



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA APARECIDA FERREIRA ARAGÃO

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O TRABALHO DESENVOLVIDO  
PELA INSTITUIÇÃO FAZENDA DA ESPERANÇA COM MULHERES  
NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO**

FORTALEZA - CE

2016

MARIA APARECIDA FERREIRA ARAGÃO

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O TRABALHO DESENVOLVIDO  
PELA INSTITUIÇÃO FAZENDA DA ESPERANÇA COM MULHERES  
NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup>: Virzângela Paula Mendes Sandy.

FORTALEZA - CE

2016

A659d Aragão, Maria Aparecida Ferreira.

A dependência química e o trabalho desenvolvido pela Instituição Fazenda Esperança com mulheres no processo de recuperação. / Maria Aparecida Ferreira Aragão. Fortaleza, 2016.

60 fls. Enc.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup> Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes.  
Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso Serviço Social.

1. Drogadição 2. Reinserção Social 3. Políticas Públicas  
I. Prof<sup>a</sup> Ms. Virzângela Paula Sandy Mendes. II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social III. Título

CDD 361  
CDU 364

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O TRABALHO DESENVOLVIDO  
PELA INSTITUIÇÃO FAZENDA DA ESPERANÇA COM MULHERES  
NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup>: Virzângela Paula Mendes Sandy.

**A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O TRABALHO DESENVOLVIDO  
PELA INSTITUIÇÃO FAZENDA DA ESPERANÇA COM MULHERES  
NO PROCESSO DE RECUPERAÇÃO**

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos (as) professores (as).

Data de aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora (a) Prof.<sup>a</sup> Ms. Virzângela Paula Mendes Sandy  
Instituição Faculdade Ratio

---

Prof. (a) Ms. Rosa Ângela Brito Falcão  
Instituição Faculdade Ratio

---

Prof. (a) Ms. Maria do Socorro Lima Martins Matos  
Instituição Faculdade Ratio

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à orientadora Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup>: Virzângela Paula Mendes Sandy, que me apoiou nessa caminhada;

Agradeço a Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Rosa Ângela Brito Falcão por ter aceito participar da banca examinadora.

Agradeço a Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Maria do Socorro Lima Martins, por ter aceito participar da banca examinadora.

Agradeço a todos que contribuíram e me incentivaram para que eu buscasse novos conhecimentos.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe Adalgisa Ferreira e ao meu filho Pedro Darlan por entenderem minha ausência durante esse percurso, colocando-se como colaboradores e incentivadores diretos para que eu realizasse mais um sonho, o de concluir minha graduação.

Agradeço a todos que estiveram comigo durante todos esses anos, seja de forma direta ou indireta, deixando sempre um norte de cooperação para meu aprendizado.

Agradecimento especial a Deus, por ter me dado forças para que nos momentos mais difíceis, eu pudesse dar a volta por cima e continuar a minha caminhada.

É antes do ópio que a minh'alma é doente.

Sentir a vida convalesce e estiola

E eu vou buscar ao ópio que consola

Um Oriente ao oriente do Oriente.

(MARIO QUINTANA)

## RESUMO

O consumo de drogas perpassa pelas sociedades, todavia, seu uso indiscriminado é recente. No Brasil, a Lei nº 11.343/06, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), traz medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes, que devem ser tomadas pelos mais diversos organismos que atuam na área. Dentre a infinidade de instituições que atendem a população usuária de drogas lícitas e ilícitas, citamos como exemplo: o CAPS AD; as Comunidades Terapêuticas, dentre outras. Muito embora não existam dados precisos sobre a quantidade de comunidades terapêuticas e clínicas que atendem mulher em situação de drogadição, no Ceará, o presente estudo partiu da seguinte indagação: como se dá o trabalho e qual a importância da intervenção da equipe multiprofissional junto às mulheres acompanhadas no processo de recuperação na Instituição Fazenda da Esperança, no município de Fortaleza? A metodologia que foi utilizada nesta pesquisa foi de natureza qualitativa. Para tanto, fizemos uso de uma pesquisa bibliográfica relacionada à temática por meio de autores como: Occhini e Teixeira (2006), Avelino (2009), Plastino (2003), Poiares (1999), dentre outros. Além disso, fizemos uso da técnica observação e de entrevista, por meio da construção prévia de um roteiro de entrevista semiestruturado. Ainda a respeito da metodologia utilizada na presente pesquisa, convém colocarmos que, a mesma foi realizada com três profissionais que compõem a equipe multiprofissional que atuam na Fazenda Esperança. Foi possível identificar também as fragilidades e as vulnerabilidades pelas quais passam as mulheres que são atendidas na instituição. Constatamos que a dependência química, sem dúvida, é um dos fatores responsável pela fragilização dos laços familiares e rompimento dos vínculos, sendo esta uma das principais causas das dificuldades enfrentadas hoje. Observamos ainda a existência de lacunas quanto à efetivação de políticas públicas direcionadas a reinserção dessas mulheres, que devido a sua condição de dependência química tiveram de alguma forma suas vidas afetadas e desestruturadas.

**Palavras-Chave:** Drogadição; Reinserção Social; Políticas Públicas para a população usuária de Drogas.

## ABSTRACT

Drug use permeates the companies, however, their indiscriminate use is recent. In Brazil, law No. 11.343/06 which established the National System of Public Policies on Drugs (SISNAD) brings measures to prevent abuse, attention and social reintegration of drug users and dependents; It sets Standards for repression of unauthorized production and illicit drug trafficking and defines crimes that must be taken by the various agencies working in the area. Among the plethora of institutions that serve the user population of licit and illicit drugs, we cite as an example: the CAPS AD; the Therapeutic Communities, among others. Although there are no accurate data on the amount of therapeutic and clinical communities they serve women in drug addiction situation in Ceará, this study came from the following question: how is the work and the importance of the multidisciplinary team intervention with women accompanied the recovery process in the institution Fazenda da Esperança, in Fortaleza? The methodology that was used in this research was qualitative in nature. For this, we used a literature related to the subject by authors such as: Occhini and Teixeira (2006), Avelino (2009), Plastino (2003), Poiares (1999), among others. In addition, we used the technique observation and interview by previous construction of a semi-structured interview. Still regarding the methodology used in this study, it should be put that the same was done with three professionals who make up the multidisciplinary team working in Fazenda Esperança. Could them identify weaknesses and vulnerabilities through which pass the women who attend the institution. We contacted the addiction, no doubt, it is one of the factors responsible for the weakening of family ties and breaking the bonds, which is one of the main causes of the difficulties faced today. Still the existence of gaps in the effective implementation of public policies aimed at reintegration of these women, who due to their addiction condition had somehow affected their lives and dysfunctional.

**Keywords:** Drug addiction; Social reinsertion; Public Policies for Drug user population.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CT – Comunidade Terapêutica  
COAF – Conselho de Controle de Atividades Financeiras  
CONAD – Conselho Nacional Antidrogas  
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes  
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas  
FIESP – Federação das Indústrias do Estado de São Paulo  
INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas  
IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará  
LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG's – Organizações Não-Governamentais  
OG – Organizações Governamentais  
PNAD – Política Nacional sobre Drogas  
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas  
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso  
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UNIFOR – Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. O FENÔMENO DA DROGADIÇÃO EM TEMPOS CONTEMPORÂNEOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 Histórico da Drogadição no Mundo e no Brasil .....	20
2.2 As Drogas mais Usadas Lícitas e Ilícitas, Conceitos e Dados Estatísticos .....	29
<b>3. AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....</b>	<b>34</b>
3.1 Breve histórico sobre as políticas direcionadas a população usuária de drogas.....	34
3.2 As políticas para atendimento da população em situação de drogadição pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil .....	42
<b>4. A ATUAÇÃO DA FAZENDA ESPERANÇA JUNTO ÀS MULHERES QUE ESTÃO EM PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DE USO ABUSIVO DE DROGAS.....</b>	<b>46</b>
4.1 Histórico da Instituição Fazenda da Esperança .....	46
4.2 A Chegada ao Campo da Pesquisa e o Perfil dos Sujeitos Entrevistados .....	48
4.3 Compreendendo a Atuação da Instituição Fazenda da Esperança no Acompanhamento das Mulheres no Processo de Desintoxicação .....	49
4.4 A Política Sobre Drogas a partir da Visão dos Participantes da Pesquisa.....	54
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>62</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Avelino (2009), em 2100 a.C, os médicos sumérios receitavam a cerveja para a cura de diversos males, conforme inscrições em tabuletas de argila. No Egito antigo, em Roma, na Grécia, nas civilizações asiáticas, sempre existiram o ópio e a *cannabis*<sup>1</sup>. Nas Américas pré-colombianas, seus habitantes já usavam: o tabaco, as folhas de coca, do extrato do cacto *peyote*, da mescalina e de outras plantas alucinógenas.

Portanto, o consumo de drogas pelas sociedades é antigo, no entanto, seu uso massivo é muito recente, há apenas um século que o consumo massivo foi acentuado. Por volta de 1850, a coca passa a ser usada como uma forma de anestesia em operações de garganta. Em 1898, a empresa farmacêutica Bayer começa a produção comercial de heroína usada contra a tosse. Nos anos de 1970, o uso da cocaína torna-se popular e passa a ser glamourizado. (AVELINO, 2009).

A década de 1960 foi marcada pelo uso de drogas ligado ao movimento *híppie*, o qual pregava outra visão para o uso das drogas, não mais associado a questões morais e a sociedade capitalista, na verdade o movimento *hippie*, buscava através das drogas a construção de uma nova forma de pensar a vida em sociedade. O mundo então passou a ser dividido entre “caretas” e “não caretas”. No entanto, de acordo com o mesmo autor, esta divisão, tal como surgiu originalmente, não se consolidou já que atualmente exige-se uma abordagem técnica. Deste modo, a dependência química precisa ser tratada como doença. (AVELINO, 2009).

Ainda de acordo com o mesmo autor, ao longo dos anos o consumo abusivo de drogas vem aumentando, principalmente nessa última década. Sendo, as drogas, para a sociedade capitalista, uma mercadoria e o consumo das mesmas geram lucros que chegam à casa de 500 bilhões de dólares por ano.

Portanto, as drogas sempre estiveram presentes na história humana, nas diversas culturas e religiões, com finalidades específicas, uma vez que o homem sempre buscou maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento. (OCCHINI; TEIXEIRA, 2006).

---

<sup>1</sup>. Ópio, Substância extraída da popoula, *papaver somniferum*, de efeito analgésico, narcótico e hipnótico, muito usada no desenvolvimento e na produção de morfina, heroína, codeína etc. Quanto à *Cannabis ou Canabis*, é o gênero de algumas plantas das quais a mais famosa é a Cannabis Sativa, da qual se produz a maconha e o haxixe (AVELINO, 2009).

No mundo contemporâneo, a dependência química constitui-se um fenômeno complexo, no qual o uso indevido de substâncias psicoativas revela-se uma questão social<sup>2</sup>, e de saúde pública. Assim, ao refletir sobre o uso de drogas, em nossa sociedade emergem aspectos relacionados ao campo das Políticas Públicas. (OCCHINI; TEIXEIRA, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) a dependência química deve ser tratada como uma doença crônica e como um problema social. O mesmo Organismo caracteriza a dependência química como sendo um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e o desconforto provocado por sua ausência.

Nesse sentido, deve-se compreender a dependência química na perspectiva do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o usuário em sua totalidade. O tratamento da dependência deve incluir a pessoa e a influência do uso de drogas na vida social e profissional. (OCCHINI; TEIXEIRA, 2006).

Para uma compreensão dos fatores que levam os indivíduos ao uso de substâncias psicoativas e a dependência, deve-se refletir acerca das questões: orgânicas, psicológicas, os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno. (MACHADO, 2001).

Machado (2001, p. 88) afirma que: “[...] a drogadição não é mais do que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica. Constitui um sintoma da crise, provenientes de diversos fatores incluídos na dimensão familiar, social e individual”.

Portanto, deve-se compreender o processo saúde/doença de forma abrangente, como um fenômeno histórico e multideterminado. A saúde deve ser percebida como uma produção social, que tem relação com o biológico, mas depende de outros determinantes sociais que estão vinculados, como a cultura, lazer, trabalho e todo o contexto socioeconômico e político materializado por meio das Políticas Públicas. (MACHADO, 2001).

Ao refletir sobre os determinantes e condicionantes da saúde, ressalta-se a necessidade de mudanças na política econômica e social do Brasil, visando primordialmente ampliar os direitos e garantir que todos tenham acesso à saúde e as outras políticas setoriais de forma universal e integral. (MACHADO, 2001).

---

<sup>2</sup> Segundo Iamamoto (2012, p.27), “a questão social pode ser definida como: o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

No Brasil, com o intuito de analisar a abrangência da drogadição a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) por meio do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), realizou o “Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas” (II LENAD, 2014). Drogadição é um sintoma, atrelado às múltiplas facetas da vida social, ultrapassando as motivações dos indivíduos, requerendo uma abordagem de diversas áreas das ciências, que a compreenda como um fenômeno indissociável dos comportamentos sociais. (LARANJEIRA; ROMANO, 2003).

Quanto à referida pesquisa, essa foi realizada no ano de 2012 em todo o território nacional totalizando uma amostra de 4607 indivíduos. Segundo Laranjeira e Romano (2003, p.06) que supervisionou a pesquisa demonstrando assim que a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Do total da população adulta, 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram maconha pelo menos uma vez na vida. Entre os adolescentes esse número é de 597 mil indivíduos (4,3%) dentre quase 14 milhões de adolescentes brasileiros. (LENAD, 2014).

Ainda de acordo com a mesma pesquisa, o Brasil é o segundo maior consumidor de cocaína respondendo, no ano de 2012, por 20% do mercado mundial da drogadição e derivados do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Diante desta realidade o referido estudo, salienta a necessidade de se efetivar Políticas Públicas que visem traçar estratégias de controle da drogadição no país para uma melhoria de vida da população tendo em vistas formas de combate ao mau uso de entorpecentes.

No Brasil, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), no que diz respeito à prevenção do uso de drogas em seu Art. 1º: “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes”.

Ainda conforme a mesma Lei, em seu Art. 1º parágrafo único: “consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em Lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

Considerando a realidade brasileira supracitada pelos dados do II LENAD e a Lei nº 11.343, que criou o SISNAD, o governo brasileiro implementou Políticas Públicas que visam à reinserção social de usuários, destacamos aqui, o Decreto nº 7.179, de 20/05/2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, com a participação da sociedade civil.

Segundo o Art. 1º, do referido Decreto: “Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas”. Quanto às ações que visam à materialização do Art. 1º do referido Decreto, em seu § 1º do mesmo Art., estabelece que: “[...] os planos devem realizar-se de forma descentralizada, buscando o apoio da sociedade civil”.

Ao analisar o Decreto, é possível observar que, o mesmo reafirma que as ações devem ser efetivadas na perspectiva da interdisciplinaridade, buscando a articulação dos diferentes saberes para a compreensão da drogadição e o seu enfrentamento, dialogando com as políticas setoriais, no intuito de planejar ações socioeducativas.

Dessa forma, percebe-se que as Políticas Públicas sobre Drogas visam primordialmente à prevenção do uso indevido e a reinserção social de usuários e dependentes de substâncias químicas. Logo, para fins desta Lei em seu Art. 1º, parágrafo único: “consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em Lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”. (BRASIL, 2006).

Nessa direção, o § 2º, da mesma Lei postula que o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: “deve basear-se na articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras”.

Portanto, como pode ser observado na Lei nº 11.343, que criou o SISNAD, sobre o combate e o enfrentamento ao uso de drogas deixam claro a obrigatoriedade de uma articulação das Políticas Públicas no sentido de que se construa uma intersectorialidade entre as mesmas. No âmbito municipal, de acordo com estudo realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD, 2009, p.23), constatou-se que: “entre os anos de 2001 a 2007, dentre as cidades do Norte do Brasil, a cidade de Fortaleza possuía o maior número de internações de indivíduos devido ao uso abusivo de drogas”.

Outro dado importante, este ocorrido no ano de 2012, segundo o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE, 2014, p 09.), intitulado: “O uso de drogas ilícitas entre estudantes do ensino fundamental em Fortaleza e demais capitais brasileiras”, revelou que a cidade de Fortaleza é a segunda capital do Brasil com maior número de estudantes do 9º ano do ensino fundamental que afirmam ter usado o crack, dez ou mais vezes.

No que diz respeito à articulação de Políticas Públicas para atender essa população em situação de drogadição, na cidade de Fortaleza, dentre os Centros e Comunidades Terapêuticas que atendem estes indivíduos encontra-se a Instituição Fazenda da Esperança<sup>3</sup>, a qual atende mulheres com idade entre 18 a 55 anos. O trabalho realizado com essas mulheres ocorre no Condomínio Uirapuru, localizado na Fazenda Esperança no município de Fortaleza – CE.

Deste modo, de posse das informações supracitadas, mesmo não existindo dados precisos sobre a quantidade de comunidades terapêuticas e clínicas que atendem mulher em situação de drogadição no Ceará, surgiu assim à indagação: como se dá o trabalho e qual a importância da intervenção da equipe multiprofissional junto as mulheres acompanhadas no processo de recuperação na Instituição Fazenda da Esperança, no município de Fortaleza?

Portanto, nosso objetivo geral, é compreender a atuação da equipe multiprofissional junto as mulheres, em processo de recuperação atendidas na Instituição Fazenda da Esperança, situada no município de Fortaleza - CE. Para tanto, como meio de responder nosso objetivo geral, temos como objetivos específicos, descrever, o uso abusivo de drogas na sociedade contemporânea; apresentar as políticas públicas direcionadas para população em situação de drogadição; e verificar os procedimentos bem como os desafios e as possibilidades da intervenção da equipe multiprofissional que atua na Instituição Fazenda da Esperança.

O que nos motivou a construir esse estudo, primeiramente, foi devido a uma experiência pessoal vivenciada por nós no âmbito familiar. Por diversas vezes presenciei familiares que viviam em função de um sobrinho meu dependente químico. Naquela época, não possuíamos a noção do significado da dependência, no entanto, recordo-me muito bem os percalços que meus familiares viveram. Assim, após inúmeras leituras acerca da temática passamos a correlacionar tais fatos vivenciados no passado com o fenômeno da dependência.

Nesse contexto, em relação a estarmos destacando aqui a relevância pessoal por uma determinada temática, segundo Velho (2013, p. 74): “[...] trabalho de investigação e reflexão sobre a sociedade e a cultura possibilita uma dimensão nova da investigação científica, de consequências radicais – o questionamento e exame sistemático de seu próprio ambiente”.

---

<sup>3</sup> Segundo informações da Coordenadora da Instituição Fazenda da Esperança, além dessa Instituição localizada dentro do Condomínio Irapuru, existem outras Instituições, como por exemplo, Lar Santa Mônica e Casa da Criança. Além disso, vale colocar que a Fazenda da Esperança também atende homens que estão fazendo uso abusivo de drogas, no caso, essas pessoas acolhidas são atendidas no município de Pacatuba.

Quanto à relevância social, de acordo com nosso entendimento, acreditamos que existe a necessidade do conhecimento e da consciência, dos problemas que afetam os dependentes químicos, buscando a aceitação dos mesmos, que precisam ser ajudados para que haja um desligamento emocional, bem como todo o trabalho desenvolvido pelas equipes multidisciplinares nas mais diversas instituições que atendem essa população.

Para Giddens (1992, p. 12) é necessário perceber que o “dependente químico é dependente de sua própria realidade”. Por isso, a dificuldade do dependente de se controlar diante dos impulsos da dependência. Por este motivo a importância que faz a existência de profissionais como do Serviço Social junto: aos Institutos, às Associações, Clínicas e as Comunidades Terapêuticas (CT), como: a Instituição Fazenda da Esperança que realiza atividade de reabilitação social com mulheres dependentes químicas.

Além disso, este estudo também possui relevância para o curso de Serviço Social, na medida em que possuímos a pretensão de contribuir para futuros estudos relacionados ao tema no âmbito acadêmico através deste trabalho, tendo em vista que, o profissional assistente social encontra-se presente neste espaço sócio ocupacional, por meio de atividades com os dependentes químicos, atuando em conjunto com uma equipe multidisciplinar.

Lembrando que, um dos alicerces em que está amparado o trabalho do assistente social neste campo de atuação, é a Lei 10.2016/2001, que trata da política de álcool e outras drogas. A referida Lei afirma que, as ações relacionadas aos dependentes químicos devem ser intersetoriais abrangendo diversas áreas, tais como: saúde, justiça, educação e social. Tais ações preconizam que, no âmbito da assistência, esta deve pautar-se por ações de prevenção, tratamento e reinserção social. (SENAD, 2011).

Desse modo, o objeto de estudo deste trabalho possui uma enorme relevância principalmente para os estudantes do Serviço Social por se tratar de um tema que está presente em todas as esferas da sociedade não fazendo distinção de idade, gênero ou classe social.

Ainda, possuímos a pretensão de contribuir para com a sociedade e até mesmo com a Instituição Fazenda da Esperança por meio deste trabalho no sentido de favorecer um aporte teórico de fundamento aos projetos desenvolvidos pela instituição e sua importância para tantas mulheres que hoje são ou serão atendidas pela referida instituição. Por fim, vale salientar ainda que, possuímos um anseio especial pelo tema devido ao nosso interesse em exercermos a profissão na área da saúde.

A partir da nossa percepção da realidade dinâmica a qual estamos inseridos, descritas nos interesses pela temática pessoal, profissional e social, buscamos por meio de nosso objetivo geral, compreender a atuação da equipe multiprofissional junto às mulheres em processo de recuperação atendidas na Instituição Fazenda da Esperança, situada no município de Fortaleza - CE. Respondendo ao nosso objetivo geral, elegemos os seguintes objetivos específicos: descrever, o uso abusivo de drogas na sociedade contemporânea; apresentar as políticas públicas direcionadas para população em situação de drogadição; e verificar os procedimentos bem como os desafios e as possibilidades da intervenção da equipe multiprofissional que atua na Instituição Fazenda da Esperança.

Diante da perspectiva apresentada até o presente momento, como forma de concretizar este trabalho, fizemos uso de uma metodologia que possui um caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Minayo (2008), este tipo de abordagem é adequado para estudos que possuam por base a experiência humana com sentidos e significados que derivam dos contextos da vida, dado que a pesquisa qualitativa faz perguntas fundamentais e investiga a natureza dos fenômenos sociais.

Assim, de acordo com a mesma autora, a pesquisa qualitativa é:

[...] uma atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. (MINAYO, 2008, p.23).

Desta forma, optamos por uma pesquisa qualitativa descritiva, devido aos objetivos da mesma, por melhor descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, ao estabelecimento de relações entre variáveis envolvendo técnicas padronizadas de coleta de dados, como: questionário e observações. Estas também apontadas por Gil (2008), como apropriadas quando se trata da questão metodológica para pesquisas qualitativas.

Assim, este estudo se realizou utilizando como base metodológica qualitativa, onde analisou as experiências relacionadas à biografia e\ou a práticas cotidianas da equipe multidisciplinar que atua junto aos indivíduos atendidos pela Instituição Fazenda da Esperança. Este se materializou por meio de relatos e histórias, das interações e comunicações entre o pesquisador e os participantes da pesquisa.

Cabe colocar que tais comunicações foram dadas entre indivíduos e grupos que também se baseou na observação e no registro de práticas conforme defendido por Gil (2008,

p.47) quando afirma que: “a pesquisa qualitativa se destina a trabalhar com a complexidade e as contradições de fenômenos singulares em termos de suas origens e de sua razão de ser”.

Desta forma, este estudo foi realizado na Instituição Fazenda da Esperança, no município de Fortaleza, com três profissionais que integram a equipe multidisciplinar da Instituição, quais sejam: uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma assistente social. Além disso, a metodologia utilizada foi fundamentada na pesquisa bibliográfica com resgate teórico de autores que abordam a temática, tais como: Occhini e Teixeira (2006), Avelino (2009), Plastino (2003), Poiares (1999), dentre outros.

Conforme esclarece Gil (2008, p. 66):

[...] a pesquisa bibliográfica e/ou documental constituiu-se no procedimento metodológico para a coleta de informações que se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto e [...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Ressaltamos ainda que, tais resgates bibliográficos presentes nesse trabalho, de acordo com Minayo (2008), são indispensáveis quando usamos uma abordagem empírica ou de campo, o que ocorreu nesta pesquisa, seguida da observação, da rotina do profissional, para a análise das informações observadas e colhidas.

Cabe salientar que, foi utilizada como técnica de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas com três profissionais de nível superior (uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma assistente social), que fazem parte da equipe multidisciplinar que atuam na Instituição Obra Social Nossa Senhora da Glória. Para Minayo (2008, p. 44), as entrevistas semiestruturadas possibilitam: “combinar perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”.

No desenvolvimento do presente trabalho foi construído, ainda, um roteiro (APÊNDICE A) para a entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, feitas com as assistentes sociais. Para tanto, fizemos uso de um gravador de voz com os registros das falas, conforme a autorização dos sujeitos entrevistados em Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disposto no (ANEXO A), do presente trabalho.

De acordo com Minayo:

O registro fidedigno, e se possível ao “pé da letra”, de entrevistas e outras modalidades de coleta de dados cuja matéria prima é a fala, torna-se crucial para uma boa compreensão da lógica interna do grupo ou da coletividade estudada. Dentre os instrumentos de garantia de fidedignidade o mais usual é a gravação da conversa. (MINAYO, 2008, p. 69).

Ainda com relação às entrevistas, vale salientar que a presente pesquisa se fundamentou nos aspectos éticos apontados pela Resolução 466/12, bem como na Lei n. 9.610/1998 (Lei de Direitos Autorais), onde estabelece que a reprodução não autorizada de uma obra constitui-se em crime estando os infratores sujeitos às sanções civis e penais cabíveis. No sentido de resguardar a privacidade dos sujeitos entrevistados os mesmos serão identificados apenas pela sua profissão. Assim, seguimos os procedimentos do protocolo de ética na pesquisa, de modo que a mesma só foi realizada após a autorização e devidos esclarecimentos aos sujeitos participantes deste trabalho via assinatura do TCLE.

Desta forma, as entrevistas foram com três profissionais, supracitados, que trabalham diretamente com as mulheres dependentes químicas atendidas na Instituição Fazenda da Esperança, situadas no município de Fortaleza - CE. Possibilitando assim, relatar os depoimentos das participantes da pesquisa, sobre os procedimentos bem como os desafios e as possibilidades da intervenção da equipe multiprofissional que atua na referida instituição.

A presente pesquisa subdivide-se em três capítulos. O primeiro capítulo é intitulado: “O Fenômeno da Drogadição em Tempos Contemporâneos” o qual contextualiza de forma breve, o histórico do uso abusivo de drogas no mundo e no Brasil, além disso, traz conceitos e dados estatísticos sobre as drogas.

O segundo capítulo foi denominado: “As Políticas sobre drogas no Brasil e as Comunidades terapêuticas”, como o próprio título sugere, apresentamos neste capítulo as políticas existentes sobre drogas e Brasil e o direcionamento que as mesmas possuem para o trabalho desenvolvido pelas Comunidades Terapêuticas.

No terceiro capítulo chamado de: “A Atuação da Fazenda Esperança junto às Mulheres que estão em Processo de Recuperação de uso Abusivo de Drogas” trazemos primeiramente o histórico da Instituição Fazenda da Esperança e no segundo momento descrevemos os relatos sobre a vivência, os desafios e as possibilidades da intervenção profissional dos participantes desta pesquisa que atuam junto a Instituição Fazenda da Esperança.

## 2. O FENÔMENO DA DROGADIÇÃO EM TEMPOS CONTEMPORÂNEOS

### 2.1. Histórico da Drogadição no Mundo e no Brasil

De acordo com Sielski (1999), desde os primórdios o *homo sapiens* utiliza diversas substâncias químicas, parte como alimento, parte como suplemento, haja vista que nesses últimos 50.000 anos nossos ancestrais experimentaram, testaram e aprenderam sobre essa interação que se processa entre a mente humana e a química da natureza. Para o autor, a falta de registros deixados pelos antepassados impede de saber na íntegra como tudo começou, no entanto, os primeiros registros disponíveis confirmam que os povos primitivos fizeram uso de drogas e medicamentos, principalmente vegetais, para o alívio e o tratamento dos seus enfermos.

Nas palavras do mesmo autor:

Esses registros encontram-se nas tábuas sumérias de Nippur, nos escritos cuneiformes de Assur, nos papiros egípcios, nos textos védicos da Índia antiga, no Shen Nung Pen-Ts'ao King chinês (primeira classificação de drogas), no Pon-cho da Coreia, no Avesta iraniano, no Antigo Testamento da Bíblia, nos livros de Chilam Balam (documentos incas e maias), nos Códices de Shagún e Badiano (astecas), etc. (SIELSKI, 1999, p. 18).

O mesmo autor coloca ainda que, inicialmente essas substâncias extraídas da natureza eram utilizadas com finalidades mágicas, com o objetivo de incrementar com as mesmas a pretensa ação dos feitiços e encantamentos. O livro referência nessa questão, escrito por Dawson, no ano de 1920, intitulado, “História do Medicamento”, discorre sobre como se dá a escolha pelos indivíduos por determinada substância psicoativa que possuíam fins terapêuticos. Portanto, o “remédio”, era utilizado de forma empírica, se tivesse ação favorável, esse seria de caráter misterioso ou do mundo da magia. Assim, “sua utilização era instintiva e intuitiva as quais incluíam ainda rezas e gestos peculiares de cada curandeiro, o que ampliava o caráter mágico das mesmas”. (SIELSKI, 1999 apud DAWSON, 1964).

Ainda com relação ao uso de drogas para fins medicamentosos, segundo o mesmo autor:

Há mais de 5.000 anos na Mesopotâmia, onde atualmente localiza-se o Iraque, os sumérios já curavam doenças com infusões obtidas da papoula, *Papaver somniferum*. Anos depois os assírios e mais tarde os babilônicos mantiveram a arte de extrair o suco leitoso da papoula para a fabricação de remédios. O grego Hipócrates (460 a.C. 377 a.C.), foi um dos primeiros a escrever sobre o uso medicinal do ópio, sem saber evidentemente qual era sua composição (o ópio contém mais de 20 alcaloides distintos). (SIELSKI, 1999, p. 19).

Em relação à comprovação mais recente, pela sociedade contemporânea ocidental, o achado mais antigo encontrado por arqueólogos, até o presente momento, de uso do álcool, é um jarro de cerâmica descoberto em escavações feitas no ano de 1968 no norte do Irã, por pesquisadores americanos, as quais foram publicadas na revista *Nature* em junho de 1996. Vale ressaltar que, o referido jarro continha resíduos de vinho feito entre 5.400 a.C e 5.000 a.C. Tal descoberta demonstrou que o vinho é tão antigo quanto a civilização humana, descoberto a partir da fermentação, transformação de açúcar em álcool, ocorria de forma espontânea em frutas, como por exemplo a uva, a qual era deixada em contato com o ar, sendo posteriormente consumido por pequenas aldeias formadas por indivíduos saídos das cavernas. (SIELSKI, 1999).

Ainda em relação à civilização ocidental o escrito mais remoto das origens do álcool e do alcoolismo encontra-se no Velho Testamento da Bíblia, no Gênesis, em seu capítulo 9, o qual descreve a figura do Noé como um plantador de videiras, usuário de álcool que se embriagava. Ainda no Velho Testamento existem registros de casos onde o álcool é o responsável por graves pecados, como o incesto e homicídios. (SIELSKI, 1999).

Ressaltamos que a história do uso de drogas pela humanidade também é tratada por Afornali (2011), o qual afirma que,

desde a antiguidade os povos primitivos já faziam uso de drogas e medicamentos para o alívio e tratamento dos enfermos; no primeiro milênio, documentos administrativos e inventários de imóveis descreviam que se consumia álcool em tâmaras fermentadas. (2011, p. 36).

Na Idade Média as tribos discutiam questões coletivas durante os banquetes. Segundo Afornali (2011, p. 88), “o álcool soltava as línguas e fazia com que todos se expressassem sem esconderem a essência de um pensamento, porém as decisões eram deixadas para o dia seguinte, quando os vapores do álcool não toldavam mais os espíritos”.

Para Escohatado (2004), o padrão de consumo de drogas tem-se revelado diferentemente ao longo do tempo. Desde os primórdios as drogas têm acompanhado a caminhada da Humanidade sobre a Terra, sendo consumidas em diversos contextos, nas mais variadas formas e com diferentes objetivos. Do mesmo modo, a visão das drogas foi assumindo diferentes formatos, com as mais diversas interpretações.

Poiares (1999), que segue a mesma concepção sobre o uso de drogas pelas mais diferentes sociedades, cita que “as drogas foram percebidas ao longo dos tempos a partir de diferentes percepções variando conforme as sociedades ao longo do tempo”. Tais concepções se deram em função da época e da cultura em que se inseriam o seu uso. Atualmente, na

sociedade contemporâneas, as drogas possuem diferentes significados, dependendo do ponto de vista sob o qual são direcionados os olhares como status, por exemplo, alguns jovens são usuários para impor respeito em seus grupos. Deste modo, o seu significado científico difere do sociocultural.

O consumo de drogas foi percorrendo um trajeto que teve início nos tempos mais remotos, no entanto, a cada tempo correspondem ao uso de diferentes substâncias além de distintas formas de usar. Inicialmente, “os indivíduos que delas faziam uso tinham por objetivo estabelecer contato com entidades divinas, assim, as mesmas funcionavam como uma espécie de elo entre a realidade conhecida e a “vida prometida””. (ESCOHATADO, 2004).

Na Grécia Antiga, afirmava-se que o efeito de uma droga dependia de inúmeros fatores dentre eles: da dose administrada, da pureza da substância, das condições e das razões da sua utilização, além das normas culturais que regiam o seu uso. Hipócrates e Galeno, tidos como fundadores da medicina científica definiram drogas como: “[...] toda a substância que, não sendo vencida pelo corpo humano, teria a capacidade de vencer”. (ESCOHATADO, 2004, p.87).

Ainda na Grécia Antiga, segundo o mesmo autor, o ópio era aconselhado como remédio. Já os egípcios faziam uso do ópio, conforme indicava o Papiro de Ebers<sup>4</sup>, para esquecerem as preocupações, a fadiga e a fome, enquanto os assírios faziam uso da mesma substância em rituais sagrados. Na civilização romana, Plínio<sup>5</sup> deixou registada à forma de extrair o ópio da papoila. (ESCOHATADO, 2004).

Segundo Poiares (1999) na Idade Média, algumas ordens religiosas começavam a produzir cerveja, além disso, muitos povoados começaram a retirar substâncias das plantas sendo as mesmas associadas a exorcismos ou a práticas demoníacas.

Nesse mesmo período, com o advento do mercantilismo e a descoberta do novo mundo, novos produtos e costumes invadiram o continente europeu, tais como: o tabaco, o chá, além de outras espécies botânicas, que passaram a serem conhecidas, como por exemplo, o ópio. Este chamou a atenção do vice-rei português, o qual sugeriu ao monarca a produção da substância com fins lucrativos. (POIARES, 1999).

---

<sup>4</sup> O Papiro Ebers é um dos tratados médicos mais antigos e importantes que se conhece. Foi escrito no Antigo Egito e, é datado de aproximadamente 1550 a.C. Cabendo ressaltar que, o papiro contém mais de 700 fórmulas mágicas e remédios populares além de uma descrição precisa do sistema circulatório (ESCOHATADO, 2004).

<sup>5</sup> Caio Plínio, também conhecido como Plínio, o Velho, foi filósofo e naturalista romano que viveu entre 23 d.C. a 79 d.C (ESCOHATADO, 2004).

Por fim, o mesmo autor esclarece que, até os séculos XVII e XVIII, no mundo Ocidental, o consumo de drogas era um privilégio de poucos, sempre ligado ao luxo e à busca de diferenciação por parte das elites.

No século XIX, pela primeira vez foi sintetizada a cocaína, passando a ser usada em um primeiro momento como tónicos. Cabe destacar que, um destes tónicos intitulado Vin Mariani, uma mistura de vinho e cocaína, possuía como seu garoto propaganda, o Papa Leão XIII. Outro exemplo do uso de drogas naquele período era a mistura que se fazia das mesmas às bebidas, como por exemplo, a Coca-cola, inventada em 1886, a mesma utilizava ingredientes ativos a noz de cola e cocaína. (ESCOHATADO, 2004).

Escohatado (2004) fez um estudo histórico sobre a evolução do uso de drogas ao longo dos tempos, o século XIX foi um período de grande uso da cocaína, do ópio e dos respectivos alcaloides, sobretudo entre as pessoas mais abastadas e cultas.

Para o mesmo autor, as generalizações do consumo de drogas seguiram vários caminhos, incluindo de modas até as guerras. Este fato histórico fica claro quando Escohatado coloca que:

A morfina, por exemplo, foi usada indiscriminadamente entre os feridos da Guerra da Secessão nos Estados Unidos da América, entre 1861 e 1865, vindo a originar a então designada “doença do exército”, pelas graves situações de dependência então criadas. Os próprios missionários religiosos, a par da mensagem divina, levavam consigo a heroína e a morfina, que eram usadas com o objetivo de recuperar os dependentes do ópio na China onde, ainda atualmente, a morfina é conhecida por “ópio de Cristo”. (ESCOHATADO, 2004, p. 99).

Já no século XX, na década de 1930, as anfetaminas começaram a serem comercializadas, sendo muito divulgadas no decorrer da II Guerra Mundial (1939/1945). Na década de 1940, foi descoberto o ácido lisérgico conhecido popularmente por LSD, o qual foi muito usado pelo Movimento *Hippie*, na década de 1960, deste modo o consumo de drogas inseriu-se em todas as classes sociais e proliferando-se no mundo todo. (ESCOHATADO, 2004).

Na década de 1980, foi marcada pela produção de drogas sintéticas, as quais passaram a serem produzidas por laboratórios ilegais, chegando aos consumidores através de redes de intermediários, os quais não possuíam conhecimentos da matéria, portanto, tal método de produção baseava-se na intensificação da produção a baixo custo. (ESCOHATADO, 2004).

Por fim, Escohatado (2004) afirma que, “a década de 1990, no que se refere ao uso de drogas foi marcada pela expansão do consumo das mesmas em todas as idades”; no entanto, o mesmo autor observou que os indivíduos que passam a fazer uso de drogas eram cada vez

mais jovens, seguindo o mesmo caminho percorrido pelos adultos ocorrido nas décadas de 1970 e 1980. O mesmo autor ressalta ainda que, foi a partir de 1990 as drogas saíram do circuito dos clubes elitizados para as comunidades, as quais também passaram a fazer uso de drogas antes “elitizadas”.

Segundo Poiares (1999) a visão do uso de drogas pela sociedade é enviesada, pois é através de diferentes perspectivas das mesmas que vão construindo-se diferentes interpretações. Portanto, segundo Poiares (1999, p. 66): “a droga é uma noção impregnada de subentendidos ideológicos, que abarcam sentidos diferentes e, não raras vezes, opostos”.

Assim, o consumo de drogas, com as características atualmente existentes, não ocorreu devido ao mero acaso, mas sim aos interesses de cunho econômico, político e até científico, os quais, juntamente com o contexto histórico-cultural, foram ditando as transformações pela qual a concepção sobre drogas passou e, ainda vem passando ao longo dos tempos. (POIARES, 1999).

Para Poiares (1999),

nos dois últimos séculos, a droga, acabou por assumir uma tripla dimensão: a de mercadoria, ligada a questão econômica e jurídica; a dimensão lúdica e terapêutica, como fonte de desinibição favorecedora do convívio social e como instrumento de tratamento médico; e, as dimensões do mundo do crime, numa perspectiva emergente, sobretudo a partir de meados do século XX. (1999, p. 28).

Segundo Sequeira (2006), a representação social da droga é o que há de mais nocivo, uma vez que, quando retirado o “fetichismo” existente no seu invólucro, portanto, suas características físicas e químicas, a droga é apenas uma substância com determinadas propriedades. O autor defende sua teoria exemplificando os diferentes olhares que a sociedade tem para o uso de drogas legais, como por exemplo, o álcool e as drogas ilegais. (cocaína, maconha, etc.).

Assim, segundo o mesmo autor, atualmente, observar-se que o uso de determinadas substâncias começa a assumir contornos problemáticos, como é o caso do álcool. No entanto, o uso abusivo do mesmo não possui o mesmo estereótipo social causado pelo consumo de outras drogas ilegais, conforme supracitado pelo mesmo autor.

Este afirma ainda que:

O uso do álcool é tão nocivo e com tão elevados custos sociais, no entanto, não suscita a mesma impressão nem causa o mesmo alarme provocado pelo consumo das drogas ilícitas. Ao que parece, em termos sociais, continua a vigorar uma classificação das drogas como perigosas e não perigosas, numa tendência para interpretações enviesadas e, portanto, enganosas. (SEQUEIRA, 2006, p. 99).

Portanto, como deixa claro Sequeira (2006), ao longo do tempo, a sociedade foi embutindo múltiplos significados, assumindo diferentes dimensões e formas de consumo. Desta forma, retomando as reflexões dos autores supracitados os quais discorrem sobre a história das drogas ao longo dos tempos e suas diferentes concepções é possível afirmar que a mesma é uma construção social que reflete períodos distintos de cada sociedade, e que desde os primórdios, as relações sociais possuíam componentes que envolviam rituais os quais faziam uso das mais variadas drogas para os mais diversos fins.

Na sociedade contemporânea, baseada no modo de produção capitalista, controlado por grandes grupos econômicos, a produção de drogas lícitas, tais como: bebidas, cigarros e de remédios, criam um mundo “surreal”, “fantasioso”, através da mídia, a qual seduz os indivíduos levando-os ao consumo desenfreado das mesmas. (SIELSKI, 1999).

Quanto à produção das drogas ilícitas muito embora não contem com a ajuda da mídia também visam o mesmo objetivo, qual seja o lucro. No entanto, o consumo dessas drogas sejam elas lícitas ou ilícitas, deve-se muitas vezes a problemas, de ordem social e emocional. (SIELSKI, 1999).

O mesmo autor faz uso de alguns exemplos para justificar suas afirmações em relação à propaganda incentivando o consumo desenfreado de drogas lícitas. Dentre essas, destacamos aqui as propagandas vinculadas através:

[...] dos filmes, novelas, revistas, jornais e outdoors que incentivam ao uso de drogas, desde a tenra idade passando pela literatura infantil, como por exemplo: A Tia Nastácia<sup>6</sup>, que faz uso do pó de pirlimpimpim para fazer uma viagem, a Alice<sup>7</sup>, toma algum chá e come cogumelos para se sentir mais feliz e ir ao País das Maravilhas, além da propaganda na televisão incentivando o consumo de álcool. (SIELSKI, 1999, p. 55).

Com relação ao Brasil, desde seu descobrimento e colonização dada pelos portugueses, esses descobriram além do Brasil, os costumes indígenas, dentre os quais os mesmos faziam uso de tabaco e produziam e bebiam uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada *cauim*. Tais drogas eram utilizadas em rituais e festas. Com o passar do tempo, os portugueses aprenderam e aperfeiçoaram o modo de produzir a cachaça, no

---

<sup>6</sup> Tia Anastácia personagem do Sítio do Pica-Pau Amarelo, uma série de 23 volumes, escrita por Monteiro Lobato entre 1920 e 1947. Sendo que a obra foi transformada em uma série de televisão, no Brasil, a qual foi produzida e exibida pela Rede Globo, no ano de 2001 e 2007. (SIELSKI, 1999).

<sup>7</sup> Alice no País das Maravilhas é a obra mais conhecida de Charles Lutwidge Dodgson, publicada no ano de 1865 sob o pseudônimo de Lewis Carroll. (SIELSKI, 1999).

processo de fabricação do mosto<sup>8</sup>, acabaram descobrindo um melão que colocavam no cocho para os animais e escravos, denominado de “Cagaça”<sup>9</sup>. (CARLINI, 2002).

Já o uso da maconha, esta foi introduzida no Brasil pelos escravos africanos sendo difundida também entre os indígenas, a qual era consumida com propósito medicinal e nas atividades recreativas como a pesca e nas rodas de conversas. (CARLINI, 2002).

No Brasil, o primeiro registro sobre o uso de drogas foi datado no ano de 1564, trazidas pelos escravos. Já no século XVII, o vice-rei de Portugal passou a enviar carregamentos de sementes de maconha para que fosse cultivada no Brasil em larga quantidade devido à sua importância como produtora de fibra usada nas velas das caravelas. (CARLINI, 2002).

No século XIX, farmácias vendiam cigarros de maconha no país. Assim, antes de completar um século da descoberta do Brasil, pelos portugueses, uma das drogas mais populares, a maconha, já se fazia presente no país, deste modo, o uso de drogas deu seus primeiros passos na sociedade brasileira, isso é, quando o Brasil ainda era uma colônia de Portugal. (CARLINI, 2002).

Quanto a esse período, que compreende desde a década de 1930 até o presente momento, Gonçalves (2010), destaca que foi surgindo na sociedade duas classes de “vícios”: os “elegantes” indivíduos que consumiam morfina, heroína e cocaína, que fazem parte da camada social da elite, e os “deselegantes”, destacando-se o alcoolismo e o maconhismo, próprios das camadas pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes.

Daqueles tempos até o presente momento, o consumo de drogas, no Brasil, tem andado a passos largos tornando-se um problema social, tanto é verdade tal afirmativa, que se tornou alvo de políticas públicas tanto a nível Federal, Estadual e Municipal.

No entanto, segundo o mesmo autor, para que ocorra uma implantação de programas de prevenção sobre o uso de drogas, eficaz, em qualquer sociedade se faz necessário, conhecer a realidade da população usuária, haja vista que, nenhum dado isolado é suficiente para se traçar um perfil da sociedade frente às drogas.

Portanto, fazendo uma retrospectiva, do período pós-colonização o consumo de drogas se expandiu na sociedade brasileira, no século XX, na década de 1930, as anfetaminas começaram a serem comercializadas, sendo muito divulgadas no decorrer da II Guerra

---

<sup>8</sup> Caldo em processo de fermentação que é extraído na produção do açúcar a partir da cana-de-açúcar. (ANDRADE, 1996).

<sup>9</sup> Posteriormente veio a se chamar Cachaça, destilada em alambique de barro, e depois, de cobre. (CARLINI, 2002).

Mundial (1939/1945). Na década de 1940, foi descoberto o ácido lisérgico conhecido popularmente por LSD, o qual foi muito usado pelo Movimento *Hippie*, na década de 1960, deste modo, o consumo de drogas inseriu-se em todas as classes sociais e proliferando-se no mundo todo. (CARLINI, 2002).

O mesmo autor chama a atenção para essa questão ao afirmar que, hoje a sociedade brasileira continua reproduzindo parte deste estigma, incluindo-se agora o crack, como sendo parte desta classe marginalizada.

Por fim, Gonçalves (2010), faz uso de um fato incontestável, como forma de embasar suas afirmações, qual seja:

[...] essa realidade nacional em que permanece a associação “pobre-preto-maconheiro-marginal-bandido” traduzida assim nas abordagens policiais dirigidas às pessoas autuadas pelo porte de maconha, sendo muito mais severas nas periferias do que em áreas mais ricas e socioeconomicamente mais favorecidas (GONÇALVES, 2010, p. 77).

Para Carlini (2002), do período pós década de 1930 para cá o consumo de drogas, no Brasil, andou a passos largos se tornando assim um problema social, tanto é verdade tal afirmativa que, a drogadição, se tornou alvo de Políticas Públicas tanto a nível federal, estadual como municipal.

Tal afirmativa está embasada pelo crescente número da população usuária de drogas bem como pelo surgimento de inúmeras Organizações Não-Governamentais (ONG's) que atendem esse grupo populacional como, por exemplo, o Instituto Fazenda Esperança o qual se constitui objeto de estudo deste trabalho.

É válido ressaltar nesse momento em relação à legalização do uso da *cannabis*, as leis que na maioria dos países do mundo regulam o uso, a posse, o cultivo, a transferência e o comércio da maconha. Desde o início da proibição do uso da planta em meados do século XX, a maioria dos países não reviu a legislação sobre o uso da droga para uso pessoal, apesar de mais de 10 países toleram ou terem descriminalizado o uso e/ou o seu cultivo em quantidades limitadas pelo governo. O uso medicinal da *cannabis* é legal em vários países, como o Canadá, a República Checa e Israel. Enquanto a Lei Federal dos Estados Unidos proíbe qualquer tipo de venda e posse de maconha, a aplicação dessa legislação varia muito entre os estados do país, sendo que alguns criaram programas de uso medicinal da maconha, em violação à Lei Federal. (CARLINI, 2002).

A campanha pela legalização da *cannabis* ganhou força a partir das décadas de 1980 e 1990, notadamente apoiadas por artistas e políticos liberais. No Brasil, foi uma das bandeiras

do político Fernando Gabeira juntamente com Carlos Minc, Ministro do Meio Ambiente, que tentou implantar o cultivo do cânhamo para fins industriais. Alguns pensadores acreditam que a legalização da maconha iria diminuir o consumo bem como o tráfico de drogas.

Em contrapartida existem movimentos que são contra a legalização da *cannabis*, como alguns membros da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que já publicou um manifesto, citando vários motivos para que a maconha não seja legalizada como: Falta de estrutura para o tratamento de dependentes, alto risco e impacto no desenvolvimento dos jovens, maconha é ainda mais danoso à saúde que o cigarro.

Cabe aqui, abrirmos um parêntese sobre o debate, em âmbito nacional, que vêm ocorrendo acerca da descriminalização das drogas no Brasil, portanto extremamente pertinente à temática abordada neste trabalho. Haja vista que, existe, em processo em tramitação no Supremo Tribunal Federal (STF), o qual julga a descriminalização das drogas no Brasil, devido ao Recurso Extraordinário nº. 635.659. O Recurso Extraordinário proposto pelo Defensor Público Geral do Estado de São Paulo pretende a declaração de inconstitucionalidade do Art. 28 da Lei de Drogas (11.343/2006), que dispõe:

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).

É importante colocarmos ainda a esse respeito que, tal julgamento tem repercussão geral reconhecida, pois discute se é constitucional ou não o Art. 28 da Lei de Drogas (Lei 11.343/2006), que tipifica como crime a porte de drogas para uso pessoal, frente ao inciso X do artigo 5º da Constituição Federal, que assegura o direito à intimidade e à vida privada.

Correlacionando tal questão, observamos enquanto estivemos realizando esta pesquisa, que essas mulheres fazem parte do grupo de indivíduos que apenas fazem uso de drogas. Portanto, cabendo sim, a discriminação entre as pessoas que portam consigo essas substâncias com o objetivo de vender, tráfico e as que apenas fazem uso das mesmas.

## **2.2 As Drogas mais Usadas Lícitas e Ilícitas, Conceitos e Dados Estatísticos.**

Diante do que foi exposto no tópico, 2.1, no Brasil, a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), por meio do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

Psicotrópicas (CEBRID), no ano de 2001 e 2005, realizou o primeiro e o segundo Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, os quais foram publicados nos anos subsequentes. Os referidos levantamentos se deram por meio de amostras em 107 e 108 cidades, respectivamente, do país com mais de 200 mil habitantes, com faixa etária entre 12 e 65 anos de idade de ambos os sexos totalizando 47.045.907 habitantes, o que representou aproximadamente 41,3% da população brasileira.

No entanto, muito embora Carlini (2002, p. 45), ressalte que: “estes foram os maiores levantamentos feitos sobre a população usuária de Drogas no Brasil”, todavia, em suas publicações o primeiro e o segundo “Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil”, não trazem dados estratificados por Estados da população usuária de drogas, somente por Região<sup>10</sup>. Segundo o Secretário Nacional Antidrogas em apresentação do II Levantamento: “Ao tornar público os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, esperamos continuar contribuindo para a compreensão do complexo inquietante fenômeno consumo de drogas, bem como com as melhores formas de intervenção conjunta entre governo e sociedade”. (SENAD, 2006, p. 06).

De acordo com dois levantamentos, dispostos na (Tabela 1) abaixo, no ano de 2001, 18,8% dos entrevistados relataram que consumiram algum tipo de droga pelo menos uma vez na vida, o que corresponde a uma população de 9.109.000. Já no segundo levantamento 24,19%, dos entrevistados afirmaram terem feito uso de algum tipo de droga ilícita, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 de habitantes. (SENAD, 2006).

Deste total, conforme pode ser observado na mesma, 6,9% já haviam fumado maconha; 5,8% dos entrevistados afirmaram já terem feito uso de solventes; 3,3% feito uso de benzodiazepinas; 2,3% tinham usado cocaína; 0,4% crack; e 0,1% heroína.

A respeito da Benzodiazepinas, é relevante destacarmos que, conforme disposto pela SENAD (2006), “essa droga como um grupo de fármacos ansiolíticos são utilizados como sedativos, hipnóticos, relaxantes musculares, para amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante”.

---

<sup>10</sup>. No percurso da construção deste trabalho não encontramos dados quantitativos estratificados da população usuária de drogas do Estado do Ceará. Desse modo, cabe uma crítica à falta dos mesmos, haja vista que a falta de tais dados, impossibilitou uma análise mais profunda sobre a população usuária de drogas na cidade de Fortaleza. Drogas lícitas são aquelas legalizadas, produzidas e comercializadas livremente e que são aceitas pela sociedade. Os dois principais exemplos de drogas lícitas na nossa sociedade são o cigarro e o álcool. Já a cocaína, a maconha, o crack, a heroína, etc., são drogas ilícitas, ou seja, são drogas cuja comercialização é proibida pela legislação. Além disso, as mesmas não são socialmente aceitas.

**Tabela 1. Percentual da população brasileira que admite ter feito uso de drogas ilícitas**

Percentual da população brasileira que admite ter feito uso de drogas ilícitas		
Ano	2001	2005
Maconha	6,9%	8,8%
Solventes	5,8%	6,1%
Benzodiazepinas	3,3%	5,6%
Cocaína	2,3%	2,9%
Crack	0,4%	0,7%
Heroína	0,1%	0,09%
Total	18,8%	24,19%

Fonte: SENAD e CEBRID, 2006.

Conforme é possível observar, o uso da maconha, no Brasil, aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, nos dois anos pesquisados, com 6,9% e 8,8% respectivamente. A segunda droga com maior uso perante a população pesquisada foram os solventes 5,8% para o ano de 2001 e 6,1% no ano de 2005. Conforme levantamento da (SENAD, 2006), as porcentagens estão próximas à encontrada nos EUA (7,5%) e superior à encontrada em países como: Espanha (4,0%), Bélgica (3,0%) e Colômbia (1,4%). Já a terceira droga mais usada: “as benzodiazepinas, surpreendeu, lembrando que não há controle para a venda desse tipo de medicamento”. (SENAD, 2006, p. 306).

Quanto ao uso de cocaína foi conforme pode ser observado na (Tabela 1) acima, nas 107 e 108 maiores cidades do país, foi de 2,3% e 2,9%, respectivamente. Ressaltando que, no segundo levantamento o número de indivíduos que afirmaram terem feito uso de cocaína equivale a 1.459.000 de indivíduos, conforme. (SENAD, 2006).

Para Galduróz (2000, p. 320), o consumo desta droga no Brasil: “está próximo ao Chile (4,0%), à Espanha (3,2%) e ao Reino Unido (3,0%). Sendo a Região Sul aquela onde se verificaram as maiores porcentagens (3,6%). A menor foi na Região Norte, com 0,8%”.

O uso do Crack, no Brasil, conforme (Tabela 1) acima, atinge 0,4% e 0,7%, nos anos de 2001 e 2005. No que concerne ao ano de 2005, portanto, segundo levantamento o mesmo aponta em números que para aquele ano 371.000 indivíduos fizeram uso desta substância

ilícita. Ressaltamos que não existem dados atualizados até o ano vigente, daí utilizarmos os dados acima referentes ao ano de 2006.

A maior porcentagem de uso desta droga, em ambos os anos: “foi para o sexo masculino, na faixa etária de 25 a 34 anos, o que equivale a uma população de 76.000 pessoas”. (GALDURÓZ, 2000, p. 78).

Segundo estudos realizados pela Fiocruz no ano de 2012, e divulgados pelo jornal Diário do Nordeste em 19/09/2013.

O Nordeste tem o maior número de usuários regulares de crack que vivem em capitais. O levantamento estima que 40% deles, o que significa 148 mil pessoas, moram na região. [...] A pesquisa considera como usuário regular a pessoa que consumiu a droga por pelo menos 25 dias nos seus meses anteriores à entrevista. (2013, p. 17).

A heroína é a droga com menor índice de uso pelos brasileiros, com 0,04% e 0,09% no ano de 2005, segundo levantamento feito pela (SENAD, 2006, p. 29): “[...] o estudo mostra que, no ano de 2001, cerca de 25.000 indivíduos já utilizaram a heroína no Brasil”. De todas as cidades pesquisadas, foram constatadas que:

[...] apenas quatro pessoas com uso na vida de heroína, sendo três homens e uma mulher, o que equivale a cerca de 0,04 %. Nas regiões Norte e Nordeste, houve três relatos, e, um, no Sul; no Centro-Oeste e no Sudeste, ninguém citou o uso dessa droga (SENAD, 2006, p. 315).

No que concerne ao acesso a drogas, 45,8% dos indivíduos participantes das referidas pesquisas relataram ser fácil comprar cocaína; 15% tinham visto alguém comprando ou vendendo drogas; e ainda 4% dos entrevistados relataram já terem sido abordados ao menos uma vez na vida por traficantes lhes oferecendo drogas.

Quanto ao grau de instrução desta população usuário, segundo os mesmos levantamentos indicaram aproximadamente 35% dos entrevistados não possuíam o ensino fundamental completo ou eram analfabetos. (SENAD, 2006).

Dessa forma, conforme constatado pelo primeiro e segundo Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, supracitados, dentre a população brasileira existe um elevado número de indivíduos que fazem uso de drogas ilegais, o que acaba sendo um problema não apenas de segurança públicas, mas também de saúde pública, dada as consequências para estes indivíduos, tratado no próximo tópico.

Dentro dessa perspectiva endêmica com relação ao uso de drogas por parte da população brasileira, faz-se necessário trazer no presente trabalho algumas concepções sobre o que vem a ser dependência.

Desse modo, segundo Afornali (2011), dependência, em latim *adictere*, significa estar preso ou escravizado. Os indivíduos podem vir a possuir uma infinidade de dependências, dentre essas o mesmo autor cita como exemplos a dependência: financeira, emocional, relacional e química. No entanto, independentemente de qual tipo de dependência que um indivíduo possuir, essa, contém um componente biológico, psicológico, social, e\ou familiar.

Quanto à dependência química, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) por meio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a dependência química é uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser estacionada pela abstinência. Portanto, consiste em um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem, depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associada ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações. (OMS, 2001).

Ainda em relação à dependência química, conforme supracitado:

A dependência química abrange todos os componentes envolvidos nas demais dependências, sendo, assim, constitui-se em um problema de ordem biológica, psicológica, e familiar, que carrega consigo um fenômeno chamado codependência. Tal fenômeno propicia e intensifica a dependência emocional, relacional, financeira do dependente químico com o seu núcleo familiar. (AFORNALI, 2011, p.16).

Segundo Gonçalves (2010), a dependência química é uma doença que atinge 10% da população mundial, onde não escolhe raça, religião, classe social ou região do mundo, ocorre nos palácios, nas favelas e na classe média.

Para uma melhor compreensão acerca da dependência química, é preciso entender que ela pode se apresentar em duas formas de dependências: a física e a psicológica. A dependência física é causada pelas drogas que funcionam da forma em que entram no metabolismo do indivíduo, fazendo parte das reações bioquímicas, de tal forma que o organismo já as tem como parte necessária para seu funcionamento adequado. Ainda em relação à dependência física, a manifestação da mesma só ocorre quando existe uma interrupção no uso, o que acarreta o desenvolvimento dos sintomas, uma vez que o corpo está adaptado fisiologicamente ao uso contínuo da substância. (GONÇALVES, 2010).

No que refere à dependência psicológica, Gonçalves (2010) afirma que,

[a] droga torna-se o centro da vida do indivíduo, que tem influência em seus pensamentos, atividades e emoções diárias, de tal forma que resistir à vontade constante e parar de usá-la seriam algo de grande dificuldade, seus sintomas são manifestados por meio de ansiedade e dificuldade de concentração, porém varia

conforme o indivíduo, haja vista que, cada indivíduo carrega suas próprias peculiaridades. (2010, p. 71).

Assim, diante da contextualização sobre a evolução histórica do uso de drogas no mundo e no Brasil, sejam elas lícitas ou ilícitas e dos conceitos apresentados sobre o que vem a ser a dependência química trazemos no próximo capítulo a luz da discussão as políticas públicas sobre drogas no Brasil, como por exemplo, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), bem como, as Políticas Públicas direcionadas as Comunidades Terapêuticas responsáveis por atender parte da demanda dessa população crescente no País.

### **3. AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.**

#### **3.1. Breve histórico sobre as políticas direcionadas a população usuária de drogas.**

Segundo Matos (2000), que faz uma perspectiva histórica no que diz respeito às políticas públicas sobre drogas no Brasil, o país veio a ter sua primeira regulamentação sobre drogas no ano de 1938, quando foi criada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891/38, posteriormente incorporada ao Art. 281 do Código Penal brasileiro no ano de 1941. Sendo o mesmo, resultado das diversas inovações ocorridas no período do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945), a qual defendia como foco das preocupações, sobre o uso abusivo das mesmas, a classe operária. Para isso o governo promovia ações no sentido de conter um comportamento desviante.

Muito embora a referida Lei fosse inovadora para a época, cabe ressaltar que segundo o mesmo autor, esta possuía uma perspectiva criminalizada a do usuário de drogas, com o Estado passando a atuar por meio de campanhas, tais como: palestras, conferências e propagandas.

De acordo com Laranjeira e Romano (2003), em 1971 entrou em vigor a Lei n. 5726/71, que dava o mesmo tratamento penal a usuários e traficantes, a qual ficou em vigor até o ano de 1976, quando foi criada a Lei 6368/76. Cabe destacar, conforme enfatizam os autores que, essa Lei entrou em vigor inserida em um contexto marcado pelo trabalho realizado por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional, iniciado

no ano de 1973, após a morte de duas crianças<sup>11</sup>, uma no Estado do Espírito Santo e outra em Brasília, vítimas de crimes relacionados às drogas. Ao final da CPI, esta propôs um projeto de Lei que posteriormente foi incorporado na Lei 6.368/1976.

De acordo com Laranjeira e Romano (2003), as políticas de enfrentamento à questão das drogas, principalmente a partir da década de 1960, foram baseadas em ações que buscavam a redução da oferta de drogas, portanto, restringiam-se ao campo jurídico e/ou médico. Assim, nesse período prevaleceram ações governamentais repressivas, que buscavam controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas, dando tratamento igual para os traficantes e usuários.

Portanto, nesse período, o Estado atuava de maneira repressiva, tendo como seu principal objetivo restringir o acesso às drogas, por meio do controle do tráfico resultando em uma redução na oferta e conseqüentemente do consumo de substâncias ilícitas. (LARANJEIRA; ROMANO, 2003).

Neste mesmo período foram criados o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao uso de drogas vinculado ao Ministério da Justiça possuindo representantes de órgãos que exerciam atribuições de prevenção, fiscalização e repressão no âmbito Federal, Estadual e Municipal. Assim, através desse sistema, na década de 1980, no governo de João Figueiredo por meio do Decreto nº. 85.110/81, cria os Conselhos Antidrogas, a nível Federal, Estadual e Municipal, em que essas instâncias contribuíram para conduzir iniciativas sobre o tema drogas no Brasil focado no binômio abstinência/repressão. (LARANJEIRA; ROMANO, 2003).

A partir de 1987, no Brasil, são realizados estudos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), e pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), os mesmos constataram ter ávido um aumento substancial no consumo de drogas no país, tanto pela população jovem como pela população adulta economicamente ativa (BRASIL, 2003).

Segundo tais estudos, iniciados na década de 1980 à década de 1990:

---

<sup>11</sup>. A criança do Estado do Espírito Santo chamava-se Araceli Cabrera Crespo, tinha oito anos quando foi raptada, drogada, estuprada, morta e carbonizada, no Espírito Santo, em 1973. Sendo que até hoje ninguém foi punido pelo crime. Após a prisão, julgamento e absolvição dos acusados, o processo foi arquivado pela Justiça. A segunda criança, Ana Lúcia, foi sequestrada quando tinha 7 anos de idade em Brasília, também no ano de 1973. A menina foi torturada, estuprada e morta por asfixia. Seu corpo foi encontrado por policiais, em um terreno da Universidade de Brasília (UnB), onde se encontrava semienterrado em uma vala, próxima da qual havia marcas de pneus de moto e 2 camisinhas. A menina estava nua, com marcas de cigarro e com os cabelos mal cortados. Fonte: Disponível em: <<http://g1.globo.com/espírito-santo/noticia/2015/05/morte-de-araceli-faz-42-anos-e-crime-continua-impune-no-es.html>> . Acesso em: 21/06/2016.

Segundo levantamento realizado pelo CEBRID em 1987, o percentual de adolescentes do País que já consumiram drogas entre 10 e 12 anos de idade é extremamente significativo – 51,2% já consumiram bebida alcóolica; 11% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% anfetamínicos. A idade de início do consumo situa-se, entre 09 e 14 anos. A situação torna-se mais grave entre crianças e adolescentes em situação de rua. Levantamento realizado em 1987, em seis capitais brasileiras, demonstrou que, em média, 88,25% dessa população fez uso na vida de substâncias psicoativas, sendo que as drogas mais usadas, três delas consideradas lícitas, foram o tabaco, os inalantes, a maconha, o álcool, a cocaína e derivados. Registram-se, também, problemas relativos ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa, afetando a segurança do trabalhador e a produtividade das empresas. Estudo realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo – FIESP, em 1993, mostra que 10 a 15% dos empregados têm problemas de dependência. O uso de drogas aumenta em cinco vezes as chances de acidentes do trabalho, relacionando-se com 15 a 30% das ocorrências e sendo responsável por 50% de absenteísmo e licenças médicas. (BRASIL, 2003, p. 07).

Concomitantemente a tais fatos, supracitados, no ano de 1998, o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, participa de Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, a qual foi dedicada a “Enfrentar Junto o Problema Mundial da Droga”. Ao final da Assembleia, o Brasil aderiu aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”, de 1998, segundo o qual em seu Art. 14 parágrafo 4º, os países que aderirem a Convenção possuem: “[...] o compromisso político, social, sanitário e educacional, de caráter permanente, no investimento em programas de redução da demanda”.

Diante disso, o Brasil, que já possuía o Fundo Nacional Antidrogas criado no ano de 1986, destinado somente à repressão ao combate às drogas redirecionou os recursos do mesmo incluindo também as políticas públicas no combate ao uso de drogas, conforme disposto em seu Art. 5, as quais são discorridas nos tópicos subsequentes.

O Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) foi criado pela Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, gerido pela SENAD<sup>12</sup>. Sendo que, o FUNAD é composto por recursos provenientes de multas arrecadadas no controle e fiscalização de drogas e medicamentos controlados, da venda de valores apreendidos em decorrência do tráfico, de doações, entre outros. Por lei, todo o dinheiro recolhido pelo fundo, que é administrado pela SENAD, deve servir para o incentivo a atividades de educação, prevenção, tratamento, recuperação, repressão, controle e fiscalização do uso e do tráfico de entorpecentes, conforme está disposto nos Art. 4 e 5 da mesma Lei, como seguem.

---

<sup>12</sup>. A SENAD: “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. 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), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República”. (BRASIL, p. 61, 2014).

No que concerne aos seus recursos, de acordo com o Art. 4:

Todo e qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado de qualquer forma em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas abusivas, ou ainda, que haja sido adquirido com recursos provenientes do referido tráfico, e perdido em favor da União constituirá recurso do FUNCAB, ressalvados os direitos do lesado ou de terceiros de boa-fé e após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo. (BRASIL, 1986).

Portanto, como o próprio Art. 4, do FUNAD, deixa claro, os recursos são constituídos de dotações específicas estabelecidas no orçamento da União, de doações, de recursos de qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas de abuso ou utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização de drogas, após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo.

Quanto aos seus recursos conforme o Art. 5 será destinado:

- I - aos programas de formação profissional sobre educação, prevenção, tratamento, recuperação, repressão, controle e fiscalização do uso e tráfico de drogas;
- II - aos programas de educação técnico-científica preventiva sobre o uso de drogas;
- III - aos programas de esclarecimento ao público, incluídas campanhas educativas e de ação comunitária;
- IV - às organizações que desenvolvem atividades específicas de tratamento e recuperação de usuários;
- V - ao reaparelhamento e custeio das atividades de fiscalização, controle e repressão ao uso e tráfico ilícitos de drogas e produtos controlados;
- VI - ao pagamento das cotas de participação a que o Brasil esteja obrigado como membro de organismos internacionais ou regionais que se dediquem às questões de drogas.
- VII - aos custos de sua própria gestão e para o custeio de despesas decorrentes do cumprimento de atribuições da SENAD;
- VIII - ao pagamento do resgate dos certificados de emissão do Tesouro Nacional que caucionaram recursos transferidos para a conta do FUNAD;
- IX - ao custeio das despesas relativas ao cumprimento das atribuições e às ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, no combate aos crimes de “lavagem” ou ocultação de bens, direitos e valores, previstos na Lei no 9.613, de 1998, até o limite da disponibilidade da receita decorrente do inciso VI do Art. 2;
- X - às entidades governamentais e não governamentais integrantes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE). (BRASIL, 1986).

Como pode ser observada, a Lei nº 7.560/86, que criou o FUNAD, passou a destinar recursos financeiros para as entidades que desenvolvem atividades específicas de tratamento e recuperação aos usuários de drogas conforme supracitado e por nós grifados.

Ainda com relação à destinação dos recursos conforme parágrafo único, ainda do Art. 5, até: “o limite de quarenta por cento, e mediante convênios, serão destinados à Polícia Federal e às Polícias dos Estados e do Distrito Federal, responsáveis pela apreensão a que se refere o Art. 4, no mínimo vinte por cento dos recursos provenientes da alienação dos respectivos bens”.

Portanto, é extremamente importante que se ressalte que, conforme estabelece o Art. 5, parágrafo único até o limite de sessenta por cento dos recursos do FUNAD, são destinados ao desenvolvimento, à implementação e à execução de ações, programas e atividades de repressão, de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes de substâncias psicoativas.

Conforme o Art. 5 - A, a SENAD, é o órgão gestor do FUNAD, sendo que está poderá financiar projetos das entidades do SINASE dispostas Art. 5, inciso X, desde que:

- I - o ente federado de vinculação da entidade que solicita o recurso possua o respectivo Plano de Atendimento Socioeducativo aprovado;
- II - as entidades governamentais e não governamentais integrantes do SINASE que solicitem recursos tenham participado da avaliação nacional do atendimento socioeducativo;
- III - o projeto apresentado esteja de acordo com os pressupostos da Política Nacional sobre Drogas e legislação específica.

Como pode ser observado, muito embora esteja disposto, pelo Art. 5, inciso IV e V – A incisos II e III, da FUNAD, projetos de entidades que atuam no tratamento e na recuperação de usuários de drogas podem ser financiados por meio desse fundo. Entretanto, conforme relatos da coordenadora da Instituição Fazenda da Esperança, campo de estudo dessa pesquisa que atua na recuperação de usuárias de drogas, os recursos provenientes são basicamente oriundos de doações da Igreja Católica e de outros organismos não governamentais<sup>13</sup>, haja vista, que apenas nove vagas possuem convênio com o SENAD.

Em relação à Política Nacional sobre Drogas (PNAD) esta, constitui-se em um marco de uma nova etapa abordagem sobre as drogas por parte do governo federal, a PNAD representa um avanço nas políticas públicas sobre drogas. (BRASIL, 2010).

Através da SENAD, e do Departamento de Polícia Federal (DPF), elaboraram a PNAD, a qual foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), a referida política passou a ser direcionada no sentido de reduzir a demanda por drogas, por meio de um realinhamento das políticas públicas de combate ao uso de drogas vigente desde 2001. Desse modo, a PNAD, passou a considerar os contextos regional, nacional e internacional. Assim, no ano de 2002, por meio de Decreto Presidencial, nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a PNAD. (BRASIL, 2010).

---

<sup>13</sup> A respeito da origem dos recursos que viabiliza o trabalho desenvolvido pela Instituição Fazenda da Esperança é tratado com maior profundidade no próximo capítulo deste TCC.

A PNAD passou a ter como foco sua atuação na prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias, como deixa bem claro seus pressupostos básicos, quais sejam:

1. Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
2. Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
3. Evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas.
4. Buscar a conscientização do usuário de drogas ilícitas acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
5. Reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado.
6. Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
7. Reconhecer a “lavagem de dinheiro” como a principal vulnerabilidade a ser alvo das ações repressivas, visando ao dismantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.
8. Reconhecer a necessidade de planejamentos que permitam a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do Território Nacional para trânsito do tráfico internacional de drogas.
9. Incentivar, por intermédio do CONAD, o desenvolvimento de estratégias e ações integradas nos setores de educação, saúde e segurança pública, com apoio de outros órgãos, visando executar medidas em todos os campos do problema relacionado com as drogas.
10. Orientar ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, dos níveis federal e estadual, permitindo o desenvolvimento de ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.
11. Fundamentar no princípio da “Responsabilidade Compartilhada” a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do Governo e da Sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
12. Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os “Determinantes de Saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde.
13. Orientar o aperfeiçoamento da legislação para atender a implementação das ações decorrentes desta política (BRASIL, 2002).

Como pode ser observado e reiterando novamente dada a importância da questão, a Instituição Fazenda da Esperança atua na recuperação de usuárias de drogas, dentro dos pressupostos básicos da PNAD, principalmente no que diz respeito à “responsabilidade compartilhada” e a “determinantes de saúde”, os quais serão discorridos no próximo capítulo deste trabalho.

Dentro dessa dinâmica de atendimento aos usuários de drogas dispostos pela PNAD, é possível afirmarmos que a Instituição, a qual possibilitou concretizar este trabalho, atua em consonância com a PNAD, por meio de convênio, conforme anteriormente mencionado, seguindo a orientação geral desta política no que diz respeito ao tratamento, recuperação e reinserção social:

1. Estimular a assunção da responsabilidade ética pela sociedade nacional, apoiada pelos órgãos governamentais de todos os níveis.
2. Identificar o tratamento, a recuperação e a reinserção social como um processo de diferentes etapas e estágios que necessitam ter continuidade de esforços permanentemente disponibilizados para os usuários que desejam recuperar-se.
3. Vincular as iniciativas de tratamento e recuperação a pesquisas científicas pautadas em rigor metodológico, avaliações de práticas realizadas e experiências anteriores, difundindo, multiplicando e incentivando apenas aquelas que tenham obtido melhores resultados.
4. Destacar, na etapa da recuperação, a reinserção social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o vicioso ciclo consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos.
5. Reconhecer a importância da Justiça Terapêutica, canal de retorno do dependente químico para o campo da redução da demanda. (BRASIL, 2002).

Quanto às diretrizes, estas buscam:

1. Incentivar a articulação, em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional.
2. Desenvolver um sistema de informações que possa fornecer dados confiáveis para o planejamento e para avaliação dos diferentes planos de tratamento e recuperação sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou organizações não governamentais.
3. Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento e à recuperação de dependentes, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, bem como das relacionadas à área de reinserção social e ocupacional.
4. Estabelecer procedimentos de avaliação para todas as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, de forma a permitir a comparação de resultados entre as instituições.
5. Adaptar o esforço especial às características específicas dos públicos-alvo, como crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, gestantes e indígenas.
6. Priorizar os métodos de tratamento e recuperação que apresentem melhor relação custo-benefício, com prevalência para as intervenções em grupo, em detrimento das abordagens individuais.
7. Estimular o trabalho de Instituições Residenciais de Apoio Provisório, criadas como etapa intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após período de intervenção terapêutica aguda, com o apoio da sociedade.
8. Incentivar, por meio de dispositivos legais que contemplem parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, a atuação de instituições e organizações públicas ou privadas que possam contribuir, de maneira efetiva, na reinserção social e ocupacional.
9. Estabelecer um plano geral de reinserção social e ocupacional para pessoas que cometeram delitos em razão do uso indevido de drogas, por intermédio da criação de varas, do estímulo à aplicação de penas alternativas e de programas voltados para os reclusos nas instituições penitenciárias. (BRASIL, 2002).

Portanto, a Instituição Fazenda da Esperança atua dentro das diretrizes postas pela PNAD para a redução da demanda de drogas no país, a qual contempla de forma sucinta três pontos principais, quais sejam:

- I. Integração das políticas públicas setoriais com a PNAD, com o objetivo de aumentar o alcance das ações;
- II. Descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, adaptadas à realidade de cada município;
- III. Estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica. (BRASIL, 2010).

Por fim, é importante trazermos nesse momento, como política sobre drogas, no Brasil, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que por meio do Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, que regulamentou a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, sendo criado o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. (SISNAD).

A referida Lei de acordo com seu Art. 1º prescreve:

[...] medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. (BRASIL, 2006).

Tais afirmativas postas no Art. 1º da referida lei podem ser observadas também no seu Art. 3º, que dispõe sobre sua finalidade que é direcionada: “I - a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas”. (BRASIL, 2006).

Como pode ser observada a postura do governo federal, criando o SISNAD se deve a uma estratégia política do governo brasileiro no sentido de mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade. Tal afirmativa deve-se ao SISNAD, prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a PNAD, o que anteriormente não existia no Brasil. Vale ressaltar que o SISNAD substitui a Lei nº 6.368/1976 e a Lei nº 10.409/2002, passando a fazer distinção entre a figura do traficante e a do usuário e/ou dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada (BRASIL, 2010).

De acordo com Cartilha intitulada “Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas”, do governo federal:

O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Esta 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. (BRASIL, 2010, p. 63).

Quanto às políticas públicas antes do SISNAD, eram orientadas por um viés moral e não racional e científico. A partir do SISNAD, passa a ser substituída pela justiça restaurativa, que tem por objetivo a ressocialização por meio de penas alternativas, como exemplo: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade em locais e, em programas que possuam atividades ligadas à prevenção e recuperação de usuários e dependentes de drogas, como por exemplo, a Instituição Fazenda da Esperança; e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. (BRASIL, 2010).

Desse modo, o SISNAD traz como forma de tratamento diferenciado para os usuários de drogas e/ou dependentes atividades de Atenção e de Reinserção Social, as ações estão previstas do Art. 20 ao Art. 30 do SISNAD.

Constituem-se atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, de acordo com o Art. 21: “aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais”. Sendo que as mesmas devem seguir os princípios e diretrizes dispostas no Art. 22, quais sejam:

- I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;
- V - observância das orientações e normas emanadas do CONAD;
- VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas (BRASIL, 2006).

Vale salientar que, em relação às atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, por meio dos princípios e diretrizes, dispostos no Art. 22, supracitado, são tratados quais no próximo capítulo.

### **3.2. As políticas para atendimento da população em situação de drogadição pelas Comunidades Terapêuticas no Brasil.**

Segundo o entendimento de Costa (2009), as comunidades terapêuticas, são instituições de atendimento aos dependentes químicos, não governamentais, em ambiente não

hospitalar, com orientação técnica e profissional, onde o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes. Sendo que, ao longo dos últimos 40 anos esses organismos vem crescendo ocupando lacunas deixadas pelo Estado, haja vista que essas instituições existem antes mesmo de criadas políticas públicas voltadas a população em situação de drogadição.

De acordo com a mesma autora, esses espaços:

[...] surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país. Elas cresceram, multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas, desejosas de tratamento. Frente à proporção que a questão da drogadição alcançou no mundo e no Brasil, associada à violência e ao crime organizado, atingindo cidadãos de todas as classes sociais e uma faixa etária cada vez mais precoce, políticas públicas para essa área começaram a ser pensadas e implantadas, embora de forma lenta e gradativa. (COSTA, 2009, p. 02).

É importante colocarmos que, Comunidade Terapêutica, tornou-se uma nomenclatura oficial a partir da Resolução 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 30 de maio de 2001, a qual estabelece regras para as clínicas e comunidades terapêuticas. Além disso, conforme disposto em seu Art. 1 define comunidade terapêutica como: “serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial” (BRASIL, 2001).

A partir da referida resolução, o Brasil, passou a reconhecer a existência e o trabalho destas instituições estabelecendo um modelo básico para seu funcionamento: o psicossocial, na intenção de garantir o caráter terapêutico de suas ações, haja vista que, essas instituições vêm de longa data trabalhando com indivíduos usuários de drogas, fazendo uso de conhecimentos, instrumentos e técnicas científicas, na área da saúde mental, social e física (COSTA, 2009).

A esse respeito à autora esclarece que:

O tratamento se concentra no fortalecimento físico, psíquico e espiritual, para que o usuário se mantenha abstinência pelo maior tempo possível. Esse é o quadro que prevalece nos atendimentos prestados pelas comunidades terapêuticas. No Brasil, a grande maioria destas comunidades, vinculadas principalmente a confissões religiosas (católicas e evangélicas), surgiu, gradativamente, em função de dois grandes motivos:

I. O vácuo deixado pelas políticas públicas nessa área: por muito tempo a questão do álcool e de outras drogas foi tratada em nosso país como um “caso de polícia”. Até a década de 1960, época em que as comunidades terapêuticas começaram a surgir no Brasil, o dependente químico e/ou sua família tinham como única opção a internação em manicômios, levando o usuário/dependente a ser considerado como uma pessoa com transtornos psiquiátricos.

II. Esse vácuo foi sendo ocupado por diferentes confissões religiosas, motivadas pela perspectiva de “evangelização”, mas também pela necessidade de fornecerem resposta aos pedidos de ajuda por tratamento que chegavam às suas portas na mesma proporção em que a dependência química alcançava números alarmantes de vítimas. (COSTA, 2009, p. 05).

Como podem ser observadas, por meio das palavras da autora, acima citada, essas instituições cresceram de forma exponencial dada o aumento significativo de usuários de drogas e também, conforme já mencionado pela lacuna deixada pelo Estado no que diz respeito a políticas de atendimento a essa população. Portanto, por décadas, o atendimento a essa população era prestado basicamente pelas Igrejas, principalmente, Católica e Evangélica.

Por fim, antes de adentrarmos na Legislação direcionada Costa (2009), afirma que até a década de 1990, no Brasil, o atendimento era “menos profissional<sup>14</sup>” com o aumento da demanda e complexificação, com a criação de políticas na área da saúde e da assistência o terceiro setor passou a ocupar de “profissional” os espaços deixados pelo Estado.

Com relação às propostas e formas de atendimento disponibilizado por estas instituições, as mesmas variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições que atuam nessa área, como por exemplo, a abstinência total a redução de danos, por meio do internamento a atendimento ambulatorial, através de grupos de ajuda a tratamento medicamentoso, dentre outras tantas formas. (COSTA, 2009).

Dentro dessa perspectiva apontada pela autora os indivíduos possuem, atualmente, uma vasta gama de terapias disponíveis podendo optar por uma variedade de alternativas, que se enquadre no seu perfil socioeconômico. Entretanto, é extremamente importante colocarmos que independentemente do tipo de trabalho exercido com essa população dependente química, seja ela: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, bem como a redução dos danos sociais e à saúde, conforme disposto no tópico anterior, é regida por legislações criadas pelas políticas voltadas para esta questão. (COSTA, 2009).

Diante disso, cabe colocarmos que a construção disposta ao longo deste trabalho, principalmente no tópico 3.1 e 3.2 possui um viés analítico direcionado para o trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas que atuam na dimensão do tratamento,

---

<sup>14</sup>. Segundo Costa (2009, p. 06), o atendimento era “menos profissional”, tendo em vista que: “[...] no passado, muitas dessas comunidades iniciaram os seus trabalhos sem as mínimas condições físicas e técnicas. Muitas delas avançaram na perspectiva técnica e profissional do trabalho que executam, não só porque necessitaram se adequar às normas da ANVISA e/ou da legislação social pertinente, mas porque se conscientizaram que necessitam, não apenas sobreviver, mas sobreviver com qualidade social”.

recuperação e reinserção social, no caso, a Instituição Fazenda da Esperança, que possui a premissa do internamento e a abstinência total do uso de drogas.

Desse modo, neste tópico trouxemos mesmo que de forma breve, como se inseriram e o papel que estas organizações têm ocupado no contexto contemporâneo e, concomitantemente, as parcerias com as políticas públicas para a efetivação de suas diretrizes e objetivos, como por exemplo, a parceria existente entre a Instituição Fazenda da Esperança e a PNAD, conforme discorreremos no tópico anterior.

A partir dos pressupostos até o presente momento percorridos, no próximo capítulo, traçamos correlações do trabalho desenvolvido pela Instituição Fazenda Esperança com mulheres usuárias de drogas e as diretrizes postas pela PNAD bem como, em um segundo momento, trazemos as falas, transcritas, dos sujeitos que aceitaram contribuir para a concretização do presente estudo com o referencial teórico construído até aqui.

#### **4. A ATUAÇÃO DA FAZENDA ESPERANÇA JUNTO ÀS MULHERES QUE ESTÃO EM PROCESSO DE RECUPERAÇÃO DE USO ABUSIVO DE DROGAS.**

##### **4.1. Histórico da Instituição Fazenda da Esperança.**

A Instituição Fazenda da Esperança foi fundada em 20/04/2001, segundo o “Relatório de Atividades da Instituição”:

[...] nasceu da doação de uma fazenda pela família Macedo, representada pela Senhora Luce Maria Craveiro Macedo, à Obra Social Nossa Senhora da Glória para a implantação de uma nova comunidade terapêutica feminina. Por se tratar de uma fazenda de grandes proporções, cuja área situada em Fortaleza/CE é de 112,9566 hectares, foram convidadas outras entidades para que conjuntamente pudessem desenvolver atividades sociais, conforme o trabalho específico de cada. Em janeiro de 2001 foi inaugurada a nova unidade feminina e, no decorrer do ano, a preparação para a abertura do Condomínio Espiritual e Social Uirapuru, que atualmente possui mais de 20 entidades, que atendem seu público alvo nesta grande área. (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015, p. 05).

Como pode ser observado, antes de ser criada a Fazenda da Esperança o local já era utilizado por outra Comunidade Terapêutica e como as dimensões da fazenda comportava mais Comunidades foram doadas terras para que se instalasse mais uma instituição que atuasse com recuperação de usuários de drogas. Atualmente, no local existem mais de vinte entidades que atendem indivíduos que estejam em situação de drogadição.

De acordo com o Art. 1º do Estatuto da Entidade, e disposto no Relatório de Atividades da Instituição, ela “é uma entidade civil, sem fins lucrativos, que terá duração por tempo indeterminado”. (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015, p. 05).

A mesma tem por finalidade:

- I – Prestar serviço sócio-assistencial de proteção social básica e de proteção social especial a pessoas em situação de risco e exclusão social (dependentes químicos e alcoólatras desamparados) que necessite de apoio para recuperar sua dignidade humana contribuindo para que se realize a fraternidade entre os homens.
- II – Dedicar-se à orientação e divulgação dos seus métodos e experiências à sociedade em geral, com o objetivo de prevenção desses problemas sociais;
- III – Desenvolver projetos educativos, culturais e científicos. (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015, p. 05).

Nota-se que a Instituição, presta serviço sócio-assistencial a nível de proteção social básica e especial a população usuária de drogas que estão em situação de risco ou exclusão social.

De acordo com o regimento da mesma, seus objetivos são:

- I. Colaborar para que jovens e adultos tenham uma vida sadia e útil a sociedade, livre da dependência da droga e outros vícios e sejam os líderes na prevenção das dependências;
- II. Diminuir na sociedade o índice de criminalidade e violência, que atualmente, na maioria dos casos, são ligadas a dependência química e alcoólica, construindo uma sociedade mais fraterna. (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015, p. 06).

Com relação à metodologia de trabalho segundo Relatório de Atividades da Instituição está alicerçado em três pilares, quais sejam: Espiritualidade ativa pautada na vivência do Evangelho, a espiritualidade faz parte do processo de recuperação das mulheres atendidas pela instituição, pois são incorporados valores de fraternidade à sua vida levando a mudarem o comportamento de dentro para fora; Convívio em pequenas comunidades que se assemelham a família, por meio do convívio com outras comunidades acreditam que assim, trocando experiências podem experimentar os frutos de uma vida nova longe das drogas; e Trabalho como meio de sobrevivência, trabalhar é um dos primeiros deveres de um jovem que precisa reencontrar sua dignidade. Com o trabalho, elas aprendem a serem responsáveis, a usar sua criatividade, além de readquirirem sua autoestima e força de vontade (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015, p. 05).

O trabalho de desintoxicação e reinserção social desenvolvido na instituição segue a seguinte rotina: Primeiro por meio da Espiritualidade, oração e meditação da palavra do Evangelho em grupo, pela manhã, diariamente, escolhendo uma frase, cujo ensinamento inspira e motiva a ação durante o dia. Ocorre também reunião de grupo à noite, no qual

comunicam mutuamente as experiências concretas feitas à luz da frase escolhida, além disso, semanalmente, são desenvolvidos temas espirituais com encontros, retiros, reuniões e palestras. (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015).

Vale salientar que concomitantemente com o trabalho espiritual, supracitado, são desenvolvidas atividades, tais como: tarefas domésticas e jardinagem; de lazer, com música, vídeos, jogos e caminhadas; esportivas, como por exemplo, vôlei, caminhadas, gincanas, festas, dentre outras. Treinamento em grupo: palestras e cursos por meio de oficinas de trabalho, focadas na agricultura, fabricação de produtos de limpeza, artefatos de plástico, jardinagem, artesanatos diversos e a produção de biscoitos. Convém colocar que todas essas atividades possuem orientação e acompanhamento dos monitores. (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015).

Na busca pela recuperação a Instituição Fazenda da Esperança ainda realiza atividades com a família das jovens atendidas, nos dois primeiros meses: 02 encontros mensais, com temas específicos, preparação da família para a primeira visita e conhecimento das bases do tratamento; Reuniões mensais com os orientadores da entidade, que transmitem aos pais e responsáveis às metas a serem atingidas com os indivíduos em processo de recuperação; Grupo Esperança Viva: os pais participam com os ex-internos de um grupo de apoio e espiritualidade. (LIMA; SILVA; SOUZA, 2015).

Para viabilizar os procedimentos adotados junto às mulheres que estão internadas na Fazenda da Esperança a mesma disponibiliza a seguinte estrutura física: uma casa de recuperação; um apartamento, dos responsáveis; uma sala de artesanato; uma área de serviço; um galpão; uma padaria; e uma capela.

Quanto à equipe técnica a Fazenda Esperança conta atualmente com os seguintes profissionais atuando de forma voluntária: cinco Monitores de dependente químico, dois Serviços Gerais, uma Pedagoga, uma Assistente Social, um Contador, dois Auxiliar Administrativo e uma Cozinheira.

Por fim, ainda com relação ao histórico da instituição é importante salientarmos que os profissionais acima citados que atuam de forma voluntária atendem atualmente 20 jovens e adultos do sexo feminino, provenientes na sua grande maioria de cidade de Fortaleza.

#### **4.2. A Chegada ao Campo da Pesquisa e o Perfil dos Sujeitos Entrevistados.**

O primeiro dia que chegamos à Instituição nos chamou a atenção a paisagem, muito arborizada, além disso, o ambiente extremamente acolhedor, com várias Comunidades Terapêuticas. No primeiro contato fomos recebidos pela Coordenadora da Instituição que aceitou dar sua contribuição para a construção desta pesquisa. Assim, conforme mencionado no final do capítulo anterior, neste tópico, por meio das entrevistas, passamos a correlacionar as falas dos sujeitos participantes desta pesquisa com o referencial teórico construído ao longo deste TCC. Vale citar, que antes de adentrarmos nas entrevistas propriamente ditas, as mesmas foram realizadas nos dias 30/05/2016 e 01/06/2016.

No entanto, é importante salientarmos que antes de discutirmos sobre as entrevistas, achamos por bem construirmos, mesmo que de forma sucinta, o perfil dos profissionais participantes desta, disposto na Tabela 1, abaixo, os quais compõem a equipe multiprofissional da Instituição Fazenda da Esperança, contribuindo assim, para a concretização desta pesquisa.

**Tabela 1. Perfil da Equipe Multiprofissional**

<b>Profissional</b>	<b>Tempo que atua na Instituição</b>	<b>Possui curso de especialização na área</b>	<b>Idade</b>
Psicóloga	15 anos	Sim. Na área de psicologia em aconselhamento, psicoterapia breve e base analítica e outro pelo SENAD pela Universidade de Botucatu – SP em dependência química.	40
Assistente Social	13 anos	Sim. Especialização em Prevenção em Dependência Química pela UNIFOR	38
Pedagoga	10 anos	Não	36

Fonte: Pesquisa direta, 2016.

Como podemos observar, os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa são: uma psicóloga, uma assistente social e uma pedagoga. Quanto ao tempo que esses profissionais atuam na Instituição é possível afirmarmos que todos estão atuando na área há mais de dez anos, destacamos em relação a essa questão que a psicóloga vem desempenhando atividades como coordenadora da instituição há quinze anos. Já a assistente social, está na associação há

treze anos. A última profissional entrevistada, a pedagoga, é a que está há menos tempo, ou seja, há dez anos.

Em relação a esses profissionais, os mesmos possuem curso de especialização, como pode ser observado, na Tabela 1, acima; somente a pedagoga não possui nenhum curso nesse sentido, todas as demais possuem. A psicóloga possui especialização realizada no Estado de São Paulo na área de aconselhamento psicoterápico. Já a assistente social realizou seu curso de especialização na Universidade de Fortaleza. (UNIFOR).

Após termos descrito esse breve Perfil da Equipe Multidisciplinar, por meio das informações prestadas pelos sujeitos que aceitaram participar desta pesquisa demos início as entrevistas conforme segue, abaixo, no tópico 4.3.

#### **4.3. Compreendendo a Atuação da Instituição Fazenda da Esperança no Acompanhamento das Mulheres no Processo de Desintoxicação.**

Na busca pela compreensão do trabalho desenvolvido pela Fazenda da Esperança, no acompanhamento das mulheres que estão em processo de desintoxicação, começamos entrevistando a Coordenadora da Instituição, que além de coordenar a instituição atua junto às internas como psicóloga. Posteriormente, fizemos as mesmas indagações aos demais participantes desta pesquisa, as quais estão dispostas, abaixo.

Assim, a primeira indagação que fizemos refere-se aos procedimentos propriamente ditos que são desempenhados por cada profissional junto a Fazenda Esperança. Esses responderam:

Trabalho basicamente com dois públicos: as mulheres que estão em tratamento aqui na Instituição e sua família, pois a grande maioria delas possuem vínculos familiares fragilizados. A condição delas é de vulnerabilidade social. Faço escuta qualificada com as internas, traço o perfil socioeconômico por meio de entrevista, além disso, busco contato com os familiares das internas (Assistente Social).

Quanto ao mesmo questionamento, a Psicóloga relata que,

O meu trabalho é na coordenação da casa como responsável legal, além disso, respondo como técnica, com as acolhidas e fazendo aconselhamento individual e em grupo conforme a demanda da casa, atendimento as famílias e triagem.

Verifica-se que existe um acompanhamento sistemático no que se refere aos usuários da Fazenda, onde é clara a preocupação com o lado psicológico dos que ali buscam um tratamento e orientação.

De acordo com a Pedagoga, voluntária na Instituição, relata-nos que,

Trabalho como voluntária aqui. Meu trabalho consiste em atividades pedagógicas que desenvolvemos com as internas além de palestras e cursos que procuram desenvolver as habilidades delas objetivando uma reinserção social pós o período de desintoxicação.

Como podem ser observados, por meio das falas das profissionais que integram a equipe multiprofissional, na Fazenda Esperança, os procedimentos são peculiares a cada área de atuação, muito embora se intercorrelacionam. Tal afirmativa está ancorada a partir de nossa observação dos procedimentos adotados pelo que foi posto a partir das entrevistas, acima. Dentro dessa dinâmica de trabalho nos chamou a atenção à proximidade e a intercorrelação, acima disposto, das tarefas entre ambos os profissionais, como exemplo: aconselhamento individualizado e em grupo, triagem, vínculos familiares fragilizados, vulnerabilidade social, escuta qualificada, atividades pedagógicas, palestras, cursos e reinserção social.

Desse modo, dentro dessa perspectiva é possível afirmarmos que os procedimentos adotados pela Instituição Fazenda da Esperança, e executados pela sua equipe multiprofissional, estão em consonância com o que preconiza a PNAD, que passou, a partir de sua criação, no ano de 2002, a direcionar o foco da atuação, dos mais diversos organismos, dentre eles o campo desta pesquisa, para a prevenção, atenção e reinserção social dos usuários e dependente de drogas. Tal afirmativa fica clara por meio de seus pressupostos básicos, dentre esses destacamos:

Reconhecer o direito de toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado.

Fundamentar no princípio da “Responsabilidade Compartilhada” a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do Governo e da Sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.

Orientar a implantação das atividades, ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os “Determinantes de Saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; habilidades sociais; e práticas de saúde pessoal. (BRASIL, 2002).

Além disso, ainda em relação aos procedimentos desenvolvidos pela equipe multiprofissional na Fazenda Esperança, segundo informação da Coordenação da referida instituição, a mesma possui convênio com a SISNAD. Dessa forma, correlacionando às falas das entrevistadas com o que dispõe os Art. 1 e Art. 22 da Lei nº 11.343/06, que criou o órgão acima citado, ressaltamos que a instituição e os procedimentos adotados pelas entrevistadas

seguem os princípios e diretrizes do mesmo, dentre esses destacamos aqui, como meio de exemplificar nossa afirmativa:

[...] medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais; - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde; - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais. (BRASIL, 2006).

Portanto, reiterando nossas afirmações, acima, a respeito dos procedimentos adotados pela equipe multiprofissional que atua na Instituição Fazenda Esperança, com mulheres que estão em processo de recuperação, esses são de acordo com a PNAD e com o SISNAD.

Diante de nossa segunda indagação que diz respeito às principais demandas das mulheres atendidas pela instituição. As profissionais assim responderam:

Afeto, atenção, suporte psicológico básico, pois atendemos mulheres que possuem histórias marcadas por profundos problemas social e familiar que se sentem abandonadas pela sua família e pela sociedade. O que não deixa de se uma realidade! Possuindo muitas questões que precisam ser trabalhada, principalmente, psicológicas. (Psicóloga).

Vê-se que a falta de apoio familiar contribuem em demasia para que a dificuldade em sair do mundo das drogas, seja um fator relevante e um enfrentamento bastante difícil, em que de acordo com a fala da Psicóloga, fica claro que a carência é também um dos fatores atribuídos para a demanda que assistem.

De acordo com a Assistente Social, a mesma relata que “as demandas são muitas, principalmente por serem mulheres que vivam em situação de vulnerabilidade social. Então é a falta de renda, problemas com a família e a baixa escolaridade, que também contribuem”.

No que concerne ao trabalho da pedagoga, a mesma cita que,

No meu trabalho pedagógico, observo muitos problemas ligados à compreensão de certos problemas ligados a questão cognitivas, por vários motivos: **escolaridade**, traumas de infância. Mas procuramos sempre trabalha buscando superar, pois é um desafio. Pois eu trabalho mais na parte da informação e **reinscrição social** através de cursos manuais para que elas quando concluírem o processo de recuperação não tenham recaída. (Pedagoga).

Como pode se observado por meio das falas das profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, as principais demandas das mulheres atendidas pela instituição estão intrinsecamente relacionadas à questão social.

Para uma melhor compreensão de nossa afirmativa, acima, destacamos as seguintes palavras que expressam as principais demandas dessas mulheres: problema social e familiar, situação de vulnerabilidade social, escolaridade e reinserção social.

Diante disso, não poderíamos deixar de fazer a correlação existente entre as principais demandas dos sujeitos que estão em recuperação com as diversas representações da questão social, pois, retomando Occhini e Teixeira (2006), em nossa sociedade contemporânea, a dependência química constitui-se um fenômeno complexo, no qual o uso indevido de substâncias psicoativas revela-se, além de um problema de saúde pública é uma das expressões da questão social.

Nesse sentido, deve-se compreender a dependência química na perspectiva do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o usuário em sua totalidade. O tratamento da dependência deve incluir a pessoa e a influência do uso de drogas na vida social e profissional. (OCCHINI; TEIXEIRA, 2006).

Portanto, ainda segundo os mesmos autores, para que se possam compreender os fatores que levam os indivíduos ao uso de substâncias psicoativas e a dependência, deve-se refletir acerca das questões: orgânicas, psicológicas, os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno. (MACHADO, 2001).

Ainda em relação às principais demandas das mulheres atendidas pela Fazenda da Esperança, é extremamente importante retomarmos Iamamoto (2012), pois por meio das palavras da mesma fica evidente que o problema de drogadição, bem como as demandas das mulheres atendidas pela referida instituição, possuem uma relação intrínseca, haja vista que: “a questão social, nada mais que o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista”. (IDEM, p.27).

Por fim, é possível afirmarmos ainda, correlacionando a primeira indagação com a segunda que o trabalho das profissionais de nível superior, que compõem a equipe multidisciplinar possui uma clara intercorrelação, dado a similaridade de suas observações a tanto nos procedimentos desempenhados por esses profissionais bem como por suas demandas, mesmo existindo um viés peculiar de cada área.

Com relação ao terceiro questionamento, que diz respeito aos desafios enfrentados pelos profissionais junto a essas mulheres atendidas pela Instituição. As respostas das mesmas foram:

O acompanhamento com as famílias, baixa autoestima, a espiritualidade, a questão de acreditar em si e no outro, perda do vínculo familiar (pais, filhos etc.), falta de perspectiva de vida (Psicóloga).

Como eu já te respondi na pergunta anterior, os desafios estão ligados às demandas que tem origem na vulnerabilidade social dessas mulheres (Assistente Social). Os desafios são diários, pois além da questão financeira, material, da instituição as mulheres são provenientes de bairros carentes, elas não têm amparo. Meu principal desafio é desenvolver as atividades profissionalizantes e as informações de prevenção ao uso de drogas e as DSTs, que a gente passa, pois vejo muita resistência e dúvidas, principalmente no momento de reinserir essas mulheres na sociedade e assim, as chances de uma recaída são grandes (Pedagoga).

Através das falas das profissionais que aceitaram dar sua contribuição para a concretização deste trabalho e da técnica de observação, as quais utilizamos quando estivemos em campo, observamos que os desafios, novamente estão intimamente ligados a questão das inúmeras vulnerabilidades social que as mulheres atendidas pela Fazenda Esperança estão inseridas.

Vale destacar, que dentre as questões levantadas pela Psicóloga e pela Assistente Social, o fenômeno da drogadição o qual as mulheres atendidas pela Fazenda Esperança estão inseridas, deve-se as várias facetas que se apresenta a questão social, dentre essas destacamos aqui: perda do vínculo familiar, baixa autoestima e da “espiritualidade”. Aqui observamos que a questão da espiritualidade mencionada pela psicóloga, tem haver com a forma de atendimento das mulheres em recuperação na instituição, haja vista que, a Fazenda Esperança muito embora seja uma sociedade civil possui fortes laços com a Igreja Católica.

Em relação à fala da Pedagoga, além da relação com as questões colocadas pelas demais participantes, acima, acrescentamos que a mesma enfatiza no que diz respeito à questão financeira da instituição, pois como já mencionamos é mantida por doações e por convênios, como por exemplo, o SISNAD.

A nossa terceira entrevistada, arguiu ainda, que enfrenta dificuldades relacionadas às atividades profissionalizantes e as informações prestadas a essas mulheres a respeito de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e até mesmo em relação a reinserção social dessas pessoas.

A respeito dessa dificuldade encontrada pela pedagoga tanto em relação a reinserção social quanto as informações passadas que buscam a prevenção de doenças no sentido, correlacionamos tais questões com o que traz a OMS (2001), sobre a dependência química, pois sendo o mesmo organismo a dependência química é uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser estacionada pela abstinência. Portanto, consiste em um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem, após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas

consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações. (OMS, 2001).

Por fim, ainda em relação à fala da pedagoga, bem como pelas demais entrevistadas retomamos Sielski (1999), o qual retrata bem a situação vivenciada pelas mulheres atendidas pela Fazenda Esperança ao afirmar que, o consumo de drogas sejam elas lícitas ou ilícitas, deve-se muitas vezes a problemas, de ordem social e emocional.

#### **4.4 A Política Sobre Drogas a partir da Visão dos Participantes da Pesquisa**

Por fim, como forma de correlacionamos a PNAD discorrida no capítulo anterior deste trabalho, acreditamos ser importante criarmos este tópico, tendo em vista que uma de nossas perguntas dispostas em nosso roteiro de entrevistas, no Apêndice A, deste trabalho diz respeito a visão dos profissionais que atuam na Fazenda Esperança acerca da PNAD. Assim, indagamos aos sujeitos participantes desta pesquisa como analisam a legislação e a política sobre drogas no Brasil. As mesmas assim relataram:

A legislação ainda vê o dependente químico como um incapaz de viver na sociedade. Trata o como paciente que deve ser tratado com medicamentos. A política sobre drogas tem avançado de alguma forma apoiando as Comunidades Terapêuticas, no tratamento diferenciado, valorizando a convivência familiar entre pares, o trabalho como inclusão social, a espiritualidade e a reinserção social para que ele assuma sua vida (Psicóloga).

Como pode ser observado, a Psicóloga, primeiro sujeito participante desta pesquisa a responder nossa indagação respondeu, a nosso ver, de forma contraditória pois inicialmente a mesma afirmou que a legislação ainda vê os usuários de drogas como incapaz. Entretanto, dando continuidade a compreensão da fala da entrevistada, observamos que a mesma passa a afirmar que a política sobre drogas tem avançado apoiando as Comunidades Terapêuticas principalmente em relação ao trabalho de inclusão social.

A respeito das afirmações, posta acima, reinteramos a questão de a legislação ver os indivíduos usuários de drogas como incapazes, da qual discordamos, pois segundo Escohatado (2004), a visão dessa população usaria de drogas vista como incapaz é a sociedade, tendo em vista que a visão das drogas foi assumindo diferentes formatos, com as mais diversas interpretações.

A respeito dessa mesma questão buscamos Poiares (1999), que embasa nossa afirmação. Pois o mesmo autor afirma que a mesma concepção sobre o uso de drogas pelas mais diferentes sociedades, foram percebidas ao longo dos tempos a partir de diferentes

percepções variando conforme as sociedades ao longo do tempo. Tais concepções se deram em função da época e da cultura em que se inseriam o seu uso. Atualmente, nas sociedades contemporâneas, as drogas possuem diferentes significados, dependendo do ponto de vista sob o qual são direcionados os olhares.

As demais entrevistadas responderam a mesma indagação da seguinte forma:

Considerando que a atual Política Nacional sobre Drogas abandona a política repressiva no que se refere ao usuário, adotando como princípio o respeito aos direitos fundamentais do ser humano, bem como, à diversidade e as especificidades populacionais existentes, observando ainda, no que concerne a prevenção, a atuação com base nos fatores de proteção. Tendo também, a legislação vigente, especificado tratamento diversificado para usuário, dependente e traficante. Observa-se assim, um progresso eficaz na política e legislação sobre drogas (Assistente Social).  
Não tenho muita base, sobre a legislação, pois minha área é outra Mas assim, até onde eu sei a Política sobre Drogas tem avançado, pois antigamente a legislação tratava usuários e traficantes de forma igual agora não mais (Pedagoga).

As afirmações das duas últimas entrevistadas (Assistente Social e Pedagoga) a respeito da mesma indagação, seguem a mesma direção, qual seja: a PNAD, foi criada na perspectiva de uma nova visão, diferenciando o usuário de drogas do traficante. Além disso, por meio da mesma política e da lei do SISNAD, as políticas públicas tomaram um novo rumo, pois passaram a direcionar as instituições que atendente as demandas dessa população a tomarem medidas que direcionem essa população a prevenção e reinserção social.

Como forma de embasar nossa afirmação traremos nesse momento a SISNAD, a qual foi criada pelo governo brasileiro, implementando assim Políticas Públicas que visam à reinserção social de usuários, por meio da descentralização, portanto com o apoio da sociedade civil. Desse modo as ações devem ser efetivadas na perspectiva da interdisciplinaridade, buscando a articulação dos diferentes saberes para a compreensão da drogadição e o seu enfrentamento, dialogando com as políticas setoriais, no intuito de planejar ações socioeducativas. (BRASIL, 2006).

Portanto, ao analisarmos as falas das entrevistas a respeito das políticas públicas direcionadas a população usuária de drogas é possível afirmar que as mesmas visam primordialmente à prevenção do uso indevido e a reinserção social de usuários e dependentes de substâncias químicas. (BRASIL, 2006).

Por fim, ainda sobre a mesma questão, é cabível lembrarmos que com a criação do SISNAD a estratégia política do governo brasileiro passou a prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a PNAD, o que anteriormente não existia no Brasil. Vale ressaltar que o SISNAD substitui a Lei nº 6.368/1976 e a Lei nº 10.409/2002, passando a fazer distinção

entre a figura do traficante e a do usuário e/ou dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada (BRASIL, 2010).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos iniciar as considerações desse estudo afirmando que, em todas as épocas, não houve cultura sem o consumo de drogas, seja para fins ritualísticos, seja para fins recreativos, no sentido de obter sensações prazerosas, por vezes estimulantes e transcendentais. Com o passar dos tempos, mais precisamente com a Revolução Industrial, foram sendo potencializadas as drogas já existentes e a criação de novas.

Atualmente, o mercado das drogas é o terceiro maior negócio empresarial do mundo, ou seja, o comércio do tráfico de drogas movimenta muito dinheiro, é um mercado que vem crescendo a cada dia e gera ao traficante uma desastrosa riqueza, pois, por trás está a violência, o crime, pessoas e famílias sendo destruídas e tendo suas vidas ceifadas.

Diante de tal dinâmica do mundo das drogas, correlacionando com nossa indagação inicial deste trabalho: como se dá o trabalho e qual a importância da intervenção da equipe multiprofissional junto às mulheres acompanhadas no processo de recuperação na Instituição Fazenda da Esperança, no município de Fortaleza? Bem como os objetivos específicos: descrever, o uso abusivo de drogas na sociedade contemporânea; apresentar as políticas públicas direcionadas para população em situação de drogadição; e verificar os procedimentos bem como os desafios e as possibilidades da intervenção da equipe multiprofissional que atua na Instituição Fazenda da Esperança, chegamos as seguintes ponderações.

Conforme mencionado no início de nossas considerações finais, desde os primórdios os indivíduos, em diferentes sociedades sempre fizeram uso de substâncias psicoativas para os mais diversos fins.

Com relação às políticas públicas direcionadas para a população usuária de drogas é possível afirmarmos que após a Constituição Federal de 1988, mais especificamente, a partir da criação da PNAD e do SISNAD, as comunidades terapêuticas, bem como o atendimento aos usuários dessas substâncias, está claramente expressada na legislação vigente. Acreditamos que a grande questão está na operacionalização concreta dos princípios e diretrizes preconizadas e o reconhecimento, por essa legislação, do papel de cada instância pública e privada no atendimento à dependência química. Entretanto, conforme discutido, pelos sujeitos, participantes deste trabalho, existe uma dificuldade muito grande em por em prática o que está disposto na legislação devido aos recursos financeiros serem escassos.

Observamos também, por meio dos relatos das entrevistadas, a fragilidade e a vulnerabilidade social que se encontram as mulheres que estão em processo de recuperação na

Fazenda Esperança. Assim, constatamos que a dependência química, sem dúvida, é um dos fatores responsável pela fragilização dos laços familiares e rompimento dos vínculos, sendo esta uma das principais causas das dificuldades enfrentadas hoje, pela Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança.

É importante reiterarmos nesse momento que, os desafios para a efetivação das políticas públicas existentes, além da questão dos recursos financeiros, já mencionados, existe uma dificuldade muito grande para reinserir essas mulheres na sociedade, devido a condição de dependência química, esses sujeitos tiveram, de alguma forma, suas vidas afetadas e desestruturadas.

Dessa forma, as políticas públicas existentes, no que diz respeito à prevenção, recuperação e reinserção social dessa população e, em especial das mulheres em processo de recuperação na instituição Fazenda da Esperança, tem progredido, entretanto, o caminho a ser percorrido ainda é longo.

Por fim, muito embora tenhamos consciência sobre os limites deste estudo esperamos contribuir para a efetividade de novos debates e novos estudos a cerca desta problemática do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas.

## REFERÊNCIAS

AFORNALI, M. Aurélio. **Codependência e Dependência Química: Por trás da Aparência Singela da Mãe**. Curitiba: Editora Gráfica Popular Ltda. 2011.

ANDRADE, T. Mauro. **Princípios e Perspectivas da Redução de Danos entre Usuários de Drogas no Brasil**. Álcool e Drogas, Revista da ABEAD 1996; 1(1-2):51-58.

AVELINO, V. P. **A evolução do consumo de drogas**. 2009. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/14489/a-evolucao-do-consumo-de-drogas>>. Acesso em: 05 mar 2016.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA**. Resolução nº. 101, de 30 de Maio de 2001.

\_\_\_\_\_. **Código de ética do/a assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 páginas “Atualizado em 13.3.1993, com alterações introduzidas pelas Resoluções”. CFESS n. 290/94, 293/94, 333/96 e 594/11.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Justiça. **Programa Nacional. A execução das medidas socioeducativa. Programa Justiça ao Jovem**. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/pesquisajudiciarias/Publicacoes/panorama\\_nacional\\_doj\\_web.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/pesquisajudiciarias/Publicacoes/panorama_nacional_doj_web.pdf). Acesso em: maio. 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 40ª ed. São Paulo: Saraiva. 2007.

\_\_\_\_\_, E.A.et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): manual de orientações técnicas**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 102 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; Organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2011.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001**, São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

COSTA, Frossard Selma. **As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no**

**Atendimento à Dependência Química.** In: **Serviço Social em Revista.** Universidade Estadual e de Londrina. Volume 11. N. 2. Jan/Jun 2009. ISSN: 1679-4842.

ESCOHATADO, A. **História elementar das drogas.** Lisboa: Antígona. 2004.

GALDURÓZ, J.C.F.; Noto, A.R.; Nappo, S.A.; Carlini, E.A. – **I Levantamento Domiciliar Nacional sobre o uso de Drogas Psicotrópicas** – Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2000.

GIDDENS, ANTHONY. **A Transformação da Intimidade.** São Paulo: UNESP, 1992.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Batista, Juliano. **Dependência e Codependência:** A recuperação é uma escolha. São Paulo: Editora Ave Maria, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche.** Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social, 6ª edição. Editora Cortez, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **O Uso de Drogas Ilícitas entre Estudantes do Ensino Fundamental em Fortaleza e demais Capitais Brasileiras - 2012.** IPECE Informe - nº 74 - Fevereiro de 2014.

LARANJEIRA, R., & ROMANO, M. (2003). **Políticas Públicas para o álcool.** Retrieved April 10, 2003. Disponível em: <<http://www.uniad.com.br> Leal>, F. X. (no prelo). Conselhos municipais antidrogas no Brasil: O caso do ES.

LIMA, D. Arilo; SILVA, L. D. Ana; SOUZA, S. T. Maria. **Obra Social Nossa Senhora da Glória Fazenda da Esperança.** Relatório de Atividades, Fortaleza – CE, 2015.

MATOS, M. I. S. **Meu lar é o botequim.** São Paulo, SP: Nacional, 2000.

MACHADO, A. R. **Políticas Públicas em Álcool e Outras Drogas.** São João Del Rey: UFSJ, 2001.

**Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno.** DSM-IV. American Psychiatric Association, tradução Maria Inês Corrêa Nascimento; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. [et al.]. Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Hucitec, São Paulo, 2008.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

OBSERVATÓRIO Brasileiro De Informações Sobre Drogas. Disponível em:<[www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)>. Acesso em 06 de ago. 2015.

OCCHINI, M., & TEIXEIRA, M. (2006). **Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra.** Estudos de Psicologia (Natal), 11, 229-236.

Organização Mundial da Saúde. OMS (2001). **Transtornos devido ao uso de substâncias.** Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp.58-61). Brasília: Gráfica Brasil.

PLASTINO, C. A. **Dependências, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea.** In M. Bapstista, M. S. Cruz & R. Matias. Drogas e pós-modernidade (pp. 132-143). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

POIARES, C. A. **Contribuição para uma análise histórica da droga.** In: Toxicodependências, 5. pp. 3-12, 1999.

PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa.** Disponível em:<[www.priberam.br](http://www.priberam.br)>. Acesso em 05 fev.2016.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 4ª ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2011.

SEQUEIRA, J. P. **As origens psicológicas da toxicomania.** Lisboa, Climepsi, 2006.

SIELSKI, Fernando. **Filhos que usam drogas:** guia para os pais. 1ª ed. Curitiba: Adrenalina, 1999.

SOUZA, M. C. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

VELHO, Gilberto. **Um antropólogo na cidade:** ensaios de antropologia urbana. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

Roteiro referente à pesquisa: A dependência química e o trabalho desenvolvido pela Instituição Fazenda da Esperança com Mulheres no Processo de Recuperação.

Data:

### I – QUESTIONAMENTOS À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

1. Nome:
2. Sexo:
3. Formação:
4. Como é o seu trabalho na instituição?
5. Quais as principais demandas das mulheres atendidas por você?
6. O que é mais desafiador no trabalho com essas mulheres?
7. Você fez algum curso ou especialização, durante sua carreira profissional, para trabalhar com as mulheres, dependentes químicas, atendidas aqui na Fazenda Esperança?
8. Como analisar a legislação e a política sobre drogas no Brasil?

## APÊNDICE B

### APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: A dependência química e o trabalho desenvolvido pela Instituição Fazenda da Esperança com Mulheres no Processo de Recuperação desenvolvida por Maria Aparecida Ferreira Aragão. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada por Prof.<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup>: Virzângela Paula Mendes Sandy, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) \_\_\_\_\_. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é compreender a atuação da equipe multiprofissional junto as mulheres, em processo de recuperação atendidas na Instituição Fazenda da Esperança, situada no município de Fortaleza - CE. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura do (a) participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) pesquisador (a):

\_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha:

\_\_\_\_\_