

FACULDADE EVANGÉLICA RAÍZES
CURSO DE DIREITO

DAVI SILVA DOURADO

**POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À RECUPERAÇÃO DOS
USUÁRIOS DE DROGAS**

Anápolis, Goiás
2018

DAVI SILVA DOURADO

**POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À RECUPERAÇÃO DOS
USUÁRIOS DE DROGAS**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Faculdade Raízes, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Professor Thiago Meireles.

Anápolis, Goiás
2018

DAVI SILVA DOURADO

**POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À RECUPERAÇÃO DOS
USUÁRIOS DE DROGAS**

Monografia apresentada no Curso de Bacharelado em Direito da Faculdade Raízes para obtenção do título de Bacharel em Direito, aprovada em ___ de _____ de 2018, pela Banca Examinadora, constituída pelos (as) seguintes professores:

BANCA EXAMINADORA

Membros componentes da Banca Examinadora:

Presidente e Orientador

Membro Titular

Dedico aos meus pais por acreditarem e investirem em mim com carinho e ações mesmo nos momentos difíceis.

Aos meus amigos e colegas pelo companheirismo no decorrer deste curso em especial a família Supremo F.C. Dedico "In Memoriam" a minha avó materna Antônia Maria, exemplo de alegria e simplicidade e ao primo/irmão Joabe Dourado que continua vivo no sentimento e memória da nossa família.

A todos que contribuíram direta e indiretamente na minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que é o autor e consumidor da minha fé a quem tenho depositado meus sonhos e propósitos, pois sem o autor da vida direcionando e iluminando os meus passos absolutamente nada teria sentido.

“Pois os meus pensamentos não são os pensamentos de vocês, nem os seus caminhos são os meus caminhos”, declara o Senhor. “Assim como os céus são mais altos do que a terra, também os meus caminhos são mais altos do que os seus caminhos e os meus pensamentos mais altos do que os seus pensamentos”.

Isaías 55:8 e 9.

RESUMO

Este trabalho monográfico apresentou o tema: políticas públicas voltadas à recuperação dos usuários de drogas, a exploração desse tema surgiu da necessidade de conhecer e estimular uma discussão aprofundada as políticas públicas no que diz respeito à recuperação dos usuários de drogas que tem amparo jurídico normativo na Lei 11.343/2006, fazendo necessária uma abordagem sobre a criação e evolução da referida legislação de políticas publicas sobre drogas no Brasil, do que é a droga e seus efeitos na sociedade, como também do trabalho preventivo ao uso indevido de drogas e substâncias psicoativas e como as comunidades terapêuticas trabalham neste sentido. Buscou-se assim, em primeiro momento a abordagem sobre o que é políticas públicas, drogas, quanto à inserção do consumo de drogas na sociedade e a evolução histórica da Legislação de Drogas, aevolução da atual Legislação de Drogas no Brasil. Após abordagem conceitual e histórica o trabalho faz uma análise do papel da União, dos Estados e municípios na política sobre drogas,do efeito das drogas na família, quanto à diferenciação do traficante para o usuário, do que são drogas lícitas e ilícitas. Diante disso trata-se acerca do histórico de criação das Comunidades Terapêuticas e sua importância quanto sua existência e métodos de atendimento, prevenção e tratamento ao usuário de droga, observando entendimento de autores, legislação e resolução, que credencia a Ct como uma das executoras das Políticas Públicas voltada aos usuários de Drogas. Desta formapesquisa qualitativa descritiva, mecanismo este para melhor compreender o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas a luz da Lei 11.343/2006, extraindo quais as consequências que as drogas trazem para sociedade na ausência de uma política eficaz voltada a recuperação dos usuários de drogas, como a legislação de drogas se desenvolveu e quais são os objetivos desta, como também a importância das comunidades terapêuticas que abrem as portas para quem quer vencer o drama das drogas.

Palavras-Chave: Políticas Públicas sobre Drogas; Legislação de Drogas; Comunidade Terapêutica.

ABSTRACT

This monographic work presented the theme: public policies aimed at the recovery of drug users, the exploration of this theme arose from the need to know and stimulate an in-depth discussion of public policies regarding the recovery of drug users who have normative legal support in the Law 11,343 / 2006, making necessary an approach on the creation and evolution of the aforementioned legislation on public drug policies in Brazil, on drugs and their effects on society, as well as on preventive work on the misuse of drugs and psychoactive substances and how the therapeutic communities work in this direction. Thus, the first step was to approach what public policies, drugs, the insertion of drug consumption in society and the historical evolution of Drug Legislation, the evolution of the current Drug Legislation in Brazil. After a conceptual and historical approach, the paper analyzes the role of the Union, the states and municipalities in drug policy, the effect of drugs on the family, the differentiation of the trafficker from the user, and what are licit and illicit drugs. In view of this, it is about the history of the creation of Therapeutic Communities and their importance as to their existence and methods of care, prevention and treatment to drug users, observing authors' understanding, legislation and resolution, which accredits Ct as one of the executors of Public Policies aimed at Drug users. In this way qualitative descriptive research, this mechanism to better understand the National System of Public Policies on Drugs in the light of Law 11.343 / 2006, extracting the consequences that drugs bring to society in the absence of an effective policy aimed at recovering drug users, how drug legislation has developed and what its goals are, as well as the importance of therapeutic communities that open the door to those who want to overcome the drug drama.

Keywords: Public Policy on Drugs; Drug Legislation; Therapeutic Community.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS	12
1.1 Conceito de Políticas Públicas	12
1.2 Conceito de Drogas.....	15
1.3 A inserção do consumo de drogas na sociedade e a evolução histórica da Legislação de Drogas.....	17
1.4 Evolução da atual Legislação de Drogas no Brasil	22
2 SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO COMBATE AO USO INDEVIDO DE DROGAS	28
2.1 O papel da União, dos Estados e municípios na política sobre drogas.....	28
2.2 O Efeito das Drogas na Família	29
2.3 Quanto à Diferenciação do Traficante para o Usuário	31
2.4 Drogas Lícitas e Ilícitas	33
3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS	41
3.1 Histórico de Criação das Comunidades Terapêuticas.....	41
3.2 A importância das Comunidades Terapêuticas	46
3.3 Métodos das Comunidades Terapêuticas no tratamento e prevenção dos dependentes químicos e usuários de drogas.....	48
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE	60

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como relevância ampliar a discussão sobre as políticas públicas voltadas à recuperação dos usuários de drogas frente à Lei n.11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, como também refletir sobre os impactos e consequências que as drogas trazem para a sociedade e quais as soluções que podem ser tomadas através da prevenção e tratamento daqueles que sofrem com o transtorno de substâncias psicoativas, observando o princípio da dignidade da pessoa humana como forma de reinserção social.

Quanto o abuso e dependência de substâncias psicoativas elas trazem consequências graves para a sociedade brasileira, sendo um dos principais responsáveis pela violência, criminalidade e degradação familiar.

O uso e transtorno de substâncias psicoativas infelizmente podem ocasionar um perigo para a vida, saúde e integridade física do indivíduo, podendo deixar em muitos casos à margem do convívio social, impossibilitando de estudar, trabalhar e viver dignamente.

É notória a dificuldade em estabelecer critérios claros no que diz respeito à diferenciação do traficante e usuário, podendo dificultar o método de tratamento de ambos quando confundidos, pois com advento da lei 11.343/06, estabelece-se o tratamento diferenciado ao usuário buscando desassociar a imagem criminoso deste agente, e buscando vislumbrar o usuário como um doente, necessitando de tratamento diverso do traficante, este considerado como uma pessoa que negocia substâncias ou os produtos capazes de causar dependência.

Partindo do ponto de vista social e preventivo voltado à recuperação do usuário faz-se necessário uma maior participação da União, dos estados e municípios e a sociedade de um modo geral nas políticas públicas no combate às drogas, relacionando esse drama como uma questão de saúde pública.

Para esta atividade monográfica foram apresentados os seguintes problemas: 1)Quais as consequências que o uso de entorpecentes traz para os dependentes e para sociedade como um todo. 2)Existem políticas públicas eficazes voltadas à recuperação dos usuários de drogas?. 3)É possível a reinserção social dos que sofrem com o transtorno de substâncias psicoativas? e 4)Qual a

participação da União, dos estados e municípios e a sociedade de um modo geral nas políticas públicas no combate às drogas?

No que concerne ao objetivo geral da pesquisa esta em analisar a importância das políticas públicas no combate às drogas e seu impacto na sociedade, como também os métodos de tratamento para o indivíduo que sofre com o drama da dependência, observando a Lei n.11.343, de 23 de agosto de 2006,acompanhados dos objetivos específicos que são: identificar os fatores que podem levar o ser humano à droga, conhecer como as comunidades terapêuticas trabalham no processo de reabilitação do dependente e qual o papel da União, Estados e municípios nessa questão e avaliar criticamente a Legislação de Políticas Públicas sobre drogas no Brasil a fim de verificar o objetivo de sua criação.

Quanto à metodologia a pesquisa qualitativa descritiva, mecanismo este para melhor compreender o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas a luz da Lei 11.343/2006, extraíndo quais as consequências que as drogas trazem para sociedade na ausência de uma política eficaz voltada a recuperação dos usuários de drogas, como a legislação de drogas se desenvolveu e quais são os objetivos desta, como também analisará a importância das comunidades terapêuticas que abrem as portas para quem quer vencer o drama das drogas e o papel da União, Estados e Municípios no combate as drogas.

No que se refere às consequências do uso das drogas fez-se necessário a busca por artigos científicos, livros e cartilhas que discorrem sobre a consequência que as drogas trazem para o indivíduo, devendo salientar que algumas pessoas podem fazer uso de determinadas substâncias e não se tornarem dependentes desta. Contudo, há pessoas que tem pré-disposição a essa doença conhecida como a dependência química e o alcoolismo e não conseguem se controlar perante a substância, trazendo as mais variadas consequências para o meio social, familiar, ambiente de trabalho, entre outras.

Este trabalho monográfico foi desenvolvido com a intenção de fazer um estudo qualitativo de cunho bibliográfico, em que por meio desta metodologia faz-se um amparado histórico sobre o desenvolvimento da legislação de drogas, seja ela nacional ou internacional , explicar a conceituação do termo droga, os objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas e a importância das comunidades terapêutica como forma de reinserção social, observando o que os

autores e especialistas pensam sobre o assunto, dando prioridade a Lei 11.343/2006.

Após o terceiro capítulo é apresentada uma cartilha discorrendo sobre a história da Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim, os passos do tratamento, quanto à adesão na instituição e sua metodologia aplicada.

Contudo, a atividade encerra-se com a conclusão, na qual são expostos os pontos finais acerca das políticas públicas voltas à recuperação dos usuários de drogas.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

1.1 Conceito de Políticas Públicas

O conceito de políticas públicas tem suas peculiaridades, dado a diferença do termo política e política pública, causando um problema terminológico, uma vez que essa confusão se dar porque as expressões política e pública tem um sentido social, sendo o termo política mais ampla e as políticas públicas se refere a algo mais específico, conforme explica Dias, Reinaldo:

Um problema terminológico com respeito ao uso da palavra políticas. Deve ser levado em consideração que tanto a política como as políticas públicas estão relacionadas com o poder social. Mas enquanto a política é um conceito amplo, relacionado com o poder de modo geral, as políticas públicas correspondem a soluções específicas de como manejar os assuntos públicos. (DIAS; MATOS, 2012, p.01).

A política em si é um debate de ideias na intenção de interagir e construir estratégias, procurando entrar em consenso a fim de alcançar o objetivo. Pode ser entendida como uma forma de luta pelo poder de um grupo social específico que são impostas regras para identificar seu caráter, objetivo e função, transformando o termo política em um estilo próprio, seja a política de uma empresa, clube ou família, todos tem seu próprio modelo de organização, por isso Dias, Reinaldo exemplifica:

No idioma inglês, distinguem-se claramente dois termos: politics e policies. O termo politics refere-se ao conjunto de interações que definem múltiplas estratégias entre atores para melhorar seu rendimento e alcançar certos objetivos. Refere-se à política entendida como a construção do consenso e luta pelo poder. Desse modo, podemos nos referir à política de uma organização, de uma empresa, de um clube, de uma família ou de um grupo social específico. Também pode se referir à carreira profissional de um político, que por suas atitudes busca obter e ampliar sua influência. A dedicação à política, nesse sentido, remete a uma atividade que tem regras de jogo específicas (dinâmica partidária e eleitoral) e um estilo próprio (interesse pelo público e atributos de liderança). (DIAS; MATOS, 2012, p.1e 2).

Pode ser entendida a política, deixando seu aspecto individualista elucidado anteriormente, como uma forma de ação do governo visando executar a

atividade social por meio de uma autoridade legítima que deve primar em atender às necessidades da sociedade, restituindo os cidadãos através de recursos direcionados a uma política específica, seja ela educação, saúde e assistência social. Com isso a política sai um pouco da teoria e alcançando a prática que é nada mais que sua atividade, função e execução por meio de ações do servidor que assume seu papel governamental em busca do bem comum da sociedade. A política é exercida em diferentes campos de atuação ou especialização, mas a característica primordial está em atender a coletividade, seguindo o pensamento de Dias, Reinaldo:

Já o termo *policy* (cujo plural é *policies*) é entendido como ação do governo. Constitui atividade social que se propõe a assegurar, por meio da coerção física, baseada no direito, a segurança externa e a solidariedade interna de um território específico, garantindo a ordem e providenciando ações que visam atender às necessidades da sociedade. A política, nesse sentido, é executada por uma autoridade legitimada que busca efetuar uma realocação dos recursos escassos da sociedade. Nesse caso, a política pode ser adjetivada em função do campo de sua atuação ou de especialização da agência governamental encarregada de executá-la. Desse modo, podemos nos referir à política de educação, saúde, assistência social, agrícola, fiscal etc., ou seja, produtos de ações que têm efeitos no sistema político e social. (DIAS; MATOS, 2012, p.02).

Dentro da perspectiva da política associada à ação do governo, traz consigo a responsabilidade de promover o bem-estar de uma comunidade, seguindo o raciocínio de Dias, este esclarece:

A política tem esse sentido quando associada à ação do governo, “como a atividade através da qual são conciliados os diferentes interesses, dentro de uma participação no poder, proporcional à sua importância para o bem-estar e a sobrevivência de toda a comunidade”. (DIAS; MATOS, 2012, p.03).

Em se tratando da política como uma forma de expressar a relação de poder através de procedimentos que resolvam conflitos de forma pacífica. Não obstante essa possibilidade de resolver conflitos através de procedimentos e regras impostas ou fundamentadas pela autoridade política ou judiciária se desdobra na necessidade de programar uma política pública específica, a fim de reduzir ou amenizar certo conflito ou problema que surge, por isso Dias ainda preceitua:

É assim que, no contexto das políticas públicas, a política deve ser entendida como um conjunto de procedimentos que expressam relações de poder. Em outras palavras, a política implica a possibilidade de se resolverem conflitos de forma pacífica. (DIAS; MATOS, 2012, p.03).

Fica claro que a política é um instrumento pelo qual pode se realizar atividades públicas e sociais com o objetivo de mudar ou melhorar o comportamento de uma pessoa ou até mesmo um grupo, conforme Dias:

A política, assim, inclui diferentes significados, mas todos de algum modo relacionados com posse, manutenção ou distribuição do poder. A maior parte dos cientistas sociais compartilha a ideia de que poder é a capacidade para afetar o comportamento dos outros. O poder pode ser considerado um meio que o grupo ou indivíduo tem de fazer com que as coisas sejam realizadas por outros indivíduos ou grupos. Nesse sentido, o poder é um elemento básico na implementação das políticas. (DIAS; MATOS, 2012, p.03).

No estudo do que é políticas públicas verifica-se que esta é um marco essencial da política que desdobra e auxilia as decisões de determinado governo, sempre se pautando na análise de temas e elaboração de projetos, análise e fundamentação que nada mais é do que a busca pela solução de um problema considerado social, que para isso faz-se necessário uma avaliação no que tange as políticas públicas, que é uma atividade fundamental do governo, de acordo com Dias:

As políticas públicas constituem um elemento comum da política e das decisões do governo e da oposição. Desse modo, a política pode ser analisada como a busca pelo estabelecimento de políticas públicas sobre determinados temas, ou de influenciá-las. Por sua vez, parte fundamental das atividades do governo se refere ao projeto, gestão e avaliação das políticas públicas. (DIAS; MATOS, 2012, p.04).

Em resumo do que é de fato a definição de política Pública, primeiramente pode ser entendida como um conjunto de princípios, critérios e ações que possibilitam o Estado programar uma gestão específica para tentar resolver um problema nacional, como diz Dias:

Entendida, desse modo, a função primordial do governo, uma primeira definição de política pública pode ser formulada como sendo

o conjunto de princípios, critérios e linhas de ação que garantem e permitem a gestão do Estado na solução dos problemas nacionais. (DIAS; MATOS, 2012, p.12).

Das variadas definições de políticas públicas é de suma importância observar que elas devem ser criadas na perspectiva de melhorar a qualidade de vida do indivíduo possibilitando ou reintegrando ao convívio social, partindo sempre do pressuposto que as políticas públicas esta vinculada ao princípio da dignidade da pessoa humana, conforme elenca Dias:

Outra definição de políticas públicas pode ser sintetizada da seguinte maneira: são as ações empreendidas ou não pelos governos que deveriam estabelecer condições de equidade no convívio social, tendo por objetivo dar condições para que todos possam atingir uma melhoria da qualidade de vida compatível com a dignidade humana. (DIAS; MATOS, 2012, p.12).

Conforme Larry Gerston, Sebrae e Dye apud Dias e Matos (2012, p.12), atribuem outras definições sobre políticas públicas:

A combinação de decisões básicas, compromissos e ações feitas por aqueles que detêm ou influenciam cargos de autoridade do governo (Larry Gerston). São a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público (Sebrae). É o que os governos decidem ou não fazer (Dye).

Dito isto, em síntese as Políticas públicas são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico.

1.2 Conceito de Drogas

A droga pode ser considerada uma substância natural ou sintética que pode alterar funções do organismo, com fins terapêuticos ou não, conforme Jesus, Damásio E.de:

Qualquer substância natural ou sintética que, ao entrar em contato com um organismo vivo, pode modificar uma ou várias de suas funções; é uma substância química que tem ação biológica sobre as estruturas celulares do organismo, com fins terapêuticos ou não. (JESUS, 2009, p.19).

Para os gregos na antiguidade as drogas são consideradas determinado ingrediente ou substância química que por natureza produz algum efeito no indivíduo que tem dois efeitos, podendo ser considerado remédio e veneno. A droga no tange a seus efeitos tem um poder de cura ou ameaça, curativa e mortífera, dependendo da quantidade da dose aplicada ao organismo. O conceito de droga esta vinculada a palavra grega:phármakon, de acordo com entendimento de Escohotado, Antônio:

A droga, por si só, é uma substância ou ingrediente químico qualquer que por sua natureza produz determinado efeito. Os gregos da antiguidade nos legam um conceito muito exemplificativo do que é a droga. Trata-se da palavra phármakon. Para eles, essa palavra designava uma substância dotada de duplo efeito: remédio e veneno. Nota-se, que a expressão phármakon não se refere a substâncias inócuas e nem a substâncias puramente venenosas. Ela designa um composto que naturalmente congrega em si potencial de cura ou de ameaça. O que faz phármakon assumir um ou outro efeito no organismo é a proporção de sua dose que pode ser curativa ou mortífera. (ESCOHOTADO, 1998, p. 20).

O termo droga também se encontra conceituação no vocábulo holandês, que significa “folha seca”, pois os medicamentos podem ser feitos como no passado, através de vegetais. Segundo e valendo-se da linguagem médica a droga pode ser considerada qualquer substância capaz de alterar as funções dos organismos vivos, se consubstanciando em transformações fisiológicas e psicológicas, que colocam o termo droga próximo da expressão: medicamento, que é tido quase como um sinônimo, por isso a droga, no que se refere ao seu conceito, esta se reveste da denominação: medicamentos. Com isso, pode-se dizer que a droga pode ser considerada medicamento, pois ambas podem ser quase sinônimo uma da outra ,segundo Nery Filho, *et al*:

O termo droga vem da palavra “droog”, do holandês arcaico, significando “folha seca”, uma vez que no passado quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. Em linguagem médica, droga é qualquer substância capaz de modificar uma ou mais funções dos organismos vivos, resultando em mudanças

fisiológicas ou psicológicas (sendo, portanto, quase sinônimo de medicamento). (NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p.117).

Em sentido estrito o termo droga é utilizado para situações em que as substâncias atuam no sistema nervoso central, ou seja: o cérebro, mudando de certa forma o psiquismo, em virtude disso a literatura especializada alterou o termo droga relacionada ao psiquismo pela expressão: substância psicoativa, ainda seguindo entendimento de Nery Filho, *et al*:

O termo ' droga', usado no sentido estrito para aquelas substâncias que atuam sobre o nosso sistema nervoso central (cérebro), modificando de algum modo o nosso psiquismo, em sendo substituído na leitura especializada pela expressão *substância psicoativa*.(NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p.117).

Ainda afirma, Duarte, *et al*:

Droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que altera o funcionamento normal do corpo. Algumas delas podem afetar a pessoa modificando sua maneira de perceber as coisas, pensar, sentir e se comportar. São as chamadas drogas psicoativas. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p.10).

No Brasil, a legislação define como droga "as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União", segundo o parágrafo único do art. 1.º da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas).

1.3 A inserção do consumo de drogas na sociedade e a evolução histórica da Legislação de Drogas

No que concerne na relação do homem com a droga é necessário para dar continuidade no desenvolvimento do presente trabalho monográfica, através dos mecanismos de pesquisa para vislumbrar o contexto histórico da ligação do indivíduo com a droga que não é algo que somente se dar nos dias de hoje, massim como um fato que vem se desenvolvendo ao longo da história. Nesse sentido Rosa deixa claro:

O consumo sistemático de substâncias psicoativas, ou seja, de substâncias que de alguma forma agem no sistema nervoso, na consciência ou na psique humana, sempre estiveram presentes no desenvolvimento da humanidade, existindo uma bibliografia bastante extensa e diversificada que revela as diferentes maneiras como esses produtos são elaborados, usados e representados socialmente por diferentes civilizações ao longo da história. (ROSA, 2012, p.29 e 30).

No período dos impérios coloniais a droga era utilizada como remédio com intuito obviamente de curar doenças e reduzir as dores no corpo. A droga nos primórdios também era usada como uma forma de se distrair dos problemas casuais da vida foi e também como um meio dos fies se comunicarem com os seus deuses e até mesmo como mercadoria ou moeda de troca, conforme elenca Martins:

Perde-se nos tempos a tradição do consumo de drogas, cada povo e cada cultura vão tendo as suas. Uma vez, o homem procurou nelas a nutrição física, outras, andou à cata de remédio para as suas doenças, outras ainda, para alimentar sonhos ou alcançar o transcendente, influenciar o humor, buscar a paz ou a excitação, enfim, simplesmente para abstrair do mundo que o cerca e o perturba em dado momento da sua existência . E certo mistério que rodeava o templo de Eleusis, desde o século iv a. C. até à idade helénica, onde dominava o culto dos deuses Demétrio (com uma papoila a ornar as suas estátuas), Dionísio e Orfeu, foi perdurando numa aura mítica que agora a pouco e pouco se desfaz numa boa parte dos países. No período dos impérios coloniais, as drogas foram usadas predominantemente como moeda de troca, numa indiferença completa pelas consequências do seu uso para fins diferentes dos medicinais ou de medianeiras nos contatos com o transcendente. (MARTINS, 2007, *online*).

Consideram-se as drogas de origem natural àquelas que primeiro fizeram parte da vida das pessoas há muito tempo atrás, ou seja, as drogas que primeiro foram descobertas e utilizadas pelo homem e que na mesma medida se expandiu. As primeiras drogas que fizeram parte da vida das pessoas foram: o cannabis, a coca e o ópio.

Os cannabis, conhecida como maconha, segundo relatos têm sua origem ou berço na Ásia e fazia até parte dos medicamentos que o imperador Chen – nong tinha em sua dispensa e na Assíria esta planta foi usada como incenso. Esse tipo de droga era misturado com bebidas e alimentos, sendo saboreadas pelos faraós da época que intitularam no rol de plantas consideradas sagradas nos livros egípcios. A proliferação dos cannabis seu no período das grandes imigrações, chegando a

América através dos escravos africanos conduzidos de Angola para o Brasil, sendo que foi na Jamaica, pela mão dos ingleses, que a sua cultura se exacerbou para atrair fibras, depois da Jamaica a droga ganhou destaque no México, de acordo com a obra de Martins:

Cultivada por causa das fibras, do óleo extraído dos seus grãos e como forragem para animais, cedo (2700 anos a. C.) se lhe reconheceram propriedades psicoativas, nomeadamente como sedativo para tratamento da alienação mental na farmacopeia do imperador Chen - nong. Os poderes estimulantes e euforizantes do cânhamo são elogiados num dos quatro livros santos do indo-arianos (1300 a. C.). Após secagem e redução a pó, as sumidades floridas são misturadas nos alimentos ou bebidas. Um papiro egípcio do século xvi a. C. cita a planta entre as drogas sagradas dos faraós. No século ix a. C. é usada na Assíria como incenso. A cannabis, conhecida como maconha, tem sua origem mais provável na Ásia, e a propagação pelo mundo deve-se ao período das grandes migrações. Um papiro egípcio de mais ou menos 1.300 a.C. indicou que a cannabis foi uma droga sagrada para os faraós. Provavelmente terão sido os portugueses, através dos escravos africanos idos de Angola para o Brasil, que introduziram a cannabis na América (liamba em Angola, riamba ou marimba no Brasil). Todavia, foi na Jamaica, pela mão dos ingleses, que a sua cultura (com a designação de ganja) se intensificou para a obtenção de fibras. Das Caraíbas para o México foi um salto, onde é rebatizada sob o nome mais vulgarizado — a marijuana. (MARTINS, 2007, *online*).

Acredita-se que a folha da coca foi produzida especialmente na Bolívia e no Peru, tem seu consumo dado de mais ou menos cinco mil anos atrás, quando regionais trituravam com os dentes a folha para diminuir os efeitos da altitude trazia para o corpo e também era utilizado pelos soldados ou guerrilheiros da época para facilitar a ficar mais atentos e aliviar o cansaço físico e mental nas horas de repouso quando saíam do combate.

Em meados do século XVI, com as colonizações, a Coroa espanhola chegou a cobrar imposto sobre a produção da folha de coca, haja vista seu cultivo trazer um bom rendimento para quem produzia. Seguindo os mesmos passos, a Igreja Católica também cobrou o dízimo sobre os rendimentos da venda da folha, segundo ainda Martins:

Na história do arbusto da coca e da folha da coca, cuja produção tem sido um quase monopólio dos países andinos, especialmente da Bolívia e do Peru, os gérmens conhecidos do seu consumo

tradicional remontam a cerca de 5000 mil anos atrás. O hábito da mastigação da folha de coca tem acompanhado a vida das populações daquela região nas suas funções laborais, sociais e de manifestação ritual. Mas aparece ligado particularmente ao alívio do esforço físico e mental provocado pelo trabalho em altitude (no planalto). Com a colonização espanhola e a exploração das minas, a mastigação da folha de coca continua a desempenhar o seu papel de refrigerio do cansaço e de lenitivo para a submissão às duras imposições desse trabalho. Em tempo de guerra, nomeadamente com o irromper das independências, a partir do início do século XIX, a folha de coca permite aos combatentes de ambos os lados suportar a fadiga e os rigores do clima. E o domínio sobre o cultivo e o mercado da folha de coca andou muitas vezes paradas com as conquistas realizadas. Apesar do fervor religioso do clero, que no início da colonização (século XVI) advogava a sua erradicação, por ver na folha de coca símbolo das crenças autóctones, o talismã do diabo, o seu cultivo persistiu dado o valor económico que representava, a ponto de não apenas a Coroa espanhola cobrar tributo sobre a mesma, como a própria Igreja dela arrecadar o dízimo. (MARTINS, 2007, *online*).

Rosa também esclarece e reafirma:

No entanto, o encorajamento da produção desta planta por parte dos colonizadores espanhóis, que qualificavam a folha sagrada dos incas como talismã do diabo, só se tornou possível depois da percepção de suas qualidades estimulantes que poderiam resultar na intensificação do trabalho tanto dos camponeses quanto dos mineiros da Bolívia e Perú, pois parte dos trabalhadores braçais as consumia objetivando aliviar o cansaço e a dor física. Na Colômbia, ao contrário destes dois países, as culturas de coca estiveram reservadas, até os anos 1970, para o consumo da população indígena. (ROSA, 2012, p.31).

Já o ópio era denominado como a planta da alegria no Médio Oriente. Seus traços com a medicina levaram Hipócrates e Aristóteles estudarem essa planta com afinco e chegaram, à conclusão de que o ópio tinha propriedade calmante.

Por volta de 1800 ocorreu a chamada "guerra do ópio", quando o imperador chinês Lin-Tso-Siu decretou a proibição do consumo e do comércio da droga no país, pois a China, neste período tornou-se um grande vendedor de ópio, principalmente para a Inglaterra, de acordo com estudo de Martins:

No Médio-Oriente, a papoila do ópio era conhecida pela planta da alegria. E as suas grinaldas perpassam pelas coroas dos deuses da mitologia grega (Morfeu sacode as papoilas todas as noites sobre os mortais a fim de lhes proporcionar repouso e esquecimento). Propriedades medicinais são-lhe atribuídas por Hipócrates (século V

a. C.), e Aristóteles, preceptor de Alexandre o Grande, indica-a como calmante e somnífero, a par das virtudes mágicas e religiosas. Nem o apelo direto do Imperador Lin-Tso-siu à Rainha Victória para que a Inglaterra terminasse com o contrabando evitou as denominadas guerras do ópio. Em 1839, a China, depois de uma discussão interna sobre se devia continuar a proibição da droga com os efeitos conhecidos do contrabando que os ingleses fomentavam desabridamente e a corrupção ou legalizar o seu comércio, ainda que controlado estadualmente com o risco de um desenvolvimento maciço do consumo, optou pela primeira alternativa e reagiu pela apreensão em Cantão de cerca de vinte mil caixas de ópio, isto é, 1400 toneladas, lançando simbolicamente o produto ao mar. (MARTINS, 2007, *online*).

No que concerne à evolução histórica da legislação de drogas é necessário observar como vimos anteriormente que a o consumo de drogas teve inserção na sociedade com indícios que este consumo esta presente desde a pré-história e conforme a humanidade tem evoluído vários países optou pela criação de legislações específicas, uma vez que a droga proliferou-se necessitando de regulamentação, pois as drogas passaram a fazer parte da vida social e alguns países entenderam por conter tal proliferação quanto ao do uso e tráfico através de discussões que fomentaram tratados e convenções se preocupando não só com a comercialização das drogas, mas com a saúde da humanidade quando o uso se torna abusivo e prejudicial.

Por esses motivos surgiram tais legislações e convenções como, por exemplo, a Convenção Internacional do Ópio, a Convenção Única sobre Estupefacientes e a Lei das Ordenações Filipinas.

Quanto a Convenção do opio, conforme Zaccone:

Realizou-se em 1911 a Primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia. Dessa conferência resultou a "Convenção do Ópio", em 1912, pela qual os países signatários criaram o compromisso de tomar medidas de controle da comercialização da morfina, heroína e cocaína nos seus próprios sistemas legais. Vale ressaltar que outras substâncias, como a cocaína, foram adicionadas devido a uma pressão inglesa, para que o ônus econômico da proibição recaísse também sobre outros países (França, Holanda, Alemanha), que estavam tendo lucros com o comércio da cocaína através da emergente indústria farmacêutica. (ZACCONE, 2007, p. 80).

A Convenção Única sobre Estupefaciente teve o seguinte objetivo, conforme Silva:

Em 1961, surge a Convenção Única Sobre Entorpecentes de Nova York - ratificada por cerca de cem países, liderada pelos Estados Unidos -, unificando e fortalecendo os anteriores tratados sobre drogas. A Convenção estabelece as medidas de controle e fiscalização, disciplina o procedimento para a inclusão de novas substâncias que devam ser controladas e fixa a competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional de entorpecentes. Aponta ainda as medidas que devem ser adotadas no plano nacional para a efetiva ação contra o tráfico ilícito, prestando-se aos Estados assistência recíproca em luta coordenada, providenciando que a cooperação internacional entre os serviços se faça de maneira rápida. Trouxe disposições penais, recomendando que todas as formas dolosas de tráfico, produção, posse etc., de entorpecentes, em desacordo com a mesma, fossem punidas adequadamente e recomendou tratamento médico aos toxicômanos e que fossem criadas facilidades à sua reabilitação. (SILVA, 2011, *online*)

Já quanto a Lei das Ordenações Filipinas, assim informa Silva:

A primeira legislação criminal no Brasil que puniu o uso e o comércio de substâncias tóxicas vinha contemplada nas Ordenações Filipinas, que tiveram vigência no Brasil de 1603 até 1830, quando entrou em vigor o Código Penal Brasileiro do Império. O texto era o seguinte: Livro. V Título LXXXIX. Que ninguém tenha em sua casa rosagar, nem o venda nem outro material venenoso. (SILVA, 2011, *online*).

Passada esta fase informativa que esclarece um pouco sobre a inserção das drogas na sociedade que se consubstanciou em legislações e convenções em diversos países, não obstante este trabalho tratara em seguida do desenvolvimento da legislação de drogas no Brasil.

1.4 Evolução da atual Legislação de Drogas no Brasil

A evolução da lei 11.346 de 2006 se deu por discussões, seminários, medidas, decretos, criação de conselhos e política sobre o tema que até o ano de 1998 não existia uma política nacional no Brasil destinado ao assunto droga e a redução da demanda, como da oferta de drogas. Essa redução de demanda esta relacionada a algumas ações no que tange á prevenção do uso indevido de drogas que podem gerar dependência, levantando a discussão sobre o tratamento e reinserção social. Já a redução da oferta esta ligada a atividades inerentes á repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas, conforme Duarte, *et al* :

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Redução da demanda: Ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como àquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes. Redução da oferta: Atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas legais 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. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.61)

A discussão sobre redução da demanda de drogas começou a partir da realização da Assembleia Geral das nações Unidas com a intenção de traçar medidas de caráter diretivo a fim de reduzir tal demanda de drogas, vinculando o Brasil nessa alteração. Para que fortificasse o plano de redução foram criados órgãos que auxiliam as políticas públicas sobre drogas, dentre eles o (CONFEN), que é o Conselho Federal de Entorpecentes, este modificado para Conselho Federal Antidrogas e a partir do CONAD foi idealizada e criada a Secretária Nacional Antidrogas, conhecida pela abreviatura SENAD. Vale ressaltar que esses conselhos e a secretária estão diretamente ligados a União e amparados legalmente, ou seja, tem previsão na legislação de drogas como centros de apoio a quem se interessar pelas políticas públicas sobre drogas, de acordo com Duarte, *et al*:

Foi a partir da realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD (Brasil, 2006), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.61).

O então Presidente da República através de Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD, que colocava em prática a tarefa de organizar essa política antidrogas, por meio de da chamada conexão e incorporação entre governo e sociedade. Em 2003, numa relação presidencial com o Congresso Nacional foi indicado e discutido uma diminuição da demanda de drogas no Brasil, com o intuito de analisar três pontos de

suma importância: integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações, a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações, segundo Duarte *et al* :

Com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade, e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD. Em 2003, o Presidente da República, em Mensagem ao Congresso Nacional, apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais: integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.61).

Nos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas houve dificuldades para implementação dessa política no Brasil, mas sempre manteve o foco no tema droga e se aperfeiçoando fundamentalmente no assunto, pois os Conselhos deveriam acompanhar as evoluções do ponto de vista social, político e econômico no Brasil e ao redor do mundo para que as medidas tomadas pelos Conselhos não se tornassem ineficientes e alcançasse o bem comum, assim diz Formigoni, *et al* :

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.62).

O SENAD ficou incumbido de coordenar e articular o procedimento e adaptação da política sobre drogas decorrentes das mudanças que a sociedade está exposta através de fóruns e seminários, conforme Formigoni, *et al*:

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum

Nacional sobre Drogas. Coube à SENAD a responsabilidade pela articulação e coordenação desse grande projeto nacional. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.62).

O realinhamento da política sobre drogas fez-se necessário a participação popular, com base em estudos científicos bem elaborados. Após esse realinhamento que se consubstanciou na Resolução nº3/GSIPR/CONAD, que alterou o nome de Política Nacional Antidrogas para Política Nacional sobre Drogas, Duarte exemplifica:

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas - PNAD e foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº3/GSIPR/CONAD. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.62).

Essa Política Nacional sobre drogas veio para elaborar, firmar e programar os fundamentos, objetivos e diretrizes estratégicas em prol da redução da demanda e da oferta de drogas, refletindo e se aperfeiçoando no tema drogas, Duarte esclarece:

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.62).

Devido aos avanços científicos e transformações sociais o SENAD orientou os parlamentares sobre a necessidade de uma nova legislação específica sobre drogas, pois a atual estava ultrapassada e em de acordo com os anseios sociais, econômicos e políticos, necessitando ser reelaborada e superada. Foi aí que todo esse esforço de readaptação culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, conforme Duarte, *et al*:

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, suplantando uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.62).

Com advento da Lei nº 11.343/2006, o Brasil entrou em outro patamar em relação a política nacional sobre drogas, se destacando até no cenário internacional ,ao instituir o SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Essa nova lei de 2006 veio para harmonizar e conciliar com os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: a Lei nº 6.368/1764 e a 10.409/2002, que teve como marco a diferenciação entre traficante e o usuário dependente da droga, seguindo entendimento de Formigoni, *et al*:

A Lei nº 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional, ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: a Lei nº 6.368/1764 e a 10.409/2002. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais prévios, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada e a ocupar capítulos diferentes na lei. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.63).

Seguindo a tendência mundial, o Brasil também entendeu que o usuário e dependente da droga em hipótese alguma pode ser penalizado pelo vício com a privação de sua liberdade colocado sob encarceramento, este não pode ser confundido com o traficante, pois o usuário e dependente de substâncias psicoativas necessita de tratamento, fazendo-o refletir sobre as consequências do consumo exacerbado, por isso Duarte ,diz:

O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de

oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.63).

Na mesma linha de raciocínio, entendendo-se que Lei nº 11.343/2006, impõe que a justiça quando é exercida por meio do castigo e métodos repressivos tornam-se ineficientes no que diz respeito a recuperação do usuário e em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana, pois o maior objetivo é a ressocialização destes, em virtude disso a legislação de drogas traz a possibilidade de penas alternativas para o dependente que sofre com o drama do uso indevido de substâncias psicoativas e entorpecentes, quais sejam : advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, como afirma Formigoni, *et al*:

Assim, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas, tais como: advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.63).

Dessa forma a o presente trabalho monográfico continuara buscando alcançar seu objetivo geral: que é analisar a importância das políticas públicas no combate às drogas e seu impacto na sociedade, como também os métodos de tratamento para o indivíduo que sofre com o drama da dependência, observando a Lei n.11.343, de 23 de agosto de 2006.

2 SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO COMBATE AO USO INDEVIDO DE DROGAS

2.1 O papel da União, dos Estados e municípios na política sobre drogas

A fim de compreender a atuação do Sistema Nacional de Políticas Públicas no combate ao uso abusivo de drogas faz-se necessário o estudo dos aspectos relacionados ao papel ou função da União, Estados e Municípios no que diz respeito à política sobre drogas, como também uma reflexão sobre o efeito das drogas na família, a diferenciação entre traficantes e usuários de drogas, quais são os tipos drogas lícitas e ilícitas, e as atribuições do sistema nacional de políticas públicas voltadas aos usuários de drogas sob o prisma da dignidade da pessoa humana, reinserção social e saúde pública.

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), prevê responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e a sociedade brasileira. A União tem por dever, por meio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), articular, integrar, organizar e coordenar as políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas, como também a repressão à sua produção não autorizada e o tráfico ilícito. Estados e municípios são os executores dessas políticas, conforme o art. 5º,III, da Lei 11.343/06:

Art. 5º. O Sisnad tem os seguintes objetivos: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 (BRASIL, 2006).

O Sisnad trabalha na perspectiva de demonstrar a inevitabilidade de uma cooperação entre os poderes públicos para por em prática os métodos de prevenção ao uso indevido de drogas, sendo assim o papel executório das políticas públicas previsto em lei transfere-se a responsabilidade aos entes federativos, podendo partilhar essa obrigação com instituições privadas e instituições sem fins lucrativos, como esclarece o art. 7º da Lei 11.343/06: “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”.

Quanto ao auxílio da União, os Estados, o Distrito Federal e Municípios na concessão de recursos as instituições públicas e privadas que abrem espaço para o processo de recuperação dos usuários de drogas a Legislação não é omissa no que diz respeito ao repasse, tanto é que deixou a possibilidade da descentralização codificada nos artigos 24 e 25 da atual Legislação de Drogas:

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 (BRASIL, 2006).

Diante disso, fica nítida a importância do papel do poder público por meio de seus entes, órgãos, agentes e instituições na concretização dos objetivos traçados pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas no combate ao uso indevido de drogas. Deixando claro que tal missão alcança deve ser compartilhada com a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, pois são delegados para apoiarem normas que atendem o princípio norteador de sua função que é o interesse público, levando em consideração que o uso abusivo de drogas pode ocasionar problemas à saúde do indivíduo, mudança de comportamento, à vida familiar e social.

2.2 O Efeito das Drogas na Família

O uso abusivo de drogas pode ocasionar problemas à saúde do indivíduo, mudança de comportamento, à vida familiar e social, podendo necessitar de um tratamento especial para que o dependente se reabilite e vença o vício. O tráfico de drogas pode ser considerado o fato gerador que leva o usuário a se tornar um dependente, fazendo com que o uso abusivo traga consequências graves para a sociedade brasileira, sendo um dos principais responsáveis pela violência, criminalidade e degradação familiar, uma vez que o traficante enriquece a custa do

usuário, que para manter o vício chega ao ponto de tirar pertences da família para pagar a droga vendida pelo traficante, conforme informativo TI Drogas ilícitas:

As drogas trazem vários problemas, não apenas para o indivíduo que a usa, mas para a família e para a sociedade de um modo geral. O indivíduo com o tempo vai ficando agressivo, e se afasta cada vez mais da família, passa o dia fumando ou achando meios de conseguir mais. Às vezes chega a roubar seus próprios familiares, e dessa maneira as drogas vão indiretamente acabando com a unidade familiar. O viciado, dessa forma, vai querer sempre mais, mas não tendo como sustentar o vício, começa a cometer outros crimes para ter dinheiro, tudo para sustentar o vício. Os traficantes, que vendem drogas, enriquecem a custa destes usuários, que para pagarem as drogas aos traficantes, roubam, matam, sequestram, e cometem tantos outros crimes. Esses crimes só tendem a piorar a imagem da nossa sociedade, a decadência da democracia e do governo brasileiro, que não consegue controlar o comércio desenfreado de drogas (o narcotráfico). Dessa forma, a culpa da dispersão das drogas pelo mundo, é muito mais do traficante do que do viciado. Isso porque o traficante induz a pessoa a fumar pela primeira vez para que ela se torne dependente, as demais vezes que o usuário compra, na verdade não é por vontade própria, mas por uma necessidade física, muitos viciados querem sair do mundo das drogas, mas são impedidas pelo vício plantado pelos traficantes. Estes ainda ameaçam os usuários se pararem de consumir ou não pagarem pela droga, ajudando na destruição da sociedade. (TI DROGAS ILÍCITAS, 2012, *online*).

O transtorno causado pelo hábito exacerbado de substâncias psicoativas infelizmente podem ocasionar um perigo para a vida, saúde e integridade física do indivíduo, podendo deixar em muitos casos à margem do convívio social, impossibilitando de estudar, trabalhar e viver dignamente, pois o relacionamento com a droga se tornou prioridade ,segundo Gabatz, Rib, *et al*:

Dessa forma, as drogas geram relevante impacto na vida dos usuários, levando-os às perdas físicas e psíquicas. Elas são responsáveis pela perda de emprego, de bens materiais, de rompimento dos vínculos familiares e, também, malefícios à saúde. Assim sendo, manter relacionamentos conjugais e parentais é muito difícil, na medida em que o usuário tem a tendência de substituir o relacionamento em sociedade pelo relacionamento com a droga. (GABATZ, *online*).

Assim dispõe o Art. 22, IV da Legislação de Drogas: “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: IV-

atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais”. Sendo assim reconhece-se que a família também pode se tornar vítima do uso de drogas, devendo esta ser incluída nas atividades relacionadas com a reinserção do usuário, pois a participação da família na reabilitação do seu ente é de extrema relevância, em virtude dessa importância a entidade familiar é orientada acerca dos métodos de prevenção e atenção ao dependente por equipes multiprofissionais, pois os parentes próximos daquele que está na fase de tratamento ,tentando vencer o vício necessita do apoio familiar tanto na fase de tratamento e quando é reinserido a sociedade, conforme entendimento de Mendonça, *et al* :

É de extrema relevância a ampliação dos alvos destas atividades. Consoante os arts. 20 e 21 da Lei, não apenas os usuários e os dependentes de drogas necessitam de atenção e reinserção social, mas também seus familiares. Com isso, admitiu-se que a família do usuário e do dependente é figura-chave nestas atividades, tanto por ser de vital importância sua participação no processo de reinclusão como por constituir, a própria família, uma vítima do uso de drogas. (MENDONÇA; CARVALHO, 2012, p. 46).

A paz familiar pode ser comprometida pelas mudanças comportamentais de pelo menos um dos seus membros, pois o ambiente na maioria das vezes fica propício a discussões, brigas e agressões motivada pelo usuário que passou dos limites, não tendo controle mais de si mesmo o colocando na condição de doente, necessitando de tratamento, podendo a família recorrer aos programas de atenção ao usuário que recebem ajuda do órgão governamental, como por exemplo: as comunidades terapêuticas. Dessa forma entende-se que a família está inserida no contexto do consumo abusivo de drogas, pois podem sofrer bruscamente com tal realidade sendo essa entidade, denominada de família o principal elo entre o indivíduo e sociedade.

2.3 Quanto à Diferenciação do Traficante para o Usuário

Dentre os pressupostos da política nacional sobre drogas está a busca em reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.

No âmbito jurídico social e normativo a legislação de drogas sofreu alterações e atualizações com sanção do Presidente da República na busca de melhorar os aspectos relativos à prevenção e tratamento dos usuários e a diferenciação do usuário para o traficante e suas respectivas medidas, conforme Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira, *et al*,2006,p.27:

A legislação brasileira sobre drogas foi atualizada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 23 de agosto de 2006. O Projeto de Lei (PL) nº 115/02 do Senado tornou-se a lei nº11.343/06 e substituiu as leis nº6.368/76 e nº10.409/02, sobre drogas, até então vigentes no país. A nova lei coloca o Brasil em destaque no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias. Entre os principais pontos a serem destacados está a distinção clara e definitiva entre usuários / dependentes de drogas e traficantes, colocados em capítulos diferentes. A nova lei não descriminaliza qualquer tipo de droga. Apesar de o porte continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade, mas, sim, a medidas socioeducativas aplicadas pelos juizados especiais criminais. (DUARTE, *et al*,2006,p.27).

É notória a dificuldade em estabelecer critérios claros no que diz respeito à diferenciação do traficante e usuário, podendo dificultar o método de tratamento de ambos quando confundidos, pois com advento da lei 11.343/06, estabelece-se o tratamento diferenciado ao usuário buscando desassociar a imagem criminoso deste agente, e buscando vislumbrar o usuário como um doente, necessitando de tratamento diverso do traficante, este considerado como uma pessoa que negocia substâncias ou os produtos capazes de causar dependência.

No que diz respeito ao tráfico a legislação deixa explícito a sua preocupação quando trata no Título IV da repressão à produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas, tipificando como crime e endurecendo a pena, deixando a penalidade para o tráfico variando de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos de reclusão ,de acordo com o art.35 da lei:

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 (BRASIL, 2006).

No que concerne ao usuário o pensamento da atual legislação de drogas está voltado para a atenção e reinserção social de usuários ou de dependentes químicos, colocando como priori o tratamento destes, por isso as medidas aplicadas para o consumo pessoal é mais brando em relação ao traficante, aplicando como, por exemplo, medidas de caráter socioeducativo, conforme o art.28 da 11.343/06:

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 (BRASIL, 2006).

Desta forma, é possível observar a inexistência da pena de prisão para o usuário ou dependente, deixando claro que o uso da droga é vista como ato que prejudica a saúde, sendo considerada uma doença, por isso a intenção e preocupação em relação ao consumidor de drogas e o dependente é com o tratamento, ajuda e apoio e não com punição legal.

2.4 Drogas Lícitas e Ilícitas

O termo droga necessita de abrangência no que concerne ao conhecimento do que são as drogas lícitas e ilícitas, sendo as lícitas àquelas permitidas por lei, como o álcool, o tabaco e os medicamentos que possuem tarja preta na sua embalagem e as ilícitas são as que provocam dependência, afetam o sistema nervoso central e modificam as sensações e o comportamento do indivíduo, mas algo em comum entre elas é que ambas trazem problemas e transtornos, como declara Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza, *et al*:

É comum às pessoas pensarem que as drogas lícitas, por serem comercializadas livremente, não trazem problemas. Tem gente que pensa até que não são drogas, cerveja, vinho, cachaça, cigarro, medicamentos controlados – conhecidos como “tarja preta”, pelo fato de existir uma faixa preta em sua embalagem - tinner e cola de

sapateiro são exemplos de drogas que, quando consumidas, provocam alterações no funcionamento do cérebro da pessoa. Como essas drogas podem ser comercializadas, as pessoas tem maior dificuldade para entender que seu uso pode levar problemas. O exemplo mais comum desse tipo de duvida é o que envolve consumo o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco. (FORMIGONI, *et al.*, 2010. p.11).

No que se refere às drogas ilícitas o material didático Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins ainda esclarecem que: o uso dessas drogas merece atenção, pois pode trazer problemas á saúde, provocar mudanças de comportamento em quem as usa e causar dependência, além de problemas com a Justiça. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p.18).São exemplos de drogas lícitas: o álcool, o cigarro de tabaco e outras de uso comum do dia a dia para fins de limpeza, tratamento médico e estética que para muitos não é considerado como droga, mais são, como por exemplo: os solventes e inalantes, calmantes, anfetaminas e anabolizantes. Quanto ao álcool e o cigarro de tabaco Formigoni *et al* ,esclarece:

O álcool é tão presente no nosso dia a dia que algumas pessoas chegam a achar que não é droga. Mas é! Normalmente, é usado para brindar nos momentos alegres, nas festas, para confraternizar no futebol ou para relaxar depois do trabalho e nos fins de semana. As bebidas alcoólicas estão em muitas situações e muitas vezes seu consumo pode se tornar problemático. O cigarro é outra droga sobre a qual é preciso se informar. Muita gente acha que seu uso não é preocupante, mas muitas pesquisas já mostraram que uma das dependências mais comum é a do tabaco. Não custa reforçar: fumar traz muitos prejuízos à saúde, não só para quem fuma, mas também para quem está perto e respira a fumaça. Vale ressaltar que, em muitas localidades do país, foi aprovada a Lei Antifumo, que proíbe fumar em locais fechados, como bares, restaurantes e shopping centers. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p.11 e 13).

Ainda sobre as drogas lícitas, em relação às utilizadas para limpeza, como medicamento e estética, podendo ser prejudiciais, começando pelos solventes e inalantes no que tange sobre elas e seus efeitos de Formigoni *etal*, explica:

Solventes e inalantes. O que são. Presentes em alguns produtos comerciais, solventes são substâncias usadas para dissolver outras substâncias e inalantes são substâncias que podem ser aspiradas pelo nariz ou pela boca. Exemplos: lança-perfume, “cheirinho da loló”, cola de sapateiro, tinner etc. Efeitos e consequências: No começo, a pessoa sente euforia, alegria exagerada e descontração.

Mas, pouco tempo depois ela fica com andar cambaleante, fala arrastada e dificuldade para raciocinar. Estas substâncias podem provocar morte por ataque cardíaco, além disso, a pessoa pode cair e bater a cabeça ou desmaiar em cima da droga e se asfixiar. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p.14 e 15).

Sobre os calmantes, no tange aos seus efeitos e consequências, segundo Formigoniet al:

O que são. São medicamentos que fazem o cérebro funcionar mais lentamente, também chamados de “tranquilizantes”. Exemplos: diazepam e outros medicamentos de venda controlada, também conhecidos como “tarja preta”. Efeitos: Podem ser usados para diminuir a ansiedade, a insônia ou o nervosismo. Consequências: Quando usados indevidamente, sem acompanhamento médico, podem trazer problemas, inclusive dependência. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p. 15).

Quanto às anfetaminas, que são medicamentos para emagrecer e tirar o sono, Formigoniet al ,exemplifica :

O que são. São medicamentos que aumentam a atividade do cérebro, receitados com o objetivo de fazer a pessoa perder peso. Exemplos: remédios conhecidos popularmente como “bolas” ou “bolinhas”. Eles têm venda controlada. Efeitos: Diminuem o sono, o apetite e o cansaço; deixam a pessoa “ligada”. Consequências: Quando usados indevidamente, sem acompanhamento médico, podem causar dependência. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p. 15 e 16).

Já os anabolizantes, segundo Formigoniet al:

Também conhecidos como “bombas”, os anabolizantes são drogas que trazem graves riscos à saúde se consumidas sem orientação médica. Muitas pessoas usam para “parecer mais fortes”, pois estas drogas aumentam a musculatura. Elas são produzidas em laboratórios, sendo parecidas com a testosterona, que é o hormônio masculino produzido naturalmente pelo corpo. Esses medicamentos podem ser recomendados pelo médico no tratamento de certos tipos de anemia ou para ajudar no desenvolvimento da musculatura e de características masculinas em pessoas com certas doenças. O uso acompanhado pelo médico é permitido, mas a receita é controlada e fica retida na farmácia. Exemplo: Deca-durabolin. Efeitos: Por afetar uma região do cérebro responsável pelas emoções, estas drogas podem causar euforia e mudanças rápidas no humor (de muito triste para muito alegre em pouco tempo) e paranoia (medo de estar sendo perseguido). Essas drogas também podem prejudicar a memória e a aprendizagem. Vários medicamentos à base de anabolizantes são

vendidos irregularmente em academias e farmácias. Consequências: O uso indevido dessas substâncias pode produzir irritação, agressividade, problemas graves de espinhas nas costas e no peito, câncer no fígado e até levar à morte. Nos homens, é possível haver redução dos testículos, acarretando a dificuldade para ter filhos; nas mulheres, pode haver crescimento dos pelos faciais e engrossamento da voz. Adolescentes que usam anabolizantes podem ter problemas de crescimento. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p. 16 e 17).

São exemplos de drogas ilícitas: a maconha, crack, merla e a êxtase.

Sobre os efeitos da maconha Duarte *etal*, explica:

A maconha pode provocar sensação de relaxamento e vontade de rir à toa, além da sensação de estar sendo perseguido, pânico, vontade de não fazer nada. As pessoas que usam maconha podem ter delírios, imaginar coisas, ficar meio distraídas, com alteração na percepção do tempo e do espaço. Esse efeito representa perigo para a realização de várias atividades, como atravessar a rua, dirigir automóvel, operar máquinas, entre outras. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p.19).

No que se refere à cocaína, crack e merla, Duarte esclarece:

Cocaína, crack e merla são drogas que têm a mesma origem; a diferença está na forma de apresentação: a cocaína é um pó, que pode ser cheirado ou diluído em água e injetado; o crack é uma pedra e a merla é uma pasta. Geralmente, o crack e a merla são fumados e, por isso, produzem efeitos rapidamente. Essa característica torna o crack uma droga “poderosa”, já que a sensação de prazer, euforia e poder ocorre instantaneamente. Porém, os efeitos duram pouco tempo, levando o usuário a querer consumir de novo logo em seguida. As pessoas que usam estas substâncias ficam agitadas e, com altas doses, podem ver ou ouvir coisas que não existem ter convulsões, entre outros efeitos. O uso dessas drogas pode causar ataque cardíaco, derrame cerebral, além de prejudicar os pulmões e diminuir o desejo sexual. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p.20).

Sobre o êxtase, Duarte diz:

O êxtase é uma droga que se apresenta na forma de comprimidos em grande variedade de cores, tamanhos e desenhos. É conhecido como “bala” ou “droga do amor”. O uso de êxtase com frequência pode causar agitação, ataques de pânico, irritabilidade, medo injustificável de que alguém lhe faça mal e depressão. O ecstasy aumenta os batimentos do coração, a pressão do sangue e a

temperatura do corpo (febre), podendo prejudicar os rins, levar ao coma e à morte. (DUARTE; FORMIGONI, 2010, p.21).

Existe certa dificuldade de reconhecê-la o álcool, tabaco e tranquilizantes como droga, pois seria ofensivo a seus usuários, em virtude disso o termo droga foi substituído por substâncias psicoativas, mas é de suma importância salientar que essas substâncias, mesmo sendo consideradas legalísticas podem modificar a psique ,assim como a consideradas substancias psicoativas ilegais também produzem alterações no que se refere ao processo psíquico do ser humano, de acordo com Nery Filho; Ribeiro Jacobina:

O principal mito, com o qual nos defrontamos, consiste no de não se considerar as drogas legais ou lícitas – por exemplo, o álcool, tabaco e medicamentos tranquilizantes – como as principais produtoras de dependência química, no Brasil e em quase todos os países ocidentais. Ninguém pensa no álcool ou tranquilizantes como “drogas”. É necessário saber que as substâncias psicoativas (expressão proposta pela Organização Mundial de Saúde – OMS, para substituir o termo drogas, geralmente de conotação pejorativa),englobam não só a maconha ,cocaína ou heroína ,mas todos os produtos capazes de alterar o psiquismo. (NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p. 22).

No que concerne ao álcool é de longe a droga mais conhecida e consumida, pois essa substância esta inserida na nossa cultura, fazendo parte da vida cotidiana, fazendo necessário distinguir o seu uso como marco da cultura e atentar para os riscos e danos causados pelo consumo desenfreado dessa bebida ,que tem sido um dos principais fatos geradores de acidentes e mortes no transito, conforme Nery Filho; Ribeiro Jacobina:

O álcool é, das substancias psicoativas, que causa mais doenças, mais desajustamento familiar, mas faltam ao trabalho e sobre tudo mais acidentes de trânsito: 75% das mortes no trânsito têm no álcool o determinante fundamental. Devemos esclarecer que uma lata de cerveja de 350 ml, corresponde aproximadamente dois copos e meio, é capaz de modificar a atividade cerebral sem que haja qualquer sinal clinico externo: contudo, algumas pessoas sofrerão redução na capacidade de evitar um acidente. Então, a droga álcool é aa droga mais séria, mais grave, mais importante para trabalharmos. (NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p. 22).

A preocupação somente com aquelas substâncias psicoativa ilícitas é inequívoca, pois as legais também provocam danos sociais e a saúde do próprio

indivíduo consumidor da droga. A maconha que é classificada como um tipo de substância ilícita e mais lembrada pela mídia, escola e mais reprimida pela polícia, sendo que essa droga pode ter impactos desastrosos menores do que aquelas consideradas lícitas, ficando nítido que política de drogas não pode atentar somente para determinadas drogas, esquecendo-se dos danos sociais e a saúde do usuário que as denominadas lícitas podem causar segundo Nery Filho; Ribeiro Jacobina:

Temos constatado que a substância mais referida pela imprensa, tanto quanto a mais combatida pela polícia, temida pela escola e pela família, é a maconha. Se compararmos os danos sociais causados pelo álcool, pelo tabaco e pelos medicamentos psicotrópicos, com os danos causados pela maconha, seremos obrigados a admitir que, até hoje, a política de drogas no Brasil tem mirado o alvo errado: os danos sociais e de saúde causados pelo consumo de maconha são incomparavelmente menores do que aqueles produzidos pelas substâncias lícitas que acabamos de mencionar. (NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p. 23).

Não significa dizer que a maconha é desprovida de efeitos ruins, e tida como algo sempre apropriável, pelo contrário seus efeitos motivada pelo consumo produzem efeitos no organismo humano, como por exemplo, diminui o número de espermatozoides pela redução do hormônio masculino testosterona, interferindo processo de transformação física da criança para adulto, lembrando que ela não produz a morte por envenenamento do ser humano, como é o caso que pode acontecer com os inalantes, como declara Nery Filho; Ribeiro Jacobina:

Indiscutivelmente, a maconha é uma droga séria, uma droga que causa desmotivação, sobretudo na adolescência; que diminui o número de espermatozoides pela redução do hormônio masculino testosterona, interferindo processo de transformação física da criança para adulto. Essa droga, entretanto, não é capaz de produzir morte por intoxicação aguda, como acontece, por exemplo, com o éter ou com a loló (inalantes), largamente utilizado durante o carnaval baiano.(NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p. 23).

Não obstante, muitos também confundem os consumidores de substâncias psicoativas ilícitas como um eventual viciado ou como personagens com características vexatórias, fazendo suposições como se fossem uma determinada pessoa sem higiene, traficante, assaltante ou um afetante da ordem pública e violento ,que nem sempre são, pois muitos usuários de drogas consideradas ilícitas,

como a maconha não tem transtornos comportamentais ao ponto de interferir e causar danos a terceiros, pelo contrário muitos consomem essa droga e podem ainda assim desempenhar uma boa função na sua profissão na empresa a qual integre, devendo observar que a não modificação comportamental desses indivíduos pelo uso da maconha não implica dizer que não terá risco a saúde, pois tem, e o seu uso futuramente acarreta mudanças físicas, assim aduz Nery Filho; Ribeiro Jacobina:

Com relação às drogas ilícitas, o mito consiste em considerar que todo consumidor necessariamente se transformará num toxicômano, representado na figura de um indivíduo sujo, assaltando gente, transtornando a vida social. O antropólogo e professor do Departamento de Antropologia da UFBA, Dr. Edward MacRae, pesquisador associado do CETAD/ UFBA, realizou uma pesquisa sobre o consumo de maconha entre profissionais liberais bem estabelecidos na Bahia e em São Paulo, verificando que o consumidor regular desta planta não alterava as atividades sociais nem transtornava o desempenho social destes profissionais. Em longo prazo, poderão ocorrer transtornos físicos sem modificações de comportamentos. O que estou querendo dizer é que as pessoas geralmente relacionam o uso de droga ilegal com distúrbio de comportamento. Em geral, a modificação de comportamento é um sintoma, vem depois; mais raramente, a existência de um distúrbio psíquico ocasiona o uso de uma substância psicoativa ilícita. (NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p. 25).

As modificações no comportamento não configuram mudança do indivíduo quanto a sua personalidade, o uso de certas substâncias psicoativas lícitas e ilícitas podem provocar repentinas mudanças no comportamento apenas ,por exemplo:o consumo do álcool, pode deixar a pessoa mais desinibido; se usa a maconha fica mais lento e se usa cocaína, fica mais estimulado, assim explica Nery Filho; Ribeiro Jacobina:

Não se deve confundir as modificações imediatas – e transitórias – de comportamento, produzidas por uma ou mais substâncias psicoativas com os distúrbios permanentes relacionados com transtorno de personalidade. Se alguém usa o álcool, fica mais desinibido; se usa a maconha fica mais lento; se usa maconha fica mais lento; se usa cocaína, fica mais estimulado. Contudo essas modificações cessam em algumas horas. (NERY FILHO; RIBEIRO JACOBINA, 1999, p. 25 e 26).

Desta forma, apontaram-se especificamente os diferentes tipos de drogas, relatando-se sobre o efeito e as consequências provenientes do consumo de substâncias psicoativas, sendo elas lícitas e ilícitas. No próximo tópico será abordado sobre como as comunidades terapêuticas trabalham na prevenção ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, como uma forma de reinserção social.

3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

3.1 Histórico de Criação das Comunidades Terapêuticas

Na segunda década do século XX entre os anos de 1916 e 1920, um movimento chamado Oxford foi fundado por um ministro chamado Frank Buchman a título de uma organização religiosa, sendo a entidade recebendo o nome de First Century Christian Fellowship, onde eram liberadas sermões para edificação dos membros da Igreja Cristã, conforme Duarte:

O Grupo de Oxford (por vezes chamado de “movimento”) foi uma organização religiosa fundada na segunda década do século XX por Frank Buchman, ministro evangélico luterano. Seu primeiro nome, First Century Christian Fellowship, transmitia sua mensagem essencial – um retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã. (DUARTE, 2009, p.227).

O grupo Oxford tentava trabalhar na intenção de orientar o indivíduo nas diversas formas de sofrimento, inclusive o movimento auxiliava aqueles que porventura tivessem transtornos mentais e que enfrentavam problemas relacionados ao alcoolismo, Duarte explica:

A missão de Oxford para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano. Embora não fosse o foco principal, os transtornos mentais e o alcoolismo, na qualidade de erosão espiritual, segundo a visão do grupo de Oxford, eram contemplados pelas preocupações do movimento. (DUARTE, 2009, p.227).

Os transtornos mentais e o alcoolismo eram contemplados pelas preocupações do movimento por serem considerados sinais de destruição espiritual. O trabalho do grupo Oxford na sua metodologia incluía a ética do trabalho, a orientação partilhada e os valores religiosos da honestidade, da pureza, do sacrifício e do amor, o autoexame, a reparação e o trabalho em conjunto, sendo esses os valores e princípios do grupo religioso para tentar ajudar aqueles que enfrentavam alguma dificuldade com o uso abusivo do álcool (KERR-CORRÊIA, 2013).

Uma associada do grupo Oxford encontrou com um indivíduo que reconheceu seu intenso anseio em ingerir bebida alcoólica, e na procura por

orientação para vencer essa vontade a associada do movimento religioso indicou para que fosse a procura de um dependente químico, sendo que a partir desse dialogo entre este que tinha o desejo fortemente de beber e o dependente de álcool deu-se inicio a fundação da Associação dos alcoólatras Anônimos, segundo Duarte:

Durante uma viagem de negócios a Akron, Bill W, sentiu forte desejo de beber. Henrietta Sieberling, associada ao Grupo de Oxford em Akron, indicou a Bill W. o nome de Bob S., outro dependente de álcool. A conversa entre os dois homens foi o momento fundador dos AA. A experiência de troca mútua desencadeou sua própria missão de ajudar outros alcoolistas. (DUARTE, 2009, p.227).

Seguindo o entendimento de Fracasso (2017) considera-se que o grupo Oxford pela sua concepção de trabalho terapêutico com dependentes, tem bastante influencia no que diz respeito à criação e desenvolvimento das CT's, embora os transtornos mentais e o alcoolismo não fossem os focos principais, estes problemas também eram contemplados pelas preocupações do movimento por serem sinais de destruição espiritual.

O movimento não é exclusivamente uma comunidade terapêutica, mas inspirou o modelo da Comunidade Terapêutica psiquiátrica que foi primeiramente desenvolvido na unidade de reabilitação social do Hospital Belmont (mais tarde chamado de Henderson), na Inglaterra, na metade da década de 1940.

Tratava-se de uma unidade de 100 leitos voltada para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios de personalidade duradouros. Maxwell Jones (1972) e seus colegas, Rapaport (1960), Salasnick e Amini (1971), estudaram em profundidade as várias características da CT psiquiátrica, sendo a concepção de trabalho terapêutico com dependentes pelo Grupo Oxford, cronologicamente anterior à de Jones.

Na Califórnia foi o local onde surgiu a primeira Comunidade Terapêutica (CT), motivada pela ideia de vários dependentes de álcool que firmaram um acordo entre eles para que se unissem a ficar em abstinência e conseqüentemente tentar uma maneira de viver sem a necessidade constante de bebida alcoólica, foi a partir dessa iniciativa que nasceu a pioneira das Comunidades Terapêuticas, chamada de Synanon, de acordo com Duarte:

No dia 18 de setembro de 1958, Chuck Dederich e um pequeno grupo de dependentes de álcool em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficar em abstinência, buscar um estilo alternativo de vida. Assim, eles fundaram, em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica (CT), que se chamou Synanon. O grupo adotava um sistema de relacionamento direcionado, em uma atmosfera quase carismática, o que, naquelas circunstâncias, foi muito terapêutico. (DUARTE, 2009, p.228).

Em 1959, em Santa Mônica, na Califórnia, tendo por força fundadora da primeira (CT) a iniciativa de um dependente de álcool em recuperação conhecido por nome de Chuck Dederich, que complementou suas experiências ligadas ao grupo Alcoólicas Anônimas (AA) a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas a fim de intensificar e aprimorar o programa Synanon (KERR-CORRÊIA, 2013), episódio este que foi o principal marco histórico no que diz respeito à fundação da primeira Comunidade terapêutica de modo residencial com o intuito voltado ao tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas, seja elas qual for. Nesse sentido, Duarte reafirma:

O começo foi desprezioso e tinha as características clássicas de autoajuda. Dederich, ao lado de vários companheiros de AA, iniciou em seu apartamento grupos semanais de “associação livre”. Os participantes consideravam o grupo um novo tipo de terapia. Um ano mais tarde, as reuniões semanais deram origem à Comunidade Terapêutica residencial, e em agosto de 1959 a organização foi, oficialmente, fundada para tratar todos os usuários abusivos, independentemente da substância de escolha. (DUARTE, 2009, p.228).

Diferentemente dos encontros promovidos pela Alcoólatras Anônimos (AA), a Synanon apresentou um requisito para integração no seu programa que foi o de cessar o uso de drogas por parte dos usuários, pois na (AA) era permitido no seu grupo pessoas que ainda não tinham deixado o consumo de bebida. Na Synanon para que fosse inserido no programa e continuar nas dependências na entidade era necessário parar com uso de drogas, Duarte elucida:

A Synanon institucionalizou o requisito de interromper o uso de drogas para participar do programa. Assim, ao contrário das reuniões do AA, que contavam com a presença de pessoas que não tinham parado de beber, os residentes da Synanon tinham de ficar livres de substâncias como condição à participação no programa. (DUARTE, 2009, p.228).

Mesmo impondo como requisito para ingresso na Synanon a interrupção do uso de drogas que era permitida pela (AA), A Comunidade Terapêutica recebeu diversas formas de influencias, seja elas morais e espirituais do movimento religioso Oxford e do grupo Associados Alcoólicos Anônimos, com o decorrer do tempo a Synanon foi ganhando mais estrutura e aperfeiçoando o que foi recebido anteriormente pelos dois grupos acima citados através de influencias sociais, psicológicas e filosóficas, sendo assim ligando os valores éticos com o conhecimento científico. A real preocupação da comunidade era afastar o acolhido do contato com a droga, Duarte afirma:

Em resumo, a CT Synanon deu nova forma a várias influências, pois herdou elementos morais e espirituais do Grupo de Oxford e dos AA e parte dos 12 princípios e das 12 tradições deste último. Integraram a esses elementos outras influências sociais, psicológicas e filosóficas, todas com o objetivo não só de manter a sobriedade, como também de mudar o estilo de vida. O mais importante é que, num ambiente residencial de 24 horas, os indivíduos ficavam afastados dos elementos sociais, circunstanciais e interpessoais da comunidade mais ampla, que poderiam influenciar seu uso de substâncias. (DUARTE, 2009, p.229).

Sendo assim a (CT) Synanon recebeu uma base dos grupos antecessores que se preocuparam em atender os dependentes de álcool e depois desenvolveu métodos de forma evolutiva e revolucionaria no que tange ao tratamento de pessoas dependentes do uso abusivo de substancias psicoativas lícitas e ilícitas, sendo que do modelo elaborado pela Synanon outras Comunidades Terapêuticas foram criadas a partir dela, Duarte esclarece:

Nesses ambientes, a CT desenvolveu uma tecnologia de aprendizagem social que usava a totalidade da vida comunitária para alcançar metas complexas. Assim, a CT Synanon representou um passo evolutivo com relação a seus precursores, mas também foi revolucionária ao introduzir uma abordagem basicamente inovadora para o tratamento de dependência de drogas lícitas e ilícitas. Esse tipo de abordagem terapêutica se firmou e deu origem a outras CTs, que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon.. (DUARTE, 2009, p.229).

Esse tipo de alternativa terapêutica desenvolvida pela Synanon se firmou e deu origem a outras CTs, que conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela primeira (CT). A maioria dos programas que seguiram a

Synanon foi desenvolvida com a ajuda e participação de líderes comunitários, de membros do clero, de políticos e de profissionais de saúde e assistência social. As gerações subsequentes conservaram muitos elementos adotados pela Synanon (KERR-CORRÊIA, 2013).

Fica nítido a importância do movimento ou grupo religioso Oxford, da Associação dos Alcoólatras Anônimos que se consubstanciou na criação da primeira Comunidade Terapêutica na Califórnia, sendo esta que base para criação e estruturação de outras CTs contemporâneas. Delile e Fracasso (2011) reafirma sobre a existência do modelo Synanon, surgida na Califórnia: O outro modelo de CT dedicada a usuários de drogas foi Synanon, surgida na Califórnia no final da década de 1950, fundada por Charles Dederich, um antigo membro dos AA.

O modelo do programa Synanon, primordialmente sua característica se baseava em um grupo de autoajuda que se transformou em uma comunidade residencial com objetivo de tratar dos usuários de drogas, independente da substância preferida, mas depois o fundador Dederich, infelizmente modificou os métodos de tratamento e convivência que inicialmente nos primeiros anos após sua fundação serviu de parâmetro para as CT'S modernas. (FRACASSO, 2011).

Para Tinoco (2006) a Synanon se transformou em uma religião condicionada a veneração do seu líder Dederich e utilizando de meios violentos como forma de reeducação dos residentes, sendo alvo de abusos que fere os direitos humanos como uma forma de manter o acolhido no grupo, como por exemplo: os membros deveriam ter o mesmo uniforme e corte de cabelo, evidenciado que o objetivo desse programa era fazer com que os indivíduos aderissem a ideologia institucional, chegando a ser comparada como uma organização paramilitar, tratando os pacientes com autoritarismo, humilhação, exploração econômica, isolamento excessivo da CT em relação ao mundo exterior e a proibição da entrada da família e equipe técnica na comunidade fizeram com que o modelo Synanon, anteriormente inspiradora para criação de CT's, inclusive no Brasil, pois pautava-se quanto ao tratamento pelo cuidado, aprendizagem social, mútua ajuda e incentivando a mudança dos usuários por meio da autoreflexão, modelo este que atende a RDC 29/11 como regras de convivência básica da CT.

Sendo assim, a Synanon representou um importante passo para formação de outras CT's, recebendo críticas de diversos autores quando seu líder

transformou o programa como uma forma de arraigar seguidores para sua adoração pessoal.

3.2 A importância das Comunidades Terapêuticas

A comunidade terapêutica não é um simples local de acolhimento, mas sim um ambiente onde os residentes recebem auxílio de profissionais, tais como: psicólogos, assistentes sociais, instrutor físico, nutricionista e líderes religiosos que auxiliem os acolhidos pela instituição terapêutica. O modelo de acompanhamento dos internos por profissionais retira da comunidade terapêutica o caráter de simples local de acolhimento quando a equipe profissional desenvolve dentro da CT atividades que facilitam a ressocialização dos residentes.

No Brasil a ideia implementação e desenvolvimento das Comunidades Terapêuticas teve como marco a fundação da Fazenda Senhor Jesus, em Campinas-SP, pelo então Padre Haroldo J. Rahm no ano de 1978, oferecendo apoio aos dependentes e usuários que necessitavam de tratamento e reabilitação, reconhecendo que somente os recursos e métodos próprios da CT eram ineficazes para recuperação do indivíduo, inserindo assim a participação de equipes profissionais para auxiliar nos trabalhos da Comunidade terapêutica, conforme leciona Formigoni:

No Brasil o marco da expansão das CTs foi a partir de 1978, com a fundação da Fazenda do Senhor Jesus, em Campinas – SP, pelo Padre Haroldo J. Rahm. Observando que somente os recursos terapêuticos da CT, para alguns dependentes de drogas, eram insuficientes, o padre inseriu na equipe da CT profissionais que puderam contribuir com outras abordagens psicossociais. Porém, cabe ressaltar que há locais que se denominam CT, porém não possuem conhecimento e treinamento adequados nesse modelo, sendo, segundo o próprio Pe. Haroldo, “simples centros de acolhimento”. Essa indistinção pode ser considerada como uma das dificuldades de reconhecimento das CTs, relacionadas principalmente pelo baixo índice de recuperação demonstrado por alguns estudos. (DUARTE; FORMIGONI, 2014, p. 258 e 259).

Nos anos 70, devido à flexibilidade de suas propostas, as CTs multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitas delas. Nesse cenário, e com apoio das comunidades terapêuticas organizadas em federações, surgiu a necessidade do estabelecimento

de um padrão básico para o funcionamento destes serviços, que garantisse a segurança e a qualidade do trabalho de recuperação das pessoas com dependência química. (KERR-CORRÊIA, 2013).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aderiu a RDC-101/01 que tentou regularizar o trabalho das CTs, com a intenção de formalizar o funcionamento dos serviços públicos e privados que dão assistência a pessoas com transtornos devido ao uso de Substâncias Psicoativas (SPA), de acordo com Duarte:

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)-101/01, que regulamentou o funcionamento das CTs, com o objetivo de normatizar o funcionamento dos serviços públicos e privados que oferecem tratamento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas (SPA), de acordo com o modelo da atenção psicossocial. (DUARTE; FORMIGONI, 2014, p. 259).

Já em 2011 a RDC-101/01 foi revogada com a criação da RDC-29, que regulamentou não só o funcionamento dos serviços no que diz respeito ao tratamento de pessoas com transtornos, mas também regular o funcionamento técnico, e isso implica em uma boa organização e infraestrutura da CT, para que os técnicos profissionais e voluntários possam prestar assistência de forma eficaz para que o usuário não se desligue da instituição ou desista do tratamento, Formigoni, explica:

Em 2011, foi criada a RDC-29 para regulamentar o funcionamento técnico das CTs em relação à organização do serviço (gestão pessoal e infraestrutura) e no processo assistencial à pessoa usuária de substâncias psicoativas (desde admissão até sua alta, englobando normas de conduta claras para as situações de desistência, desligamento administrativo, desligamento administrativo em caso judicial e fugas). Esta resolução revogou a RDC-101/01. (DUARTE; FORMIGONI, 2014, p. 259).

O uso abusivo de drogas pode ocasionar problemas à saúde do indivíduo, mudança de comportamento, à vida familiar e social, podendo necessitar de um tratamento especial para que o dependente se reabilite e vença o vício, por isso as comunidades terapêuticas no combate ao uso abusivo de drogas e na reinserção social do dependente por meio do tratamento. Essas comunidades terapêuticas podem ser consideradas um tratamento residencial ou um programa de atenção ao

usuário, como também em uma instituição filantrópica de apoio aos usuários de drogas, seguindo entendimento de Moreira Filho, Galdino:

O tratamento em comunidades terapêuticas, que se aproxima muito do chamado tratamento residencial. São programas altamente estruturados que ajudam os pacientes mudar seu estilo de vida, abster-se do uso de drogas e álcool, eliminar sua conduta desestruturada ou criminal e desenvolver condutas sociais sadias. São na sua maioria instituições de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, alguma delas recebendo apoio e ajuda de órgãos governamentais. (MOREIRA FILHO, 1998, p.92/93).

As comunidades terapêuticas de apoio ao usuário podem receber recursos para desempenhar sua função, por isso a legislação de drogas abre precedente para as instituições sem fins lucrativos, conforme art.25 da referida lei:

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 (BRASIL, 2006).

Elucidado neste tópico a importância das Comunidades Terapêuticas, sua expansão no Brasil e o processo de regularização das entidades que oferecem assistência aos residentes e familiares destes, faz-se posteriormente uma análise de quais são os métodos das CTS no tratamento e prevenção dos dependentes químicos e usuários de drogas.

3.3 Métodos das Comunidades Terapêuticas no tratamento e prevenção dos dependentes químicos e usuários de drogas

O tratamento com ênfase no uso abusivo e indevido de substâncias psicoativas que podem ser causadoras da dependência tem seus métodos ou modelos delineados para oferecimento da assistência ao usuário, por sua vez o tratamento bem estipulado e orientado é de suma importância, mas devendo salientar que não só o modelo de tratamento é responsável pelo êxito da reabilitação do indivíduo usuário de drogas, como também envolvem uma análise previa do dependente, como: a índole da psique, qual tipo de droga usa, o grau de dependência, doenças que podem estar associada ao uso da droga, estrutura

familiar e principalmente sua própria vontade de vencer o vício, assim elucidam Duarte, *et al*:

Embora um grande número de pesquisas seja realizado sobre o tema de abuso/dependência de drogas, não existe uma conclusão sobre qual é o melhor tratamento. Ao que parece, os bons resultados de um tratamento vão muito além do modelo de tratamento em si e incluem o perfil psicológico do dependente, o tipo de droga, o grau da dependência, doenças associadas, estrutura familiar, vontade de parar o uso da droga, entre outros fatores. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.209).

Os objetivos das políticas públicas em relação a chamada Terapia Comunitária em prol do usuário e dependentes químicos visando a diminuição da oferta de drogas . Tal prestação do serviço tem como características de suas ações a conscientização do leva o ser humano a ser estimulado ao consumo indevido e tais riscos, disponibilização de locais de acolhimento para o usuário que sofre com o drama e dando apoio a sua família, motivar o dependente a aderir e manter-se firme no tratamento e o resgate da identidade social do acolhido, como também a tentativa da reinserção social do mesmo, conforme Formigoni ,*et al*:

A Terapia Comunitária contribui para realizar as ações envolvendo a comunidade propostas nas políticas públicas destinadas à redução da demanda do uso de drogas. Nesse sentido, a Terapia Comunitária (TC)coloca-se como um serviço à comunidade que possibilita intervir em vários níveis: 1. Antecipar-se ao uso indevido de drogas, trabalhando possíveis motivadores para o consumo, analisando riscos e fortalecendo fatores de proteção; 2. Para aqueles que já são usuários e suas famílias, visa oferecer um espaço de acolhimento, amparo e auxílio na mudança da compreensão quanto ao uso ou abuso de drogas e contribuir para a redução dos riscos e danos associados ao uso; 3. Facilitar a identificação da necessidade e dos meios para o tratamento de dependentes ou usuários e suas famílias, contribuir para a adesão e permanência no atendimento; 4. Favorecer a criação ou o resgate da Rede Social do usuário. Esse contexto de possibilidades de expressão dos conflitos, medos e dúvidas, em um ambiente livre de julgamentos, onde se valorizam as diferenças individuais e as experiências de vida de cada um, favorece a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários e famílias. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.219).

A comunidade terapêutica deve ser aceita de forma voluntaria pelo usuário; dando a melhor reprodução possível ao residente da realidade exterior com intuito de facilitar sua volta a sociedade; deve a CT dispor de um método de

tratamento residencial e muito bem estruturado; o residente tem que se ver como principal protagonista do seu tratamento, sendo que as equipes das comunidades terapêuticas apenas auxiliam no processo. (DUARTE, 2013, p.230).

As CT's se denominam como uma espécie de família substitutiva, proporcionando ao residente segurança, motivação àqueles que não se aceitam devido a baixa estima, trabalhando com atividades de aprendizagem social na tentativa de resgatar valores morais que porventura foram perdidos, conforme Duarte, *et al*:

Os programas de CT também se auto definem como famílias, ou melhor, famílias substitutas, que corrigem danos históricos causados pelas famílias disfuncionais dos clientes a quem servem. Assim, a CT se empenha em manter as principais características da família saudável: estrutura para proporcionar ordem à vida cotidiana; atenção amorosa e acolhedora, por meio de segurança física e psicológica; aceitação da pessoa e estímulo a ela, com a única condição da participação honesta na luta pela mudança; e transmissão de valores por meio de uma rotina diária de atividades voltadas para a aprendizagem social. Termos vinculados à família são muito usados entre participantes para se designar mutuamente – como é o caso de família, irmão e irmã. São atribuídas com menor frequência as referências mãe e pai (substituto/a) a membros do corpo funcional. A própria experiência de tratamento é vista em termos maturacionais. Por exemplo, ex-residentes de CT costumam referir-se a seus programas como o lugar em que “cresceram”, não como aquele em que se recuperaram da dependência de substâncias lícitas e ilícitas. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.232).

Formigoni (2009, p.233) menciona ainda uma definição de CT utilizada por Maxwell Jones acerca do termo comunidade: “grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum; na maioria das vezes, surge em um momento de crise em que o indivíduo apresenta uma desestruturação na sua vida em todas as áreas: física, mental, espiritual, social, familiar e profissional.” Sendo que os profissionais que desenvolvem atividades na CT tem a missão de ajudar e amenizar os impactos desestruturais sofridos antes do ingresso a comunidade.

O indivíduo agregado na CT sob acompanhamento da equipe profissional que tenta apresentar e executar o tratamento através de experiências que consideram educativa, fazendo com que o acompanhado caso pratique um ato errôneo medite na sua conduta praticada, observando que estes testes educativos gera uma auto reflexão no residente através de método educativo individualizado, devendo destacar que o trabalho da equipe profissional especializada da

comunidade é exercida com autoridade e não com prepotência arbitrária, ao ponto de colocar o recuperando em uma situação humilhante devido a um ato que não obedeceu as regras da CT, de acordo com Formigoni , *et al*:

CT saudável: Propõe uma experiência educativa - a equipe considera o indivíduo que praticou o ato e procura, pela experiência, fazer com que ele reflita sobre seu comportamento. Exemplo: um residente que se atrasa para acordar deverá, por uma semana, ser o “despertador” de toda a CT. Sempre que possível, as experiências educativas devem ser individualizadas. Postura da equipe com autoridade e não autoritarismo. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.235).

Diferentemente da CT considerada saudável por propor desenvolver uma experiência educativa ao ser humano a CT doente quando diante de uma conduta inapropriada causada por um residente a equipe não trabalha de forma individualizada, mas sim de forma autoritária impondo restrições e punições aos acolhidos e oferecendo regalias que não contribui para o tratamento, como por exemplo: a equipe cobra dinheiro dos que estão em tratamento para frequentarem casas de prostituição, entre outros, como esclarece Duarte, *et al*:

CT doente: Diante de um comportamento inadequado, o residente fica o dia todo na enxada. Muitas vezes, há residentes que se escondem no trabalho, e deixá-lo o dia todo na enxada só reforça esse mecanismo. A equipe, “por preguiça”, não observa quem está com comportamento inadequado, aplicando a experiência educativa a todos. Exemplo: Perda de atividades de lazer e até de direitos básicos, como a “carne” da refeição. Cobrar valor extra para trabalhar a sexualidade dos residentes. Como? Levando-os a casas de prostituição. Residente não tem direito a questionamentos, pois a palavra chave é aceitação. Algumas equipes produzem situações para testar a aceitação do residente. Esquecem que “Animal a gente adentra, ser humano a gente educa” (Paulo Freire). Consideram que a equipe jamais comete erros. (DUARTE; FORMIGONI, 2009, p.235).

Em relatório feito pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) com base em visitas realizadas nas CT’s constatou que existem privação de liberdade, sinais de trabalho escravo e técnicas de sequestro e cárcere realizados pela instituição em desfavor ao residente.

Machado (2017, p. 57 e 58) leciona que: Na unidade em Mato Grosso o grupo de peritos (as) defrontou-se com a falta de qualquer incumbido técnico, sendo recebido exclusivamente pelo interno que auxiliou na vistoria, respondendo

perguntas ,apresentando documentos e autorizando a inspeção na CT, agindo como se fosse o principal responsável técnico da instituição ,sendo que este deveria estar em tratamento, devendo salientar que é a falta de responsável legal na unidade e o aproveitamento de mão de obra de pessoa privada de liberdade que deveria estar em tratamento esta em desacordo com o art. 9º da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 29, da ANVISA, que diz: “As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas.

As comunidades terapêuticas podem prestar serviços como forma de internar o indivíduo em diferentes modalidades, seja a voluntária, involuntária e compulsória ,cobrando das famílias valores abusivos já que o trabalho de conservação e limpeza da CT fica a cargo dos próprios residentes ,evidenciando a oferta de um suposto disfarce de tratamento, deixando obscuros os verdadeiros interesses econômicos da instituição, segundo Machado (2017, p.58 - 66).

Machado (2017, p. 61 - 64) no relatório ainda faz menção a condição desumana imposta pela ,como por exemplo : para evitar prováveis fugas dos acolhidos a unidade impõem a proibição do uso de tênis ,pois dificultaria a fuga ,situação esta análoga ao período da escravidão no Brasil onde negros e negras eram proibidos de usar sapatos como simbologia de rendição ao seu senhorio, como também foi identificado água barrenta no bebedouro que era retirada de um poço para consumo dos residentes e uma rede de esgoto com mal cheiro a céu aberto que passava dentro do centro de recuperação.

Quanto ao sequestro e cárcere privado realizado pela instituição CT, Costa (2017, p.63 e 64) elucida que: este método utilizado denominado “resgate de pessoas” é solicitado por um membro da família que quer encaminhar o usuário de substância psicoativa a entidade. A equipe composta pelo responsável da instituição , funcionários e até internos vai a procura do usuário e quando este oferece resistência o grupo faz ameaças , amarra o dependente químico, o tortura, colocando em uma condição cruel antes mesmo de ser recolhido a CT. Segundo Ribamar (2017, p. 63), dentro e antes de entrar na Comunidade Terapêutica, quando o internado não está satisfeito com o ambiente e pretende sair da unidade sem consentimento da equipe este é alvo de injeção de medicamentos no seu corpo para controlar o comportamento sem prescrição e autorização médica, contrariando o que propõem o Art. 16 da RDC 29, da ANVISA, que trata da ausência do médico de avaliação diagnóstica que justifique a internação e que tal situação fere frontalmente

o art. 8º, da Lei 10.216/01, o qual aponta que: “a internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento”.

Conforme Costa (2017, p.64) outro aspecto a ser observado é o isolamento dos residentes quando cometem falhas em relação a normas institucionais, sendo a forma de punição o trancamento em um local reservado com cadeado, afrontando o art. 15 da RDC 29 da ANVISA, que diz: “Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves”, sendo o residente tratado como presidiário.

Os atendimentos estão contemplados as individuais e claro para isso faz necessário à disponibilização de um espaço físico específico para concretização desta modalidade de assistência e acolhimento sendo que tal atendimento da CT é abordado e amparado pela RDC 29/2011. (KERR-CORRÊIA, 2013, p.172).

O método de tratamento, as atividades realizadas pelos residentes e as regras de convivência na Comunidade Terapêuticas orientadas e supervisionada pela equipe de apoio compreendidos em profissionais e voluntários estão recepcionadas na Resolução 29/2011, elencados no art. 7º e incisos, supracitados abaixo:

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas. §1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como: I - horário do despertar; II - atividade física e desportiva; III - atividade lúdico-terapêutica variada; IV - atendimento em grupo e individual; V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; XI - atendimento à família durante o período de tratamento. XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e XIII - atividades visando à reinserção social do residente. §2º. As informações constantes nas fichas individuais devem permanecer acessíveis ao residente e aos seus responsáveis (ANVISA, 2011).

Para o funcionamento da CT como preceito básico, dentro do ambiente da instituição é necessário que se tenha um local de interação para que os residentes possam conviver melhor, sala de atendimento individual para os

profissionais atenderem os abrigados e familiares, sala coletiva para realização de reuniões e palestras para aprendizado dos residentes e apoiadores, como também área para realização de oficinas de trabalho e lazer, conforme também prevê a Resolução:

Art. 14. As instituições devem possuir os seguintes ambientes: II-Setor de reabilitação e convivência: a) Sala de atendimento individual; b) Sala de atendimento coletivo; c) Área para realização de oficinas de trabalho; d) Área para realização de atividades laborais; e e) Área para prática de atividades desportivas (ANVISA, 2011).

Kerr-Corrêia (2013, p.259) aduz que a colaboração profissional requer relações e interações nas quais os profissionais compartilham seu conhecimento, experiência e habilidade, visando proporcionar melhor atenção a um residente, por exemplo. Na Comunidade terapêutica a equipe não assume o papel somente de empregados da instituição, mas sim de membro da CT, pois se torna parceiros e referencia dos lutam contra o uso abusivo de drogas integrado na instituição. Os funcionários exercem diversas funções específicas para facilitação de um melhor atendimento organizacional e estruturado, podendo ocupar cargo de gerenciamento, administração e apoio ,todos com uma única finalidade que é melhorar o método de atendimento e tratamento da CT e facilitar a reinserção social do individuo , seguindo entendimento de Kerr – Corrêia:

Numa comunidade terapêutica o trabalho em equipe tem algumas particularidades, pois os funcionários não são simplesmente empregados e sim considerados membros da comunidade terapêutica. Geralmente o corpo de funcionários de uma CT consiste em uma combinação de profissionais tradicionais e não tradicionais que ocupam posições de gerenciamento, de administração e de apoio. (KERR-CORRÊIA, 2013, p. 264).

Por fim, neste capítulo foi abordado o histórico de criação das Comunidades Terapêuticas e sua importância quanto sua existência e métodos de atendimento, prevenção e tratamento ao usuário de droga, observando entendimento de autores, legislação e resolução, que credencia a CT como uma das executoras das Políticas Públicas voltada aos usuários de Drogas.

CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados na Lei 11.343/2006 que permitiu compreender as regulamentações e orientações trazidas pela referida Lei de Drogas para que ocorra a devida efetividade das Políticas Públicas em relação àqueles que sofrem com uso abusivo e indevido de substâncias psicoativas tentando a reinserção social destes através do tratamento que envolve a conscientização sobre os entorpecentes e encaminhamento as instituições concentradas e especializadas na reabilitação do usuário.

A legislação de políticas públicas no Brasil veio para intensificar a discussão sobre o uso de drogas e o tratamento e prevenção dos dependentes, pois a lei colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas) que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas.

Dentre os princípios do Sisnad está a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do Sisnad. A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), prevê responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e a sociedade brasileira. A União tem por dever, por meio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), articular, integrar, organizar e coordenar as políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas, como também a repressão à sua produção não autorizada e o tráfico ilícito. Estados e municípios são os executores dessas políticas.

Notável é a importância de uma legislação que dar um norte para concretização das políticas públicas, em virtude disso a atual legislação de drogas abre precedente para as Comunidades Terapêuticas se apresentando no quadro das 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 (Fundo Nacional Antidrogas), condicionados à sua disponibilidade orçamentária e financeira.

A chamada CT (Comunidades Terapêutica) não pode ser em hipótese alguma um local somente de abrigo e esconderijo do residente, devendo ser realizado atividades que proporcionem o desenvolvimento que porventura a droga tenha retardado, seja ele: intelectual, profissional, físico, moral e espiritual, sendo que o local de recuperação deve ser bem estruturado para isso atendendo e observando o que foi elucidado neste trabalho que foi a Resolução 29/2011.

Desta forma, verificou-se que devido a extensão do trabalho foi necessário analisar criticamente a legislação, artigos científicos, doutrinadores, cartilhas e resolução para que alcançasse o objetivo da monografia que é estudar as políticas públicas sob o prisma da ressocialização dos de que tem dificuldade e transtorno motivada pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, levando em consideração o que são as drogas ilícitas e a diferenciação do traficante para o usuário, sendo este último a ser tratado como doente que precisa de tratamento e não como criminoso.

Em suma, este estudo não teve como esmiuçar todas as questões elencadas na Legislação de Drogas, mas se preocupou em sanar as dúvidas e aprender sobre as drogas, a sua legislação aplicável e como se dar o tratamento relativo aos usuários.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 26, abr, 2018.

BAHIA. Cartilha: **Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim**. Irecê-BA, 2016.

BRASIL. **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 repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 26, abr, 2018.

DELILE, Jean-Michel. **Les communautésthérapeutiquesarriventen France: pourquoi (seulement) maintenant?** Psychotropes, v. 17, n. 3, p. 29-57, 2011.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda Costa de. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 04/2012.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; ABREU BRANCO, Anna Paula Uchôa de. **BRASIL. Lei Ordinária n.11.343, de 23 de agosto de 2006**. Brasília: secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2010.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza. **Fé na prevenção: Conversando Sobre Drogas com Jovens**. Brasília: Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

_____. **Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins**. Brasília: Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

_____. **Fé na Prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins/organizadoras**. 3. Ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

ESCOHOTADO, Antônio. **Historia general de las drogas**. 7. ed. rev.ampl. Madrid: Alianza, 1998.

FRACASSO, Laura. **Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações**. 2017. <Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br>>. Acesso em: 15, mai, 2018.

FRACASSO, Laura. **Comunidades terapêuticas**. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 61-69. CD-ROM.

GABATZ, Rib. **Percepção do usuário sobre a droga em sua vida**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S141481452013000300016>>. Acesso em: 6, mar, 2018.

JESUS, Damásio E.de. **Lei Anti Drogas- Anotada- Comentários á Lei 11.343/2006**, 2010, ed.10.São Paulo: Saraiva, 10/2009.

KERR-CORRÊIA, Florence. **Capacitação para comunidades terapêuticas-Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. 1. Ed. Brasília:BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2013.

MACHADO, Givisiez Fernanda; RIBAMAR, de Araújo e Silva, José; COSTA, Lúcio. Brasil. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT). **Relatório de Missão a Unidades de Privação de Liberdade do Estado do Mato Grosso / Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura**. Brasília, Setembro de 2017. Acesso em: 16/05/2018.

MARTINS, A. G. Lourenço. **História Internacional da Droga**. 2007. Disponível em:<<http://www.encod.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DA-DROGA.html>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

MENDONÇA, Andrey de; CARVALHO, Paulo Roberto de. **Lei de Drogas - Comentada - artigo por artigo**. 3ª edição. São Paulo: Método, 11/2012.

NERY FILHO, Antônio; RIBEIRO JACOBINA, Ronaldo. **Conversando sobre drogas**, Salvador: edufba, 1999.

ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

SILVA, Antônio Fernando de Lima Moreira da.**Histórico das drogas na legislação brasileira e nas convenções internacionais**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 16, n. 2934, 14 jul. 2011. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/19551>>. Acesso em: 26 nov. 2017.

TINOCO, Rui. **Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica**. Revista Toxicodependências, v. 12, n. 1, p. 21-30, 2006.

TI DROGAS ILÍCITAS. **Drogas ilícitas CMPA: consequências das drogas na sociedade e na vida familiar**. 2012. Disponível em: <<http://drogasilicitascmpa2012.blogspot.com.br/2012/08/consequencias-das-drogas-na-sociedade-e.html>>. Acesso em: 09, mar, 2018.

ZACCONE, Orlando. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas.**
1ªed. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2007.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim em Irecê-Ba.¹

A Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, que atua na micro região de Irecê, que abrange 19 municípios desde 1993, prestando assistência às pessoas que tem transtornos decorrentes do uso e abuso de substancias psicoativas.

O Maanaim é dirigido por voluntários idôneos, que constituem uma equipe multidisciplinar, comprometidos com questões sociais, mais especificamente no que se refere aos transtornos decorrentes do uso abusivo das drogas. Por conta da sua história de lutas, possui grande prestígio junto à sociedade regional, o que muito nos incentiva a continuar trabalhando e buscando melhoras neste setor. Conta-se com profissionais voluntários, o que tem sido de fundamental importância para o desenvolvimento das atividades.

Os objetivos são: Engajar o usuário no processo terapêutico, motivando-o ao seguimento da recuperação; proporcionar as orientações necessárias sobre os danos físicos, mentais e sociais causados pelo uso de substâncias psicoativas (crack, álcool e outras drogas); instruir o dependente em tratamento sobre os fatores de risco que levam a recaída; orientar os familiares dos usuários em tratamento sobre o perigo da co-dependência; promover a inclusão social, o resgate da cidadania, melhorando a qualidade de vida dos cidadãos beneficiários; ampliar a comunicação e conseqüentemente a socialização dos dependentes em tratamento; possibilitar o reconhecimento de aspectos saudáveis da personalidade e autoestima para o fortalecimento e melhor integração do usuário.

Os passos do tratamento. 1- Prevenção: com realização de palestras nas escolas, empresas, igrejas; a promoção de fóruns de políticas públicas sobre o álcool e outras drogas, (já foram realizadas 4 na microrregião de Irecê), chamando a sociedade e os poderes públicos à reflexão e elaboração de ações práticas para solucionar essa problemática. 2- Acolhimento: trabalho a nível interno com os pacientes que necessitam de um atendimento mais específico, sendo esse período com duração de meses, onde os pacientes estão envolvidos com a abstinência das

¹BAHIA. Cartilha: Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim. Irecê-BA, 2016

substâncias psicoativas (SPA), em terapias de grupo individual, assistência médica e psicológica, bem como o acompanhamento com assistente social. Além de o Maanaim ofertar cursos profissionalizantes visando à preparação do usuário para o mercado de trabalho. 3 – Reinserção à família e sociedade: promover grupo de prevenção de recaídas para acompanhamento de ex-usuários, estimulando a vida saudável, autoestima, estimular projetos de vida e autonomia.

Quanto à adesão ao Maanaim, o primeiro contrato para o internamento no Maanaim é no escritório, orientando a pessoa que busca tratamento, normalmente é alguém da família do usuário, mas também pode ser um órgão da saúde, da justiça ou até mesmo o próprio usuário. No escritório a pessoa é orientada e recebe uma lista com as necessidades, que são: 1º- Relatório médico indicando se o paciente precisa ou não tomar algum medicamento no período de abstinência. 2º- Cópia dos documentos pessoais. 3º- Objetos pessoais necessários.

Após o processo burocrático, o interno assina o Termo de Adesão e Responsabilidade, contendo todas as orientações sobre o funcionamento da instituição, sendo em seguida encaminhando para o internamento, com documentação validada.

Chegando à Fazenda, o interno é recebido por uma Secretária ou Monitor e encaminhado para o atendimento com a Assistente Social, que direcionará o usuário para a definição diagnóstica. Todos estes procedimentos se fazem necessários para facilitar o acesso, produzir vínculos e construir cidadania, visando favorecer a qualificação da assistência prestada.

No que concerne a Metodologia, será utilizada a metodologia participativa / dialógica e humanizadora, envolvendo todos os autores do processo, como: Coordenação, cuidadores, profissionais, familiares, parceiros da iniciativa privada, voluntários, representantes dos poderes públicos especialmente os usuários, conforme as atividades que são aplicadas e desenvolvidas dentro da Comunidade Terapêutica Gente Livre Maanaim, nas suas respectivas fases de atuação.

Cursos Profissionalizantes e de capacitação: O Maanaim tem oferecido aos usuários diversos cursos profissionalizantes, tais como: Eletricista; Manutenção de computadores; Tapeçaria; Panificação; Outros. Contando com algumas parcerias, são realizados os seguintes cursos: Agroecologia; Meliponicultura; Caprinocultura; Apicultura; Silagem e Fenagem.