a ver que meu pai me amava. Vendeu a casa por mim, e mesmo assim não consegui enxergar, a droga ela lhe tampa, lhe cega, como nenhum cego não é tão cego que num vê sabe, que você tá se afundando. E eu não conseguia ver. Então venderam minha casa, fomos para outro bairro, a colônia. Quando cheguei lá não conhecia ninguém, não sabia onde é que tinha droga.

Nesta fase a dependência de Jonas já estava instalada. Ele e sua família já sofriam as conseqüências, os estudos já se encontravam totalmente rompidos, a família toda até mudou de endereço. Mesmo sem relações afetivas, tinham tomado a decisão de fazer algo por Jonas.

...eu tava tão de um jeito que eu pegava um ônibus daqui e ia buscar droga, lá no meu antigo bairro, escondido, mesmo com medo de morrer, mais eu ia e não conseguia ver. É invocado demais, é uma coisa que lhe cega mesmo. Em uns dias fui trabalhar num canto que tinha usuários de drogas né, e em cima desse canto que eu tava trabalhando, lá em cima era um morro, cheio de “boca”, ai comecei a pegar amizade, isso distante da minha casa uma meia hora. Mas pra um viciado, nada é distante. Você vai até o fim do mundo se possível pra conseguir o que você quer, e eu comecei a subir no morro e pegar droga diariamente. Não tinha mais negócio de semana, dois, três dias, ia todo dia, todo dia. Se eu tivesse cinqüenta “reais” agora eu ia três, quatro vezes, até o dinheiro acabar. Não tinha mais aquele negócio de dar metade pra minha mãe. Agora eu já ia pegar o dinheiro da minha mãe pra usar droga.

Usando droga compulsivamente, Jonas sabia que não tinha mais controle. Todo o dinheiro que pegava era para usar droga. Seus pais já sabiam de sua compulsão, mas ainda, não tinham consciência da necessidade de um tratamento. Certamente não tinham conhecimento sobre as questões sobre uso de drogas.

Foi quando eu tava sozinho. Nesse dia meu pai e minha mãe tinham saído mais o meu irmão, pra casa de um amigo deles. Aí não tinham deixado dinheiro, e eu só gosto de comer com farinha. Não tinha o dinheiro da farinha, deixaram o que comer: arroz, feijão, tudo bem, normal, mais não deixaram o dinheiro da farinha. Aí eu passei o dia com aquilo na cabeça. “Não deixaram o dinheiro da farinha”. Hoje eu compreendi, não era o dinheiro da farinha, era a droga que eu queria, e eu não conseguia enxergar

isso, hoje eu consigo enxergar, que era o dinheiro pra mim usar droga, se ela me desse os dois reais da farinha, eu não queria dois reais, queria era dez que era pra mim usar droga,. E quando chegaram a noite minha mãe me abraçou e : “Meu filho como você tá?”. Primeiro gesto de carinho que eu ganhei da minha mãe! Eu não vi que era um gesto de carinho, e eu não conseguia ver que aquilo que ela tava falando era de verdade, sabe? (Neste momento Jonas chorou, ficou emocionado, demos um tempo na entrevista).

A mãe de Jonas continuava manifestando carinho. Perguntou-lhe sobre seu dia. Ele, com vontade de usar droga, agressivamente respondia e se colocava numa posição de vítima, pois tinha ficado sem o “dinheiro da farinha”. Claro que não era a farinha que ele queria, mas, satisfazer sua compulsão. Só isso importava, nem o carinho da mãe tinha mais importância. ...”E eu comecei a falar ai eles saíram pra não discutir comigo, saíram de casa. Ficaram na esquina, conversando, meu pai e minha mãe e minhas irmãs, me deixaram falando lá sozinho”. As emoções e sentimentos de Jonas, que sempre foram frágeis, mais uma vez o levou ao desequilíbrio.

### ***O motivo que o levou a buscar o tratamento***

...e aquilo me deu uma raiva tão grande que eu não tive controle e vi que ninguém mesmo tava olhando pra mim. Passou minha vida todinha do começo até aquele momento ali. Eu vi que eu era mesmo um inseto, que não merecia asa e tinha mesmo que morrer só e me libertar. Só isso ia me fazer ficar livre da droga. Ia parar de magoar minha família, de ver meu pai e minha mãe chorando por minha causa, ai foi quando eu decidi morrer mesmo. Amarrei a corda, botei a cadeira, botei meu pescoço, e derrubei a cadeira. Ai, fiquei enforcando, fiquei gemendo “ahhhh”..., e meu pescoço já tava roxo mesmo. Ai foi quando meu pai chegou e me viu: “Menino você está doido!”, se agarrou nas minhas pernas e eu já tava imóvel, não conseguia me mexer mais. Minha mãe subiu na cadeira, meu pai me carregou e tirou meu pescoço de dentro da corda. Depois, quando eu tornei, estavam todos sentados na mesa chorando, chorando assim: “Porque, fiz tudo por ele!”. E fez mesmo, sabe nunca deixou faltar nada, sentava pra ver meus estudos, mas só faltou o amor mesmo, que eu não consegui sentir não, nem quando eu era criança, me deram liberdade demais. Ai, eles estavam tudo sentado, foi quando eu pedi, pedi desculpa a todinhos, chorando disse que tava precisando de ajuda, e que sozinho eu não ia conseguir. Meu pai olhou pra mim, até sorriu, porque pensava que não tinha mais jeito pra mim. Então sorriu e disse que ia atrás de um tratamento e foi e conseguiu. Hoje eu to aqui nesta comunidade terapêutica.

O pai de Jonas cumpriu com sua promessa, no dia seguinte procurou um programa policial de TV no canal 22, e pediu ajuda. Os responsáveis pelo programa

conseguiram um tratamento para o jovem, que apesar do medo e insegurança também se manteve firme na decisão de se tratar. Ele mesmo reconhecia que precisava de ajuda, que estava numa situação de risco. Participou de todo o processo de triagem, até chegar à internação na comunidade terapêutica, reconhecendo a firmeza do pai.

Jonas foi tomando consciência e percebia que seu tratamento havia iniciado desde o primeiro atendimento, desde a triagem, e que a partir dali, o dependente químico vai iniciando o processo de autoconhecimento. Passou a reconhecer-se doente e aceitar a proposta terapêutica do tratamento. Esforçou-se para superar as dificuldades da abstinência e surpreendeu-se por conseguir perceber a necessidade de estar ali.

Ai, me internei, passei um período em fase de abstinência, os quinze primeiros dias é horrível mesmo, passava tudo na mente, e vem aquele sentimento de culpa, ódio de si próprio, eu pessoalmente tava com nojo de mim mesmo: "Porque que eu fiz aquilo pra precisar ta aqui?", me culpando direto, sentindo saudade..., sinceramente, dá uma saudade muito grande mesmo, e eu pessoalmente, no meu caso, acho que eu passei uns dez dias chorando, não direto, mas vem aquela lembrança da minha família, a lembrança do que fiz sabe, agüentava não, caía mesmo e chorava, tava cruel. E muitas pessoas me ajudavam, que aquilo ali era só o período da abstinência, aquele fase mais difícil ali, se eu conseguisse suportar, eu podia passar até sete meses aqui, e eu só to há um mês, esta comunidade terapêutica abriu as portas de verdade e me abraçou mesmo, disse: "Vou ajudar você na sua doença". Tu num faz idéia como é difícil pra um adicto viu?, Principalmente as lembranças, a vontade de usar droga, lhe dão insônia, você não consegue dormir, dá uma tristeza mesmo que vai lá na alma. A questão da religião também sabe, que já nem ligava pra religião não, lá fora pra você ter idéia eu não sei nem o que é estar em convívio, e de repente você estar junto ali com um bocado de rapaz, com a mesma doença, cada um com as idéias diferentes, um jeito de ser diferente, um querendo fazer uma coisa, outro querendo fazer outra, eu me senti....você se sente igual a ninguém. Você é muito diferente, uma pessoa diferente de todo mundo e você tem que lutar pra ser uma pessoa igual, eu consigo também, que eu vejo pessoas que já com dois, três anos sem usar, e aquelas pessoas conseguiram eu também consigo. Tentar mudar o seu pensamento pra coisas boas, você ficar pensando dar aquela saudade, aquele pensamento do seu passado. O que você já teve, como maltratou demais a sua família, se você roubou, tem que esquecer o passado. Até hoje, eu sou prisioneiro. Já consegui me livrar de boa parte, graças a psicóloga, mas não consigo me livrar de tudo não. Meu sentimento de culpa, consegui tirar um pouco, mas ainda ta pesado. É uma sobrecarga em cima de mim. Eu sei que não é fácil, mas com os profissionais e você se policiando, tentando mudar e desviar seus pensamentos, você consegue, que eu consegui chegar até aqui, com dez dias, não achava que ia agüentar, passei foi mais...

Após o primeiro mês, Jonas foi crescendo na compreensão da proposta do tratamento em comunidade terapêutica, que é necessário a relação com os outros internos e que todos se ajudam. Também percebeu a importância de participação em todas as atividades, pois desejou seguir a rotina compreendendo que são atividades, as quais levam o dependente químico, a mudanças de hábitos e atitudes.

Isso não quer dizer que no cotidiano da comunidade terapêutica tudo é fácil, ele muitas vezes apresentava um comportamento agressivo e ansioso, contudo, aguardava que este tempo de internação o levasse a mudanças em sua vida e ao perdão consigo mesmo.

As atividades aqui na comunidade terapêutica, tudo é terapia. Para mim, eu faço sem hesitar, faço assim sem dizer um não, a terapia, o estudo, supletivo, faço tranquilamente. A minha dificuldade é nas atividades em grupo, o convívio, de falar sobre mim, ficara falando do meu passado, o que aconteceu comigo, como eu estou, e isso me incomoda muito. Eu fico muito impaciente de estar ali naquele lugar, é tanto que eu dou graças a Deus quando o atendimento é com a psicóloga. Eu acho que a minha mudança eu já consegui um impacto mesmo significativo, eu acho que eu consegui mesmo avançar um pouco aqui no meu tratamento. Já não minto mais. Uma característica do adicto é, ele fala muita mentira, é...manipula muito, ele gosta de ser inferior a todo mundo, querer ser o coitadinho, até certo dia eu tinha esse problema de ser o coitadinho, e de uns dias pra cá eu me firmei mesmo em Deus, e to pedindo ajuda à Ele e Ele me ensinou a me policiar, a ta conseguindo e vi que eu não sou coitadinho e que eu posso, porque que eu não posso? Se outros conseguiram eu posso também, e esse tratamento ele ta me ajudando muito a mudar os meus hábitos, principalmente os meus hábitos, até minha fala mudou. No começo ninguém aceita nada, tudo é difícil, e aqui você já passa a respeitar as pessoas, respeitar suas opiniões, saber que você é diferente daquela pessoa, que ela quer uma coisa e você quer outra, isso é normal. Saber que não existe só você, sabe? Amar ao próximo, acho que também, o tratamento tem me ajudado muito a ver isso..

### ***Suas metas, seus planos.....,***

Jonas conseguiu dar sentido a sua vida, construiu metas e tem planos.

Aqui eles ensinam você a se policiar, não adianta você ta aqui dentro e sair daqui e num botar em prática o que foi ensinado aqui dentro, não adianta! Eu pretendo colocar em prática. O que fazer pra não cair é exatamente botar em prática tudo que eu aprendi aqui dentro. Bom eles dizem aqui que a pessoas começa a recair antes mesmo de usar droga, começa a mentir novo, a querer manipular, a se desviar do caminho. Eu pretendo não usar a mentira como hábito meu, não manipular mais ninguém, não ter amizades que me levam pra droga, não passar também perto de lugares que eu sei que ali pode ser um imã que me chame pra ta usando droga. Vou até passar,se possível, um ano sem pegar em dinheiro. Eu pessoalmente eu vou me policiar vinte quatro horas por dia, estar atento até aos meus



pensamentos, pra que eu não possa pensar no uso da droga. Acho que você precisa se policiar mesmo pra não recair.

Minha expectativa quando eu sair daqui, eu já tenho mais uma noção básica do que eu quero fazer. Vou terminar meu supletivo aqui, terminar o ensino médio, arrumar um trabalho pra ajudar meus pais, enfim ser um cidadão, eu quero ser uma pessoa mesmo, uma pessoa de bem, ser uma pessoa digna de passar numa rua e dizerem assim: "esse ai conseguiu vencer, esse ai é um vencedor!". E eu me sentir também um vencedor! Lutar e ver que eu sou um vencedor! Acho que só isso mesmo.....

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo teve como objetivo fazer uma avaliação do modelo de tratamento para dependência química em Comunidade Terapêutica no estado do Ceará, observando a interface com o SISNAD e a possibilidade de contribuir para implementação de uma política estadual de atenção e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas. Acreditamos que fomos ousados nessa pesquisa, haja vista a necessidade de um aprofundamento e tessitura teórica das categorias políticas públicas, o modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica e, sobretudo, o processo de adoecimento da dependência química, motivo que leva a internação.

Entretanto, cabe esclarecer que nossas conclusões não pretendem finalizar a discussão conceitual enfocada, mas que abrem possibilidades de novos conhecimentos e possíveis propostas de intervenção para tratar a dependência química. O estudo não se propôs a aplicar as conclusões a todos os dependentes químicos, mas acreditamos que a utilização de amostragem revela um significado atribuído ao modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica. Também, não nos colocamos aqui com postura de defesa, mas de tornar possível um caminho de compreensão deste modelo de tratamento, sem a intenção de relevá-lo, mas de elucidar sua importância e benefício para aqueles que o procuram, respeitando os diferentes modelos e adequação às necessidades de cada sujeito.

Constatamos que, como política pública, indiscutivelmente, este modelo de tratamento é legítimo. Por outro lado, está longe do reconhecimento de ser um direito e da universalização, previsto na Constituição Federal, uma vez que, os programas de atendimento e a rede de prevenção e atenção aos usuários de drogas, encontram-se ainda em implementação sem condição de atender a crescente demanda. Entendemos que isto ocorre devido à tardia decisão do poder público em discutir e assumir junto à sociedade a necessidade de encarar a questão epidêmica do uso de drogas, deixando a ação Estatal centrada ao longo dos anos na área de segurança e justiça, intervindo, portanto, apenas em repressão.

Verificamos que houve uma mudança na concepção do usuário de drogas, e que, só a partir deste reconhecimento, quando passaram a ser vistos como doentes

e não como marginais, foi sendo colocada em pauta a necessidade de atenção, voltada para o atendimento pelo setor público.

Identificamos esta situação a nível nacional ao verificarmos que a Política Nacional Sobre Drogas só foi instituído em 2005 e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD em 2006, apesar do elevado índice no uso de drogas lícitas e ilícitas no país. Ao trazermos essa discussão para o estado do Ceará, não foi difícil perceber a ausência de uma política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o que não significa dizer que esta situação é encontrada em outras unidades federativas.

Percebemos que, se nacionalmente a implementação da política caminha lentamente, aqui a nível de estado, não é diferente. Não encontramos nenhuma rede constituída, mas serviços isolados e a existência de Comunidades Terapêuticas que se propõem a executar as responsabilidades estatais. Percebemos a fragilidade do Estado e que estas Comunidades Terapêuticas pesquisadas, mesmo que sejam de cunho religioso, são unidades que podem ser incluídas na perspectiva de política pública. Certamente, que não de qualquer forma, mas a partir de uma regularização necessária e uma preparação técnica para melhoria no funcionamento.

Constatamos também, que a dependência química atinge todas as classes sociais e que o adoecimento inicia com o uso de droga lícita ou ilícita, principalmente com a maconha. Contudo, a percepção de que a doença está instalada, na grande maioria das vezes, somente ocorre só quando chegam ao Crack - droga identificada no estudo como de maior preferência e de alto poder destrutivo a nível físico, psíquico e social.

Encontramos em nossa amostragem, que 60% dos internos vivem economicamente na margem de um a dois SM, no entanto, 11% estão acima de seis SM, destes, dois com renda média de 10 SM. Isto revela que é um modelo de tratamento procurado por qualquer indivíduo, no entanto, só os que podem pagar têm acesso, ficando a classe menos favorecida a depender do Estado. Diante desse fato, podemos concluir que este sistema de parceria através de subvenção social se faz necessário e que se torna viável, desde que assumidos com responsabilidade pelos dois setores: as entidades privadas e o setor público, e não como transferência de responsabilidade como lembra Dagnino (2004), possibilitando assim, a legitimação da implementação de uma política pública.

O estudo destas Comunidades Terapêuticas revelou-nos, que mesmo com a ausência estatal, essas instituições compreendem seus objetivos e missão. Também demonstram estar mais qualificadas no que se refere ao funcionamento adequado deste modelo de tratamento do que mesmo o estado, quando vimos a insuficiência dos órgãos públicos e de controle. Acima de tudo, este estudo apontou que há uma aproximação desse modelo ao modelo padrão proposto pela ANVISA em duas destas unidades. Dessas, vimos que uma apresenta maior compreensão no funcionamento, enquanto a outra conseguiu atingir uma infra-estrutura bem próxima a definida na RDC/01 tendo também entendimento do modelo psicossocial e a terceira encontra-se em condições mais distante do modelo psicossocial.

Também discutimos, mesmo sem fazê-lo em profundidade, o funcionamento das Comunidades Terapêuticas. Especificamente, constatamos que para os dependentes químicos, este modelo de tratamento em Comunidade Terapêutica, responde as suas necessidades. Isto fica patente quando revelam que são ajudados na reconstrução da humanização perdida pelo uso de drogas. Desde o despertar espiritual, ao encontro de um sentido de vida e nas habilidades interrelacionais, propostas estas, percebidas no modelo de auto-ajuda encontrado nas três unidades. Percebemos que os novos valores apreendidos, apesar de distantes do seu cotidiano e mais presentes no mundo em que vivemos, fortalece-os para lidar com suas limitações e enfrentar a realidade.

Por fim, nosso estudo não se propôs a avaliar a eficácia deste modelo quanto a dados de sucesso e insucesso, contudo, possibilitou conhecê-lo e concluir que a partir da análise dos depoimentos, ele é viável como tratamento no enfrentamento da dependência química. Portanto, cabe ao poder público do Ceará, abrir-se para efetivar uma política estadual e diferenciar-se do modelo de minimização do Estado, proposto pela ideologia neoliberal, responsabilizando-se por seus cidadãos que aguardam a oportunidade de tratarem sua doença.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- ALA-HARJA, Marjuka; HELGASON, Sigurdur. *Em direção às melhores práticas de avaliação*. Revista do Serviço Público, Brasília, Nº 4, p.05-60, out/dez,2000.
- AMARANTE, Paulo. *Saúde Mental e Atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007
- ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da centralização*. Rio de Janeiro: Revan. São Paulo: FAPESP, 2000.
- BAUER, W. Martin.; GASKELL, George. (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BOULMETIS, John; PHYLLIS, Dutwin. *The ABCs of evaluation: timeless techniques for program and project managers*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
- BRANDÃO, Luiz Sávio Salgado. *Drogas: A Estratégia de Municipalização como Instrumento de Implementação da Política Nacional Anti-Drogas*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília:UNB, 2002.
- BRASIL, Decreto Nº 3.696, de 21 de dezembro de 2001. Realinhamento do Artigo 1º, aprovando a Política Nacional Sobre Drogas, em 23 de maio de 2005, Brasília, 2005.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal*. In : BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida P. (Orgs). *Política Social e Democracia*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro, UERJ, 2002.
- BORDIN, Selma; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. *Sistemas Diagnósticos em Dependência Química – Conceitos Básicos e Classificação Geral*. In: BORDIN, Selma; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo: Rocca, 2004.
- CAZENAVE, Silvia de Oliveira S. *Drogas: Classificação e efeitos no organismo*. In: SERRAT, Saulo Monte (Org.). *Drogas e Álcool: Prevenção e Tratamento*. Campinas: Editora Komedi, 2001.
- CARNEIRO, Leandro Piquet. *A Economia da Drogas na América Latina: magnitude, conceitos e políticas de controle*. Instituto Fernando Henrique Cardoso, São Paulo, p.01 -31, set, 2009.
- \_\_\_\_\_. Lei Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de

drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília – DF, de 24 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância sanitária – ANVISA, Brasília: SENAD/ANVISA, 2002.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Assistência Social – PNAS , Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

DA SILVEIRA, Dartiu; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (Orgs). *Panorama Atual da Drogas e Dependências*. 1ª edição – São Paulo: Atheneu, 2006.

DAGNINO, Evelina. *Confluência perversa, deslocamento de sentido, crise discursiva*, in Alejandro Grimson ( compilador ) , *La cultura em lãs crises latinoamericanas*. 1ª ed, Buenos Aires: Clacso, 2004.

DINIZ, Eli. Cap I. *O pós-Consenso de Washington: globalização, Estado e governabilidades reexaminados*. In: *Globalização, Estado e Desenvolvimento: Dilemas do Brasil no novo milênio*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

ESCOBAR, José Carlos Soares. *Dependência de Drogas e Psicoterapia: A Perspectiva Psicanalítica*. In: DA SILVEIRA, Dartiu; MOREIRA, Fernanda Gonçalves( Orgs). *Panorama Atual da Drogas e Dependências*. 1ª edição – São Paulo: Atheneu, 2006.

FARAH, Marta Ferreira Santos. *Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas locais*. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, nº 18, FGV abril, 2000.

FRANKL, Viktor E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. Tradução de Walter O. Schlupp C. Aveline, 2ed. São Leopoldo, Editora Sindonal, Petópolis, Editora Vozes, 1991.

FORMIGONI, Maria Lúcia Souza. *Avaliação em atendimentos da dependência química*. In: SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO, Alfredo Jr.( Orgs). *Dependência de Drogas*. Vários Colaboradores. São Paulo: Atheneu, 2000.

\_\_\_\_\_, Maria Lúcia; QUADROS, Isabel Marian Hatmann. *A Psicobiologia das Dependências*. In: DA SILVEIRA, Dartiu; MOREIRA, Fernanda Gonçalves( Orgs). *Panorama Atual da Drogas e Dependências*. 1ª edição – São Paulo: Atheneu, 2006.

FRACASSO, Laura. *Movimento das Comunidade Terapêuticas*. In: SERRAT, Saulo Monte (Org.). *Drogas e Álcool: Prevenção e Tratamento*. Campinas: Editora Komedi, 2001.

\_\_\_\_\_, Laura. (2002). *Características da Comunidade Terapêutica* [ on line]. Disponível: <http://comciencia.br> ( Acesso: maio de 2008).

- GOMES, Luiz Flávio et all. *Nova Lei de Drogas Comentada: artigo por artigo, Lei 11. 343/2006, de 23.08.2006*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.
- GONDIM, Linda Maria Pontes. *Pesquisa em ciências sociais: o projeto da dissertação de mestrado*. Fortaleza: Edições UFC, 1999.
- GUIMARÃES FILHO, Fco Antônio. *Construções subjetivas do drogadito em regime de tratamento semi-aberto*. Dissertação em Mestrado em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2006.
- HOFLING, Eloísa de Mattos. *Estado e Políticas ( Públicas) Sociais*. Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, novembro de 2001.
- HOLANDA, Antonio Nilson Craveiro. *Avaliação de Programas: conceitos básicos sobre a avaliação “ ex post” de programas e projetos*. Fortaleza:ABC Editora, 2006.
- LANDRE, Maurício. A prevenção da Recaída. In: SERRAT, Saulo Monte (Org.). *Drogas e Álcool: Prevenção e Tratamento*. Campinas: Editora Komedi, 2001.
- LANARO, Emerson C. *O embate: Drogas x Sistema Nervoso*. In: SERRAT, Saulo Monte (Org.). *Drogas e Álcool: Prevenção e Tratamento*. Campinas: Editora Komedi, 2001.
- LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo. *A evolução do conceito de dependência química*. In: Analice Gigliotti; Ângela Guimarães. (Org). *Dependência, Compulsão e Impulsividade*. 1ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- LEON, George De. *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília. S. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- OLIEVENSTEIN, C. *A clínica do Toxicômano*. Tradução de Francisco Franke Settienni. Artes Médicas, Porto Alegre, 1990.
- OLIVEIRA, Sandra da Rocha Marmo. *Fenomenológico-existencial/Compreensiva*. In: SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO, Alfredo Jr.( Orgs). *Dependência de Drogas*. Vários Colaboradores. São Paulo: Atheneu, 2000.
- RAMOS, Silvia. *O papel das ONGs na Construção de políticas de Saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental*. Ciência & Saúde Coletiva, v(4), pág: 1067-1078, 2004.
- RODRIGUES, Luciana Boiteux Figueredo. *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. In: GOMES, Luiz Flávio et all. *Nova Lei de Drogas Comentada: artigo por artigo, Lei 11. 343/2006, de 23.08.2006*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

SABINO, Nathalí Di Martini; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira. *Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas*. Estudo de Psicologia, Campinas, v.22, nº 2, jun, 2005.

SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO, Alfredo Jr.( Orgs). *Dependência de Drogas*. Vários Colaboradores. São Paulo: Atheneu, 2000.

SERRA, Rose. *Estado, Sociedade Civil e Responsabilidade Social: O “Terceiro Setor” nesse contexto*. Anais do XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Fortaleza, outubro de 2004.

SERRAT, Saulo Monte (Org.). *Drogas e Álcool: Prevenção e Tratamento*. Campinas: Editora Komedi, 2001.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez, 23 ed.,2008.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e, YAZBEK, Mara Carmelita, GIOVANI, Geraldo di. *A Política Socail Brasileira no Sáecullo XXI: A prevalência dos programas de transferência de renda*. 2ª.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, Pedro Luiz Barros; Melo, Marcus André Barreto de. *O processo de implantação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Caderno nº 48. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/ UNICAMP, 2000.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III da CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília 11 a 15 de dezembro de 2001: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002, 213p.

Sites:

[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br) ( Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas )

[www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br) ( Secretaria Nacional Antidrogas )

[www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br) (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas ) da UNIRESP

[www.sms.fortaleza.ce.gov.br](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br) (Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza)

SOUZA, Celina. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Revista Sociologia, Porto Alegre, nº16, p.01-11, jul/dez, 2006.

TINICO, Rui. *Comunidades Terapêuticas Livres de Drogas – Da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica*. Revista toxicodependências. Edição IDT, volume 12, nº1, p.21-30, 2006.

VICTÓRIA, Ceres Gomes; KNAUTH,Daniela Riva; HASSEM, Maria de Nazareth Agra. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136p.

ZALUAR, Alba. *Exclusão e Políticas Públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol.12, nº 35, São Paulo, Fevereiro de 1997.



ANEXO I  
TÓPICO GUIA

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº da Entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo está internado \_\_\_\_\_

2. Com que idade iniciou usar droga \_\_\_\_\_

3. Qual a droga de preferência atualmente \_\_\_\_\_

4. Já fez tratamento anteriormente \_\_\_\_\_ Quais \_\_\_\_\_

**História de vida.**

1- Conte-me um pouco sobre sua vida. Sua infância, sua família, sua história de vida....

2- Relate-me sobre sua situação de escolaridade, d trabalho de seu relacionamento familiar.

3- Fale-me de suas experiências afetivas, relacionamentos de amizades e sobre situação familiar atual.

4- E seu dia a dia antes de chegar na internação, passa tempos, lazeres, sofrimentos e medos.

5- Fale-me sobre como foi o início do seu envolvimento com droga e como aconteceu a trajetória até chegar o momento da internação

**A expectativa do tratamento: motivação e aceitação para o tratamento**

6- Fale-me o que pensa sobre uso de drogas e como você vê a vida sem a presença delas.

7- Fale-me qual foi a sua motivação para buscar o tratamento..., razões por esta escolha.

8- Conte-me como enfrenta a crise de abstinência ou se ainda pensa muito na vida passada, “ tempo de ativa”.

9- Na sua luta por uma vida sem drogas, aconteceram recaídas ou reincidências em internação.

10- Relate-me sobre a sua participação nas atividades terapêuticas e quais as maiores dificuldades.

**A passagem para a mudança no estilo de vida. Elaboração de um projeto de vida.**

11- Fale-me sobre o que pensa em fazer depois do tratamento . Quais sua metas depois da internação..., quais as expectativas.

12- Dê-me sua opinião sobre mudanças de hábitos, atitudes. (Manifestação de desejo de uma vida sem droga lícita ou ilícita).

13- Conte-me o que pensa em fazer para a prevenção da recaída.

**O dia a dia da proposta terapêutica e estrutura da Comunidade Terapêutica.**

14- Fale-me sobre a Comunidade Terapêutica, a instalação, a equipe, as atividades..., as atividades desenvolvidas.

15- Relate-me sobre a sua convivência com os outros residentes, qual o significado das partilhas de vida e como elas acontecem.

16- Sinta-se a vontade para falar qualquer outro aspecto que não foi falado

**ANEXO II - QUESTIONÁRIO COM DEPENDENTE QUÍMICO EM TRATAMENTO**

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comunidade Terapêutica: \_\_\_\_\_

Município da CT: \_\_\_\_\_

Religião da CT: \_\_\_\_\_

Tempo de Funcionamento da CT: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO****1. Idade (Anos)**  
\_\_\_\_\_**2. Naturalidade (Município/UF)**  
\_\_\_\_\_**3. Religião**  
\_\_\_\_\_**4. Estado Civil**

1. Solteiro  
 2. Casado/Convive Maritalmente  
 3. Separado/Divorciado

**5. Nível de escolaridade do entrevistado**

1. Só assina o nome  
 2. Ensino Fundamental Incompleto  
 3. Ensino Fundamental Completo  
 4. Ensino Médio Incompleto  
 5. Ensino Médio Completo  
 6. Ensino Superior Incompleto  
 7. Ensino Superior Completo

**6. Documentos de identificação pessoal que possui**

1. Certidão de Nascimento  
 2. Carteira de Identidade  
 3. Título de Eleitor  
 4. CPF  
 5. Carteira Profissional  
 6. Registro Militar  
 7. Carteira de Habilitação  
 8. Outros: \_\_\_\_\_

---

**7. Reside com quem?**

- 1. Sozinho
- 2. Mãe
- 3. Pais
- 4. Esposo(a)/Companheiro(a)
- 5. Avós
- 6. Amigos
- 7. Irmãos
- 8. Sogros
- 9. Na rua
- 10. Outros: \_\_\_\_\_

---

**8. Envolvimento com a justiça**

- 1. Nunca
- 2. Só Delegacia/Uma vez
- 3. Sistema penitenciário
- 4. Sistema judiciário
- 5. Outros: \_\_\_\_\_

---

**CONDIÇÕES DE VIDA DO ENTREVISTADO**

---

**9. Situação profissional recentemente**

- 1. Nunca trabalhou     2. Já trabalhou e não trabalha
- 3. Trabalho informal     4. Trabalho formal

---

**10. Situação familiar**

- 1. Criado pelos pais
- 2. Os pais foram ausentes na educação
- 3. Mãe foi a chefe da família
- 4. Mãe abandonou a família
- 5. Nunca conheceu o pai biológico
- 6. Convivência em arranjos familiares
- 7. Criado por algum familiar
- 8. Outras: \_\_\_\_\_

---

**11. Condição de Moradia**

- 1. Própria     2. Alugada
- 3. Cedida     4. Outra: \_\_\_\_\_

---

**12. Renda Familiar**

---

---

**O PROBLEMA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

---

**13. Com que idade iniciou a usar droga?**

---

---

**14. O que lhe levou a experimentar droga?**

- 1. Curiosidade
- 2. Influência dos "Amigos"
- 3. Desejo de se igualar ao grupo
- 4. Desejo de sentir prazer

- 5. Dor/ Sofrimento
- 6. Aprendizagem do exemplo em casa

---

**15. Por qual droga iniciou sua doença?**

---

---

---

---

**16. Quais drogas que já experimentou e usou?**

- 1. Álcool     2. Maconha     3. Inalantes
- 4. Cocaína     5. Cigarro     6. Comprimidos
- 7. Ecstasy     8. LSD     9. Crack
- 10. Mesclado
- 11. Associação Múltipla     12. Outras: \_\_\_\_\_

---

**17. Qual a droga de preferência?**

---

---

---

**18. Você considera o dependente químico como: (Saber se o entrevistado tem consciência que a dependência química é uma doença)**

- 1. Uma pessoa sem força de vontade
- 2. Uma pessoa doente
- 3. Um fracassado
- 4. Outros: \_\_\_\_\_

---

**19. Como sua família descobriu o seu uso de drogas?**

- 1. Por ele, pedindo ajuda
- 2. Descobriu sozinha pelos hábitos mudados
- 3. Vizinhos
- 4. Outros familiares
- 5. Por ele
- 6. Flagrante em casa
- 7. Por Anônimo

---

**20. Quais as conseqüências do uso de drogas que você percebe na sua vida?**

- 1. Rompimento do vínculo familiar esposa/ filhos
- 2. Deixou os estudos
- 3. Deixou o trabalho
- 4. Desgaste de relacionamentos afetivos (pais/amorosos)
- 5. Toda a família está doente
- 6. Manipulação das pessoas mais próximas, forçando-as a fazer tudo para lhe satisfazer
- 7. Retira objetos de casa/roube em casa
- 8. Cometes atos infracionais fora de casa
- 9. Hábitos de mentira
- 10. Comportamento agressivo
- 11. Outros

**OPÇÃO PELO TRATAMENTO**

---

**21. Quanto tempo está internado?**

---

---

**22. Qual foi a principal motivação para buscar esse tratamento?**

1. A pedido de um familiar
2. Você decidiu sozinho, pois deseja ter uma vida diferente
3. Após tentativa de auto-extermínio
4. Outros: \_\_\_\_\_

---

**23. Como você conheceu esse modelo de tratamento?**

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**24. Já fez tratamento anteriormente?**

1. Sim       2. Não

---

**25. Onde?**

---

\_\_\_\_\_

A questão só é pertinente se Já fez tratamento anteriormente? = {Sim}

---

**26. Quando?**

---

\_\_\_\_\_

A questão só é pertinente se Já fez tratamento anteriormente? = {Sim}

---

**27. O tratamento anterior promoveu alguma mudança em sua vida?**

1. Sim       2. Não

---

**28. Explique a questão anterior:**

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A questão só é pertinente se O tratamento anterior promoveu mudança? = {Sim}

---

**29. O programa Terapêutico segue atividades com horário definido?**

1. Sim       2. Não

---

**30. Se sim, na resposta anterior, quais as atividades que você mais gosta de participar?**

1. Atendimento - Assistente Social
2. Atendimento - Psicólogo(a)
3. Participação nas atividades de espiritualidade
4. Participação nas atividades de laborterapia
5. Participação nas atividades de grupo
6. Convivência dos residentes na perspectiva de ajuda mútua
7. Participação no grupo de 12 passos
8. Não tem preferência. Simplesmente obedece
9. Outras: \_\_\_\_\_

---

**31. Identifique as atividades que você participa no programa Terapêutico:**

1. Atividade Escolar
2. Laborterapia
3. Grupo de Auto-Ajuda

- 4. Terapia Ocupacional
- 5. Participação atividades externas
- 6. Grupo de 12 passos
- 7. Grupo Terapêutico
- 8. Lazer
- 9. Tempo Livre
- 10. Reunião com as famílias
- 11. Visita da família
- 12. Atendimento com psicólogo(a)
- 13. Atividades de Espiritualidade
- 14. Limpeza da casa
- 15. Visita do residente à família
- 16. Atendimento com Assistente Social
- 17. Esporte
- 18. Outras: \_\_\_\_\_

---

**32. Quais atividades você considera importante na proposta de tratamento? (Pode escolher até cinco atividades ordenando por prioridade)**

1. Atendimento - Assistente Social
2. Atendimento - Psicólogo(a)
3. Motivação para mudança no estilo de vida do residente
4. Atividades de laborterapia
5. Atividades de espiritualidade
6. Participação com interesse em todas as atividades de rotina
7. Presença e compromisso da família no tratamento
8. Convivência dos residentes na perspectiva de ajuda mútua
9. Grupos Terapêuticos
10. Participação no grupo de 12 passos
11. Outras: \_\_\_\_\_

|\_ | |\_ | |\_ | |\_ | |\_ |

Ordenar 5 respostas.

---

**33. Sua família participa do tratamento?**

1. Sim       2. Não

---

**34. Explique a questão anterior:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**35. O que você pensa em realizar ao sair da Comunidade Terapêutica?**

- 1. Terminar o Ensino Fundamental
- 2. Terminar o Ensino Médio
- 3. Terminar o Ensino Superior
- 4. Reconstruir a convivência familiar
- 5. Constituir uma família
- 6. Iniciar um trabalho
- 7. Fazer curso de qualificação/Continuar Tratamento Ambulatorial
- 8. Participar de grupos de auto-ajuda
- 9. Voltar a trabalhar

10. Outras

**36. Quais as estratégias de prevenção de recaída você pensa em utilizar para evitá-la?**

---



---



---



---

**37. Você percebe a recaída como:**

1. Negativa     2. Faz parte do processo do tratamento     3. Fraqueza     4. Não sabe

**38. Justifique a questão anterior:**

---

## A COMUNIDADE TERAPÊUTICA

**39. Em relação à estrutura física aponte os espaços utilizados nesta comunidade terapêutica**

- 1. Salas de Atendimento
- 2. Área de Lavanderia
- 3. Cozinha
- 4. Área de Esportes
- 5. Área de Lazer (Jogos)
- 6. Dormitório com no máximo 5 residentes
- 7. Nº de Banheiros suficientes
- 8. Área de Convivência
- 9. Piscina
- 10. Quadra (Futebol/Vôlei)
- 11. Local de atividades espirituais
- 12. Salão para atividades grupais
- 13. Refeitório
- 14. Outros: \_\_\_\_\_

**40. Como você considera a estrutura física para o tratamento?**

- 1. Adequada
- 2. Suficiente para o tratamento
- 3. Insuficiente para o tratamento
- 4. Inadequada

**41. Quantas refeições são servidas?**

---

**42. Você percebe mudança na sua vida ocorrida devido a este modelo de tratamento?**

- 1. Sim
- 2. Não percebe
- 3. Não sabe responder

**43. Justifique a questão anterior:**

---



---



---

## ANEXO III - QUESTIONÁRIO COM OS PROFISSIONAIS DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Número do questionário: \_\_\_\_\_  
 Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Comunidade Terapêutica: \_\_\_\_\_  
 Município da CT: \_\_\_\_\_  
 Religião da CT: \_\_\_\_\_  
 Tempo de Funcionamento da CT: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

#### 1. Área de atuação na instituição

1. Assistente Social     2. Psicólogo  
 3. Coordenação         4. Monitor

#### 2. Religião

1. Católica     2. Evangélica  
 1. Tempo de serviço na instituição (Em meses)  
 \_\_\_\_\_

#### 4. Carga horária de trabalho (Em horas/ Semanal)

\_\_\_\_\_

#### 5. Cursos

- Graduação: \_\_\_\_\_  
 Especialização: \_\_\_\_\_  
 Mestrado: \_\_\_\_\_  
 Outros cursos: \_\_\_\_\_

#### 6. Quanto tempo está trabalhando na área de dependência química?

\_\_\_\_\_

### O TRATAMENTO E O PROGRAMA TERAPÊUTICO

#### 7. Qual a sua compreensão sobre a comunidade terapêutica?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 8. Nesta CT é seguido por um programa terapêutico?

1. Sim         2. Não

#### 9. Justifique

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 10. É realizada triagem para o ingresso no tratamento?

1. Sim         2. Não  
 3. Apenas uma entrevista com dependente químico

#### 11. Quem faz?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 12. Quais as atividades no tratamento são de sua responsabilidade?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 13. Quais os grupos terapêuticos que são realizados nessa CT?

1. Grupo de Auto-ajuda  
 2. Psicoterápico/ Psicólogo  
 3. Grupo de família  
 4. Grupo de sentimentos  
 5. Grupo 12 Passos  
 6. Questões de rotina  
 7. Prevenção da recaída  
 8. Grupo de oração



- 9. Grupo Temático
  - 10. Residentes/ Família
  - 11. Grupo de Metas
  - 12. Grupo de Assistência Social
  - 13. Outros: \_\_\_\_\_
- 

**14. Quais as atividades são dirigidas à família?**

- 1. Não há trabalho com família
- 2. Atendimento individual na triagem
- 3. Atendimento individual sempre que necessário
- 4. Somente visitas das famílias ao residente
- 5. Reunião Grupal uma vez por mês
- 6. Reunião grupal duas vezes por mês
- 7. Participação em festas
- 8. Outros: \_\_\_\_\_

**15. Os residentes desligados ou que desistem do tratamento são:**

- 1. Entregue à família
  - 2. Saem sozinhos
  - 3. A família é comunicada, mas saem sozinhos
  - 4. Outros: \_\_\_\_\_
- 

**16. Você percebe mudanças e crescimento no fortalecimento do vínculo familiar?**

- 1. Sim             2. Muito pouco
  - 3. Não             4. A família desistiu
- 

**17. Quais os motivos que levam o dependente químico a**

- 1. Dificuldade de relacionamento
  - 2. Comportamento Agressivo Descontrolado
  - 3. Dificuldade em conviver sob regras
  - 4. Comorbidade associada (Hiperatividade/ Depressão)
  - 5. Ausência da família
  - 6. Abstinência de droga
  - 7. Abstinência de sexo
  - 8. Outros: \_\_\_\_\_
- 

**18. Como os profissionais percebem as recaídas do dependente químico**

- 1. Normal, faz parte do tratamento
  - 2. Fraqueza, sem chance de voltar para a CT
  - 3. A recaída não é só da droga, é também no comportamento
  - 4. Não esperam recaída
  - 5. Outros: \_\_\_\_\_
- 

**19. Como a instituição vê a reincidência?**

- 1. Não aceita retorno
  - 2. Aceita um retorno
  - 3. Aceita dois retornos
  - 4. Aceita três retornos
  - 5. Aceita quantos retornos o dependente precisar
  - 6. O retorno é condicionado por um tempo determinado tempo pela CT
  - 7. Outros: \_\_\_\_\_
- 

**20. Como você percebe a participação dos residentes nas atividades?**

\_\_\_\_\_

---

**21. Quais as atividades que há maior participação dos residentes?**

- 1. Laborterapia
- 2. Espiritualidade
- 3. Esportiva / Física

- 4. Atendimento individual
- 5. Atividade de grupo terapêutico
- 6. Terapia Ocupacional
- 7. Lazer
- 8. Tempo Livre
- 9. Escolarização
- 10. Vendas

**22. Quais as principais atividades dentro da CT que levam o residente às mudanças?**

---



---

**23. Você acredita que o dependente químico em tratamento muda seus hábitos, comportamentos e estilo de vida?**

1. Sim       2. Não       3. Tem dúvida
- 

**24. Justifique**

---



---

**25. Você percebe a CT como modelo de auto ajuda?**

1. Sim       2. Não
- 

**26. Justifique**

---



---

**27. Qual a maior dificuldade existente neste modelo de tratamento?**

---



---

**28. A instituição prevê atendimento posterior à internação?**

- 1. Sim, por um período indeterminado
  - 2. Sim, por 6 meses
  - 3. Sim, por até um ano
  - 4. Sim, até o residente precisar
  - 5. Sim, até o residente quiser
  - 6. Não, são encaminhados ao AA e ao NA
  - 7. Não, só engajamento espiritual
  - 8. Não vemos necessidade
  - 9. Outros: \_\_\_\_\_
- 

**29. A CT como proposta de reinserção social realiza ações de**

- 1. Providencia a documentação
  - 2. Realiza encaminhamentos para trabalho
  - 3. Realiza matrículas escolares
  - 4. Engaja em cursos profissionalizantes
  - 5. Engaja em qualificação profissional
  - 6. Cobra da família que assuma os encaminhamentos e engajamento
  - 7. Outras: \_\_\_\_\_
- 

**30. Os espaços físicos da CT são**

- 1. Satisfatório       2. Insuficiente
  - 3. Precisa melhorar       4. Inadequado
- 

**31. Comente**

---



---

## ANEXO IV

### Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### TÍTULO I

##### DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas.

#### TÍTULO II

##### DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

#### CAPÍTULO I

##### DOS PRINCÍPIOS E DOS OBJETIVOS

##### DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 4º São princípios do Sisnad:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do Sisnad;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad;

VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do Sisnad;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas - Conad.

Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei.

## CAPÍTULO II

### DA COMPOSIÇÃO E DA ORGANIZAÇÃO

#### DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 6º (VETADO)

Art. 7º A organização do Sisnad assegura a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal, distrital, estadual e municipal e se constitui matéria definida no regulamento desta Lei.

Art. 8º (VETADO)

## CAPÍTULO III

(VETADO)

Art. 9º (VETADO)

Art. 10. (VETADO)

Art. 11. (VETADO)

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. (VETADO)

Art. 14. (VETADO)

## CAPÍTULO IV

### DA COLETA, ANÁLISE E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES

#### SOBRE DROGAS

Art. 15. (VETADO)

Art. 16. As instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas da União.

Art. 17. Os dados estatísticos nacionais de repressão ao tráfico ilícito de drogas integrarão sistema de informações do Poder Executivo.

### TÍTULO III

## DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO, ATENÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS

### CAPÍTULO I

#### DA PREVENÇÃO

Art. 18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;

II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;

III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;

IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;

VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;

VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;

VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;

IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;

X - o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino;

XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas;

XII - a observância das orientações e normas emanadas do Conad;

XIII - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Parágrafo único. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda.

## CAPÍTULO II

### DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E DE REINserÇÃO SOCIAL

#### DE USUÁRIOS OU DEPENDENTES DE DROGAS

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os

princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

Art. 24. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

Art. 25. As instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas poderão receber recursos do Funad, condicionados à sua disponibilidade orçamentária e financeira.

Art. 26. O usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança, têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário.

### CAPÍTULO III

#### DOS CRIMES E DAS PENAS

Art. 27. As penas previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo, ouvidos o Ministério Público e o defensor.

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:



I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

§ 3º As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a:

I - admoestação verbal;

II - multa.

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Art. 29. Na imposição da medida educativa a que se refere o inciso II do § 6º do art. 28, o juiz, atendendo à reprovabilidade da conduta, fixará o número de dias-multa, em quantidade nunca inferior a 40 (quarenta) nem superior a 100 (cem), atribuindo depois a cada um, segundo a capacidade econômica do agente, o valor de um trinta avos até 3 (três) vezes o valor do maior salário mínimo.

Parágrafo único. Os valores decorrentes da imposição da multa a que se refere o § 6º do art. 28 serão creditados à conta do Fundo Nacional Antidrogas.

Art. 30. Prescrevem em 2 (dois) anos a imposição e a execução das penas, observado, no tocante à interrupção do prazo, o disposto nos arts. 107 e seguintes do Código Penal.

## TÍTULO IV

### DA REPRESSÃO À PRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA

#### E AO TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS

### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31. É indispensável a licença prévia da autoridade competente para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais.

Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelas autoridades de polícia judiciária, que recolherão quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova.

§ 1º A destruição de drogas far-se-á por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, guardando-se as amostras necessárias à preservação da prova.

§ 2º A incineração prevista no § 1º deste artigo será precedida de autorização judicial, ouvido o Ministério Público, e executada pela autoridade de polícia judiciária competente, na presença de representante do Ministério Público e da autoridade sanitária competente, mediante auto circunstanciado e após a perícia realizada no local da incineração.

§ 3º Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, além das cautelas necessárias à proteção ao meio ambiente, o disposto no Decreto nº 2.661, de 8 de julho de 1998, no que couber, dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama.

§ 4º As glebas cultivadas com plantações ilícitas serão expropriadas, conforme o disposto no art. 243 da Constituição Federal, de acordo com a legislação em vigor.

### CAPÍTULO II

#### DOS CRIMES

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo,

guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

§ 2º Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa.

§ 3º Oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa, sem prejuízo das penas previstas no art. 28.

§ 4º Nos delitos definidos no caput e no § 1º deste artigo, as penas poderão ser reduzidas de um sexto a dois terços, vedada a conversão em penas restritivas de direitos, desde que o agente seja primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa.

Art. 34. Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 1.200 (mil e duzentos) a 2.000 (dois mil) dias-multa.

Art. 35. Associarem-se duas ou mais pessoas para o fim de praticar, reiteradamente ou não, qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.200 (mil e duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. Nas mesmas penas do caput deste artigo incorre quem se associa para a prática reiterada do crime definido no art. 36 desta Lei.

Art. 36. Financiar ou custear a prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 20 (vinte) anos, e pagamento de 1.500 (mil e quinhentos) a 4.000 (quatro mil) dias-multa.

Art. 37. Colaborar, como informante, com grupo, organização ou associação destinados à prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e pagamento de 300 (trezentos) a 700 (setecentos) dias-multa.

Art. 38. Prescrever ou ministrar, culposamente, drogas, sem que delas necessite o paciente, ou fazê-lo em doses excessivas ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 200 (duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. O juiz comunicará a condenação ao Conselho Federal da categoria profissional a que pertença o agente.

Art. 39. Conduzir embarcação ou aeronave após o consumo de drogas, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos, além da apreensão do veículo, cassação da habilitação respectiva ou proibição de obtê-la, pelo mesmo prazo da pena privativa de liberdade aplicada, e pagamento de 200 (duzentos) a 400 (quatrocentos) dias-multa.

Parágrafo único. As penas de prisão e multa, aplicadas cumulativamente com as demais, serão de 4 (quatro) a 6 (seis) anos e de 400 (quatrocentos) a 600 (seiscentos) dias-multa, se o veículo referido no caput deste artigo for de transporte coletivo de passageiros.

Art. 40. As penas previstas nos arts. 33 a 37 desta Lei são aumentadas de um sexto a dois terços, se:

I - a natureza, a procedência da substância ou do produto apreendido e as circunstâncias do fato evidenciarem a transnacionalidade do delito;

II - o agente praticar o crime prevalecendo-se de função pública ou no desempenho de missão de educação, poder familiar, guarda ou vigilância;

III - a infração tiver sido cometida nas dependências ou imediações de estabelecimentos prisionais, de ensino ou hospitalares, de sedes de entidades estudantis, sociais, culturais, recreativas, esportivas, ou beneficentes, de locais de trabalho coletivo, de recintos onde se realizem espetáculos ou diversões de qualquer natureza, de serviços de tratamento de dependentes de drogas ou de reinserção social, de unidades militares ou policiais ou em transportes públicos;

IV - o crime tiver sido praticado com violência, grave ameaça, emprego de arma de fogo, ou qualquer processo de intimidação difusa ou coletiva;

V - caracterizado o tráfico entre Estados da Federação ou entre estes e o Distrito Federal;

VI - sua prática envolver ou visar a atingir criança ou adolescente ou a quem tenha, por qualquer motivo, diminuída ou suprimida a capacidade de entendimento e determinação;

VII - o agente financiar ou custear a prática do crime.

Art. 41. O indiciado ou acusado que colaborar voluntariamente com a investigação policial e o processo criminal na identificação dos demais co-autores ou partícipes do crime e na recuperação total ou parcial do produto do crime, no caso de condenação, terá pena reduzida de um terço a dois terços.

Art. 42. O juiz, na fixação das penas, considerará, com preponderância sobre o previsto no art. 59 do Código Penal, a natureza e a quantidade da substância ou do produto, a personalidade e a conduta social do agente.

Art. 43. Na fixação da multa a que se referem os arts. 33 a 39 desta Lei, o juiz, atendendo ao que dispõe o art. 42 desta Lei, determinará o número de dias-multa, atribuindo a cada um, segundo as condições econômicas dos acusados, valor não inferior a um trinta avos nem superior a 5 (cinco) vezes o maior salário-mínimo.

Parágrafo único. As multas, que em caso de concurso de crimes serão impostas sempre cumulativamente, podem ser aumentadas até o décuplo se, em virtude da situação econômica do acusado, considerá-las o juiz ineficazes, ainda que aplicadas no máximo.

Art. 44. Os crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei são inafiançáveis e insuscetíveis de sursis, graça, indulto, anistia e liberdade provisória, vedada a conversão de suas penas em restritivas de direitos.

Parágrafo único. Nos crimes previstos no caput deste artigo, dar-se-á o livramento condicional após o cumprimento de dois terços da pena, vedada sua concessão ao reincidente específico.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Art. 46. As penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 47. Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei.

### CAPÍTULO III

#### DO PROCEDIMENTO PENAL

Art. 48. O procedimento relativo aos processos por crimes definidos neste Título rege-se pelo disposto neste Capítulo, aplicando-se, subsidiariamente, as disposições do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal.

§ 1º O agente de qualquer das condutas previstas no art. 28 desta Lei, salvo se houver concurso com os crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, será processado e julgado na forma dos arts. 60 e seguintes da Lei no 9.099, de 26 de setembro de 1995, que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais.

§ 2º Tratando-se da conduta prevista no art. 28 desta Lei, não se imporá prisão em flagrante, devendo o autor do fato ser imediatamente encaminhado ao juízo competente ou, na falta deste, assumir o compromisso de a ele comparecer, lavrando-se termo circunstanciado e providenciando-se as requisições dos exames e perícias necessários.

§ 3º Se ausente a autoridade judicial, as providências previstas no § 2º deste artigo serão tomadas de imediato pela autoridade policial, no local em que se encontrar, vedada a detenção do agente.

§ 4º Concluídos os procedimentos de que trata o § 2º deste artigo, o agente será submetido a exame de corpo de delito, se o requerer ou se a autoridade de polícia judiciária entender conveniente, e em seguida liberado.

§ 5º Para os fins do disposto no art. 76 da Lei no 9.099, de 1995, que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais, o Ministério Público poderá propor a aplicação imediata de pena prevista no art. 28 desta Lei, a ser especificada na proposta.

Art. 49. Tratando-se de condutas tipificadas nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, sempre que as circunstâncias o recomendem, empregará os instrumentos protetivos de colaboradores e testemunhas previstos na Lei no 9.807, de 13 de julho de 1999.

## Seção I

### Da Investigação

Art. 50. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade de polícia judiciária fará, imediatamente, comunicação ao juiz competente, remetendo-lhe cópia do auto lavrado, do qual será dada vista ao órgão do Ministério Público, em 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade da droga, firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea.

§ 2º O perito que subscrever o laudo a que se refere o § 1º deste artigo não ficará impedido de participar da elaboração do laudo definitivo.

Art. 51. O inquérito policial será concluído no prazo de 30 (trinta) dias, se o indiciado estiver preso, e de 90 (noventa) dias, quando solto.

Parágrafo único. Os prazos a que se refere este artigo podem ser duplicados pelo juiz, ouvido o Ministério Público, mediante pedido justificado da autoridade de polícia judiciária.

Art. 52. Findos os prazos a que se refere o art. 51 desta Lei, a autoridade de polícia judiciária, remetendo os autos do inquérito ao juízo:

I - relatará sumariamente as circunstâncias do fato, justificando as razões que a levaram à classificação do delito, indicando a quantidade e natureza da substância ou do produto apreendido, o local e as condições em que se desenvolveu a ação criminosa, as circunstâncias da prisão, a conduta, a qualificação e os antecedentes do agente; ou

II - requererá sua devolução para a realização de diligências necessárias.

Parágrafo único. A remessa dos autos far-se-á sem prejuízo de diligências complementares:

I - necessárias ou úteis à plena elucidação do fato, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento;

II - necessárias ou úteis à indicação dos bens, direitos e valores de que seja titular o agente, ou que figurem em seu nome, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento.

Art. 53. Em qualquer fase da persecução criminal relativa aos crimes previstos nesta Lei, são permitidos, além dos previstos em lei, mediante autorização judicial e ouvido o Ministério Público, os seguintes procedimentos investigatórios:

I - a infiltração por agentes de polícia, em tarefas de investigação, constituída pelos órgãos especializados pertinentes;

II - a não-atuação policial sobre os portadores de drogas, seus precursores químicos ou outros produtos utilizados em sua produção, que se encontrem no território brasileiro, com a finalidade de identificar e responsabilizar maior número de integrantes de operações de tráfico e distribuição, sem prejuízo da ação penal cabível.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II deste artigo, a autorização será concedida desde que sejam conhecidos o itinerário provável e a identificação dos agentes do delito ou de colaboradores.

## Seção II

### Da Instrução Criminal

Art. 54. Recebidos em juízo os autos do inquérito policial, de Comissão Parlamentar de Inquérito ou peças de informação, dar-se-á vista ao Ministério Público para, no prazo de 10 (dez) dias, adotar uma das seguintes providências:

I - requerer o arquivamento;

II - requisitar as diligências que entender necessárias;

III - oferecer denúncia, arrolar até 5 (cinco) testemunhas e requerer as demais provas que entender pertinentes.

Art. 55. Oferecida a denúncia, o juiz ordenará a notificação do acusado para oferecer defesa prévia, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias.

§ 1º Na resposta, consistente em defesa preliminar e exceções, o acusado poderá argüir preliminares e invocar todas as razões de defesa, oferecer documentos e justificações, especificar as provas que pretende produzir e, até o número de 5 (cinco), arrolar testemunhas.



§ 2º As exceções serão processadas em apartado, nos termos dos arts. 95 a 113 do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal

§ 3º Se a resposta não for apresentada no prazo, o juiz nomeará defensor para oferecê-la em 10 (dez) dias, concedendo-lhe vista dos autos no ato de nomeação.

§ 4º Apresentada a defesa, o juiz decidirá em 5 (cinco) dias.

§ 5º Se entender imprescindível, o juiz, no prazo máximo de 10 (dez) dias, determinará a apresentação do preso, realização de diligências, exames e perícias.

Art. 56. Recebida a denúncia, o juiz designará dia e hora para a audiência de instrução e julgamento, ordenará a citação pessoal do acusado, a intimação do Ministério Público, do assistente, se for o caso, e requisitará os laudos periciais.

§ 1º Tratando-se de condutas tipificadas como infração do disposto nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, ao receber a denúncia, poderá decretar o afastamento cautelar do denunciado de suas atividades, se for funcionário público, comunicando ao órgão respectivo.

§ 2º A audiência a que se refere o caput deste artigo será realizada dentro dos 30 (trinta) dias seguintes ao recebimento da denúncia, salvo se determinada a realização de avaliação para atestar dependência de drogas, quando se realizará em 90 (noventa) dias.

Art. 57. Na audiência de instrução e julgamento, após o interrogatório do acusado e a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao representante do Ministério Público e ao defensor do acusado, para sustentação oral, pelo prazo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez), a critério do juiz.

Parágrafo único. Após proceder ao interrogatório, o juiz indagará das partes se restou algum fato para ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes se o entender pertinente e relevante.

Art. 58. Encerrados os debates, proferirá o juiz sentença de imediato, ou o fará em 10 (dez) dias, ordenando que os autos para isso lhe sejam conclusos.

§ 1º Ao proferir sentença, o juiz, não tendo havido controvérsia, no curso do processo, sobre a natureza ou quantidade da substância ou do produto, ou sobre a regularidade do respectivo laudo, determinará que se proceda na forma do art. 32, § 1º, desta Lei, preservando-se, para eventual contraprova, a fração que fixar.

§ 2º Igual procedimento poderá adotar o juiz, em decisão motivada e, ouvido o Ministério Público, quando a quantidade ou valor da substância ou do produto o indicar, precedendo a medida a elaboração e juntada aos autos do laudo toxicológico.

Art. 59. Nos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o réu não poderá apelar sem recolher-se à prisão, salvo se for primário e de bons antecedentes, assim reconhecido na sentença condenatória.

#### CAPÍTULO IV

##### DA APREENSÃO, ARRECADAÇÃO E DESTINAÇÃO DE BENS DO ACUSADO

Art. 60. O juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ouvido o Ministério Público, havendo indícios suficientes, poderá decretar, no curso do inquérito ou da ação penal, a apreensão e outras medidas assecuratórias relacionadas aos bens móveis e imóveis ou valores consistentes em produtos dos crimes previstos nesta Lei, ou que constituam proveito auferido com sua prática, procedendo-se na forma dos arts. 125 a 144 do Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal.

§ 1º Decretadas quaisquer das medidas previstas neste artigo, o juiz facultará ao acusado que, no prazo de 5 (cinco) dias, apresente ou requeira a produção de provas acerca da origem lícita do produto, bem ou valor objeto da decisão.

§ 2º Provada a origem lícita do produto, bem ou valor, o juiz decidirá pela sua liberação.

§ 3º Nenhum pedido de restituição será conhecido sem o comparecimento pessoal do acusado, podendo o juiz determinar a prática de atos necessários à conservação de bens, direitos ou valores.

§ 4º A ordem de apreensão ou seqüestro de bens, direitos ou valores poderá ser suspensa pelo juiz, ouvido o Ministério Público, quando a sua execução imediata possa comprometer as investigações.

Art. 61. Não havendo prejuízo para a produção da prova dos fatos e comprovado o interesse público ou social, ressalvado o disposto no art. 62 desta Lei, mediante autorização do juízo competente, ouvido o Ministério Público e cientificada a Senad, os bens apreendidos poderão ser utilizados pelos órgãos ou pelas entidades que atuam na prevenção do uso indevido, na atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

Parágrafo único. Recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da instituição à qual tenha deferido o uso, ficando esta livre do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 62. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, os maquinários, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza, utilizados para a prática dos crimes definidos nesta Lei, após a sua regular

apreensão, ficarão sob custódia da autoridade de polícia judiciária, excetuadas as armas, que serão recolhidas na forma de legislação específica.

§ 1º Comprovado o interesse público na utilização de qualquer dos bens mencionados neste artigo, a autoridade de polícia judiciária poderá deles fazer uso, sob sua responsabilidade e com o objetivo de sua conservação, mediante autorização judicial, ouvido o Ministério Público.

§ 2º Feita a apreensão a que se refere o caput deste artigo, e tendo recaído sobre dinheiro ou cheques emitidos como ordem de pagamento, a autoridade de polícia judiciária que presidir o inquérito deverá, de imediato, requerer ao juízo competente a intimação do Ministério Público.

§ 3º Intimado, o Ministério Público deverá requerer ao juízo, em caráter cautelar, a conversão do numerário apreendido em moeda nacional, se for o caso, a compensação dos cheques emitidos após a instrução do inquérito, com cópias autênticas dos respectivos títulos, e o depósito das correspondentes quantias em conta judicial, juntando-se aos autos o recibo.

§ 4º Após a instauração da competente ação penal, o Ministério Público, mediante petição autônoma, requererá ao juízo competente que, em caráter cautelar, proceda à alienação dos bens apreendidos, excetuados aqueles que a União, por intermédio da Senad, indicar para serem colocados sob uso e custódia da autoridade de polícia judiciária, de órgãos de inteligência ou militares, envolvidos nas ações de prevenção ao uso indevido de drogas e operações de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

§ 5º Excluídos os bens que se houver indicado para os fins previstos no § 4º deste artigo, o requerimento de alienação deverá conter a relação de todos os demais bens apreendidos, com a descrição e a especificação de cada um deles, e informações sobre quem os tem sob custódia e o local onde se encontram.

§ 6º Requerida a alienação dos bens, a respectiva petição será autuada em apartado, cujos autos terão tramitação autônoma em relação aos da ação penal principal.

§ 7º Autuado o requerimento de alienação, os autos serão conclusos ao juiz, que, verificada a presença denexo de instrumentalidade entre o delito e os objetos utilizados para a sua prática e risco de perda de valor econômico pelo decurso do tempo, determinará a avaliação dos bens relacionados, cientificará a Senad e intimará a União, o Ministério Público e o interessado, este, se for o caso, por edital com prazo de 5 (cinco) dias.

§ 8º Feita a avaliação e dirimidas eventuais divergências sobre o respectivo laudo, o juiz, por sentença, homologará o valor atribuído aos bens e determinará sejam alienados em leilão.

§ 9º Realizado o leilão, permanecerá depositada em conta judicial a quantia apurada, até o final da ação penal respectiva, quando será transferida ao Funad, juntamente com os valores de que trata o § 3º deste artigo.

§ 10. Terão apenas efeito devolutivo os recursos interpostos contra as decisões proferidas no curso do procedimento previsto neste artigo.

§ 11. Quanto aos bens indicados na forma do § 4º deste artigo, recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da autoridade de polícia judiciária ou órgão aos quais tenha deferido o uso, ficando estes livres do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 63. Ao proferir a sentença de mérito, o juiz decidirá sobre o perdimento do produto, bem ou valor apreendido, seqüestrado ou declarado indisponível.

§ 1º Os valores apreendidos em decorrência dos crimes tipificados nesta Lei e que não forem objeto de tutela cautelar, após decretado o seu perdimento em favor da União, serão revertidos diretamente ao Funad.

§ 2º Compete à Senad a alienação dos bens apreendidos e não leiloados em caráter cautelar, cujo perdimento já tenha sido decretado em favor da União.

§ 3º A Senad poderá firmar convênios de cooperação, a fim de dar imediato cumprimento ao estabelecido no § 2º deste artigo.

§ 4º Transitada em julgado a sentença condenatória, o juiz do processo, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, remeterá à Senad relação dos bens, direitos e valores declarados perdidos em favor da União, indicando, quanto aos bens, o local em que se encontram e a entidade ou o órgão em cujo poder estejam, para os fins de sua destinação nos termos da legislação vigente.

Art. 64. A União, por intermédio da Senad, poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e a reinserção social de usuários ou dependentes e a atuação na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, com vistas na liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas relacionados à questão das drogas.

## TÍTULO V

### DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Art. 65. De conformidade com os princípios da não-intervenção em assuntos internos, da igualdade jurídica e do respeito à integridade territorial dos Estados e às leis e aos regulamentos nacionais em vigor, e observado o espírito das Convenções das Nações Unidas e outros instrumentos jurídicos internacionais relacionados à questão das drogas, de que o Brasil é parte, o governo brasileiro prestará, quando

solicitado, cooperação a outros países e organismos internacionais e, quando necessário, deles solicitará a colaboração, nas áreas de:

I - intercâmbio de informações sobre legislações, experiências, projetos e programas voltados para atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - intercâmbio de inteligência policial sobre produção e tráfico de drogas e delitos conexos, em especial o tráfico de armas, a lavagem de dinheiro e o desvio de precursores químicos;

III - intercâmbio de informações policiais e judiciais sobre produtores e traficantes de drogas e seus precursores químicos.

## TÍTULO VI

### DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 66. Para fins do disposto no parágrafo único do art. 1º desta Lei, até que seja atualizada a terminologia da lista mencionada no preceito, denominam-se drogas substâncias entorpecentes, psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.

Art. 67. A liberação dos recursos previstos na Lei no 7.560, de 19 de dezembro de 1986, em favor de Estados e do Distrito Federal, dependerá de sua adesão e respeito às diretrizes básicas contidas nos convênios firmados e do fornecimento de dados necessários à atualização do sistema previsto no art. 17 desta Lei, pelas respectivas polícias judiciárias.

Art. 68. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar estímulos fiscais e outros, destinados às pessoas físicas e jurídicas que colaborem na prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes e na repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 69. No caso de falência ou liquidação extrajudicial de empresas ou estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, de ensino, ou congêneres, assim como nos serviços de saúde que produzirem, venderem, adquirirem, consumirem, prescreverem ou fornecerem drogas ou de qualquer outro em que existam essas substâncias ou produtos, incumbe ao juízo perante o qual tramite o feito:

I - determinar, imediatamente à ciência da falência ou liquidação, sejam lacradas suas instalações;

II - ordenar à autoridade sanitária competente a urgente adoção das medidas necessárias ao recebimento e guarda, em depósito, das drogas arrecadadas;

III - dar ciência ao órgão do Ministério Público, para acompanhar o feito.

§ 1º Da licitação para alienação de substâncias ou produtos não proscritos referidos no inciso II do caput deste artigo, só podem participar pessoas jurídicas regularmente habilitadas na área de saúde ou de pesquisa científica que comprovem a destinação lícita a ser dada ao produto a ser arrematado.

§ 2º Ressalvada a hipótese de que trata o § 3º deste artigo, o produto não arrematado será, ato contínuo à hasta pública, destruído pela autoridade sanitária, na presença dos Conselhos Estaduais sobre Drogas e do Ministério Público.

§ 3º Figurando entre o praceado e não arrematadas especialidades farmacêuticas em condições de emprego terapêutico, ficarão elas depositadas sob a guarda do Ministério da Saúde, que as destinará à rede pública de saúde.

Art. 70. O processo e o julgamento dos crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, se caracterizado ilícito transnacional, são da competência da Justiça Federal.

Parágrafo único. Os crimes praticados nos Municípios que não sejam sede de vara federal serão processados e julgados na vara federal da circunscrição respectiva.

Art. 71. (VETADO)

Art. 72. Sempre que conveniente ou necessário, o juiz, de ofício, mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ou a requerimento do Ministério Público, determinará que se proceda, nos limites de sua jurisdição e na forma prevista no § 1º do art. 32 desta Lei, à destruição de drogas em processos já encerrados.

Art. 73. A União poderá celebrar convênios com os Estados visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas.

Art. 74. Esta Lei entra em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após a sua publicação.

Art. 75. Revogam-se a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, e a Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002.

Brasília, 23 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
*Márcio Thomaz Bastos*  
*Guido Mantega*  
*Jorge Armando Felix*

## ANEXO V

**RESOLUÇÃO-RDC Nº 101, DE 30 DE MAIO DE 2001**

Art. 1º Estabelecer Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. (anexo)

Art. 2º Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município, atendendo aos requisitos deste Regulamento Técnico e legislação pertinente, ficando estabelecido o prazo máximo de 2 (dois) anos para que os serviços já existentes se adequem ao disposto nesta Resolução.

Art. 3º A construção, a reforma ou a adaptação na estrutura física dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas deve ser precedida de aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local e demais órgãos competentes.

Art. 4º O disposto nesta Resolução aplica-se a pessoas físicas e jurídicas de direito privado e público, envolvidas direta e indiretamente na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Art. 5º A inobservância dos requisitos desta Resolução, constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades previstas na Lei 6.437 de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que vier a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6º Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas devem ser avaliados e inspecionados, no mínimo, anualmente. Para tanto, deve ser assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento, e mantida à disposição toda a documentação pertinente, respeitando-se o sigilo e a ética, necessários às avaliações e inspeções.

Art. 7º As Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar os procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta Resolução, podendo adotar normas de caráter suplementar, a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Parágrafo único:

Os Conselhos de Entorpecentes Estaduais, Municipais e do Distrito Federal ou seus equivalentes devem informar às respectivas Vigilâncias Sanitárias sobre o funcionamento e cadastro dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

## ANEXO

### REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SEGUNDO MODELO PSICOSSOCIAL

#### 1. HISTÓRICO

O Regulamento Técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas - serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, foi elaborado por um Grupo Técnico Assessor - GTA, instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, sob a coordenação da Gerência Geral de Serviços de Saúde - GGES.

Este GTA foi formado por representantes de diferentes áreas do Ministério da Saúde: Coordenação DST/AIDS da Secretaria de Políticas de Saúde, Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde, Unidade de Medicamentos Controlados da Gerência Geral de Medicamentos - ANVISA, Unidades de Infra-estrutura Física e de Tecnologia da Organização de Serviços de Saúde da GGES - ANVISA e também integrou o grupo um consultor especialista no tema.

A elaboração do Regulamento Técnico teve como subsídios as propostas de normativa para o funcionamento dos serviços de atenção a transtornos por uso e abuso de substâncias psicoativas da ANVISA e da Coordenação de Saúde Mental, integrantes do relatório da Comissão Técnica da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD/PR, que funcionou em 1999 e o relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas realizado em novembro de 1998. A proposta de regulamento técnico elaborada foi levada à Consulta Pública em 10 de outubro de 2000.

As sugestões à Consulta Pública foram discutidas em evento organizado pela ANVISA e SENAD que reuniu os representantes de instituições ou fóruns que as enviaram, membros do GTA, técnicos do Ministério da Saúde, da ANVISA, da SENAD, tendo sido tais sugestões avaliadas e incorporadas ou não ao texto do Regulamento Técnico, conforme sua pertinência. O documento aqui regulamentado é o resultado consensual, dos padrões mínimos estabelecidos para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

## 2. CONCEITUAÇÃO:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

2.1 Os estabelecimentos assistenciais de saúde, que possuem procedimentos de desintoxicação e tratamento de residentes com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, que fazem uso de medicamentos a base de substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicos e outras sujeitas ao controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98 - Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

2.2 A responsabilidade técnica pelo serviço junto ao órgão de Vigilância Sanitária dos Estados, Municípios e do Distrito Federal deve ser de técnico com formação superior na área da saúde e serviço social.

2.3 Nos estabelecimentos em que não há prescrição, mas admissão de pessoas usuárias de medicamentos controlados, a direção do serviço assumirá a responsabilidade pela administração e guarda do medicamento, ficando dispensada dos procedimentos de escrituração previstos na Portaria SVS/MS n.º 344/98 ou outro instrumento legal que vier substituí-la.



### 3. CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Para os Serviços que atendem dentro do modelo psicossocial, respeitado o critério de voluntariedade e não discriminação por nenhum tipo de doença associada, não haverá restrições quanto ao grau de comprometimento para adesão e manutenção do tratamento. A situação social, familiar e legal da pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA não será condição restritiva ao tratamento. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica, cujos dados deverão constar na Ficha de Admissão.

As dimensões envolvidas para definição do padrão de comprometimento de dependência são:

3.1 ADESÃO - Grau de resistência ao tratamento de acordo com o comprometimento da pessoa em avaliação.

3.1.1 Comprometimento Leve:

Motivação para mudança.

Consciência da sua situação em relação às SPA e das perdas sócio-econômicas e relacionais.

Disponibilidade para a mudança no padrão de uso (entrada e manutenção).

Expectativa favorável ao tratamento.

Entendimento e aceitação das orientações terapêuticas recebidas.

3.1.2 Comprometimento Moderado:

Relativa motivação para mudanças.

Pouca consciência da sua situação em relação às SPA e das perdas sócio-econômicas e relacionais.

Relativa disponibilidade para a mudança no padrão de uso;

Algumas expectativas favoráveis em relação ao tratamento;

Entendimento e aceitação das orientações terapêuticas recebidas, porém com restrições e questionamentos.

3.1.3 Comprometimento Grave:

Ausência de motivação para mudanças;

Falta de consciência da sua situação em relação à SPA e das perdas sócio-econômicas e relacionais;

Não disponibilidade para a abstinência;

Ausência de expectativa ou expectativa desfavorável em relação ao tratamento;

Não entendimento e/ou aceitação das orientações terapêuticas recebidas;

3.2 MANUTENÇÃO - Grau de resistência à continuidade do tratamento.

3.2.1 Comprometimento Leve:

Mantém boa adesão ao tratamento, apesar das oscilações vivenciadas no transcorrer do processo terapêutico.

Ausência de histórico de abandono de tratamentos anteriores.

3.2.2 Comprometimento Moderado:

Mantém relativa adesão com ambivalência na manutenção do tratamento;

Oscilação na motivação;

Alguns abandonos de tratamentos anteriores.

3.2.3 Comprometimento Grave:

Dificuldades de adesão ao tratamento;

Várias tentativas anteriores de tratamento específico e abandono dos mesmos;

Faltas, atrasos, interrupções frequentes devido a fatores conscientes e/ou inconscientes que geram indisposição quanto às formas terapêuticas propostas.

3.3 COMPROMETIMENTO BIOLÓGICO

### 3.3.1 Comprometimento Leve:

A pessoa que se apresenta ao exame sem as alterações provocadas pelo uso de SPA;

Apresenta-se com algumas alterações de fase aguda provocadas pelo uso recente de SPA, porém todas mostrando intoxicação leve e, conseqüentemente, sintomas leves (Ex.: hipertensão arterial leve, sem arritmias);

Mantém lucidez, orientação e coerência de idéias e pensamento.

Refere uso há muitos dias (mais de 10), mas não refere sintomas de abstinência.

Não apresenta, na história patológica pregressa, qualquer relato de doenças anteriores, ou apresenta apenas relatos de episódios agudos, tratados e sem seqüelas (paciente sempre foi saudável).

As informações obtidas com a pessoa em avaliação são confirmadas por familiares.

Os exames laboratoriais mostram-se sem alterações ou com alterações discretas e não patognomônicas de risco de vida e gravidade.

Na história consegue-se avaliar a quantidade pequena de SPA usada neste último episódio.

Não apresenta traumatismos, hematomas, lesões cutâneas agudas, nem relato de quedas, agressões ou traumatismo craniano.

Não se trata de usuário de SPA injetáveis (opióides ou cocaína).

Não faz uso intenso de qualquer tipo de SPA legal ou ilegal.

### 3.3.2 Comprometimento Moderado

A pessoa apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de SPA, que denotam ou mesmo prenunciam sintomas moderados de evolução incerta que possam gerar algum risco (Ex. hipertensão arterial moderada com presença de arritmia).

Apresenta desorientação e prejuízo na coerência, permanecendo a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA..

As informações obtidas com a pessoa são questionáveis, inclusive por familiares.

Apresenta sintomas que podem ser de síndrome de abstinência, não se sabe quando foi a última vez que utilizou SPA.

Apresenta na história patológica pregressa relato de uma ou mais patologias crônicas compensadas (co-morbidade) com seqüelas. (Ex.: diabetes, pancreatite).

Os exames laboratoriais confirmam a gravidade da agressão provocada pela substância química, porém podem não indicar risco de vida imediato (Ex.: alterações no hepatograma: TGO, TGP GAMA GT elevados, configurando quadro de esteatose hepática).

Apresenta, na história clínica, traumatismos e quedas. Não há hematomas ou se existem estão localizados nas extremidades.

Há uso de SPA, mas não há evidências de uso injetável.

## **ANEXO VI – Termo de Consentimento dos Participantes**

### **I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nome da instituição \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

---

Documento de identidade Nº. \_\_\_\_\_ Sexo M ( ) F ( ) Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_  
 Apto. \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C  
 EP \_\_\_\_\_  
 Telefone ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

## II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

**Título do Protocolo de Pesquisa:** Avaliação de Comunidade Terapêutica no estado do Ceará em interface com o Sistema Nacional de Políticas Públicas- SISNAD: Uma abordagem para Dependência Química.

**Pesquisadora:** Solange Maria Pinheiro Praxedes, residente na rua Frei Mansueto , 1595/503 –Varjota, Fortaleza-Ce, Cep. 60.175–070 telefone (085) 32672405/9969.0434. CRESS 1368.

**Cargo / Função:** Aluna do Curso de Mestrado Profissionalizante de Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará.

**Avaliação de risco da pesquisa:** Não haverá risco para os sujeitos do estudo.

**Duração da pesquisa:** 04 meses (coleta de dados e tabulação).

## III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS SUJEITOS DA PESQUISA

O presente estudo tem por objetivo avaliar o tratamento para dependência química na modalidade de Comunidade Terapêutica, traçar o perfil dos pesquisados, além de identificar a concepção dos mesmos acerca do funcionamento e se estes serviços estão de acordo com o funcionamento sugerido pela Anvisa.

Informo que os procedimentos utilizados para coleta dos dados serão um questionário com perguntas fechadas e abertas, e entrevistas gravadas. Tanto nas entrevistas quanto nos questionários serão coletadas informações sobre o tratamento de dependência química em Comunidade Terapêutica.

Devo esclarecer que não há nenhum tipo de dano físico ou moral, que possa prejudicar qualquer participante, inclusive será guardado o anonimato e que os benefícios oriundos deste estudo poderão conduzi-lo a melhor compreensão do agir cotidiano, resultando numa melhoria dos serviços prestados para a dependência química.

## IV. ESCLARECIMENTO DADO PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

Devo informar que os participantes do estudo terão acesso a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas, liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso acarrete nenhum tipo de prejuízo ao seu trabalho; garantia da confidencialidade, sigilo e privacidade no que diz respeito às informações que forem feitas e que não haja autorização para publicação.

**V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do protocolo de pesquisa.

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Solange Maria Pinheiro Praxedes – RG 997594-SSP-Ce- CRESS 1368

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

**ANEXO VII – Termo de Consentimento dos Responsáveis pela Entidade  
Gerenciadora/  
Coordenador da Comunidade Terapêutica**

**I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome da instituição \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Documento de identidade Nº. \_\_\_\_\_ Sexo M ( ) F ( )  
 Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_  
 Apto. \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
 CEP \_\_\_\_\_  
 Telefone ( ) \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

**II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

**Título do Protocolo de Pesquisa:** Avaliação de Comunidade Terapêutica no estado do Ceará em interfase com o Sistema Nacional de Políticas Públicas- SISNAD: Uma abordagem para Dependência Química.

**Pesquisadora:** Solange Maria Pinheiro Praxedes, residente na rua Frei Mansueto , 1595/503 –Varjota, Fortaleza-Ce, Cep. 60.175–070 telefone (085) 32672405/9969.0434. CRESS 1368.

**Cargo / Função:** Aluna do Curso de Mestrado Profissionalizante de Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará.

**Avaliação de risco da pesquisa:** Não haverá risco para os sujeitos do estudo.

**Duração da pesquisa:** 04 meses (coleta de dados e tabulação).

**III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS GERENTES DO PROGRAMA ( Responsável pela Entidade/ Coordenador)**

O presente estudo tem por objetivo avaliar o tratamento para dependência química na modalidade de Comunidade Terapêutica, traçar o perfil dos usuários do programa e de membros da equipe. Além de identificar a concepção dos mesmos acerca do funcionamento, pesquisar se estes serviços estão de acordo com o funcionamento sugerido pela Anvisa.

Informo que os procedimentos utilizados para coleta dos dados serão um questionário com perguntas fechadas e abertas, e entrevistas gravadas. Tanto nas entrevistas quanto nos questionários serão coletadas informações sobre o tratamento de dependência química em Comunidade Terapêutica.

Devo esclarecer que não há nenhum tipo de dano físico ou moral, que possa prejudicar qualquer participante ou instituição, inclusive será guardado o anonimato e que os benefícios oriundos deste estudo poderão conduzi-lo a melhor

compreensão do agir cotidiano, resultando numa melhoria dos serviços prestados para a dependência química.

Eu \_\_\_\_\_ Coordenador(a) da Comunidade Terapêutica \_\_\_\_\_ declaro, concordar com a realização da pesquisa – Avaliação de Comunidade Terapêutica no estado do Ceará em interfase com o Sistema Nacional de Políticas Públicas-SISNAD: Uma abordagem para Dependência Química, após esclarecimento da pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado sobre os objetivos, interesses e metodologia, assim sendo, consinto que a Unidade, participe do estudo. Declaro, também, ter ciência dos dados da pesquisadora, a Sra.Solange Maria Pinheiro Praxedes .

**Local** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Coordenador(a)**