

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUESTÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR

DROGADIÇÃO: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM PARANAGUÁ, PR.

ROSELI PACHECO

MATINHOS-PR
2012

ROSELI PACHECO

DROGADIÇÃO: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM PARANAGUÁ, PR.

Trabalho de Conclusão de Curso Pós-Graduação em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Setor Litoral, como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Questão Social, sob a orientação do professor Dr. Afonso Takao Murata

MATINHOS-PR

2012

TERMO DE APROVAÇÃO

ROSELI PACHECO

DROGADIÇÃO: ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM PARANAGUÁ, PR.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral e defendido em Banca Examinadora em dezembro de 2012.

Prof. Dr. Afonso Takao Murata
Docente da UFPR – Setor Litoral
Orientador

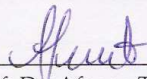
Profa. Dra. Jussara Rezende Araújo
Docente da UFPR – Setor Litoral
Examinador

Profa. Msc. Marília Pinto Ferreira Murata
Docente da UFPR – Setor Litoral
Examinador

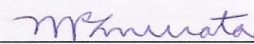
PARECER DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Orientador, Professor Doutor **AFONSO TAKAO MURATA**, realizaram em 15/12/2012 a avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da estudante **ROSELI PACHECO**, sob o título "*Drogadição: Um estudo sobre as políticas públicas antidrogas em Paranaguá, Pr.*", para obtenção do Título de *Especialista em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar* pela Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, tendo a estudante recebido conceito "APL".

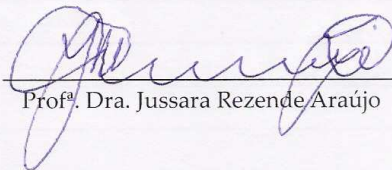
Matinhos, 15 de dezembro de 2012.



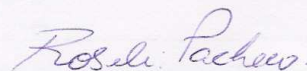
Prof. Dr. Afonso Takao Murata



Prof.ª. MSc. Marília Pinto Ferreira Murata



Prof.ª. Dra. Jussara Rezende Araújo



ROSELI PACHECO
Estudante

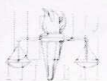
LEGENDA DE CONCEITOS

APL = Aprendizagem Plena
AS = Aprendizagem Suficiente

APS = Aprendizagem Parcialmente Suficiente
AI = Aprendizagem Insuficiente

OBSERVAÇÃO:

CASO O(A) ESTUDANTE SEJA ORIENTADO(A) A REFORMULAR SEU TRABALHO, DEVE-SE REGISTRAR NO VERSO OS REQUISITOS APONTADOS PELA BANCA PARA O ACEITE FINAL DO TRABALHO.



Todos almejamos viver tranquilos com solidariedade e amor,
Vivenciando uma paz ampla,
igualdade irrestrita e geral,
Vendo no próximo um semelhante,
dando-lhe o devido valor.
Mas como poderia ser assim, com essa
injustiça social?

Nossa sociedade está muito violenta pela
ausência de cidadania.
Os doutores da lei exigem direitos humanos
por falta de dignidade pessoal.

Onde estão o respeito, a esperança, o afeto,
a emoção e a alegria?
Estamos sentindo a angústia da dor, da
tortura e do desprezo total.

Vamos lutar contra a barbárie, em prol
de uma convivência civilizada.
Consciência humana, incluindo os
excluídos, marginalizados pelo sistema.

Que as autoridades reflitam sobre este tema,
atualmente um grande dilema.
Oh! Brasil! Terra adorada, pátria amada,
idolatrada, e nação flagelada!
Os teus políticos precisam passar ao povo a
linguagem da satisfação,
Preenchendo necessidades vitais de saúde,
alimentação, moradia e educação...

Naza “Poeta Holístico”

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos usuários de substâncias psicoativas, dependentes químicos, coordenadores das comunidades terapêuticas, que gentilmente nos receberam e aceitaram compartilhar conosco suas histórias de vida, seus sofrimentos, suas frustrações, seus sonhos e principalmente o desafio diário na luta contra a dependência química...

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu a vida e me proporcionou contemplar a beleza desse planeta, por sua força onipotente, onisciente e onipresente em todos os momentos da minha existência, principalmente por ter me proporcionado conhecer o universo das comunidades terapêuticas, que permanecem no silêncio e na invisibilidade...

Aos protagonistas e também internos das Comunidades Terapêuticas do município de Paranaguá, que aceitaram compartilhar conosco suas dores, medos, angústias, para que pudéssemos compreender e entender a face oculta da dependência química e a luta individual de cada interno contra as drogas, meu eterno agradecimento...

Às Comunidades Terapêuticas: Desafio Jovem Betel – Masculino, Desafio Jovem Betel – Feminino, Adoração para Cristo, Nova Vida em Cristo, Cristo Libertador, Casa do Oleiro, Vida Nova em Cristo, ACEFI, que saíram da invisibilidade e acreditaram no propósito e seriedade da nossa pesquisa...

À Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, representada por seus servidores, técnicos administrativos, docentes, por acreditarem em mim e me proporcionarem às condições necessárias para seguir em frente...

A minha família, minha querida e eterna mãe que me abraça forte e sussurra em meus ouvidos: "*Eu ti amo tanto, minha filha*", minha eterna gratidão...

Ao meu mestre e orientador, Professor Dr. Afonso Takao Murata, que pacientemente me conduziu desde o início ao fim deste Trabalho de Conclusão de Curso, com muita dedicação e envolvimento com o tema, acreditando sempre no meu potencial...

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, participaram da produção deste trabalho, ou melhor, da minha vida...

Minha eterna gratidão!

RESUMO

O presente trabalho de pesquisa aborda a questão da política pública de atendimento à dependência química, particularizando para as Comunidades Terapêuticas no município de Paranaguá/Pr. A pesquisa tem como objetivo avaliar a inserção das políticas de prevenção, atendimento e tratamento às drogas dentro das Comunidades Terapêuticas, em interface com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção de usuário e dependentes de drogas e define crimes. Para chegarmos aos dados da pesquisa, usamos uma abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como campo de estudo nove Comunidades Terapêuticas, além de instituições públicas do município de Paranaguá/Pr. A coleta de dados teve a participação de 121 atores, incluindo os internos das comunidades, coordenadores, assistentes sociais, promotora de saúde pública e o delegado de polícia civil. Os dados foram submetidos a análises discursivas e posterior tabulação, a partir de indicadores de referência para confrontar com o modelo de proteção existente na Legislação. Neste estudo observamos a importância da classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em diagnosticar a dependência química como doença, pois influenciou na forma de tratamento e na percepção da sociedade e do próprio usuário de drogas, que era visto como marginal e não como doente. O modelo de política pública direcionado de tratamento as drogas é legítimo, mas na prática suas ações não estão efetivadas, como direito prescrito na Constituição Federal do Brasil. A pesquisa também apontou as diversidades existentes no mundo das drogas, pois ela não possui raça, cor, país, classe social, idade, ou seja, caminha na sociedade agressivamente fazendo vítimas e desconstruindo sonhos. A ausência das políticas de atendimento às drogas nas Comunidades Terapêuticas, o abandono da família, a falta de recursos financeiros, a falta de terapias e profissionais de saúde, a precariedade do ambiente, a exclusão social são fatores que culminam para a fragilidade do tratamento e reinserção as drogas.

Palavras-chave: Drogas; Políticas Públicas; Dependência Química; Comunidades Terapêuticas

ABSTRACT

The present research addresses the question of public policy to care for chemical dependency, specifying for Therapeutic Communities in the municipality of Paranaguá/Pr. The research aims to evaluate the inclusion of prevention policies, care and treatment drugs within therapeutic communities, interface with the National System of Public Policies on Drugs - SISNAD; prescribing measures to prevent drug abuse, care and rehabilitation of user and addicted to drugs and crimes sets. To get to the survey data, we use a quantitative and qualitative approach, taking as a field of study nine Therapeutic Communities, as well as public institutions of the city of Paranaguá/Pr. Data collection included the participation of 121 actors, including internal communities, coordinators, social workers, public health promoter and the police chief civil. Data were subjected to discourse analyzes and subsequent tabulation from benchmarks to compare with the model of the existing protection legislation. In this study we observed the importance of the classification of the World Health Organization (WHO) in diagnosing addiction as a disease because it influenced the way of treatment and perception of society and drug user himself, who was seen as marginal and not as patient. The model of public policy directed treatment drugs is legitimate, but in practice his actions are not executed, as the law prescribed in the Constitution of Brazil. The survey also pointed out the differences existing in the world of drugs, because it has no race, color, country, social class, age, or walks into society victims and doing aggressively deconstructing dreams. Lack of compliance with policies on drugs Therapeutic Communities, abandonment of family, lack of financial resources, lack of therapies and health professionals, poor environmental, social exclusion are factors which lead to the frailty of treatment and reintegration drugs.

Keywords: Drugs; Public Policy; Addiction; Therapeutic Communities.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial
CEBRID - Centro Brasileiro de Informação
CID 10 - Classificação Internacional de Doença
CONFEM- Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas
CT - Comunidade Terapêutica
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
PROERD- Programa Educacional de Resistência às Drogas
SPA - Substância psicoativa
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SUS - Sistema Único de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Ilha da Cotinga – Paranaguá/PR	53
FIGURA 2 - Localização do município de Paranaguá/PR	53
FIGURA 3 - Porto de Paranaguá/PR.....	53
FIGURA 4 - Faixa Etária dos entrevistados das Comunidades Terapêuticas....	55
FIGURA 5 - Município de Origem dos Entrevistados.....	56
FIGURA 6 - Renda Familiar dos internos das Comunidades Terapêuticas.....	57
FIGURA 7 - Escolaridade dos internos das Comunidades Terapêuticas.....	58
FIGURA 8 - Internos incluídos em programas sociais do governo.....	60
FIGURA 9 - Quanto a Orientação recebida sobre Drogas.....	61
FIGURA10- Planos para o futuro.....	84
TABELA 1- Trajetória do adoecimento da dependência química.....	48
TABELA 2- Renda Familiar dos Internos das Comunidades Terapêuticas.....	58
TABELA 3- Perfil da população do município de Paranaguá/PR.....	68
TABELA 4- Reinternações relatadas pelos dependentes químicos internados.	79
TABELA 5- Referente ao apoio familiar.....	81

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
PERCURSO METODOLÓGICO	17
CAPÍTULO I- DIREITOS HUMANOS, DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA, POLÍTICAS PÚBLICAS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS.....	21
1. Direitos Humanos uma breve abordagem.....	21
2. Drogas e Dependência Química: “Do uso ao Abuso”.....	25
3. Políticas Públicas de atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas/drogas.....	31
3.1 Política Nacional sobre Álcool.....	39
3.2 Criança e o Adolescente e a Política Nacional sobre Drogas.....	40
3.3 Os contrastes entre usuário e traficante.....	45
4. Da doença ao tratamento.....	46
CAPÍTULO II- DEPENDÊNCIA QUÍMICA: “QUEBRANDO O SILÊNCIO”	52
1. Comunidades Terapêuticas e sua importância no município de Paranaguá.....	52
2. Município de Paranaguá e as ações no combate e tratamento da drogadição.....	61
CAPÍTULO III- COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: “O SILÊNCIO TEM VOZ”	64
1. A missão das Comunidades Terapêuticas em depoimento de um coordenador de uma das comunidades.....	64
2. Relatos das histórias de vida de dependentes químicos.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	87
ANEXOS.....	90

INTRODUÇÃO

O uso abusivo de substâncias químicas no mundo contemporâneo é considerado um grave problema de saúde pública, com direcionamentos voltados para as questões econômicas, sociais e políticas. Os debates e discussões sobre a temática de enfrentamento e combate às drogas são extensos e ainda sem soluções efetivas, no que diz respeito à dependência (usuário), à distribuição (traficante) e produção do produto (narcotráfico).

No Brasil, o uso de drogas que alteram o estado mental, emocional e físico, é chamado de substâncias psicoativas (SPA), existentes há milhares de anos, quer seja por razões culturais e religiosas, por recreação, enfrentamento de problemas, como meio de socialização, de isolamento, a humanidade sempre se relacionou com as drogas, mas esse relacionamento ganhou proporções ao decorrer dos séculos e tornou-se um problema sem solução.

Neste sentido pesquisas realizadas pelo Centro Brasileiro de informações sobre Drogas (CEBRID), nos anos de 2001 e 2005, mostram variações produzidas devido ao aumento do consumo de álcool, do cloridrato de cocaína, da maconha e outras substâncias usadas pelos jovens, levando a danos na família e na sociedade causados pelo excesso de substâncias psicoativas.

O CEBRID no 1º Levantamento realizado em 2001 com 107 maiores cidades do país constatou que 68,7 % das pessoas com idade entre 12 a 65 anos, de ambos os sexos, já haviam experimentado álcool alguma vez na vida, e que 11,2% da população brasileira apresentava dependência desta substância, num total de 5.283.000 pessoas. Já, no 2º Levantamento de dados realizado em 2005, apontou que 12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos, são dependentes do álcool, num total de 5.799.905 pessoas, total superior no 1º Levantamento ocorrido em 2001. (CEBRID, 2001; 2005)

Os dados também indicaram a precocidade no consumo de álcool. A SENAD, 2006 realizou estudo em 143 municípios do País e detectou 52% dos brasileiros acima de 18 anos fazem uso de bebida alcoólica, pelo menos, uma vez ao ano.

Entre os homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% de 1 a 4 vezes por semana. Outro dado significativo apontado foi com os estudantes de nível fundamental e médio, realizado no ano de 2004, conforme Carlini (2010, p. 55), em

27 capitais brasileiras, que indicou o primeiro uso de álcool se deu por volta dos 12 anos de idade a maioria no ambiente familiar. O levantamento mostrou também o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, em todas as capitais do Brasil, mostrou que 76% dos entrevistados com idade entre 10 a 18 anos, já haviam usado álcool.

Segundo Carlini (2010, p. 59) em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, 90% dos fumantes ficaram dependentes da nicotina antes de 19 anos de idade. Quanto ao uso de drogas ilícitas consumidas pela população brasileira, dados apontados no 1º e 2º Levantamentos Domiciliares sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil nos anos de 2001 e 2005 em um estudo epidemiológico nacional, e também relatado por Carlini (2010, p. 55), que apontaram índices comparativos referentes às porcentagens das drogas, denunciando aumento das seguintes substâncias: a Maconha (6,9% para 8,8%), Solventes (5,8% para 6,1%), Cocaína (2,3% para 2,9%), Estimulantes (1,5% para 3,2%), Benzodiazepínicos (tranqüilizantes) (3,3% para 5,6%), Alucinógenos (0,6% para 1,1%), Crack (0,4% para 0,8%). Além das drogas consideradas lícitas o Álcool (68,7% para 74,6%) e o Tabaco (41,1% para 44,0%), as drogas mais consumidas pela população brasileira.

Autores como Buchele *et al.* (2010, p. 71) apontaram que no Relatório Mundial sobre Drogas em 2008, realizado pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNDOC), revelaram que mais de 200 milhões de pessoas usam drogas ilícitas pelo menos uma vez ao ano, em um total de 4,8% da população global compreendida entre 15 e 64 anos. Também apontou que 26 milhões de pessoas são dependentes de alguma substância. Mostrou também, o Brasil ocupando o segundo maior comércio de cocaína, somando um total de 870 mil usuários. Quanto ao uso de maconha que em 2001 era de 1,2%, entre a faixa etária de 12 e 65 anos e que em 2005 esse número subiu para 2,6%. Assim, após a contextualização da dependência química na sociedade, observa-se no contexto geral, que a grande maioria da população faz uso de algum tipo de substância lícita, como álcool, tabaco e medicamentos para aliviar a dor; baixar a ansiedade; reduzir a sensação de cansaço; de depressão; obter prazer, entre outros, desta forma, os dados apresentados representam um preocupante problema que requer atenção do governo e da sociedade para o seu enfrentamento.

Em resposta a esse crescente problema apresentado através de dados das pesquisas realizadas, o Brasil vem implementando as políticas públicas para o enfrentamento das drogas, que ameaçam toda a população. Seus princípios, diretrizes, normas e orientações caminham na direção de ações de como organizar e atender as ações direcionadas à atenção dos usuários de álcool e outras drogas.

Diante desse quadro de aumento abusivo do uso de álcool e outras drogas que invadiram a sociedade brasileira, é que se pretende pesquisar o modelo de tratamento para dependência química e as políticas que estão direcionadas no combate e enfrentamento da drogas.

Desta maneira, a pesquisa tem por objetivo principal analisar as políticas públicas de atendimento aos usuários de drogas no município de Paranaguá/PR e o modelo de Comunidade Terapêutica existente no município para tratamento da dependência.

A pesquisa se justifica pelos inúmeros casos de usuários e de dependentes de drogas existentes no litoral do Paraná, mais especificamente o município de Paranaguá/PR, que procuram ajuda dos órgãos públicos e as ações do município para obterem tratamento na dependência de drogas.

No Brasil, os dependentes de álcool e outras drogas têm encontrado assistência nas Comunidades Terapêuticas, conhecidas como “Sítios” ou “Casas de Recuperação”, mesmo quando não havia serviços públicos para esse atendimento.

O modelo de tratamento oferecido ao indivíduo dependente de substância psicoativa (SPA) no Brasil foi definido quando foram criados os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas, fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira direcionada a Saúde Mental, ocorrida após lutas e movimentos contra os antigos tratamentos realizados nos manicômios, a partir da década de 1970. Com o objetivo de reabilitar e reinserir o indivíduo na sociedade sem fazer uso de internação psiquiátrica ou hospitalar fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Dentro desse contexto, entre os mais diferenciados tratamentos estão as Comunidades Terapêuticas como uma forma de tratamento psicossocial. Seu objetivo e modelo de tratamento estão pautados nas relações dos dependentes químicos com o trabalho, com a relação entre os pares, com o processo de ajuda mútua, buscando transformar o indivíduo em um ser integral, com mudanças em seu estilo de vida para que possa reinserir-se na sociedade.

Com o alarmante número de usuários de drogas lícitas e ilícitas, a procura por tratamento de dependência química cresceu assustadoramente, tornando-se necessário uma normatização que viesse regular o modelo de atendimento proposto nas Comunidades Terapêuticas, pois esse serviço é parte integrante da política de atendimento aos usuários de álcool e drogas.

Assim, as normatizações direcionadas às Comunidades Terapêuticas estão referenciadas nas Resoluções RDC nº 101/2001 e RDC nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Nacional - ANVISA, que regula e habilita a Comunidade Terapêutica a partir dessas resoluções. Pode-se dizer também, que a Resolução RDC nº 101/2001 que enquadrava as Comunidades Terapêuticas nas normativas de serviços de saúde foi revogada e substituída pela RDC nº 029/2011 que não enquadra as Comunidades Terapêuticas nos serviços gerais de saúde, amenizando as regras para regularização e funcionamento.

A análise das informações contidas na pesquisa de campo foi colhida utilizando-se de cinco instrumentos diferenciados em seus conteúdos para atingir os propósitos almejados. Foi realizada entrevista com cento e nove internos e nove coordenadores das nove comunidades terapêuticas dessas instituições e três profissionais de Instituições Públicas (Promotoria Pública de Saúde, Delegacia de Polícia de Paranaguá/PR e Poder Judiciário).

Desta forma, o presente estudo dividido em três capítulos distintos para melhor entendimento dos seus significados.

O primeiro capítulo vem dissertar sobre os Direitos Humanos desde a sua criação (1948) a partir das barbáries ocorridas na Segunda Guerra Mundial, quando a Declaração Universal de Direitos Humanos, veio em repressão aos atos de crueldades realizados nesta época. Cita-se também, o século XIX, marcado pelo desenvolvimento industrial do capitalismo emergente na Europa, que explorava a pobreza e sua mão de obra barateada e quase escrava das classes trabalhadoras e a lutas dos movimentos trabalhistas na conquista de melhores condições de trabalho e de direitos humanos.

Usamos autores como Lima Júnior (2001) que retratou esse período da história com bastante profundidade. Foram utilizados ainda textos de Karl Marx e Engels (apud Sales *et al*, 2006, p. 171), “o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘fazer história’.

Foi materializado também o Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), instituída para garantia os direitos universais do ser humano, ou seja, direito a vida. As drogas e a dependência química, numa análise sobre o uso e abuso que leva a dependência.

Para enfatizar as nossas compreensões utilizamos autores como Kalina *et al* (1999, p.88) “a drogadição não é mais do que uma consequência da alienação histórico-social, política e econômica através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos”. Já Marlatt e Gordon (1993, p. 58), definem fissura como “um estado motivacional influenciado pelas expectativas associadas a um resultado positivo, estado este, que pode induzir uma resposta na qual o comportamento desejado seja envolvido”. Apontamos também, pesquisas realizadas pela Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD), para conhecermos o quadro dessa problemática a nível de Brasil.

As Políticas Públicas direcionadas ao atendimento e tratamento de substâncias psicoativas é o foco do nosso estudo. Fraga (2006, p. 90) “a venda das drogas não é mais uma atitude delituosa subalterna e independente, mas, ao contrário mobiliza recursos altíssimos...” Já, para Lulianelli (2000, p. 201-227), o “conjunto de interesses por trás do narconegócio é impressionante...” Nesse debate foram utilizadas extensas discussões que deixam claro que as atividades ligadas ao tráfico de drogas não nascem e nem se limitam apenas às favelas, mas devido ao estrato social é a conexão com mais visibilidade na sociedade e na mídia. Fizemos uma trajetória histórica sobre o início das campanhas sobre o combate ao alcoolismo no mundo.

“No Congresso Internacional de Paris em 1895, propôs-se a criação de “asilos” para alcoólicos, nos quais o trabalho seja intensamente organizado (MORAES,1921, p. 111-115).”

A criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas a partir da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 e suas diretrizes e normas na implementação dessas políticas. O alcoolismo na forma de Política Nacional foi parte do estudo, pois atinge índices alarmantes de uso. A relação da criança e do adolescente com o envolvimento das substâncias psicoativas, também estiveram presentes na pesquisa. Um levantamento histórico sobre o tratamento dado para os menores infratores, também com envolvimento com substâncias lícitas e ilícitas adensaram a problemática.

Abordamos as diferenças entre o usuário e o traficante de drogas. A dependência na forma de doença, como é classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Código Internacional de Doenças (CID-10).

No segundo capítulo foi realizada uma abordagem sobre o município de Paranaguá e as Comunidades Terapêuticas nela existentes e as ações e estratégias para o combate e tratamento da drogadição.

E por último a interpretação das Comunidades Terapêuticas nos depoimentos de um coordenador e de alguns dependentes químicos em tratamento.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa é um instrumento investigativo de caráter analítico utilizado com o intuito de conhecer os aspectos de uma realidade desconhecida. Mas, para se chegar a esta problemática deve-se percorrer caminhos utilizando metodologias que irão refletir estatisticamente o objetivo proposto na pesquisa.

De acordo com Gil, (2010, p. 01) pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos.

Seguindo esta linha de pensamento, entende-se que o ponto de partida de uma pesquisa é a insuficiência das informações diante da proposta do problema apresentado.

Segundo Holanda (2006, p. 191) é necessário definir com clareza dois pontos fundamentais: o que se pretende avaliar e com que propósito. Depois da decisão dos objetivos – o que se pretende avaliar – é preciso explicar o porquê e como avaliar.

Para um dos mais respeitados autores no campo da metodologia das ciências sociais, a maneira mais prática para entender o que é um problema científico consiste em considerar primeiramente aquilo que não é (KERLINGER *et al*, 1980, p. 8).

Conforme os autores, a avaliação da pesquisa é realizada por variados métodos e abordagens de diferentes tipos de avaliações, que são adequadas conforme o que se pretende avaliar e as informações que se deseja obter.

Nesta pesquisa foram utilizados cinco instrumentos de avaliação para se obter as informações necessárias no desenvolvimento da pesquisa. A coleta de dados foi realizada através do trabalho de campo em Comunidades Terapêuticas, que teve início em março de 2012 e o seu término em setembro de 2012. As ações para a realização dessa tarefa foi definida mediante agendamento das entrevistas com os respectivos coordenadores. Foram pesquisadas nove Comunidades Terapêuticas do município de Paranaguá/Pr. As entrevistas, questionários e formulários foram realizados com cento e nove internos destas instituições, nove coordenadores das comunidades, uma assistente social do município, uma assistente social do Poder Judiciário, uma Promotora de Saúde Pública e o Delegado da Polícia Civil de Paranaguá/PR que também contribuíram através das entrevistas com informações valiosas para o processo de formação da pesquisa.

Qualquer que seja o instrumento utilizado convém lembrar que as técnicas de interrogação possibilitam a obtenção de dados a partir do ponto de vista dos pesquisados. Assim, o levantamento apresentará sempre algumas limitações no que se refere ao estudo das relações sociais mais amplas, sobretudo quando estas envolvem variáveis de natureza institucional. No entanto, essas técnicas mostram-se bastante úteis para a obtenção de informações acerca do que a pessoa “sabe, crê ou espera, sente ou deseja, pretende fazer, faz ou fez, bem como a respeito de suas explicações ou razões para quaisquer das coisas precedentes” (SELLTIZ *et al*, 1967, p. 273).

A construção da pesquisa foi baseada nos dados que envolvem o município de Paranaguá e a Política de Atendimento ao Dependente Químico nas Comunidades Terapêuticas. O objetivo principal desta pesquisa foi conhecer a materialização das políticas destinadas ao combate de drogas dentro das comunidades e suas atuações diante da dependência química. Para atingir esses objetivos foi necessário o questionário, a entrevista e o formulário.

Segundo, Gil (2010, p. 103) em sua definição:

Por questionário entende-se um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado. Entrevista, por sua vez, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face” e em que uma delas formula questões e a outra responde. Formulário, por fim pode ser definido como a técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas.

O trabalho ressaltará a diversidade das relações existentes no campo pesquisado de forma quantitativa e qualitativa, assim como, as mais variadas ações

que venham contribuir para o enriquecimento da pesquisa, agregando os saberes dos atores envolvidos com o processo de construção da pesquisa.

Conforme exposição de Maria Cecília Minayo, a abordagem científica requer um olhar aprofundado para captar suas diferenças e peculiaridades existentes:

As abordagens quantitativas e qualitativas exigem teorias e métodos próprios e se prestam a fins de natureza diferenciada: os primeiros visam dimensionar e quantificar os dados de processo ou de resultado. E as segundas são apropriadas para aprofundar a história, captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares ou com a população; compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais (MINAYO, 2006, p. 369).

A elaboração da avaliação foi pautada no método de levantamento de dados, avaliação participativa e etnográfica, para isso foram utilizados os questionários, as entrevistas e os formulários, que nos deram aparatos para realizar o trabalho de pesquisa dentro das Comunidades Terapêuticas e identificar esse universo e suas especificidades, dando voz ao silêncio vivenciado na luta diária contra a dependência química.

A identificação da estrutura social da população implica descobrir as diferenças sociais de seus membros, as posições dos grupos e também os conflitos entre estes últimos. Esse é um aspecto importante da pesquisa participante, que a distingue dos tradicionais “estudos de comunidade”. Enquanto estes tendem a encarar os indivíduos como participantes de grupamentos relativamente homogêneos, a pesquisa participante deseja colocar-se a serviço dos oprimidos e necessita identificar com clareza quem são eles no âmbito de uma “comunidade” (GIL, 2010, p. 158).

Assim, a partir das leituras de artigos, revistas eletrônicas, obras contemporâneas, das produções de pesquisas sobre o assunto, foi possível traçar um diagnóstico geral do assunto em exposição na pesquisa. Outra metodologia utilizada foi a bibliográfica e documental para a construção e direcionamento na proposta abordada na pesquisa. Este método de exploração científica identificou as leis, os serviços e as políticas que estão inseridas nestes desdobramentos. O aprofundamento de informações pertinentes as publicações e as leis vigentes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, foram coletados através da informação eletrônica, na página do Ministério da Justiça do Brasil, mais precisamente no portal da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID.

Diversos artigos sobre dependência química e Comunidades Terapêuticas foram consultados. A Lei nº 11.343 do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e a Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que regula e define através de seus regulamentos o modelo de funcionamento em Comunidade Terapêutica.

A pesquisa apontou dados relevantes ao município de Paranaguá/PR, direcionados às Comunidades Terapêuticas que sobrevivem de recursos das mensalidades pagas, de doações da comunidade, de artesanatos rústicos confeccionados pelos próprios internos.

Cada Comunidade Terapêutica do município de Paranaguá/PR possui a sua própria metodologia para enfrentamento da dependência química. Das nove comunidades, somente a ACEFI é regulamentada e recebe verbas no âmbito federal e municipal. As outras vivem basicamente com extrema dificuldade e escassez de recursos para alimentação, água, luz, medicamentos e outros.

A média de dependentes químicos internos nas comunidades é de vinte residentes, mas somente uma parcela decidiu voluntariamente participar da pesquisa, então assinaram o termo de consentimento esclarecido, após explicação sobre a pesquisa.

Através das entrevistas e dos questionários foi possível levantar dados referentes aos internos como: sócio-econômico, culturais, planos para o futuro e a trajetória de vida até a chegada às drogas.

Segundo Bauer e Gaskell (2002), em Ciências Sociais, a entrevista qualitativa aparece como uma metodologia de coleta de dados amplamente empregada.

Os dados inerentes aos entrevistados foram analisados cuidadosamente e explorados detalhadamente, com a finalidade de agregar as informações para interpretá-las.

De acordo com Gil (2010, p. 23) “as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses.

Procuramos da melhor maneira possível delinear este estudo, para retratar a realidade existente na invisibilidade das Comunidades Terapêuticas. E assim, construir uma visão esclarecedora dentro da problemática da drogadição no município de Paranaguá/PR.

CAPÍTULO I

DIREITOS HUMANOS, DROGAS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA, POLÍTICAS PÚBLICAS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

1. Direitos Humanos uma breve abordagem

As barbáries cometidas na Segunda Guerra Mundial pelo nazi-fascismo foi um dos pontos de reflexão para eclodir no ano de 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos, veio em repressão aos atos de extrema crueldade e atrocidades praticadas no período da Segunda Guerra Mundial, quando o exército alemão levou aos campos de concentração judeus, comunistas, homossexuais, ciganos, entre outros, causando genocídio e dizimando onze milhões de indivíduos.

A este propósito a Segunda Guerra Mundial vitimou cerca de trinta milhões de civis, além das bombas atômicas lançadas contra as cidades de Hiroshima e Nagasaki. A partir dessas tragédias que abalaram a estrutura do planeta, em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU), para revisão das leis que regem as guerras (Convenções de Genebra)¹, assim como, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, para promoção e proteção dos indivíduos através da solidariedade e do respeito à diversidade.

Historicamente o século XIX foi marcado pelo desenvolvimento do Capitalismo, emergente na Europa, com promessas de triunfo e enriquecimento de uma sociedade baseada no crescimento econômico adquirido a partir da iniciativa privada, mas o que se presenciava, com a chegada do Capitalismo, eram condições de vida extremamente desumanas e difíceis para as classes trabalhadoras, embora houvesse uma parte da população beneficiada. Mas, apesar dos danos sociais existentes, as décadas compreendidas em 1860 e 1870 marcaram na história da humanidade por seu crescimento econômico.

¹ As Convenções de Genebra são uma série de tratados formulados em Genebra, na Suíça, definindo as normas para as leis internacionais relativas ao Direito Humanitário Internacional. As convenções foram o resultado de Henri Dunant que foi motivado pelos horrores de que foi testemunha na Batalha de Solferino. Esses tratados definem os direitos e os deveres de pessoas, combatentes ou não, em tempo de guerra. Tais tratados são inéditos, consistindo na base dos direitos humanitários internacionais. Os tratados foram elaborados durante quatro Convenções de Genebra que aconteceram de 1864 a 1949.

Após essas décadas a economia europeia entrou em depressão, trazendo sérias dificuldades para a maioria da população. A crise de 1870 recrudesceu os reclamos sociais, como também, os movimentos trabalhistas representados pelos sindicatos, que vieram com força efervescente na luta para garantir direitos e conquistas aos trabalhadores.

Assim, através da luta por melhores condições de trabalho e direitos, os trabalhadores que eram submetidos às inúmeras dificuldades, conseguiram no mundo desenvolvido uma série de benefícios, que posteriormente se espalharam através dos sindicalismos por todo o mundo desenvolvido.

No século XIX, muitos reclamos sociais do pretérito foram resolvidos, pois eram incompatíveis com as novas concepções humanitárias², como é o caso da servidão e da escravidão. Outros movimentos também se manifestaram na luta por direitos, verificamos na mesma linha a economia camponesa não-capitalista, as rebeliões camponesas que inspiraram outros movimentos em várias partes do mundo, adquirindo força para as conquistas de caráter social.

Essa visão socializante fortaleceu os movimentos populares, que até então sofriam com os preconceitos das classes mais abastadas, que apesar de necessitarem da força de trabalho da classe proletária, não reconheciam o seu trabalho e muito menos os seus direitos como seres humanos, haja vista, eram reconhecidos como um “mal necessário”, um “problema social”. Os pobres eram tratados com repressão, com humilhações e discriminações pela classe emergente, ou melhor, ‘burguesa”, nas lutas por suas reivindicações trabalhistas.

Com o fluxo das migrações do campo para os grandes centros urbanos, resultado da industrialização, cresce o número de habitantes nas cidades, fazendo com que haja uma superpopulação e um grande aumento nos problemas sociais envolvendo a saúde, a educação, o transporte, mortalidade infantil e a segurança, que agora estavam concentrados em espaços urbanos, não que esses problemas não existissem fora dos grandes centros urbanos, eram apenas invisíveis. Assim, o século XIX foi um período de luta para garantia de direitos sociais e trabalhistas.

² Em meados do século XIX o escravagismo estava abolido na maior parte do mundo e com os dias contados nos países que mais demoraram em aboli-lo, como o Brasil e Cuba, que só o fizeram em 1888 e 1889, respectivamente, após a proibição do tráfico negreiro, imposto por fortes pressões da Inglaterra, então a grande potência mundial. (HOBSBAWN, Eric. A Era do Capital 1848 – 1875. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1966, p.255-256).

Esse foi um período, portanto, que marcou a inclusão na luta por direitos humanos, do direito ao trabalho e à vida digna, uma vez que Deus já não servia mais para justificar, como no passado, a pobreza humana – como não justificava mais os monarcas, despóticos ou não (LIMA JÚNIOR, 2001, p. 19).

No Brasil a consolidação democrática dos direitos humanos no delinear da promoção e proteção aos indivíduos continua sendo um desafio no decorrer das décadas. Os avanços nos últimos 64 anos, desde a sua criação, no campo da promoção e da proteção dos direitos econômicos e sociais continuam desafiadores, assim como o Brasil, milhões de seres humanos no mundo todo são invisíveis, não possuem o básico para sua sobrevivência. A acessibilidade a moradia, a água tratada, ao tratamento básico de saúde e educação básica são considerados desafios de desenvolvimento para os governos, ignorando significativamente o vínculo destas com as obrigações de direitos humanos.

Para Marx e Engels (apud Sales et al, 2006, p. 171):

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder 'fazer história'. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção de meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material, e de fato este é um ato histórico, uma condição fundamental de toda a história, que ainda hoje, como há milhares de anos, deve ser cumprido todos os dias e todas as horas, simplesmente para manter os homens vivos. (...). O segundo ponto é que, satisfeita essa necessidade, a ação satisfazê-la e o instrumento de satisfação já adquirido conduzem a novas necessidades – e esta produção de novas necessidades é o primeiro ato histórico. (...) A terceira condição que já de início intervém no desenvolvimento histórico é que os homens, que diariamente renovam a sua própria vida, começam a criar outros homens, a procriar.

Por meio de instrumento internacional definidos em seus artigos, a Declaração Universal de Direitos Humanos descrevem os direitos humanos como direitos inalienáveis descritos como civis e políticos, econômicos, sociais e culturais visando um padrão mínimo de sociabilidade e respeito aos cidadãos. A partir da declaração destes direitos, conjuga os valores da liberdade e da igualdade de direitos na representação do Liberalismo e do Socialismo.

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta da ONU, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor do ser humano e na igualdade de direitos entre homens e mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em

uma liberdade mais ampla,... a Assembléia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações... (Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948).

Pouco se cumpre da Declaração Universal de Direitos Humanos, a triste realidade pode ser observada nos casos de violação de direitos, diante dos casos de violência, de abandono, da fome, dos abusos sofridos por mulheres, crianças, idosos, a exploração sexual de crianças e adolescentes, o analfabetismo, o trabalho infantil, a precarização da saúde pública, o descaso com os dependentes químicos e suas famílias.

Nesse contexto, o pobre e o miserável é sempre culpabilizado pelas desgraças humanas: criminalidade, vícios, tráfico de drogas, exploração do trabalho infantil, violência urbana. Enquanto que a classe privilegiada usufrui de todos os benefícios dos direitos sociais, econômicos e culturais, além de cobrar medidas de repressão do Estado contra os diferentes.

A Constituição Federal de 1988 reflete os Direitos Humanos, nela estão postos os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que fazem parte do Pacto Internacional de Direitos, mas a precariedade em que vivem a maioria da população brasileira, sem acesso aos direitos econômicos, sociais e culturais deixa claro que estes direitos estão postos somente no papel. Materializá-los depende da boa vontade política dos governantes do nosso país. A invisibilidade dos direitos humanos pode ser presenciada, nas ruas, nos lixões, nas cracolândias do Brasil, nas famílias que vivem com menos de um real ao dia, na falta de atendimento médico... enfim, na falta de direitos.

Embora o Brasil tenha chegado atrasado à discussão em torno da validação dos direitos humanos econômicos, sociais e culturais, é hoje, fundamental para o país incorporar e proteger os direitos humanos na perspectiva do crescimento e do desenvolvimento (inclusive economicamente), ultrapassando as marcas do passado e do presente, relacionadas a uma colonização fragmentada e autoritária. Para isso, encontra respaldo na Constituição brasileira, que, ao adotar uma perspectiva internacionalista, incorpora, como dela fazendo parte, outros direitos contidos em instrumentos internacionais ratificados pelo Brasil – entre eles o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – concedendo a estes status jamais vislumbrados no passado, em termos positivos (LIMA JÚNIOR, 2001, p.156).

A partir destas leituras sobre os Direitos Humanos, podemos então dissertar sobre a problematização das drogas, pois a temática envolve os seres humanos e seus direitos. Na prática não existe conscientização do Estado em promover e

proteger o indivíduo, pois vivemos num sistema econômico neoliberal que intervém o mínimo na economia e deixa o mercado ditar as regras econômicas. Um exemplo clássico é a destruição de alimentos pelos produtores para que seu preço se mantenha no mercado. Enquanto que milhões de seres humanos do mundo inteiro morrem de fome, para que o excedente da produção se mantenha com preço elevado no mercado.

Portanto, a questão social tem aumentado consideravelmente no sistema neoliberal. O desemprego, a pobreza, os desvalidos de políticas sociais e econômicas, representam a crise de identidade de um sistema que pune os diferentes, agrega recursos e riquezas para poucos e despreza a luta de muitos para vencer mazelas.

2. Drogas e Dependência Química: “Do uso ao Abuso”

Poucos fenômenos sociais causaram tantos medos e preocupações como o uso das drogas. Essa preocupação não possui classe social, idade, cor, raça e muito menos religião. As drogas possuem o poder de atração, de desinibição, de satisfação, mesmo que seja por um curto espaço de tempo. Todos esses atributos, “prazerosos” momentâneos levam a dependência química e a destruição física, psíquica e emocional do indivíduo. O uso dessas substâncias remonta a tempos históricos e alcança todas as sociedades, das quais se tem registro. Portanto, a droga sempre fez parte da nossa cultura e da nossa sociedade. Esse fenômeno que possui raízes históricas cravadas nas instâncias sociais e culturais, ganhou força, sobreviveu a todos os conflitos históricos da humanidade e desafia a contemporaneidade a decifrá-la.

Cada período da história da humanidade apresenta uma maneira de encarar e lidar com esses fenômenos, de acordo com os conhecimentos e interesses de cada época vivida, pois o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos séculos, desde as épocas mais remotas e faz parte de todas as culturas e religiões, com o propósito específico de aumentar o prazer e diminuir as expressões de sofrimento.

Com o advento da contemporaneidade esse hábito saiu dos pequenos grupos de uso e passou a ser utilizada em larga escala, em qualquer circunstância e por indivíduos dos mais diferentes grupos e realidades, por esse motivo se tornou um

dos problemas mais sérios enfrentado pela maioria dos países, devido à quantidade de droga existente e a facilidade de aquisição tanto para o usuário, como para o tráfico de drogas.

Neste caso, o próprio sistema em que vivemos encara o indivíduo como objeto, como máquina, de um sistema que rompe valores éticos, humanos e afetivos. Essa desumanização da existência humana gerou uma busca ilusória de valores essenciais à vida, o rompimento desses valores foi substituído por substâncias psicoativas, que levaram a doença social e a desintegração do ser humano.

Segundo, (Kalina *et al.*, 1999, p. 88) “a drogadição não é mais do que uma das conseqüências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos”.

Diante dessa questão mundial estão os debates, estudos, pesquisadores, políticas de atendimento e a saúde pública, nos mais diferentes segmentos da sociedade, desenvolvendo ações com o intuito de “amenizar” essa problemática. Infelizmente estamos convivendo com um problema complexo e de difícil solução.

No mundo atual o que leva milhões de indivíduos a consumirem substâncias psicoativas das mais variadas, prejudicando sua vida em todos os sentidos e, ainda assim, continuar na dependência? O fato é que esse fenômeno ainda não possui solução. Essa fissura ou craving como é definido popularmente, pelos dependentes químicos no Brasil, para definir o intenso desejo de utilizar uma determinada substância química, que ocorre na fase do consumo ou no início da abstinência, ou até mesmo após um determinado tempo sem utilizar a droga.

Marlatt e Gordon (1993, p.88) definem o craving ou fissura “como um estado motivacional influenciado pelas expectativas associadas a um resultado positivo, estado este, que pode induzir uma resposta na qual o comportamento desejado esteja envolvido”.

O uso de substâncias psicoativas está relacionado à ativação da área tegmental ventral, núcleo acumbens, amígdala, cíngulo anterior e córtex pré-frontal. A dependência de drogas induz à neuroadaptação cerebral, que altera a memória de estímulos associados ao comportamento de usar a droga. Regiões cerebrais associadas à excitação, comportamentos compulsivos, memória e integração de estímulos sensoriais são ativadas durante a exposição a estímulos relacionados à droga, os quais, por sua vez, estimulam o craving. As especificidades de cada substância psicotrópica e as características individuais dos dependentes químicos podem ser alguns dos determinantes da forma e da intensidade com os quais o craving se apresenta (ARAUJO *et al.*, 2008, p.57-63).

A discussão em torno desse assunto remete-nos a reflexões sobre as mazelas enfrentadas pelo indivíduo, a família e a própria sociedade. Pois, envolve várias questões e desdobramentos que vão além da saúde. O próprio tráfico de drogas, tráfico de armas, a violência e a criminalidade, além dos aspectos morais, sociais e psíquicos que estão nesse engendramento, assim como, o próprio sistema econômico mundial ao qual fazemos parte.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a droga como uma substância psicoativa (SPA), que atua no organismo produzindo significativas alterações em seu funcionamento. Na atual conjuntura da nossa sociedade, as drogas por motivos de efervescência passaram a fazer parte das questões políticas, sociais e econômicas do país.

As denominadas “drogas psicotrópicas”, são aquelas que agem diretamente sobre o cérebro, provocando alterações no funcionamento cerebral causando vários fenômenos psíquicos anormais como: delírios, alucinações, entre outros. Cada substância psicotrópica causa uma diferente reação no organismo, e o uso abusivo desta substância causa dependência levando o indivíduo a comprometer o seu estado físico e psíquico, tornando-o um dependente psicoativo.

A sociedade em si, não reflexiona sobre o uso abusivo das drogas, assim como os riscos do uso de uma nova droga. O exemplo disso são as inovações tecnológicas em cima da produção do cigarro elevando o teor da nicotina, conseqüentemente aumentando o número de fumantes no mundo todo. Os malefícios desse aumento significativo dos fumantes podem ser observados na Saúde Pública. A deterioração do organismo fumante é lenta, mas eficaz, causando inúmeras doenças cardíacas, circulatórias, respiratórias, metabólicas, tumores e infinitas degenerações do organismo.

Pode-se dizer que o alto índice de consumo de substâncias psicoativas é uma característica dos grandes centros urbanos da maioria dos países, inclusive o Brasil. O tabaco e o álcool são as drogas consideradas lícitas, porém mais utilizadas entre os indivíduos.

A tendência ao uso está relacionada com as influências: ambientais, biológicas, psicológicas e sociais ao qual o indivíduo se relaciona no decorrer de sua existência. Assim, durante muitos anos a dependência foi vista como um problema de caráter social e moral, pois não era encarada como um problema de Saúde Pública. Esse divisor de águas de diagnosticar e codificar com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a dependência química, principalmente do álcool como doença é recente. Essa definição de dependência ultrapassa o estigma moral, que considerava a dependência, principalmente do álcool, como: ‘falha de caráter’, ‘possuídos por força do mal’, ‘sem força de vontade’.

O conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o consumo de drogas, evoluíram constantemente e muito se basearam na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo (DUARTE *et al*, 2010, p.38).

Partindo dessa percepção sobre os aspectos relacionados à saúde somente nos últimos dois séculos e que foram estudados e discutidos. Anteriormente não existia essa percepção humanitária dos usuários, que eram vistos com extremo preconceito e discriminação.

A própria sociedade se mobilizou para buscar alternativas no tratamento da dependência química.

A partir dessa movimentação foram iniciados os tratamentos sem a participação de profissionais de saúde e criados os programas de alcoólatras e narcóticos anônimos, Comunidades Terapêuticas, até as igrejas abriram suas portas quebrando o conservadorismo religioso, para acolher os dependentes em crise.

Em proporções assustadoras, o período da adolescência é o mais resistente às orientações, pois existe um confronto de mudanças envolvendo o mundo biológico, físico e psíquico nesta etapa de desenvolvimento humano. Nesta fase, o adolescente se afasta do clã familiar e procura novas experiências com outros grupos, ou seja, outros adolescentes. Portanto, se essa aproximação acontecer com grupos que estejam usando drogas, existe uma grande probabilidade de o adolescente ser pressionado a compartilhar das mesmas experiências do grupo, que tanto podem contribuir de forma positiva quanto de forma negativa. Neste processo está à inserção ao mundo das drogas, causando preocupação, conflitos, traumas às famílias e aos próprios adolescentes, além de sérias conseqüências à sociedade.

Assim, de acordo com Caldeira (1999, p. 16),

As primeiras contestações, geralmente, ocorrem no ambiente familiar, onde o adolescente começa a questionar comportamentos que lhes são impostos como se fossem leis e passa a exigir da família e do ambiente que o cerca, respostas coerentes aos seus questionamentos. Isso significa a entrada do indivíduo numa nova realidade, com a qual ele vai se relacionar de forma particular e que lhe permitirá reconhecer-se enquanto sujeito.

Outro ponto a ser observado na dependência química é o perfil familiar, em muitos casos, o tabaco e as bebidas alcoólicas fazem parte do cotidiano de inúmeras famílias, sendo assim, as crianças convivem com o uso destas drogas dentro do próprio lar, desde pequenos. Essa permissividade na educação familiar das crianças colocará em risco este ser em formação e a sua integração social.

Para Bruschini (1993, p. 51), nos estudos e relações sobre a família, ele irá dizer sobre a tendência de se naturalizar a família, ou seja, “leva à identificação do

grupo conjugal, como forma básica e elementar de toda família”. Baseada na naturalização destas famílias, Sarti (2003, p. 39), “a família não é uma totalidade homogênea, mas um universo de relações diferenciadas, e as mudanças atingem de modo diverso cada uma destas relações e cada uma das partes da relação.”

O uso da maconha e dos inalantes, também é outro fato preocupante na sociedade e nas famílias, o seu barateamento e fácil acesso atraem os adolescentes para o uso, principalmente os estudantes de ensino fundamental e médio, de famílias de baixo poder aquisitivo. O seu uso freqüente interfere na memória, na aprendizagem e nas atividades motivacionais, ou seja, vontade de não fazer nada.

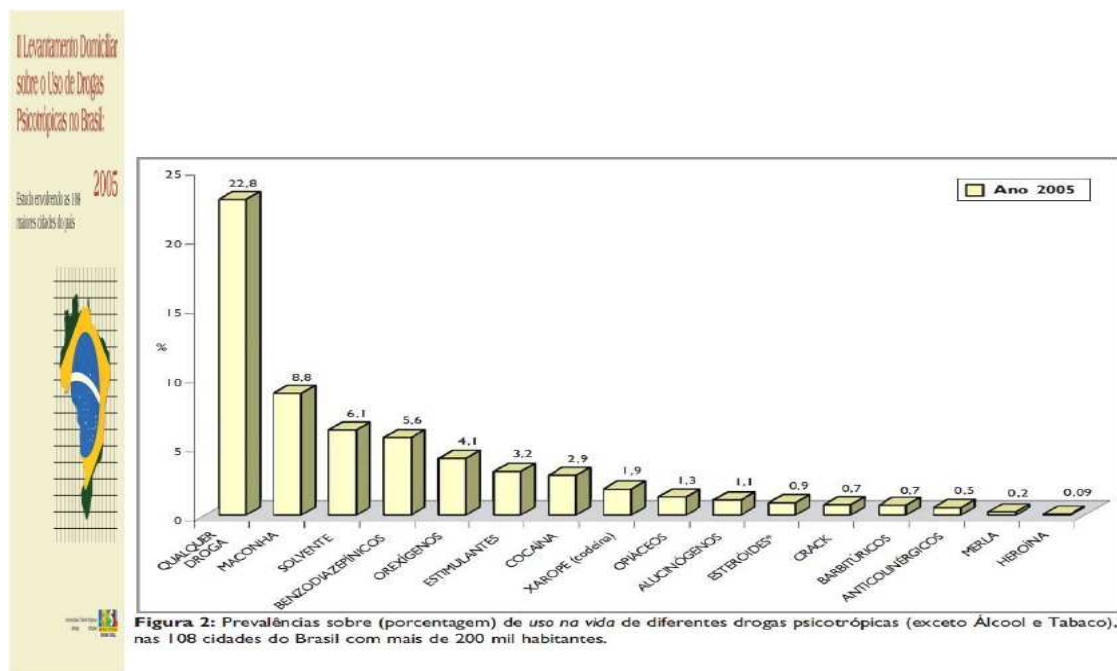
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem evidenciado a precocidade da faixa etária do início do uso de drogas, geralmente dentro da adolescência, entre 10 e 19 anos. Outros dados de suma importância foi o apresentado pelo 2º Levantamento Domiciliar sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil, no ano de 2005, promovido pela Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CEBRID) foram entrevistados 200 mil habitantes em 108 cidades de todo o país, que apontaram que 12,3% dos habitantes entre 12 a 65 anos de ambos os sexos, declararam ser dependentes de bebidas alcoólicas. (CARLINI, 2010, p. 54)

As drogas mais consumidas pela população do Brasil são o álcool e o tabaco. Também apontou que 68,7 % dessas pessoas já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida e 41,1% o tabaco (cigarro). Nos dados apresentados no ano de 2001, referente ao 1º Levantamento Domiciliar Sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil, num total de 19,4% dos entrevistados tinham experimentado algum tipo de droga ilícita e no ano de 2005 foi para 22,8%, num total de 10.746,991 pessoas. Neste total são excluídos o álcool e o tabaco. (BUCHELE *et al*, 2010, p. 72).

Em outro levantamento realizado em 2006, pela SENAD com 143 cidades do país, apontou que 52% dos brasileiros acima de 18 anos fazem uso de bebidas alcoólicas, pelo menos, uma vez ao ano. Do conjunto de homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% 1 a 4 vezes por semana. O levantamento também apontou entre os estudantes do ensino fundamental e médio, nas 27 capitais brasileiras que por volta dos 12 anos de idade acontece à primeira experiência com uso de álcool. (CARLINI, 2010, p. 55)

Quanto ao uso de drogas ilícitas consumidas pela população brasileira, dados informados pelo CEBRID, num estudo epidemiológico nacional, os índices apontaram que as porcentagens das drogas aumentaram: a Maconha (6,9% para 8,8%), Solventes (5,8% para 6,1%), Cocaína (2,3% para 2,9%), Estimulantes (1,5% para 3,2%), Benzodiazepínicos (tranqüilizantes) (3,3% para 5,6%), Alucinógenos (0,6% para 1,1%), Crack (0,4% para 0,8%). Além das drogas consideradas lícitas o Álcool (68,7% para 74,6%) e o Tabaco (41,1% para 44,0%), as drogas mais consumidas pela população brasileira. (CARLINI, 2010, p. 61)

No gráfico abaixo estão os resultados sobre o uso de drogas psicotrópicas nas 108 maiores cidades do Brasil, realizado pelo CEBRID em 2005.



O Relatório Mundial sobre Drogas em 2008, realizado pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNDOC), relatou que 200 milhões de pessoas no mundo, fazem uso de drogas ilícitas pelo menos uma vez ao ano. Isto equivale a 4,8% da população mundial com faixa etária entre 15 e 64 anos. Também relatou que o mundo possui 26 milhões de dependentes químicos.

3. Políticas Públicas de atendimento aos dependentes de substâncias psicoativas/drogas

O comércio ilegal de drogas no mundo contemporâneo é o mais debatido em todos os países, a discussão é foco entre lideranças políticas e seus governantes no mundo inteiro, pois ameaça as estruturas econômicas, sociais e políticas de vários países. A ilegalidade do tráfico de drogas gera e ao mesmo tempo movimenta bilhões de dólares por ano, que estão diretamente ligadas às atividades criminosas como o tráfico de armas, o contrabando, o terrorismo, as guerras, as guerrilhas, os golpes de Estado.

O aumento da violência nas últimas décadas, o aumento da taxa de mortalidade entre os jovens, o crescente comércio de armas com poderio de destruição, assim como, a ligação de facções nacionais com outras internacionais gerando o tráfico internacional de drogas, que necessita de adolescentes e adultos para a manutenção do tráfico de drogas, pois o tráfico mobiliza inúmeras pessoas, como crianças e adolescentes, para cuidar e defender os seus territórios, onde as drogas são distribuídas e armazenadas.

Conforme Fraga (2006, p. 90) pode-se observar esta ligação:

A venda das drogas não é mais uma atividade delituosa subalterna e independente, mas, ao contrário, mobiliza recursos altíssimos, cuja política proibicionista somente aumenta-lhe o preço; agrega outras atividades delituosas violentas; arregimenta interesses múltiplos em todo o seu continuum: do pequeno vendedor ao grande empreendedor; possui uma extrema flexibilidade com o mercado formal, permitindo-lhe circular rapidamente de conduta delituosa para operações legais, desfazendo seu rastro de criminalidade. Nesse percurso complexo e de muitos atalhos, produz-se uma infinidade de relações, conjugando-se com realidades específicas.

A configuração de interdependência de atores e a necessidade de articulação das várias etapas, da produção ao consumo, revelam a forma como os jovens são envolvidos pelas redes do tráfico de drogas, devendo-se não mais entender essa atividade criminal segundo uma perspectiva de atividade solitária do crime, e nem os jovens arregimentados para suas fileiras como atores autônomos, mas sim, participantes de uma complexa atividade que os incorpora subalternamente.

Conforme Iulianelli (2000, p. 201-227), “o conjunto de interesses por trás do narconegócio é impressionante: indústria bélica, exploração camponesa, mercado financeiro, indústria farmacêutica, indústria de bebidas alcoólicas, indústria de fumo.” “O narcotráfico enseja um jogo entre o legal e o ilegal no qual se destacam três

etapas: a da produção, da distribuição/consumo e da lavagem de dinheiro” (FRAGA, 2000, p. 95-108).

Segundo Izquierdo, (2000, p. 60-80) para se manter o narconegócio:

[...] é necessário que o narcotráfico estabeleça alianças com o Estado (através do suborno de agentes ou de recursos ao sistema financeiro, que está no lado legal da sociedade, para fins de distribuição e lavagem de dinheiro quanto se confronte com este para uma delimitação defensiva de território, para resguardar as propriedades ocupadas com o plantio da narcoplanta.

Portanto, estas discussões deixam claro que as atividades ligadas ao tráfico de drogas não nascem e nem se limitam apenas às favelas, mas devido ao estrato social é a conexão com mais visibilidade na sociedade e na mídia. A criminalidade no tráfico de drogas incorpora indivíduos dos mais variados estratos sociais, inclusive os jovens pobres da periferia, que atraídos pelas “vantagens” e “alternativas” num cenário pobre de opções, principalmente as sociais.

No final do século XIX, vários países estavam realizando campanhas antialcoólicas e Congressos, como na França, onde o governo premiava os que apresentassem trabalhos escritos com clareza, expondo os perigos e as conseqüências oriundas dos danos causados pelo vício da bebida alcoólica.

No Congresso Internacional de Paris em 1895, propôs-se a criação de "asilos para alcoólicos, nos quais o trabalho seja intensamente organizado". Regulamentar-se-ia por lei a entrada de quem sofresse condenações por reincidência por embriaguez e de "bêbados cuja alcoolização constitua perigo individual ou social", bem como a saída dos mesmos. Em 1898, em novo Congresso, propôs-se "o tratamento forçado da bebida e do alcoolismo", internando nos asilos os viciados, "sendo neles retidos pelo tempo que parecer conveniente aos médicos" (MORAES, 1921, p.111-115).

O Congresso Antialcoólico realizado na Itália no ano de 1904 deu origem às campanhas antialcoólicas e criou associações de combate ao alcoolismo. A famosa Lei Seca, nos Estados Unidos, proibia a produção, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas, com repressão.

Quando levamos esse viés ao contexto histórico, no início do século XX, observamos que as primeiras intervenções do Estado brasileiro de repressão às drogas, aconteceram a partir da proibição da venda de ópio e cocaína, que condenavam os infratores à prisão.

As medidas de repressão no combate ao alcoolismo, no Brasil ocorreram a partir da década de 1920, quando a dependência de álcool passou a ser tratada como um sério problema social, emergindo para práticas no combate ao uso e abuso do álcool. Para fortalecimento dessas práticas de repressão o poder público contava com a Liga Brasileira de Higiene Mental, que direcionava as ações de repressão ao álcool.

O alcoolismo nessa época era considerado prática à desordem, ao crime, à vadiagem e que estavam vinculados diretamente às classes pobres ou “classes perigosas”. O conceito de “classes perigosas” era um estigma utilizado pelos parlamentares brasileiros para reprimir os miseráveis.

Segundo Chalhoub (1986, p.48-51),

“os legisladores brasileiros utilizam o termo 'classes perigosas' como sinônimo de 'classes pobres'. O fato de ser pobre, torna o indivíduo automaticamente perigoso à sociedade. Os pobres são mais ociosos, cheios de vícios, menos moralizados, podendo 'rolar até o abismo do crime.’”

Os indivíduos toxicômanos considerados criminosos eram internados, conforme a legislação penal propunha, em estabelecimento correccional adequado por tempo indeterminado e rotulado como indivíduos com desvio de caráter. De acordo com o Congresso Penitenciário de São Petersburgo (1895, p.55), os alcoólatras deveriam ser internados em asilos, de preferência agrícolas.

O Congresso Penitenciário de 1905 propôs a criação de detenções especiais para bêbados habituais com regime severo, número limitado de detentos e o emprego deles em trabalho agrícola e industrial, além de ensino moral e tratamento médico. Indicou-se ainda a detenção prolongada em asilos especiais para os bêbados curáveis e para os delinqüentes alcoólicos, a interdição (MORAES, 1921, p.115-117).

3 Misse (1995) afirma que os agentes criminais selecionam os meios criminais, levando em consideração basicamente a sua adequação aos fins, oportunidade e acesso aos meios, e riscos a alternativas não criminais. Segundo essa lógica, quanto mais baixa for a posição social do agente, mais restrita será a escala de opções na conexão entre fins, acesso aos meios e riscos, e maior será a probabilidade de que lhes restem riscos maiores, meios mais violentos e fins limitados por recursos em círculos viciosos.

O uso de tóxicos também passou a ser considerado crime por psiquiatras, médicos e criminólogos.

A miséria não era vista como uma condição sócio-econômica da classe trabalhadora e sim na condição de coisa má, quase um pecado resultante do desregramento moral. Dessa forma, era o lar "sujo", em desordem e promíscuo que levava o trabalhador para o bar. Daí, o entendimento de que esse trabalhador, se não fosse estúpido, preguiçoso ou ignorante, seria alcoólatra. Os valores da classe trabalhadora, portanto, estavam em julgamento e não sua condição de vida e lazer. O botequim nunca era visto como um legítimo espaço de lazer desses indivíduos, mas sim, como mundo de sua perdição, de seu desregramento (MAZZIEIRO, 1999, p. 43-59)

Moraes (1921, p.78) argumentava que o Estado tinha o direito e o dever de internar os alcoólatras, principalmente os bêbados habituais. Aos alcoólatras-loucos, não cabia repressão penal.

Durante anos, o alcoolismo foi considerado como um perigo social ou doença mental, jamais um problema grave de saúde, ou melhor, uma doença, que deveria ser tratada. Por esse motivo era tratado com controle e repressão. Sem compreensão dessa doença, o alcoólatra era criminalizado pela Teoria da Defesa Social e a Psiquiatria alegava procurar curá-lo. Assim, o ébrio era detido pela polícia ou encaminhado para um asilamento, cadeia ou hospício, longe do convívio da família ou da sociedade.

Alcoolismo é, antes de tudo, produto da atual desorganização social-econômica e da imoralidade individual, esta resultante dos efeitos da educação e da dissolução da família. Cumpre, portanto, agir sobre as condições existenciais da sociedade e sobre o espírito dos indivíduos (MORAES, 1921, p.87).

Portanto, a questão social passou a ser questão de polícia. As expressões da questão social no Brasil, nas décadas de 1920 e 1930 marcam por extremas desigualdades e exclusões sociais, marcadas pelo pauperismo, desemprego, violência social, desamparo com enfoques políticos, econômicos e sociais. A exploração abusiva da mão de obra proletária pelo sistema capitalista industrial que mostra a extrema voracidade do capital por trabalho excedente.

A população operária composta por imigrantes em sua maioria vivia em condições angustiantes e desumanas. Amontoados em bairros insalubres próximos às aglomerações industriais, em casas infectas, sem água, esgoto e luz. O poder aquisitivo dos salários, mesmo com jornadas longas e exaustivas era insuficiente

para a subsistência da família. Por este motivo, as mulheres e as crianças menores de ambos os sexos eram forçados a entrarem no mercado de trabalho para sua própria sobrevivência. Famílias inteiras se sujeitavam a longas jornadas de trabalho, com salários extremamente baixos e em condições desumanas de trabalho. O operário contará com a sua força de trabalho, sua e de sua família dentro das fábricas para sobreviver. Conforme descreve Iamamoto (2008, p.129 -130):

Não terá direito a férias, descanso semanal remunerado, licença para tratamento de saúde ou qualquer espécie de seguro regulado por lei. Dentro da fábrica estará sujeito à autoridade absoluta – muitas vezes paternalista – de patrões e mestres. Não possuirá também garantia empregatícia ou contrato coletivo, pois as relações no mercado de trabalho permanecem estritamente no campo privado, constituindo contrato particular entre patrão e empregado, regido pelo Código Civil. As freqüentes crises do setor industrial, ainda emergente são marcadas por dispensas maciças e rebaixamentos salariais, que tornam mais sombrias a vida do proletariado industrial atirado ao pauperismo. Para suas necessidades de ensino e cultura ficarão, basicamente, na dependência de iniciativas próprias ou da caridade e filantropia.

Este contexto social está inserido também na repressão e controle ao alcoolismo. Muitos trabalhadores faziam uso do álcool no intuito de esquecer ou amenizar as mazelas, a miséria social em que viviam, pois o cenário social influenciou para o aumento do alcoolismo neste período. Os bêbados, vagabundos, prostitutas, homossexuais, loucos, doentes, presos, considerados como “escória do mundo” que deveria ser extirpada dando lugar a uma classe trabalhadora disciplinada e limpa. Assim, quem bebia não trabalhava, não era produtivo. O trabalhador não podia ter direito ao prazer e sim a obrigação de trabalhar.

O botequim era visto como um ambiente de vadiagem, de crime e de más companhias, mas nunca como uma maneira de descontração e lazer para o trabalhador sem direito a nada, somente a um ínfimo salário. O bêbado era compreendido e estigmatizado como mau trabalhador, como desordeiro, amoral e em algumas vezes considerado anarquista. Portanto, o trabalhador que não aceitasse os valores impostos pela sociedade, devia ser punido, preso, encarcerado e recuperado para o trabalho.

Seguindo o pensamento de Friedrich Engels (1988), podemos observar que se ligava a degeneração à classe trabalhadora, o álcool “estragava” o trabalhador e

lhe corrompia os valores, por outro lado, o próprio capitalismo expandiu seu consumo.

O uso de tóxicos também constava na lista de criminalidade por criminólogos, psiquiatras e médicos. Os crimes estariam ligados à ordem e à moral. Conforme Pernambuco Filho (1932, p. 53):

Desacato à autoridade, agressões, escândalos em via pública, assaltos a drogarias, furtos de blocos de receituários, falsificações de documentos e receitas, delitos sexuais, atentado ao pudor, sadismo, pederastia, cafetismo. Os crimes mais violentos como roubo dava-se nos momentos de "crise de necessidade" e o homicídio no caso de embriaguez, "por delírio persecutório devido a alucinações e para obtenção do veneno."

Em 1930, foi promulgada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes pelo Decreto-Lei nº 891/1938, e incorporada ao Código Penal de 1941 no artigo 281, para conter ações do uso do álcool entre os trabalhadores. Nas campanhas antialcoólicas realizadas neste período por médicos era idealizado "o perfil" de como deveria ser o trabalhador, procurando envolver a sociedade no combate ao álcool, com o Estado mediando às ações. Esse decreto-lei criminalizava o porte de drogas ilícitas, sem distinção da quantidade apreendida, ou seja, para consumo ou tráfico.

A legislação brasileira de repressão e prevenção ao tráfico de drogas ilícitas, na década de 1970 estava em comum acordo com as resoluções das duas primeiras Convenções-Irmãs da ONU, datadas em 1961 e 1971. Todavia, no que se refere à saúde, não havia tratamento para a população usuária de drogas, exceto aquelas consideradas "infratores viciados", em detrimento as medidas de "recuperação aos infratores viciados" e por determinação judicial eram internados em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico. Esta medida não era o direito à saúde, mas sim, uma medida de reabilitação criminal do viciado, uma maneira de conter os indivíduos para "amenizar" essa situação.

A assistência à saúde é ampliada pela Lei nº 6.368/1976, no governo militar do presidente Ernesto Geisel, no ano de 1976, que aborda o tratamento e a recuperação de usuários, não apenas para os viciados infratores, mas para os dependentes de substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica, promovendo também outras providências previstas em 47 artigos distribuídos em 05 capítulos: Prevenção; Tratamento e da Recuperação; Dos Crimes e das penas; Do procedimento criminal e das Disposições Gerais. Neste contexto,

cabe dizer, que somente a internação em hospitais psiquiátricos, tinha se constituído como único recurso terapêutico possível.

No ano de 1980, foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, um dos objetivos era formular a Política Nacional de Entorpecentes, através do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), órgão regulador. Uma das iniciativas era o apoio aos centros de referência em tratamento e prevenção de álcool e outras drogas, assim como, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados a prevenção do HIV/AIDS. Os centros de referência com desenvolvimento de ações de prevenção e assistência ao uso abusivo de álcool e outras drogas começaram a ser criados, vinculados com as universidades públicas. A produção de pesquisa e trabalhos científicos sobre o consumo de álcool e outras drogas aumentou, assim como, ações preventivas de tratamento e de redução de danos. Os profissionais começaram a se qualificar para esse novo tipo de atendimento.

As comunidades terapêuticas começaram a ser criadas no país na década de 1970 e a partir da década de 1990 teve o seu número expandido, devido ao aumento do consumo de álcool e outras drogas. A maioria das Comunidades Terapêuticas era vinculada a Organizações Não-Governamentais (ONG'S).

No ano de 1998, o CONFEN foi extinto e transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), sendo mantidos, entretanto os seus objetivos. Com o fim do CONFEN, deu-se início a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

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

Em 2000, mudanças expressivas na legislação brasileira sobre drogas foram evidenciadas, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice e se torna um tema relevante na Política Antidroga. A Lei nº 10.409/2002, afirma que o “tratamento do dependente ou usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família” (art. 12, § 1º), pela primeira

vez na legislação brasileira era realizado o tratamento da droga, direcionada a redução de danos sociais e danos a saúde, pode-se dizer, um tratamento humanitário.

Em 2003, o Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, afirma-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em garantir atenção de saúde aos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, até então tratadas em instituições não governamentais, como as Comunidades Terapêuticas e grupos de auto-ajuda.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), órgão responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo, na área de redução da demanda de Drogas, além de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de drogas no país, criou a Política Nacional Antidrogas – (PNAD), através do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, desenvolveu, em 2004, um processo para o realinhamento da Política vigente no país.

Esse processo contou com representantes do governo federal, dos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, da comunidade científica, das organizações não-governamentais, dos educadores, das lideranças comunitárias, dos profissionais de saúde e assistência social e da segurança pública e justiça. Assim, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD), aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), entrando em vigor em 27 de outubro de 2005.

A Política Nacional Antidrogas, que retrata o uso indevido de drogas como uma ameaça séria e persistente à humanidade e à vida em sociedade, associando-o ao tráfico de drogas e a outros crimes de modalidades de violência. Em um de seus parágrafos se traduz: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”. Para isso, irá definir objetivos, diretrizes e estratégias para alcançar o êxito. Um dos seus objetivos é a implantação de redes de assistência integral pública e privada intersetorial para indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. A nova implementação da Lei fica estabelecido que:

Deve promover e garantir a articulação e interligação em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatório, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Comunidades Terapêuticas, grupo de auto-

ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas), com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistências Sociais para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005).

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas foi aprovado a partir da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, suplantando uma legislação de trinta anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com as transformações sociais.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD foi regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, com os seguintes objetivos: contribuir para inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados; promover a construção e socialização do conhecimento sobre drogas no país; promover a integração entre políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários dependentes de drogas; reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito e promover as políticas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (SENAD, 2009, p. 64).

Nos artigos 22 e 25 desta nova Lei, estabelece estratégias para o enfrentamento das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, assim como, a acessibilidade como direito para tratamento da dependência química em Comunidades Terapêuticas.

3.1 Política Nacional sobre Álcool

A Política Nacional sobre o Álcool é fruto de um longo e exaustivo processo de discussão, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo de bebida alcoólica, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) em julho de 2005, ampliou os debates para discutir e apresentar uma política direcionada ao problema de álcool. Esta discussão com a participação de diversos órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil, elaborou a Política Nacional sobre o Álcool, com relevantes abordagens à prevenção e a redução de danos relacionados ao consumo abusivo de álcool caracterizado como saúde pública, desenvolvimento de estratégias regionais e nacionais apoiadas em estudos científicos sobre os efeitos do álcool, a ação contempla todos os

indivíduos, inclusive mulheres grávidas, populações indígenas, menores de idade, jovens, que fizerem uso de álcool ou estiverem em situações de violência e transtornos relacionados ao uso de álcool.

Após a elaboração da Lei, a Presidência da República através do Decreto nº 6.117 de 22.05.2007, apresentou a Política Nacional sobre o Álcool. Um dos seus objetivos seria o de retratar a realidade do alcoolismo no Brasil e tratá-lo de forma adequada, com estratégias para o enfrentamento e ações para a redução de danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo do álcool e as situações de violência e criminalidade associadas ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas.

Esta política veio acompanhada de inúmeras medidas passíveis de implementação pelos órgãos governamentais. Uma destas medidas foi a aprovação da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, que estabeleceu a alcoolemia 0 (zero) com imposições de severas penalidades para aqueles condutores que dirijam sobre a influência do álcool.

A nossa legislação brasileira admite que o indivíduo com mais de dezoito anos, faça uso de bebidas alcoólicas, mas que não dirija veículo automotor enquanto estiver alcoolizado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei 8069 de 13 de julho de 1990, em seu artigo 81, inciso II e III, irá dizer que é proibida a venda, à criança ou o adolescente, de bebidas alcoólicas e de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida. O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Art. 2 esclarece que criança é a pessoa de até doze anos de idade incompletos, e adolescentes, aquela entre doze e dezoito anos de idade.

O Ministério da Saúde determinou que os fabricantes de cigarros colocassem advertências nas embalagens sobre os males causados pelo uso do tabaco, mas nenhuma medida foi tomada para que as crianças e adolescentes façam uso e corram riscos de comprometer a sua vida e a sua saúde.

3.2 Criança e o Adolescente e a Política Nacional sobre Drogas

A nossa Constituição Federal de 1988, marca pela responsabilidade social com a criança e o adolescente. Este paradigma está representado na forma da Lei

nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), uma nova política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente que dispõe em seus artigos proteção integral, que parte da concepção de que todas as crianças e adolescentes devem ser respeitados, bem como deve ser respeitada a sua condição de pessoa em desenvolvimento e que compete à família, à sociedade e ao Estado garantir, com prioridade a efetividade de suas necessidades para esta fase de desenvolvimento da vida, principalmente aqueles em situação de risco, pelo envolvimento com drogas e violência.

Antes da década de 1980, a legislação que antecedia o ECA era denominada de Código de Menores - Lei 6697 de 10/10/1979, substituindo o Código de Menores de 1927. Este Código de Menores foi elaborado em 1979, por um grupo de juristas e tinha um caráter discriminatório, que associava pobreza à “delinqüência” e encobria as verdadeiras causas das dificuldades vividas por esses indivíduos, tais como a desigualdade de renda e a falta de alternativas de vida.

As políticas de atendimento às crianças e aos adolescentes em risco social eram guiadas pelas representações sociais disseminadas, expressando distorções e preconceitos. As crianças pobres eram percebidas como “bandidos em potencial”. O Código atuava no sentido de reprimir, corrigir as crianças e os adolescentes considerados “delinqüentes” e encaminhá-las às instituições de recolhimento como FUNABEM, FEBEM e FEEM, onde eram utilizados velhos modelos correccionais.

Uma das penalidades aplicadas pelo Código de Menores era o afastamento da criança ou do adolescente da convivência familiar, pois o Código de Menores responsabilizava a família pela situação de risco das crianças e desqualificava a família na formação dos indivíduos.

Pela legislação que vigorou no Brasil de 1927 a 1990, o Código de Menores, particularmente em sua segunda versão, todas as crianças e jovens tidos como em perigo ou perigosos (por exemplo: abandonado, carente, infrator, apresentando conduta dita anti-social, deficiência ou doente, ocioso, perambulante) eram passíveis, em um momento ou outro, de serem enviados às instituições de recolhimento. Na prática isto significa que o Estado podia, através do Juiz de Menor, destituir determinados pais do pátrio poder, através da decretação de sentença de "situação irregular do menor". Sendo a "carência" uma das hipóteses de "situação irregular", podemos ter uma idéia do que isto podia representar em um país, onde já se estimou em 36 milhões o número de crianças pobres (ARANTES, 1999, p. 258).

O Código de Menores trouxe poucas evoluções, pois além de seu caráter arbitrário e a noção de menor em situação irregular e de periculosidade, justificava a intervenção judicial de reclusão.

No Estado do Paraná a criação de escolas de trabalhadores rurais (1932-1945) que atuava como instrumento de controle social é uma das referências ao Código de Menores, para repressão ao menor. Desde o começo do século XX, o Estado do Paraná, inserido no mercado de trabalho, advindo da economia de exploração do mate e da madeira movimentando o comércio e criando a industrialização.

Com a economia emergente do comércio, da indústria e das exportações, tem início uma nova política do governo, com idéias positivistas de educação para solucionar a problemática do menor desvalido, abandonado e delinqüente, com apoio dos empresários da época. O objetivo desta política era criar escolas para educar e corrigir através do ensino, preparando para o trabalho. Com o surgimento de várias indústrias, seria necessária mão-de-obra de trabalhadores “educados”, “civilizados” e “laboriosos”. Para atender esta crescente industrialização o governo e os empresários criaram escolas em fábricas, destinadas a crianças e jovens pobres, filhos de trabalhadores.

Para crianças abandonadas, o governo criou abrigos, nos quais funcionavam para ambos os sexos, aprendiam a ler, a escrever e ofícios como carpintaria, alfaiataria, marcenaria, sapataria. E para as meninas havia o aprendizado de bordado, costura, pintura, chapelaria.

A crise financeira da Bolsa de Valores de Nova York contribuiu para a crise da década de trinta que repercutiu na indústria, no comércio e nas exportações. Mas, a agricultura do Paraná crescia e se diversificava. O café e o algodão ganhavam mercado nas exportações, gerando um novo ciclo na economia do Paraná, que recebeu o título de “Celeiro do Brasil”.

Nesta época, o então interventor Manuel Ribas, marcou seu governo com políticas educacionais. Uma de suas medidas foi a criação de várias escolas agrícolas no Estado, de nível primário com duração de quatro anos e com regime de internato. O ensino deveria ser teórico e prático, além de ser voltado para o trabalho rural, com atendimento principalmente aos menores pobres e desvalidos, mas a maioria destas escolas não passava de reformatórios ou verdadeiras prisões correcionais.

Uma delas estava localizada na baía de Paranaguá, na Ilha das Cobras e se chamava de Escola de Pescadores “Antonio Serafim Lopes”, criada em 1936, para corrigir pequenos delinqüentes, que ficou conhecida como a “Mansão do Diabo”, pois abrigava menores com ou sem infrações, sem nenhuma proteção, sem nenhum amparo e afastados totalmente de suas famílias, se tornou um depósito de menores marginalizados pelo Estado que deveria proteger e amparar.

Segundo discurso e documento apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná. Podemos verificar as medidas educacionais de repressão nesta época direcionada à infância e a juventude:

Em novembro do ano passado foi inaugurada a escola de Pescadores Antonio Serafim Lopes, de finalidade correccional e construída na Ilha das Cobras, na Baía de Paranaguá. A construção foi iniciada em 1935 e terminada em 1936. Tem capacidade para 100 alunos e está dotada de todas as instalações necessárias à satisfação de seus objetivos... Há nesse empreendimento mais um dos compromissos do meu trabalho pelo Paraná, cuidando de sua infância e de sua juventude... Ali no panorama luminoso das águas da vasta baía de Paranaguá, frente à barra, ao contato com a natureza, dos ventos mais puros e das areias mais límpidas, muitas crianças afastadas da cidade, onde os primeiros passos mal orientados e as más companhias lhe ensinaram o abecedário do crime, recebem educação, instrução, ensinamento morais e cívicos, lições de trabalho e de pesca num largo robustecimento físico, para se converterem em cidadãos úteis à Pátria, a família e aos seus semelhantes. E a obra de prevenção, de preservação e de regeneração do Estado... PARANÁ (1937, p. 28) apud BONI (2005, p.06).

Este retrato do começo do século passado deixa claro o abandono e a falta de assistência e proteção com o indivíduo, desde a sua tenra idade. Pois, o que se buscava neste período não eram a proteção e a assistência para esta faixa de desenvolvimento da vida, e sim, um comportamento do indivíduo através de medidas punitivas, que tinham o objetivo de evitar possíveis conflitos na sociedade em pleno desenvolvimento naquela época. Os problemas sociais eram tratados como desordem e vistos como delinqüência.

Com a Constituição de 1988 e a mobilização da sociedade civil, mudanças significativas na atuação com os menores, com políticas sociais e ações especiais direcionadas na garantia de direitos à infância e à adolescência. Assim, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, do ponto de vista jurídico foram os avanços na regulamentação dos direitos e garantias voltados as crianças e os adolescentes, que passaram a ser considerados como seres humanos em

desenvolvimento e que necessitam de proteção especial da família, da sociedade e do Estado. A visão da proteção integral no estatuto é a de garantir proteção e direitos às crianças e aos adolescentes, em todas as dimensões do desenvolvimento humano seja física, intelectual, emocional, moral, espiritual e social.

A implementação de ações e programas voltados à proteção integral da criança e do adolescente, em risco pelo uso de drogas, deve estar alinhada com as reflexões que fundamentam a Política Nacional sobre Drogas. No caso de comprovado envolvimento com drogas, o ECA prevê o encaminhamento do adolescente à programas de orientação e tratamento.

O fenômeno do consumo abusivo de drogas por adolescentes, por muito tempo foi negligenciado, pois a complexidade está além da “causa e efeito”. Essa complexidade das relações envolvidas com o uso de drogas, que vai além do usuário e da droga.

Para o adolescente, o uso das drogas, lícitas ou ilícitas, faz parte de um contexto da vida social, das baladas, da inserção no grupo, apesar de muitos não fazerem uso delas. A maioria dos adolescentes não admite que o uso de drogas provoque problemas irreversíveis levando a dependência química. Outro fator importante na abordagem sobre as drogas é o preconceito em torno do usuário, reforçando a clandestinidade ligada ao consumo e limitando as ações de intervenção.

A questão das drogas entre adolescentes também está relacionada com o fenômeno da violência, principalmente quando nos referimos ao tráfico de drogas, pois um número cada vez maior de jovens brasileiros são vítimas da violência.

Os homicídios contra jovens pela forma como se apresentam no Brasil, e mais especificamente no Rio de Janeiro, não podem ser classificados simplesmente como conflitos interpessoais. Ganham, na verdade, o caráter de extermínio de população supérflua..., pois já foram excluídos da convivência humana. A violência característica da sociedade brasileira na atualidade tem como um de seus ingredientes mais destacados a não possibilidade de construção de uma esfera pública e, conseqüentemente, a produção exacerbada do individualismo. A produção do medo faz com que a desconfiança invada os domínios do público e do privado, e se estreitem os espaços entre os sujeitos, impossibilitando, assim, a convivência (FRAGA, 2006, p. 101).

A mortalidade entre os jovens além de aumentar, também modificou os padrões de mortalidade juvenil. As epidemias e doenças infecciosas há cinco ou seis décadas, eram as principais doenças que levavam a mortalidade juvenil, na

atualidade foram substituídas progressivamente por causas externas de mortalidade, ou seja, acidentes de trânsito e homicídios. Em 1980, as “causas externas” correspondiam por 52,9% do total de mortes de jovens no País. Passados vinte anos, dos 45.310 óbitos juvenis, 31.851 foram originados por causas externas, ou seja, o percentual aumentou para 70,3%, onde a causa externa era o homicídio.

Nos dias atuais, aproximadamente 40% da mortalidade juvenil está relacionada a homicídios, enquanto que na população não-jovem essa proporção é de 3,3%. Podemos concluir com estes dados que até o direito à vida, quando falamos de jovens, se encontra em risco.

3.3 Contrastes entre usuário e traficante

Quando retratamos a questão das drogas, é necessário sabermos diferenciar o usuário do traficante. Conforme a legislação o usuário é a pessoa que adquire a droga para consumo próprio, seja dependente ou não. Já o traficante é aquele que utilizando de recursos produz e comercializa droga ilícita.

Para determinar se a droga é para consumo próprio, a justiça analisa a quantidade apreendida, assim como, as condições e as circunstâncias sociais e pessoais do portador.

Na década de 1970, não havia diferenciação entre traficantes, usuários e dependentes para efeitos criminais. A atual política sobre drogas modificou a abordagem de usuários e dependentes, pois em lugar da pena de prisão, eles têm direitos a penas alternativas e serão encaminhados para tratamento apropriados destinados a dependência química, com o consentimento do próprio indivíduo. Portanto, o dependente passa a ser tratado como “doente” e não como delinqüente. Desta forma, usuários e dependentes de drogas, não são mais tratados como bandidos, e sim, como indivíduos que precisam de ajuda, tratamento e orientação.

Apesar das mudanças ocorridas na legislação brasileira, a sociedade ainda rotula o usuário de drogas como criminoso, bandido, desajustado ou cúmplice do crime de tráfico de drogas. “Na maioria dos estados brasileiros, cerca de 80% dos jovens das classes mais baixas que cometem infração, mesmo sem violência, como furto ou envolvimento com drogas, continuam sendo condenados a medidas de internação” (SALLES FILHO, 2006, p.117). Nesse sentido a lei é clara, cabendo à

internação somente em casos em que há violência e o adolescente represente um fator de risco à população. Associar a violência somente à explosão desenfreada ao envolvimento com drogas é colaborar com a injustiça social existente no Brasil.

Devemos associar, portanto, outra via de análise, de forma complementar, à que inicialmente seguimos. É aquela que considera o tema da violência e da criminalidade de adolescentes, associando-as às no contexto contemporâneo da globalização e das mudanças no mundo do trabalho (SALLES FILHO, 2006, p. 118).

A partir desta associação podemos relacionar então a violência em um todo, com as mudanças ocorridas no mundo, uma crise da sociedade, com repercussões sobre a violência, o aumento do consumo de drogas. Também Escorel (1999, p.52) apud Salles Filho, 2006, p.119), aponta o “núcleo duro” da questão da exclusão social “em mudanças no processo produtivo e na dinâmica de acumulação capitalista” que geraram o desemprego, a precarização, os “inválidos pela conjuntura” e as fraturas na coesão social.

Criminólogos como Batista (1999) e Del Olmo (1990) atribuem ao mundo globalizado, a economia liberal e as mudanças do mundo do trabalho pelo “mito da droga”, que leva ao aumento de seu consumo e da violência e, conseqüentemente, da mortalidade jovem. Sanitarista, como Yunes (1994), relacionam a violência e a mortalidade entre os adolescentes, devido a causas violentas, às transformações sofridas na economia capitalista mundial desde o final dos anos de 1970, que repercutiu na qualidade de vida.

4. Da doença ao tratamento

A Organização Mundial de Saúde (OMS) através do Código Internacional de Doenças (CID-10) preconiza que a dependência química é uma enfermidade incurável e progressiva, apesar de poder ser estacionada pela abstinência. Conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a dependência é definida como 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

conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.

Podemos considerar então, a dependência química como um conjunto de fenômenos envolvendo o comportamento, associado a um forte desejo de usar uma substância psicoativa repetida vezes. Associada a esta vontade incontrolável está a tolerância à droga, que é a necessidade de crescentes quantidades da droga para satisfazer o desejo ou, quando não se aumenta a dose, é entendida também como um efeito na diminuição do uso continuado da mesma quantidade da substância.

Tabela 1 – Trajetória do adoecimento da dependência química

Variável	Números	Porcentagem (%)
<i>Faixa etária do início do uso de drogas</i>		
De 09 a 20 anos	89	81,65
De 21 a 30anos	14	12,84
De 31 a 40anos	02	1,83
De 41 a 50anos	02	1,83
Não responderam	02	1,83
<i>Droga de início</i>		
Maconha	42	38,53
Álcool	28	25,69
Cigarro	23	21,10
Cola	07	6,42
Cocaína	06	5,50
Crack	03	2,75
<i>Motivo do uso da droga</i>		
Amizades	42	38,53
Curiosidades	27	24,77
Dor/Sufrimento	08	7,34
Baladas com amigos	07	6,42
Problemas familiares	07	6,42
Não responderam	05	4,59
Liberdade sem limites	04	3,67
Rebeldia	03	2,75
Relacionamento amoroso com usuário	02	1,83
Falta de informação	02	1,83
Encorajamento	01	0,92
Usuário dentro da própria família	01	0,92
<i>Droga de preferência atualmente</i>		
Crack	86	78,90
Cocaína	18	16,51
Outros	05	4,59

Fonte: Pesquisa realizada de março a setembro de 2012, com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas no município de Paranaguá/PR.

Assim, após compreensão dos efeitos das drogas e suas conseqüências na sociedade e no próprio indivíduo, estaremos buscando compreender o processo de adoecimento percorrido pelos indivíduos no quadro de dependência química dos cento e nove participantes internos das comunidades terapêuticas deste estudo.

Observamos que a história de vida de cada indivíduo, assim como as suas

particularidades, também se repetem nos diferentes indivíduos e suas histórias de vida, tornando-os solidários e ao mesmo tempo semelhantes no adoecimento.

Neste sentido, Fracasso (2001) relata que “os fatores de risco para uso de drogas são os mesmos para qualquer pessoa”, sua compreensão refere-se ao dependente químico, como um ser humano único, com suas próprias fraquezas e características, com dimensão familiar e social, mas que se encontra fragilizado e sem noção de perigo diante do uso da droga, que o levará a dependência e ao adoecimento.

A partir desta visão de reconhecimento do indivíduo, verificamos que diversas causas podem ser consideradas para o uso de drogas: a disponibilidade dessas substâncias, a imagem ou as idéias que as pessoas fazem a respeito das drogas, as características de personalidade, o uso de substâncias por familiares ou amigos e assim por diante, conforme demonstrado na Tabela 1.

Na tabela de variáveis constata-se que a faixa etária com maior incidência no uso de drogas é no final da infância e início da adolescência até a fase de iniciação da vida adulta 89 (81,65%), faixa de 09 a 20 anos, levados por diversos fatores, influência de amigos (38,53%), curiosidades (24,77%), problemas e sofrimentos familiares (6,42%). Outro ponto de relativa importância é a falta de informação (1,83%) sobre as drogas, mesmo nos dias atuais, também foi motivo de discussão nas entrevistas.

Desta forma a adolescência, como consta em inúmeros artigos, é a fase da vida de transformações e mudanças. Estas emergentes transformações caminham numa linha tênue entre o medo e a coragem. Fatores que podem influenciar nas situações de decisão para o uso de drogas. Ambientes que oferecem estrutura emocional e psicológica são aliados importantes na prevenção. No processo de adoecimento dos internados e atores da presente discussão, foi a maconha, considerada a droga menos prejudicial à saúde, mas que abriu caminhos para os (38,53%) no uso de outras drogas...

“Comecei na droga através da maconha com doze anos de idade, por curiosidade, gostei e penetrei no mundo do crime. Perdi tudo... e fui morar na rua... roubei, fui preso, assaltei... já me internei oito vezes para me recuperar” (J.A.S.).

Quando os jovens iniciam no “fascinante” mundo das drogas, acreditam que estão no deslumbrante mundo de “Alice no país das Maravilhas”, mas uma hora chega à dependência. O que fazer para manter a dependência? Sem dinheiro para adquirir a droga, o dependente é capaz de colocar a própria vida em risco, além de vender seus próprios objetos pessoais, vender os objetos de sua família. Passa a mentir, a enganar, perde o amor próprio e começa a cometer pequenos delitos.

Perde o respeito dos familiares, o aconchego, o amor e o carinho do lar, chega a morar nos becos, nas ruas, nos pontos de encontro dos dependentes conhecidos como moco ou cracolândia. Começa um processo de agressividade, de cobranças mútuas, de culpa e de co-dependência dos familiares envolvidos. Além da destruição do próprio indivíduo e da família, a sociedade também é prejudicada com a geração da violência, do tráfico ilegal de armas e de drogas, da disputa dos traficantes pelo território. Muitos inocentes acabam perdendo a vida, vítimas de balas perdidas.

De acordo com Freitas (2002, p.87), alguns dos motivos de entrada nas drogas são: oportunidade; curiosidade; influência; baixa auto-estima; pressão externa; e, obtenção de prazer.

Quanto maior a gravidade do consumo, maior é a necessidade de tratamento. Indivíduos com padrões de consumo recreacional e de abuso, em geral, apenas o aconselhamento pode ser suficiente. O tipo de tratamento é determinado pela gravidade do uso.

A Política Setorial de Saúde tem imensa intersectorialidade com a Política Nacional sobre Drogas. A rede pública de saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), amplia sua importância no sistema de proteção social com a obrigatoriedade da cobertura universal dos serviços de prevenção e de tratamento dos problemas de saúde, principalmente de drogas, que afetam a população de um modo geral.

Com as conquistas no plano dos direitos sociais, no âmbito da Constituição Federal e do SUS, é garantido aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por causa de transtornos decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas, a universalidade e totalidade de acesso e direito à assistência.

O marco teórico-político da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e de outras Drogas remete à abordagem da questão como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2003).

Nesta direção Carvalho *et al*, (2010, p.34) apontam que:

A concepção da política específica baseia-se nas ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Para tanto também preconiza o princípio da responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, na efetividade das ações, e o princípio da intersetorialidade com as demais políticas públicas da área social.

Portanto, é de fundamental importância a questão da intersetorialidade, pois se as ações desenvolvidas pelo estado forem fragmentadas, as ações passam a ser pontuais não atendendo as necessidades das pessoas atendidas pelos programas.

CAPÍTULO II

DEPENDÊNCIA QUÍMICA: “QUEBRANDO O SILÊNCIO”

1. Comunidade Terapêutica e sua importância no município de Paranaguá/PR.

Localizado no litoral do estado do Paraná, Paranaguá é a cidade histórica datada da primeira metade do século XVI, é a mais antiga do estado. Com uma população estimada em 140.469 habitantes (IBGE, 2011). É a décima maior cidade do Paraná e a trigésima maior do sul do Brasil. Sua história de colonização começa com a chegada dos colonizadores vindos de São Vicente e Cananéia, através de rota marítima seduzidos pela investigação e posteriormente exploração do ouro.

Segundo Morgenstern (apud Albin, 2009), estima-se que os colonizadores chegaram à Ilha da Cotinga em 1550. Neste período a ilha era habitada por índios carijós, que cederam espaço para que o branco desembarcasse e explorasse seu território.

A natureza abundante rodeada pelo “Grande Mar Redondo” na língua tupi-guarani deu espaço ao início de um novo tempo. A baía, palco de futuros acontecimentos marcantes na trajetória da colonização, era denominada pelos índios de Pernangoa, Parnaguá, até a materialização do atual nome: “Paranaguá”, onde, permaneceu durante décadas como celeiro da civilização paranaense, seu crescimento abrigava distintas etnias como os italianos, jesuítas, caboclos, africanos e indígenas. O povoado se desenvolveu, virou vila com pelourinho e escrivão juramentado. Em 1660 tornou-se Capitânia, passando a condição de cidade em 05 de fevereiro de 1842. O Porto de Paranaguá foi a porta de entrada para os primeiros povoadores do Paraná. Hoje é o maior exportador de produtos agrícolas do Brasil, com destaque para a soja em grãos e também o farelo de soja. Ocupa a quarta posição de maior Porto do mundo e o maior Porto graneleiro da América Latina. É o maior porto do Brasil em exportação de grãos e o terceiro porto de Contêineres do Brasil.



Figura 1 – Ilha da Cotinga. (Paranaguá/PR). Fonte: Imagens Google



Figura 2 – Localização do município de Paranaguá/PR. Fonte: Imagens Google



Figura 3 – Porto de Paranaguá/PR. Fonte: Imagens Google

Paranaguá possui histórias que retratam todo o início da colonização do Paraná. Sua natureza exuberante, suas construções antigas, seu povo acolhedor e sua culinária saborosa fazem parte de um município que caminha com problemas sociais, principalmente devido ao impacto das drogas na sociedade, um problema de Saúde Pública com relevantes repercussões sociais, culturais e econômicas para o mundo contemporâneo. Apesar dos esforços realizados pelo poder público e da sociedade civil, na busca de respostas e soluções para diminuir o consumo e a precocidade de entrada dos jovens nas drogas, muito pouco foi conseguido, com exceção da compreensão do fenômeno da dependência química, que saiu da esfera preconceituosa, moralista e criminosa, para ser percebida como doença. Além da compreensão da sociedade sobre os efeitos das drogas, em seus aspectos sociais e psicológicos. Para materializarmos essa discussão, temos, portanto um universo de cento e nove dependentes químicos, internos das Comunidades Terapêuticas no município de Paranaguá/PR e sujeitos da nossa pesquisa.

Paranaguá possui atualmente dez Comunidades Terapêuticas, para dependentes químicos e usuários de drogas. Foram exatamente seis meses de pesquisa de campo, visitando essas Comunidades Terapêuticas, que gentilmente através de seus internos, nos receberam com muita satisfação. Percorremos nove das dez Comunidades Terapêuticas, em diferentes dias e horários. Todas são afastadas da zona urbana. Geralmente é uma casa adaptada com barracões e puxadinhos de madeira. A estrutura é frágil, com paredes rachadas, poucos dormitórios, poucos banheiros, cozinhas com fogões a lenha e sem muita estrutura, principalmente para armazenamento de alimentos. Enfim, não existe conforto e nem comodidade para os internos, todos trabalham em prol da manutenção e sobrevivência da comunidade. Muitas leituras bíblicas, ensinamentos religiosos para despertar e fortalecer o espírito na luta da dependência da droga. A amizade entre os internos é perceptível, pois cada um ampara o companheiro com palavras de compreensão, força, coragem, dando como exemplos as suas próprias histórias e sua trajetória na casa de recuperação.

O estudo em questão, também teve a participação da Pesquisa Etnográfica para delinear o contexto da pesquisa. Gil (2010, p.128), diz que “os problemas que mais se ajustam a essa modalidade de pesquisa são aqueles que podem ser interpretados como expressão de coletivos culturais, como organizações e comunidades”. As Comunidades Terapêuticas visitadas foram as: Desafio Jovem

Batel (CT1); Desafio Jovem Batel Feminino (CT2); Comunidade Adoração para Cristo (CT3); Comunidade Nova Vida em Cristo (CT4); Comunidade Cristo Libertador (CT5); Comunidade Casa do Oleiro (CT6); Comunidade Vida Nova em Cristo (CT7); ACEFI (CT8) e a TESE (CT9).

A faixa etária entre dos entrevistados das comunidades mostrou que 44,95% estão na faixa etária entre 21 a 30 anos, somando um total de 49 nesta faixa etária, 21,10% incluídos entre 31 a 40 anos, somando 23 indivíduos, além dos 17 entrevistados com faixa etária entre 41 a 50 anos com 15,60% e compreendendo a faixa etária da adolescência e início da fase adulta 13,76% com idade entre 16 e 20 anos, e para nossa surpresa 4,59% entre 51 a 60 anos somaram 05 entrevistados.

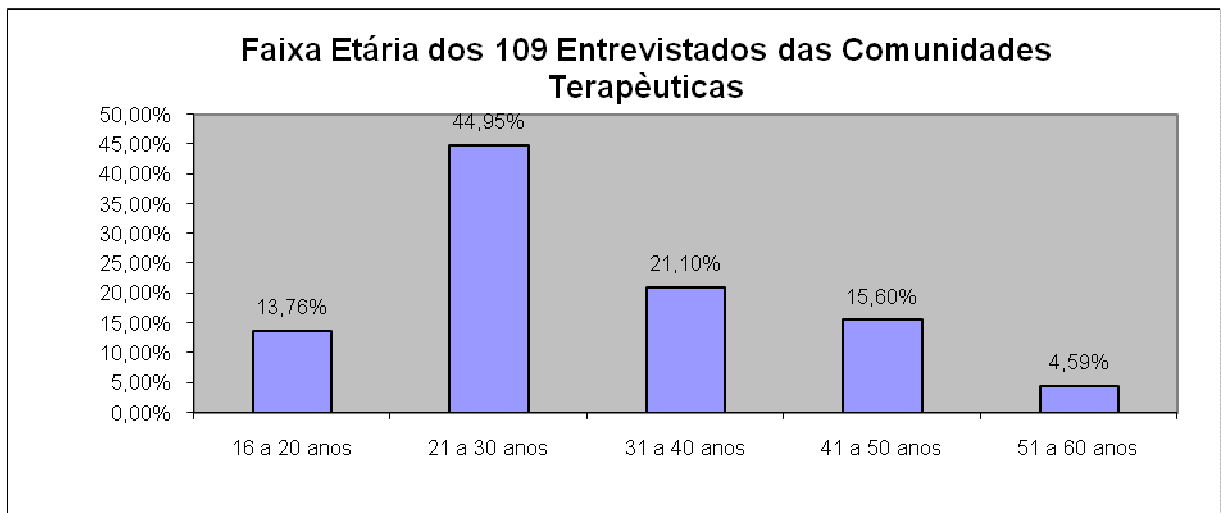


Figura 4: Faixa Etária (%) dos 109 entrevistados das Comunidades Terapêuticas

Dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNDOC) apontam que, no mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas, pelo menos, uma vez por ano. Dentre estas, a mais consumida no mundo é a maconha.

A procedência dos entrevistados e também internos das Comunidades Terapêuticas variou entre os que residem no litoral do Paraná nos municípios de: Antonina-3 (2,75%); Guaratuba-4 (3,67%); Matinhos-1 (0,92%); Morretes-1 (0,92%); Paranaguá-82 (75,23%), Pontal do Paraná-4 (3,67%), em outros municípios do Paraná: Colombo 1(0,92%); Curitiba-9 (8,26%); Londrina-1 (0,92%) e em outros estados: Florianópolis/SC-1 (0,92%); Indaial/SC-1 (0,92%); Jacutinga/MG-1 (0,92%).

Segundo Carlini (2010, p. 60) em dados apontados pelo Ministério da Saúde nos anos compreendidos entre 2002 e 2004, aponta a região sul e sudeste do Brasil, entre os indivíduos com mais de 25 anos de idade com maior prevalência ao uso de cigarros.

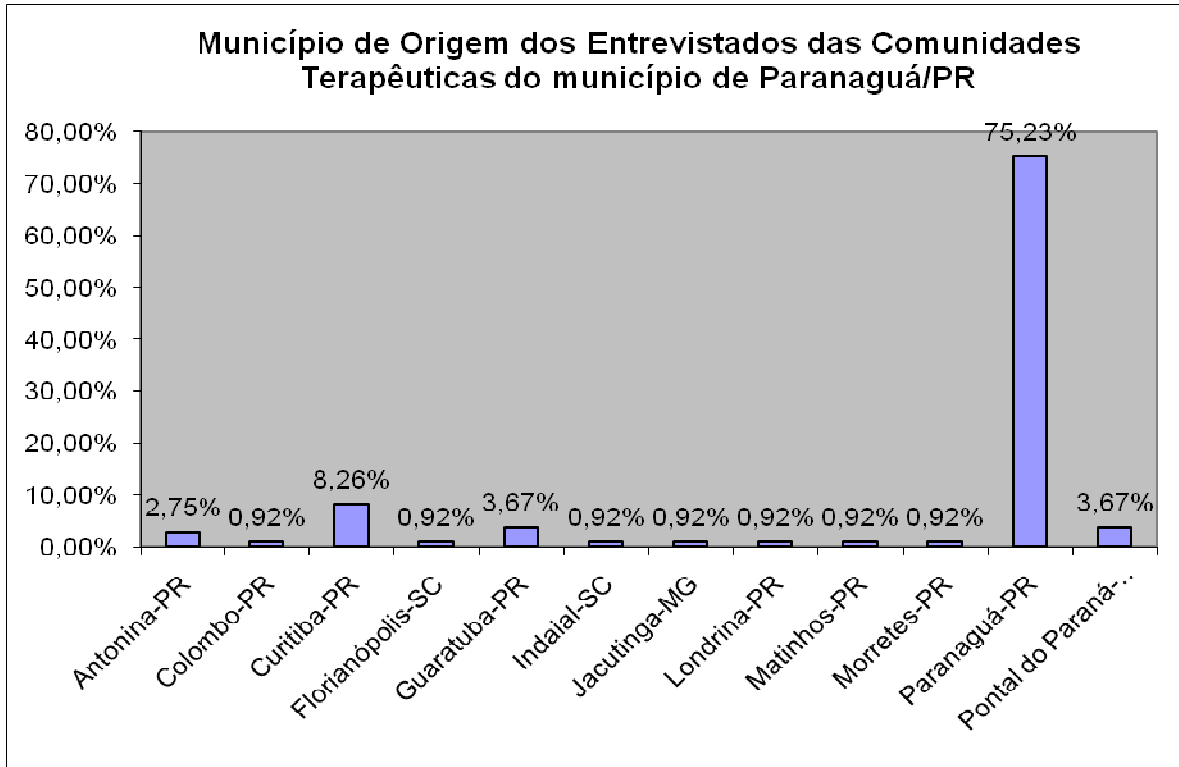


Figura 5: Município de origem (%) dos entrevistados das Comunidades Terapêuticas

A Portaria nº 148 do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2012, prevê a abertura de leitos, conforme o Art. 8º - Capítulo II, em Municípios ou Regiões de Saúde com mais de 100 (cem) mil habitantes, atenção a pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool, crack e outras drogas.

A Renda Familiar também esteve presente na pesquisa. A maioria das Comunidades Terapêuticas sobrevive de doações e de pequenas mensalidades pagas pelos internos, alguns dos internados foram abandonados por suas famílias e vivem sem nenhuma renda nas comunidades, ocupando as vagas sociais existentes.

Tabela 2 - Renda Familiar dos internos abrigados nas Comunidades Terapêuticas de Paranaguá/PR

Salários Mínimos	CT1	CT2	CT3	CT4	CT5	CT6	CT7	CT8	CT9	Total
1 até 2	11	2	5	3	5	-	3	1	-	30
2 até 3	4	1	-	1	4	-	2	4	-	16
3 até 4	3	2	2	1	4	-	-	3	-	15
4 até 5	1	3	-	-	-	-	-	2	-	6
5 até 6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
6 até 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 até 8	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2
8 ou mais	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2
½ salário	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sem Renda	12	2	6	4	2	3	4	1	-	34
Não responderam	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Total	36	11	13	10	16	3	9	11	-	109

Fonte: Pesquisa realizada de março a setembro de 2012, com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas do município de Paranaguá/PR.

Siglas CT (Comunidade Terapêutica). Desta forma associamos os nomes com as siglas: Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Betel - Masculino (CT1); Comunidade Terapêutica Desafio Jovem Betel - Feminino (CT2); Comunidade Terapêutica Adoração para Cristo (CT3); Comunidade Terapêutica Nova Vida em Cristo (CT4); Comunidade Terapêutica Cristo Libertador (CT5); Comunidade Terapêutica Casa do Oleiro (CT6); Comunidade Terapêutica Vida Nova em Cristo (CT7); Comunidade Terapêutica ACEFI (CT8) e por último a Comunidade Terapêutica TESE (CT9), ao qual não conseguimos informações sobre o seu funcionamento.

Na Comunidade Terapêutica TESE (CT9), houve inúmeros contratemplos com a coordenadora que prolongou sua palestra com os internos e realizou

dinâmicas com muito barulho. As gravações efetuadas captaram os ruídos e interferiram nas entrevistas. Não foi possível colher nenhum dado.

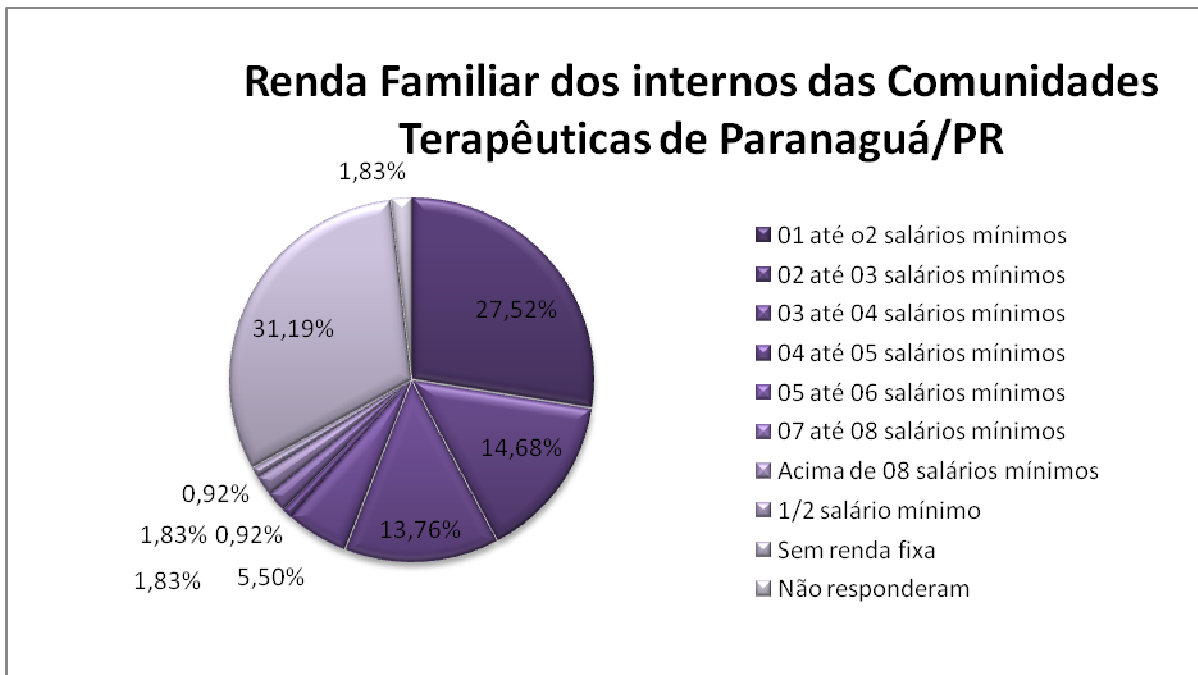


Figura 6: Renda familiar em (%) dos internos entrevistados nas comunidades terapêuticas de usuários de drogas no município de Paranaguá/PR.

O valor das mensalidades pagas pelos internos nas comunidades, segundo os coordenadores, não são suficientes para suprir as necessidades básicas como: alimentação, água, luz, medicamentos entre outros. A maior parte das comunidades cobra uma mensalidade de R\$ 150,00 e uma cesta básica mensal, algumas cobram o equivalente de R\$ 19,00 ao dia e outras são totalmente gratuitas, mas muitos dos internos são rejeitados pela família durante o tratamento. Então, sem renda e sem a própria família, passam a viver definitivamente nas comunidades terapêuticas, cuidando dos internos e da comunidade. Somente nove internos são incluídos em programas sociais do governo, 04 recebem auxílio doença 3,6% e 05 fazem parte do programa da bolsa família 4,5%.

A escolaridade dos internos ficou entre 18,35% em um total de 20 com o 1º grau completo; 15,60% num total de 17 que possuem o 2º grau completo; 4,59% apontaram que 05 possuem o 3º grau completo; 35,78% num total de 39 não completaram o 1º grau; 15,60% possuem o 2º grau incompleto somando 17 internos; 3,67% dos internos possuem o 3º grau incompleto, num total de 04 internos; 1,83% de 02 internos são totalmente analfabetos e 05 não quiseram responder. Sabe-se

que o consumo de drogas perpassa diversos espaços da sociedade, inclusive o ambiente escolar (ABRAMOVOY, 2002).

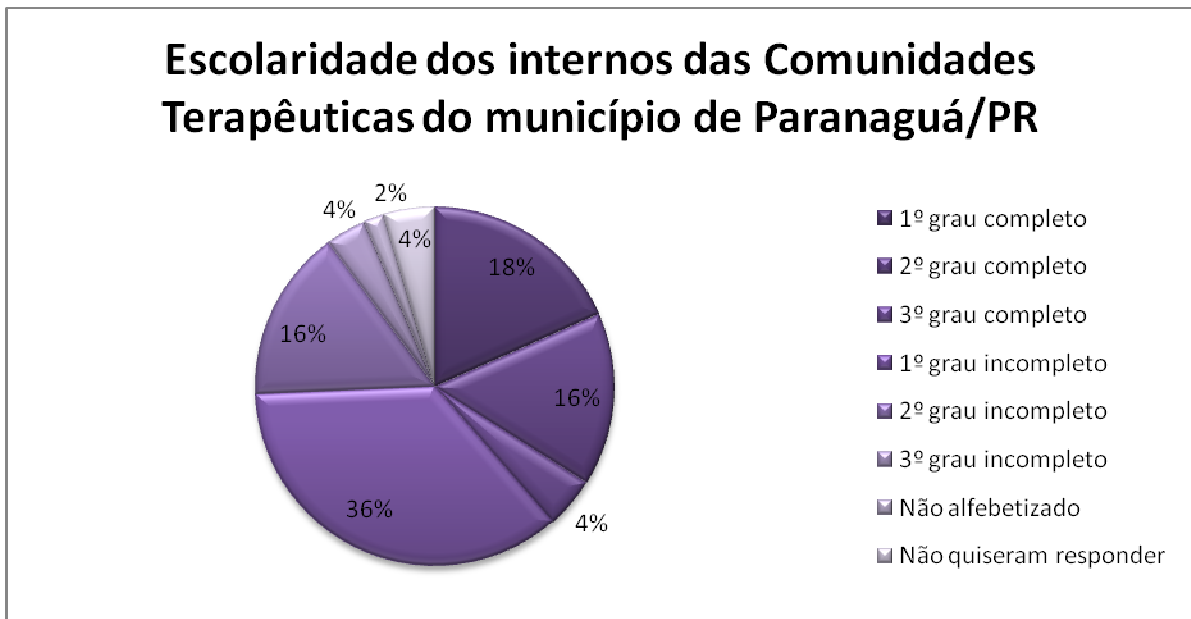


Figura 7: Escolaridade (%) dos internos das Comunidades Terapêuticas.

A escola, como local privilegiado de socialização de formação de opiniões e de atitudes, de desenvolvimento pessoal e intelectual, tem demonstrado dificuldades de resolver questões cotidianas relacionadas ao consumo de drogas e à violência, cuja complexidade demanda estudos da relação indivíduo, produto e ambiente socioeconômico, político e cultural dos sujeitos consumidores (CARVALHO *et al*, 2010, p. 250).

O funcionamento das Comunidades Terapêuticas no município de Paranaguá/PR e sua missão na trajetória da dependência química do indivíduo no uso e abuso de drogas. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução nº 101/2001 regulamenta as Comunidades Terapêuticas e o seu funcionamento. Essa Resolução foi revogada e substituída pela Resolução RDC 29, de 30 de junho de 2011, que estabelece requisito para as novas normas da ANVISA.

A nova Portaria 29/2011 passa a classificar as instituições como caráter social, não se tratando de estabelecimento de saúde e, por conseqüência, em geral não deve seguir os rigores da legislação sanitária que é aplicada a clínicas e hospitais. A Resolução 101/2001, enquadrava as Comunidades Terapêuticas dentro de regras gerais de saúde, com exigências de instituições de saúde como hospitais.

Mesmo com essas mudanças, das nove Comunidades Terapêuticas que percorremos somente uma é regulamentada pela ANVISA, as demais não recebem nenhum tipo de verba para sua manutenção.

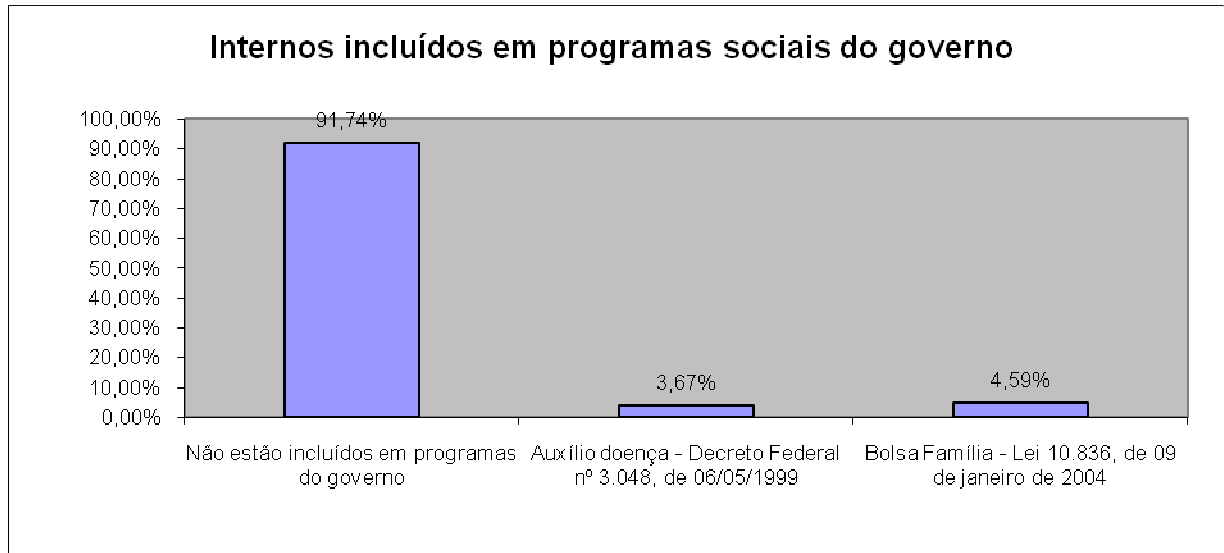


Figura 8: Porcentagem (%) de internos dos centros terapêuticos do município de Paranaguá/PR, inclusos nos programas sociais.

Somente quatro em auxílio doença, cinco em bolsa-família e cem dos entrevistados não estão incluídos em nenhum programa do governo federal.

O acesso a informações atualizadas pode contribuir mais efetivamente para a prevenção do consumo de drogas e de seus impactos na sociedade, como violência, o tráfico, as DST e a AIDS, a exclusão social, dentre outros (CARVALHO *et al*, 2010, p. 248).

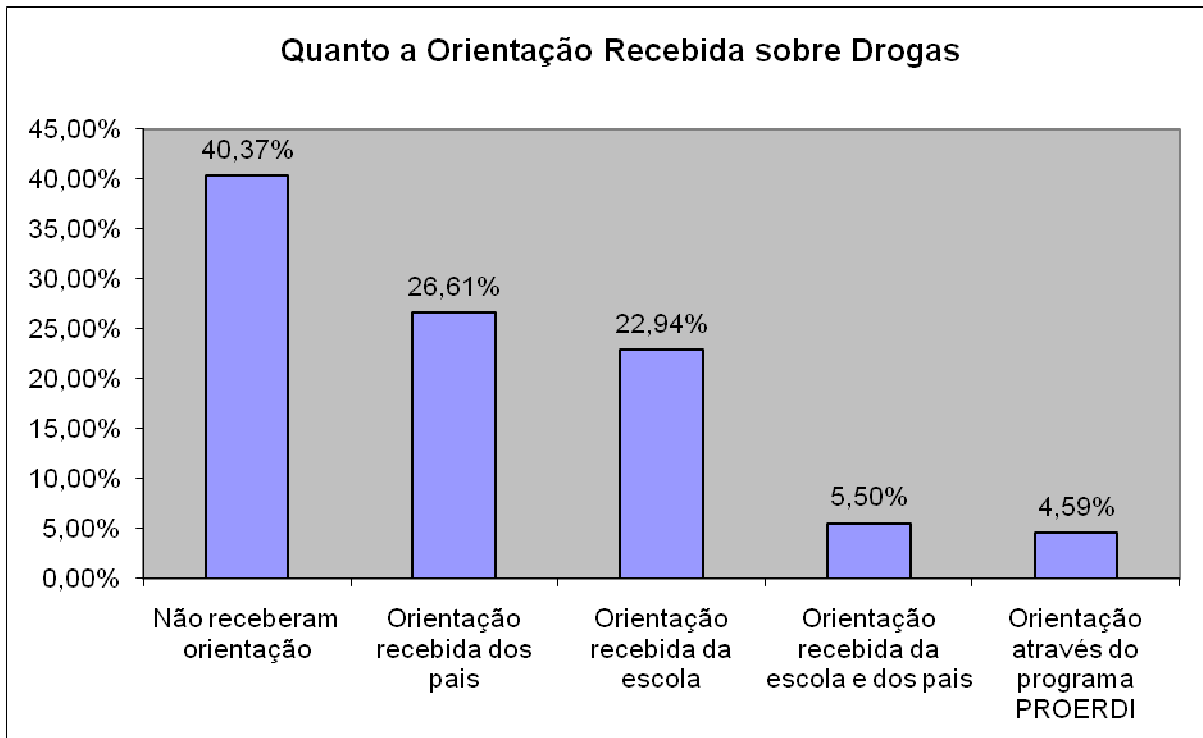


Figura 9: Porcentagem (%) de internos dos centros terapêuticos do município de Paranaguá/PR, que receberam orientações.

2. Município de Paranaguá/PR e as ações no combate e tratamento da drogadição

Cada município possui uma realidade diferente que requer planejamento e ações diferenciadas em relação à problemática do uso e abuso de drogas. O impacto das drogas na sociedade e no dia-a-dia da população é uma questão complexa e demanda posicionamento e ações, a fim de conter os malefícios evidenciados pelas drogas.

Em 2005 uma pesquisa realizada pela SENAD em parceria com o Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID), apontou que 22,8% da população brasileira já usaram algum tipo de droga ilícita. Cerca de 74% dos indivíduos que estavam em tratamento de álcool e tabaco, ingeriu bebida alcoólica e 12,3%. No caso do tabaco, 44% dos indivíduos já fumaram pelo menos uma vez na vida e 10,1% tornaram-se dependentes.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), como órgão responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo, na

área de redução da demanda de drogas, além de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de drogas no País.

As ações de combate e tratamento da drogadição no município de Paranaguá/PR podem ser presenciadas pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que tem a responsabilidade de atender e encaminhar, pessoas que sofrem de transtornos mentais, principalmente os oriundos da dependência química, ou seja, um CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Para as políticas de prevenção ao uso indevido de drogas, o CAPS, implementa ações educativas, com fornecimento de informações sobre os danos do consumo, alternativas para lazer e atividades livres de drogas.

O CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), também é outra referência no tratamento das drogas, mas muitas vezes é ineficaz, pois muitos encaminhamentos não dependem das ações desse Centro de Referência, existe uma demanda. Conforme informação da assistente social, em 2011 foi implantado um Projeto “Viver e Crescer” para trabalhar a mãe co-dependente e o próprio usuário de drogas.

No início eram poucas mães, mas foi crescendo. O projeto procura aproximar as relações entre a mãe e o adolescente, para que juntos possam enfrentar as adversidades das drogas. Segundo a assistente social, não existe em Paranaguá/PR um local adequado para o tratamento ou recuperação de dependência. As internações quando necessárias são realizadas involuntariamente através de ordem judicial, neste caso o adolescente já se encontra em total dependência. A faixa de idade dos adolescentes atendidos no CREAS é entre 12 a 16 anos, mas alguns com mais idade já estão presos ou retornaram as drogas. O município não possui nenhum programa para o acompanhamento do indivíduo na sua recuperação ou reinserção na sociedade.

Um dos instrumentos utilizados para elaboração e discussão da pesquisa em foco, foi as entrevistas com os gestores dos órgãos públicos da Promotoria Pública e da Delegacia de Polícia Civil de Paranaguá/PR.

As ações dessas instituições públicas de proteção e segurança estão diretamente ligadas ao enfrentamento da drogadição. O delegado de polícia conduz suas ações mediante a demanda existente e reconhece o grau de efervescência do uso abusivo principalmente do crack e reconhece que os programas existentes e as políticas não são suficientes para a prevenção e combate às drogas. O fato da

cidade de Paranaguá/PR ser uma cidade portuária, em sua opinião, não aumenta e nem facilita o tráfico e o consumo de drogas. Para o delegado, a diminuição de jovens envolvidos com drogas, requer em sua opinião, uma atenção voltada às famílias carentes com políticas públicas e ações direcionadas para o atendimento e promoção das famílias, principalmente na saúde e educação.

Os Conselhos Municipais não eram de seu conhecimento, por isso não opinou. As ocorrências de violência, principalmente envolvendo drogas são avaliadas conforme a situação e a gravidade. O traficante preso não irá receber os mesmos privilégios da Lei que o simples usuário. Pois, o tráfico de entorpecente é crime. O usuário é uma vítima do meio em que vive.

A Promotoria Pública de Saúde vê a drogadição como um grave problema social e de saúde. As políticas antidrogas não são suficientes para prevenir e combater às drogas no município. Existe conhecimento das atividades e estrutura das Comunidades Terapêuticas e a falta de recursos existente nessas instituições. O dependente químico é uma vítima da sociedade. As denúncias mais comuns é a falta de leitos direcionados a internação de dependência química. As famílias também procuram a Promotoria Pública para forçar uma internação involuntária, quando o dependente químico se encontra em total descontrole.

Diferentemente do Delegado de Polícia Civil, a Promotora de Saúde Pública acredita que o município, por contemplar o Porto, existe um crescente número de usuários e traficantes.

A partir dessas discussões, pode-se constatar que as políticas e ações direcionadas ao combate, a prevenção e ao tratamento da drogadição no município de Paranaguá/PR, estão fragmentadas e isoladas uma das outras, ou simplesmente estão invisíveis.

Os programas de prevenção e conscientização dos malefícios das drogas ficam a critério somente do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD, 2009).

CAPÍTULO III

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: “O SILÊNCIO TEM VOZ”

1. A missão das Comunidades Terapêuticas em depoimento de um coordenador de uma das comunidades

A coleta de dados se deu no período de seis meses, quando foram percorridos nove entre as dez comunidades terapêuticas existentes no município de Paranaguá/PR. Os pesquisadores puderam conhecer e penetrar em um mundo que poucos conhecem. A maioria da sociedade finge que não existe, pois como diz o dito popular: “O que os olhos não vêem o coração não sente”.

Os órgãos públicos municipais ainda são ineficientes para abraçar a causa da drogadição, desde a prevenção até a cura da dependência. Mas, o que fazer diante de poucos recursos e muitos problemas? As respostas estão longe de contemplar os direitos previstos na Constituição Federal.

Conhecer e aprender a partir do depoimento do coordenador e também presidente da Comunidade Terapêutica – ACEFI, a trajetória de implantação desta instituição, uma das primeiras Comunidades Terapêuticas do município de Paranaguá/PR, assim como, uma das únicas regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

“Meu nome é Lederson S. Capeta, sou o atual Presidente da Comunidade Terapêutica - ACEFI. Fazemos parte do Centro Espírita Filhos de Iemanjá. Até então, não tínhamos a idéia de ter a casa de recuperação, mas, começaram a aparecer muitas pessoas pedindo ajuda no Centro Espírita. Daí, para desvincular da religião, criou-se na época o projeto, que ainda não existia. Havia somente uma casinha que era do senhor Juvico, um voluntário que hoje mora aqui. Ele começou a ceder o espaço e começamos a fazer um acampamento contra a drogadição. Fazíamos um acampamento todos os finais de semana. Como não podíamos pegar essas pessoas e tratar no Centro Espírita, tivemos que desvincular da religião para tratar não somente aos que freqüentavam a casa, mas ao público em geral. Tivemos a idéia de fazer esse acampamento, era o que tínhamos de disponibilidade de tempo. Os finais de semana que podíamos ir às festas, casamentos, aniversários, abdicávamos de tudo isso para receber pessoas que não conhecíamos e recebê-las no acampamento. Tudo era muito improvisado: barracas, tendas, microfones, tudo... Nós, os voluntários, que éramos cerca de vinte e sete, trazíamos a comida, um pouquinho de cada coisa de casa: arroz, feijão. E todo o final de semana distribuíamos uma lista do que tinha que trazer no próximo final de semana. Cada um trazia um pouco e juntava um todo. A casa já existia, mas era um banheiro para sessenta pessoas. Daí, fomos nos sentindo apertados e começamos a

ampliar as casas. Ampliamos a cozinha, o banheiro e assim foi indo... os voluntários que tinham mais condições financeiras, iam fazendo as ampliações.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta).

Observamos as dificuldades enfrentadas no surgimento de uma das Comunidades Terapêuticas de Paranaguá/PR. Com missão humanitária de preservar o indivíduo e tratá-lo da dependência química. A maioria das Comunidades Terapêuticas é ligada a espiritualidade, isso faz com que o indivíduo fortaleça o seu interior na luta contra a drogadição e obtenha força espiritual para não desistir do tratamento.

Nesse sentido o coordenador discorre que:

“Tudo que a gente tem hoje aqui é através do voluntariado. São pessoas, empresários, conhecidos de conhecidos que começaram a nos ajudar. Cansamos de buscar pau no mato e fazer escorra e cobrir com lona preta e fazer nossa palestra debaixo disso. Nossos trabalhos de desintoxicação eram com os pés no chão, enfim toda a precariedade que você possa imaginar. Precário, porém organizado. Tudo era organizado e higiênico. Os voluntários eram muito higiênicos em todos os sentidos, pois tinham medo que desse alguma coisa... Começamos a buscar, a partir do momento que formamos o grupo, já buscamos especialização. Fundamos a ACEFI (Associação Cristã de Estudos da Fraternidade Irmanada). O filho de vereador na época, já estava aqui se tratando, ele não sabia que o filho estava aqui com a gente. Havia uma semana que ele estava desaparecido. Daí, com este acontecimento ganhamos a utilidade pública, via Câmara Municipal, depois esperamos um tempo e tiramos a utilidade pública Estadual e Federal. E após todos os trâmites legais. Trouxemos a Vigilância Sanitária aqui para nos ajudar a equipar. A dizer o que é certo e errado. Fomos adaptando-nos, trocando. Hoje temos alojamento com divisórias nos banheiros, chuveiro quente e frio, uma cozinha toda equipada com frezer, geladeira, disposição de alimentos em locais separados como manda a Vigilância Sanitária, ventilação cruzada para os alimentos, claridade nos alojamentos, ventiladores industriais, ventiladores com ventilação cruzada, tela de proteção nas portas. Enfim, tudo que se fala em bem estar para recuperar o indivíduo, a gente tem hoje aqui. Mas, lembrando que nós começamos com o acampamento de lona e com barracas. Fundamos a ACEFI no ano de 22/02/2002. Tínhamos amor, pessoas abdicadas que gostam de lidar com o ser humano. Éramos felizes, muitos felizes. Ainda somos felizes, porque encontramos isso na religião. As pessoas que freqüentam aqui possuem uma cabeça muito aberta, porque quando entramos aqui, abrimos para todas as religiões. Eles têm aulas de Kardecismo, o pastor vem às sextas-feiras, enfim, todas as religiões se unem aqui. Têm os alcoólicos anônimos, tem os narcóticos anônimos, o pessoal que já se recuperaram e fazem o seu trabalho aqui. Alguns fazem dinâmicas, outros palestras, um traz um filme. No começo as pessoas trabalhavam até aos sábados a noite em seus empregos e depois vinham para a ACEFI para fazerem sua parte. Para formar hortas, cozinham, construírem alguma coisa... Sempre foi assim, até que um dia um casal que se encontrava internado aqui, teve a seguinte idéia; ele se recuperou aqui dentro, quando ele saiu mandou a esposa fazer um curso de produtos de limpeza e ai iniciou o nosso primeiro laboratório para fabricar produtos de limpeza.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

Recentemente a ANVISA aprovou a Resolução RDC 29/2011 de 30 de junho de 2011, que define novas normativas para o funcionamento das instituições que tratam do dependente químico. Com menos exigências, ela substituiu a RDC 101/2001, que enquadrava as Comunidades Terapêuticas dentro das normas gerais de serviço de saúde.

Com o intuito de se adequar o coordenador relata que:

“Fomos buscar a Vigilância e como são os recursos, não existia recursos para tratar da dependência química nas Comunidades Terapêuticas. Existem recursos para trabalhos sociais. Você pega um recurso social e infelizmente, você cria um projeto, mas ele não atende o dependente químico. Ele atende crianças na prevenção, no suporte. No trabalho de si mesmo, você não consegue pagar conta de água, luz, alimentação, telefone, você não consegue. Mas, de prevenção você consegue. Então, quando a gente viu que iria depender de um sistema, a gente não ia crescer nunca... Você pedi dinheiro, pedi recurso, pedi qualquer coisa para a pessoa idosa, você consegue, porque isso comove, são pessoas que não conseguem mais, então tem alguém fazendo por elas, daí você dá... para recursos para crianças, camisetas ou outra coisa, você também dá, porque são indefesos que tem alguém olhando por eles. Mas, quando você bate na porta de alguém e fala assim: “eu cuido de dependentes químicos e preciso de ajuda para mantê-los longe do vício até se recuperarem, isso é visto com muito preconceito. A nossa matriarca na época, foi diante da autoridade maior pública municipal, e ela mostrou o projeto que é lindo. Ela falou juntamente com pessoas cultas. Daí, ele falou: “por mim poderia colocar todos na parede e matar”, mas dinheiro para drogado, ele não iria dar. Aí, investimos pesado no produto de limpeza, quem deu a primeira compra para matéria prima foi o voluntário, Fernando. Engarrafávamos na época em garrafa de refrigerante (pet) e vendíamos de porta em porta. Sempre fomos críticos do nosso próprio trabalho, tudo que pudesse levar alguém a droga, a gente ia em cima. Nessa época estavam colocando o sorvete de caipirinha, uma época remota, mas estavam usando o litoral do Paraná como cobaia, para desenvolver um sorvete de caipirinha. Caso fosse aprovado, seria natural a venda. Então você pensa; a criança vai entrar no freezer e estará lá o sorvete de caipirinha, junto com os de tutti-fruti, de morango, de chocolate... tinha cachaça dentro. Era limão com cachaça. Isso nos causou repúdio. Fizemos a nossa carta de repúdio a todos os departamentos que você poderia imaginar, para que alguém tomasse providência. Até que a nível do Paraná, baixaram a portaria proibindo o sorvete de caipirinha. Ele foi retirado. Nós estávamos nessa batalha junto com o Sargento Álvaro, que era vereador de Paranaguá, tínhamos de contar com uma autoridade pública. Depois foi a vez do salgadinho Agito, que tinha a estampa de uma garrafa de cerveja sendo virada dentro de um copo. Isso ficava no mesmo campo de visão que uma criança fosse buscar a batatinha Ruffles, o Baconzitos... também entramos com uma carta pedindo que retirassem esse tipo de salgadinho. Eles falaram que não seria possível, porque eram colocados em gôndolas separadas. Então, fomos a campo, acerca de quinze supermercados, postos de combustíveis e outros. Fotografamos e montamos um dossiê e enviamos para eles. Se você está dizendo que é assim, porque em tal supermercado, farmácia e posto de combustíveis é dessa forma.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

Para terem direito ao apoio financeiro pago pelo Estado, as comunidades terapêuticas têm que, se adequar às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD), onde está centralizada a gestão da política antidrogas e dos recursos públicos a serem nela aplicados.

Observamos o percurso histórico da criação de uma das primeiras comunidades terapêuticas do município de Paranaguá/PR. A mobilização social privada são exemplos de união.

Segundo o coordenador:

“Tudo isso aconteceu, quando vieram em Paranaguá, o Fantástico e filmou o posto fiscal. E a gente bem sabe que todo e qualquer lugar que tenha saída ou entrada da cidade portuária, ela é palco de prostituição, seja infantil, adulta. Existem mulheres de sessenta anos se prostituindo no nosso município. E aconteceu que eles vieram em nossa cidade e disseram que Paranaguá era um antro de prostituição infantil, montaram no carro e foram embora, foi a imagem que deixaram para o Brasil. E não se pode dizer nada contra isso. Fomos atrás, mandamos a nossa carta, e-mails, mandamos representantes pessoas conhecidas nossas que conheciam pessoas importantes. Como é que podem vir em Paranaguá, falar da nossa cidade e entrar no carro e ir embora, sem nenhum levantamento básico, técnico do Ministério da Saúde. Aí, aconteceu que a ACEFI indagou: “por que eles não vêm em Paranaguá e mostram os projetos sociais existentes aqui. As pessoas que trabalham com idosos, com crianças, as casas de recuperação que estão passando por necessidades, fazendo campanha de porta em porta, em supermercados, pedindo nas ruas, vendendo adesivos, mas é o jeito que ele está ganhando o dinheiro dele e a maneira de manter as crianças lá dentro, longe da drogadição. Daí ganhamos o espaço no Globo Comunidade inteiro para falar da nossa cidade, mostramos tudo o que fazíamos: pé no chão, barraca, tenda improvisada. Mas, não faltou o abraço, a solidariedade, o amor, as pessoas voltadas para o trabalho e a venda do nosso produto de limpeza de porta em porta. Depois disso, construímos o nosso laboratório, a nossa fábrica como exige a Vigilância Sanitária. Temos um terreno na Vila Garcia especialmente para produção dos produtos de limpeza. São três terrenos, a estrutura, na Vila Garcia, a parte do laboratório, ao lado tem uma padaria montada e pronta para fazer uma padaria-escola. Daí, os meninos que ficam internos, em doze aulas eles já tem uma profissão para ser padeiro. Ao lado tem uma sede de inclusão social digital com doze computadores, prontos para serem operados. Existem vários projetos para eles. Esse é o nosso começo, nosso meio e não acabou ainda. Hoje não fomos mais escravos do sistema. Como era difícil pedir recursos para dependentes químicos. Hoje é que está se abrindo essa visão. Novembro de 2011 é que foi liberada a primeira verba, pelo governo Federal, no valor de R\$ 800,00 per capita para cada indivíduo internado. Você poderia entrar para tentar conseguir o benefício. Entrei pela 1ª Regional de Saúde para conseguir o recurso e encaminhei toda a documentação que precisava na época. Essa documentação só quem tinha era a ACÉFI e o Milagre Eucarístico. Mesmo assim, nos não fomos contemplados com o recurso. Pedi explicação para a 1ª Regional de Saúde, ela não deu, pedi para a COMAD, porque não fomos aceitos, pedi para a Política de Saúde Mental do Estado, em Curitiba não me deram resposta. Pedi explicação para a ministra de Políticas Sobre Drogas, em Brasília, mas

não deu resposta... Alguns projetos foram contemplados, como na Lapa/PR, que tinha o mesmo projeto que o nosso.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

O porto de Paranaguá é a maior parte da economia no município. Os grandes terminais, silos, contêineres e galpões de armazenamentos de grãos, além do imenso fluxo de embarque e desembarque de mercadorias. Diante disso, temos um município com economia gerada pelo terminal portuário que gera riqueza, mas que o desenvolvimento social continua baixo, com falta de recursos, com taxas de prostituição infantil consideráveis, além de graves problemas com as drogas.

Tabela 3 – Perfil da população do Município de Paranaguá/PR (IBGE,2010).

Indicadores do Município de Paranaguá/PR (população: 140.469 habitantes)				
INFORMAÇÃO	FONTE	DATA	ESTATÍSTICA	
Densidade Demográfica	IPARDES	2012	176,69	hab/km ²
Grau de Urbanização	IBGE	2010	96,38	%
Taxa de Crescimento Geométrico	IBGE	2010	0,99	%
Índice de Desenvolvimento Humano - IDHM	PNUD/IPEA/FJP	2000	0,782	
Índice Iparades de Desempenho Municipal - IPDM	IPARDES	2009	0,6889	
PIB (Per Capita)	IBGE/IPARDES	2009	38.937	R\$ 1,00
Índice de Gini	IBGE	2000	0,560	
Índice de Idosos	IBGE/IPARDES	2010	22,20	%
Razão de Dependência	IBGE/IPARDES	2010	48,03	%
Razão de Sexo	IBGE/IPARDES	2010	97,39	%
Coeficiente de Mortalidade Infantil	SESA	2010	11,63	mil NV (P)
Taxa de Pobreza (2)	IBGE/IPARDES	2000	19,06	%
Taxa de Analfabetismo de 15 anos ou mais	IBGE	2010	3,88	%
Valor Bruto Nominal da Produção Agropecuária	DERAL	2011	17.195.047,17	R\$ 1,00

Taxa de Pobreza (2) – Significa a situação de pobreza. É a população calculada em função da renda familiar per capita de até ½ salário mínimo. Os dados referentes à situação de pobreza são provenientes dos dados do Censo Demográfico (IBGE) e das tabulações especiais feitas pelo IPARDES.

Sobre esse discurso o coordenador relatou que:

“Nós temos o indivíduo aqui dentro, então o governo tem que pagar R\$ 800,00 para alimentação dele. O que você vai fazer? Você vai contratar profissionais que precisa como: o assistente social para levantar a parte social dele, o técnico de enfermagem para poder ver as doenças oportunistas que ele tem, que acontece muito. Ele está na dependência, está no uso não sente nada, mas quando ele para de usar, os dentes começam inchar, doer, saem feridas, doenças venéreas. A gente faz o possível e o impossível. Hoje já está se ganhando uma visão diferenciada. Houve um tempo em que era difícil se andar com um dependente químico, você era igual a um doente. O sistema está começando a mostrar isso, mas também não sabe tratar o problema da droga, ainda está desenvolvendo políticas sobre isso. Atualmente estamos com dezenove internos, mas já ficamos com sessenta. A primeira regra é querer a recuperação.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

Muitas vezes os dependentes químicos nem percebem que possuem problemas relacionados ao uso de substâncias. Assim, o primeiro passo do tratamento é alcançar um nível de participação e motivação suficiente para manter um tratamento de médio e longo prazo.

“Chamamos que voluntário, o indivíduo que aceita a recuperação, ele está se voluntariando a se tratar, tanto se tiver uma maneira de se comportar ou trazer alguma ele é expulso. Porque se você for trabalhar com o involuntário, você tem que medicá-lo. Você abaixa o humor dele, controla a bipolaridade dele, ao contrário você não consegue. Então só trabalhamos com pessoas que de fato querem se recuperar. Daí, temos que aplicar duas vias de tratamento, então aplicamos a via de tratamento: “você quer e eu te ajudo”. Quando a pessoa diz que quer tratamento é o momento certo. Para você reconhecer que quer o tratamento, você tem que reconhecer que tem muito a perder, daí você para antes, mas se você não tem nada, você demora em reconhecer. O muito é ter filho, um bom emprego, uma boa esposa, uma boa filha, uma boa estrutura familiar. Isso tudo torna difícil eu entrar na droga, mas isso também torna mais fácil sair dela. Quando eu não tenho isso, demora a identificar que eu estou perdendo alguma coisa. Por que o que se perder são valores. Então, quando você vê um indivíduo muito violento no uso, ele não rasga muito, porque ele não tem muito a perder. Ele precisa ter alguma coisa para perder.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

Na atualidade, diferentes tipos de drogas vêm sendo usadas, por inúmeros motivos, desde fins lúdicos até o extremo estado de êxtase. Todos os motivos levam a dependência, pois hoje a droga mais difícil para ser tratada...

“... é o crack. Porque o dependente químico ainda não conhece o cristal chinês, porque ainda não chegou as outras, mas hoje é o crack, ele é uma droga barata e vicia muito rápido e a recuperação é mais difícil. Tanto que nas dinâmicas não se fala em droga, se fala de valores, questões familiares, questões objetivas, metas que você irá traçar na sua vida, quais são as conseqüências, tudo muito diferente, sem ser lúdico. Não mostramos vídeo de uso, não mostramos o produto em si. A gente sabe que há lugares que fazem isso, trata o remédio como veneno. Ele está conhecendo um novo caminho. Aos sábados fazemos uma dinâmica, uma festa com: samba, reggae, selecionamos as músicas. Não o reggae que diz: “fuma, fuma, fuma, folha de bananeira”, mas um reggae que tenha uma mensagem positiva, de alguém que selecionou uma boa letra, isso é um valor. Tem reggae, tem forró, tem samba, tem Aché. Você seleciona para que eles aprendam a selecionar. Você dá a oportunidade deles dançarem e de se divertirem com um copo d’água. Porque o cérebro proporciona tudo isso para nós e libera serotonina, endorfina, dopamina, libera tudo isso a medida que os momentos vividos vão acontecendo. Quando estou apaixonado, quando estou praticando esporte, quando estou me divertindo, quando estou numa roda de amigos, ele libera isso. O jovem busca isso artificialmente usando droga. Porque ele não consegue se relacionar, por isso, que ele vai trocando amizade por drogas, boas oportunidades por drogas, família por drogas.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

Conforme Khel (2001, p.37), “os pais e/ou educadores, em dívida para com a família nuclear conjugal do passado, não conseguem sustentar o seu lugar de autoridade e responsabilidade na criação dos rebentos”. Por esse motivo, muitos adolescentes vivem sem limites, porque os próprios pais se negam a dizer não a seus filhos, com medo de suas reações.

Conforme relato do coordenador pode-se constatar que:

“Não se culpa a família pelo indivíduo entrar, porque quem apresenta a droga não é a família, mas sim, o amigo. Nunca vi nenhum interno culpando a família aqui. Também, nunca vi uma família trabalhando contra ou atrapalhando, porque a mãe quer zelar. O que acontece muitas vezes, o indivíduo se interna ele não pode ter dinheiro, mas ele pedi um tênis de marca para a mãe, ele pedi uma pulseirinha, ele pedi uma corrente, ele pedi uma camisa, ele pedi um boné, nós não deixamos que isso aconteça. A gente esclarece à mãe. “Mãe, o seu filho de uma forma manipuladora está pedindo dinheiro para você. Porque ele ainda está sob o uso da droga, ele sempre pensa numa forma alternativa de ter dinheiro. Então, porque a gente não deixa cliente com coisas de marca e de valor aqui? Porque isso é dinheiro, quando ele sair daqui. A gente sabe que ele vai trocar o boné, a corrente, a pulseira, ele não irá pensar duas vezes, a gente orienta a família aqui. Então, a família querendo ajudá-lo está prejudicando, por isso a gente esclarece a família, porque a família não conhece com quem está lidando, nós sim. A família falha nesse sentido. Não que a família leve o indivíduo para a droga por trauma, ou coisa parecida, muito pelo contrário, sempre a família quer tratar. Temos um trabalho todos os sábados que abrimos para a família, e uma vez por mês a psicóloga conversa com a família. Principalmente esse tópico: “Ah, pai deixa cinco reais para eu comprar na cantina: um sorvete, um cigarro”. Isso é um erro, porque o indivíduo que é usuário, quando ele pega no cigarro, ele tem dor de barriga na hora, na hora é instantâneo. Se você quer desestruturar um menino, que está em

tratamento no sentido geral da dependência química você dá uma nota de cinco reais. Ele não pensa em comprar uma bola, um sorvete, um x-salada. Ele pensa em usar droga, aquilo desestrutura ele na hora, é instantâneo. Eles têm uma dor de barriga na hora, ele pega o dinheiro, dá água na boca, eles correm para o banheiro, porque dá dor de barriga na hora. Então a gente orienta a família nesses aspectos, vai informando a família, com o que ela está lidando... Também quando ele sair daqui, não voltar para a casa sem o apoio da família. A família precisa saber lidar com ele. E muito racional, não é emocionalmente, muito racional. A gente indica que eles vão ao Amor Exigente, que é um programa da igreja católica, que irá fortalecer principalmente a mulher, no caso a mãe que é zeladora por natureza, para identificar quando ele estiver reincidindo. A mãe passa a ser uma co-dependente, a mais de todas da família inteira é a mãe. A gente encontra pais desesperados. Hoje temos pais que estão a frente dos tratamentos dos filhos, eles se os filhos pisam na bola, tomam advertência, eles são chamados para conversar com eles, pois na maioria das vezes são as mães que fazem este papel. Eu acredito por experiência, por conversas, pelos prontuários deles e por uma experiência particular minha com o meu trabalho e com minha religião. Com a minha religião eu tenho muitas informações. Com o meu trabalho junto a eles. Eles me falam, que eles têm alguém que eles escutam, alguém a quem eles ouvem, todos eles falam a mesma coisa independentemente. Eu atribuo a uma força sobrenatural, não que ele tenha reencarnado com o propósito de usar drogas, não, isso eu não acredito. Eu acredito num Deus Justo. Não é justo Deus falar para o indivíduo que ele ira reencarnar e usar drogas, e vai dizer para mim, que eu não. Eles escutam alguém dizer dentro da cabeça deles: “vai usa uma vez só, não dá nada”. (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

De acordo com Junqueira e Deslandes (2003, p. 228), resiliência é entendida como uma “reafirmação da capacidade humana de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas”. Assim é a jornada do dependente químico em tratamento: vencer cada dia...

A reincidência e o retorno à comunidade foram avaliados da seguinte forma pelo coordenador:

“No ano passado no fechamento da diretoria, a primeira coisa que queríamos saber é quantas pessoas já foram recuperadas. Nós tínhamos prontuários, menos os que foram perdidos com enchente na sede e não foi possível resgatar. Mas, eu tinha catalogado 989 pessoas, que já tinham passado por aqui. Nós conseguimos reunir em julho de 2011, duzentas pessoas. De todas essas pessoas que nos recuperamos, com entrada nas drogas com doze, treze, quatorze e dezesseis anos, notamos que todos esses o amigo apresentou a droga, não porque ele tinha tendência. O que o indivíduo tem é uma pré-disposição ao uso. Algumas pessoas usam maconha e enjoam, não querem saber mais do uso, como se fosse à pior experiência da vida. Tem gente que não, vai do organismo, da tendência, tem tudo isso. Existem pessoas que usam crack cinco ou seis vezes e não acontece nada, mas ele continua insistindo para ver o que vai dar. Aí, acaba no vício. Existem pessoas que quando usam pela primeira vez interpretam como o beijo de Deus. Porque é uma coisa indescritível, o primeiro dia o primeiro uso. E todas as outras são tentativas de obter o prazer da primeira vez. Nunca se consegue, a esperança deles é conseguir, mas nunca mais conseguem. Então, antes era dos doze aos quinze anos que se conhecia a

droga. Hoje pessoas com sessenta anos são usuárias de drogas. No ano passado tivemos um interno de Guarapuava, dependente de álcool, mas ele foi se recuperar numa casa em que estavam misturados os dependentes químicos e entrava droga lá, então passou a ser usuário de maconha e álcool. Isso não é incomum, existem idosos entrando na droga agora. O álcool é uma pré-disposição que atravessa cinco gerações: bisavô, avô, pai e filho, para o meu neto não ser tem que ser cinco gerações sem desenvolver para que ela possa ser eliminada. Existem internados que quando vêem a cerveja soam, passam mal de vontade de beber. Já tive pai e filhos internados aqui. Era o pai que cuidava dos filhos. O pai também era alcoólatra, mas ele não agüentou o tratamento e voltou. O filho ficou o tratamento de três meses conosco, quando ele voltou para casa, só encontrou a estrutura da casa. O pai e o irmão tinham vendido porta, janela, fiação. Quando ele entrou em casa o pai e o irmão estavam fazendo miojo numa lata de Neston com quatro tijolos em volta, com fogo de lenha no chão da sala. E usavam crack em casa. Ele assistia tudo àquilo no quarto no quarto, até a porta do quarto venderam, colocava o colchão no chão e ficava orando para que aquilo não acontecesse mais na vida dele. Ele saiu da droga dentro da casa de recuperação. Aí, tem a questão do que você está perdendo. Ele tinha perdido tudo, não tinha mais casa, mais pai, mais irmão. Hoje ele tem o emprego dele, a família dele. Dessas 989 pessoas que passaram por aqui, somente 200 estiveram aqui, na comemoração. Faltaram muitas pessoas que ainda continuam mendigando, ou estão presas, desaparecidas, executadas, mortos. Por isso que se tem esse quadro. Porque o número de não recuperação é maior e assustador, porque ele é devastador, não só para o indivíduo, mas para tudo que está em volta dele.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

O consumo abusivo e/ ou a dependência do álcool e outras drogas, leva a repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e a vida social da mulher. As mulheres com problemas causados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas apresentam características diferentes das dos homens. Principalmente as mulheres que fazem uso de álcool durante a gestação estão expondo seus filhos a riscos, muitas vezes irreversíveis.

Segundo o coordenador, a mulher e mais...

“...difícil de ser tratada. Nós estamos desistindo de tratar as meninas. Porque elas são rivais entre si. Num âmbito geral. É difícil ter uma dinâmica com elas, a participação delas, elas não são unidas. E o trabalho da comunidade é a união, não a imparcialidade, muito pelo contrário é a coletividade. As mulheres fazem birra, implicam, elas são rivais o tempo todo. Elas dificultam o tratamento, tem outra questão.

Sempre estão retrucando, sempre falando e aumentando as coisas. Até vir ao tratamento, tem outra questão, o dinheiro da mulher vem muito fácil. E aí, a gente entra no campo da prostituição. Os idosos começam a usar drogas. Chega a um ponto que a mulher perde tanto os valores, que ela não rasga nada. Já tive uma interna, que a preferência dela era os senhores, os idosos, porque ela conseguia tirar dinheiro muito fácil deles. Era dessa forma que ela alimentava o vício dela. Porque os idosos eram sozinhos, eram aposentados com R\$ 2.500,00 e R\$ 500,00 era dela. Assim ela não tinha somente ele, tinha outros. Aí, o que acontece, nós temos doenças

venéreas, AIDS, porque ela não fazia sexo somente com um, mas fazia com outros. Daí, ela afundava na droga. Por que ela buscou a recuperação? Porque definhou, teve um período que ela definhou. Os senhores não queriam sair com ela. Porque ela estava muito cadavérica, já começaram a se assustar, achando que ela estava doente, Aí, ela começou a perceber, esse era o valor que ela tinha, era isso que ela estava perdendo, por isso ela buscou a recuperação, mas não deixou essa vida.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

O processo de desintoxicação dos dependentes também foi abordado pelo coordenador como um período difícil na trajetória do tratamento.

“O período de desintoxicação são sete meses, mas se você, tirar um fio de cabelo e enviar para análise nos EUA, daqui a dois anos para fazer um teste, irá encontrar Cannabis Sativas ou a Cocaína no gens. Na verdade são três anos para que você fique livre da influência da parte química, sem contar em todas as lutas que ele vai ter, que leva o indivíduo ao uso, que é a parte da obsessão. Além do vício, tem uma glândula que produz enzimas, e ele precisa disso, como as pessoas falam: “acorda pela manhã e precisa de um golezinho para firmar”. Isso é uma realidade, porque de tudo que a gente fez aqui, nunca tivemos uma crise de abstinência em drogadição, mas nós já tivemos crises de abstinência com o alcoolismo. É muito feio, muito feio, Não basta os tremores, as alucinações, são gritantes, ele vê monstros, vê bichos, vê saindo da carne dele, ele se bate. A hora que ele tem a crise ele fica duro, como se fosse um ataque anafilático. Tem convulsões. Tenho a psicóloga que é contratada e faz os atendimentos e os restantes dos profissionais são voluntários como: nutricionistas, advogado. Nós tivemos o nosso primeiro encontro no Hotel Mata Atlântica, e começaram a dar essas primeiras especializações para o pessoal que já trabalha com isso aqui. Muitas vezes, eu costumo bater à porta do supermercado e ficar um dia pedindo comida e achar que isso é o suficiente par tratar essa pessoa que está ali dentro. Mas não, a gente tem que se especializar, a gente tem que buscar informação. No momento nós estamos com a Resolução da Lei 101, é a que regulamenta as comunidades terapêuticas. O que nós fizemos? Fomos buscar o profissional para o nosso quadro, porque era uma exigência da Vigilância Sanitária, e nós queríamos estar de acordo.” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

Segundo De Boni (2010, p.184), “o tratamento farmacológico para a dependência química funciona com a prescrição de medicamentos, por profissionais da área médica”. Estrategicamente as comunidades terapêuticas utilizam os postos de saúde para acompanhar o indivíduo em tratamento, principalmente nos momentos de crise de abstinência.

“Como as comunidades terapêuticas começaram a mudar o foco para casa de abrigo, casa de passagem, casa dos amigos, casa dos companheiros,

menos, comunidade terapêutica, a Vigilância Sanitária mexeu novamente, o que a Vigilância fez, não deixou só para comunidades terapêuticas, mas abrigos e similares. Hoje pode estar no comando de uma comunidade terapêutica um advogado, um psicólogo, um médico, um professor de educação básica ou qualquer indivíduo com formação. O que está vigente atualmente é o RDC 29/2011. Hoje é um trabalho social, não é mais um trabalho de saúde. Criamos uma ONG, com o corporativismo humano, trabalhando para a gente ganhar a nossa estrutura. Ganhamos o corporativismo humano, são pessoas que vêm o final de semana, pessoas que vêm todos os dias. Criamos os produtos de limpeza que é a base que mantém as nossas despesas. Somos iguais a uma empresa comum, a gente paga: contador, paga os profissionais. Nós temos todo o mês uma média de R\$ 2.600,00 de luz, sem isenção ou qualquer desconto. Tentamos com a COPEL um desconto, então veio uma técnica aqui para nos ajudar. Estávamos ainda no começo, ou melhor, com as barracas. Ela falou assim: “eu não posso ajudar vocês, porque não estão habilitados, não existe estrutura. Para quem está trabalhando, a opinião do profissional, entendo o profissional, sei do que ele está falando, estudou para aquilo. Mas, quando é um trabalho humanitário, em que nós estávamos em guerra, em guerra com as drogas. As armas que nós tínhamos eram as barracas, o abrigo. A gente não queria ouvir, que nos estávamos incapacitados, que nós éramos incapazes naquele momento. A gente queria ouvir que: “em tal lugar está dessa forma, então você faz isso ou quando vocês estiverem habilitados, eu tenho certeza que vocês irão conseguir”, Seja humano, com boa vontade, diga para o outro que, hoje você não está habilitado, mas que ele torce que você irá conseguir. Assim, dando dicas para que pudéssemos conseguir um desconto. Mas, ela chegou aqui, olhou para nós e viu todas aquelas barracas, e falou que não tinha jeito de conseguir o desconto. A nossa matriarca saiu chorando, ela não entendeu aquilo, ela foi humilhada pelo profissional, dizendo que ela não tinha condições e que jamais ela iria receber esse benefício. Daí, naquele dia a gente se comoveu, fomos atrás dos empresários e começamos a conseguir os alojamentos, mas mesmo assim, não ganhamos o benefício. Então, fazíamos campanhas, trabalhos, doações e conseguimos dar um valor de R\$ 19,00 ao dia para os internos. Na fábrica de produtos de limpeza têm dois jovens trabalhando, depois tem a panificadora, depois o acompanhamento psicológico, os medicamentos. Os internos possuem cada qual um prontuário, caso haja necessidade o médico receita medicamentos, mas somente com o prontuário. Nós não automedicamos, nenhum interno. Caso precise devido a hiperatividade do efeito da droga, levamos ela na consulta, o médico prescreve e a gente aplica a medicação. Eu não posso abolir a medicação, porque eu tenho o senhor Deus aqui dentro... Deus não controla o humor deles, Deus não entra no cérebro deles, quem faz isso é o medicamento, que é um paleativo...” (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, Lederson S. Capeta)

2. Relato das histórias de vida de dependentes químicos

Muitas são as histórias de vida relatadas pelos dependentes químicos em tratamento nas nove Comunidades Terapêuticas ao qual tivemos a oportunidade de conhecer, de pesquisar e de dar voz ao silêncio de cada indivíduo que se encontra em abstinência da própria sociedade, ou seja, recluso, longe de tudo que possa

levá-lo a recaída. Construímos com as entrevistas transcritas e analisadas, um relato com suas histórias de vida. Alguns dizem que fazer uso de drogas é fraqueza, mas para enfrentar a dependência e o tratamento é necessária muita coragem, muita força de vontade.

O processo de entrada nas drogas foi relatado, conforme divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado.

Tenho 31 anos, moro em Paranaguá e tenho o 2º grau completo. Com 12 anos comecei a usar a droga. Foi um espanto para minha família na verdade. Porque até então, nunca teve um histórico na minha família de um dependente químico. Eles quiseram ajudar, mas ao mesmo tempo se afastavam com medo... Eu entrei no mundo do crime também. Foi difícil para eles aceitarem, uma coisa leva a outra... ((Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, L.S.M.)

Tenho 36 anos, moro em Florianópolis e tenho o 3º grau completo em Administração. Morava em São Paulo nos últimos dois anos com minha esposa e resolvi me internar aqui em Paranaguá, porque meu pai reside aqui em Paranaguá. Pedi ajuda a ele, para conseguir sair desse vício. Comecei fumando cigarro com 17 anos e em seguida comecei na bebida, mas bem levemente. Experimentei a maconha aos 21 anos, a cocaína aos 25 anos. Aí, drogas sintéticas como êxtase, LSD, com 27 anos e 28 anos, mas a droga que me levou ao fundo do poço foi a cocaína mesmo. Minha família ficou decepcionada. Minha mãe sempre dizia para eu parar de não usar, meio que passando a mão na cabeça... mas, o meu pai sempre foi mais severo. Ele perguntava olhando no fundo dos meus olhos, se eu estava usando... eu dizia não, ficava com medo de dizer que sim. Aí, foi por muitos e muitos anos, até que eu perdi minha mãe em 2005, morreu, faleceu..., e de 2005 para cá eu tive uma decadência muito grande em relação à droga... (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, M. D. A)

Várias discussões e debates tentam explicar o fenômeno da dependência química. O fato é que esse transtorno possui múltiplas causas e não apenas uma única. Conforme explica Bordin *et al* (2004), pode-se dizer que não se sabe quando exatamente um usuário se tornará um abusador e posteriormente um dependente químico. Para Cavalcanti (2001), a prevenção refere-se a toda iniciativa coletiva visando a sobrevivência da espécie. Na realidade é um conceito recente e poderíamos dizer que as primeiras instituições na história que estiveram na sua vanguarda foram as religiosas.

O uso descontrolado de álcool e outras drogas constituem múltiplos fatores que levam às drogas. O indivíduo não nasce predestinado ao uso ou dependência de álcool e outras drogas apenas por curiosidade ou influência de amigos ou pela

facilidade de consumo. Tudo isso é para justificar a insatisfação, a impotência diante dos problemas. Então, buscamos meios de aliviar nossas decepções, dores, sentimentos, frustrações, através das drogas.

Tenho 23 anos e moro em Antonina, meu grau de instrução é o 2º grau completo. Parei na metade da minha faculdade de computação de nível superior. Com 18 anos comecei a usar a maconha, através das “amizades” e curiosidade também. Minha família foi contra com certeza, não gostava. (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, C. L. A.)

Tenho 36 anos, moro em Colombo e tenho o 2º grau completo. Foi aos 14 anos incompletos, no início do ano letivo, com um primo meu, que me perguntou se eu conhecia... por curiosidade, já tinha essa curiosidade. Porque eu via comportamento diferente, né. Ele me ofereceu e eu acabei experimentando, por curiosidade. Minha família ficou quase que sem ação, por não saberem lidar com aquilo. O meu pai, por ele ter uma criação diferente, da época dele, ele não aceitou. Pra ele, a visão que ele tinha de um usuário de drogas era de uma pessoa que não gostava de trabalhar... que não trabalhava, que não estudava, era o vulgo vagabundo. Eu fui julgado, criticado um monte... De certa forma eles tinham me ensinado o que era certo e o que era errado. Mesmo Assim, eu optei por continuar usando de vez em quando, nos finais de semana. Eles ficavam muito revoltados, assim... No início a queriam me colocar para fora de casa. Apanhei um pouquinho, mas... Foi o álcool, ainda bem novo que foi o início do meu vício. Meu tio fazia vinho, um italiano que fazia vinho. Bem cedo eu já comecei a beber vinho, só que não ficava embriagado. Com 08 anos de idade eu tomava um copo de vinho, com o consentimento da família, família italiana tinha pão e vinho. Depois, aos 14 anos a maconha, aos 16 anos a cocaína, aos 17 anos eu cheguei a conhecer o crack, mas eu não gostei na época. Por um curto espaço de tempo eu cheguei a usar as drogas injetáveis, mas isso, o pessoal que usava comigo parou. Porque as famílias tinham um poder aquisitivo maior, então foram internados em clínicas, todos eles, eu tive que parar por conta própria. Aí, eu não voltei a usar. Passei uns quinze anos usando maconha e cocaína. Depois há uns cinco anos atrás conheci o crack e comecei a usar ininterruptamente. (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, A. C. M.)

Os fatores de risco que podem influenciar no uso abusivo das drogas são os que tornam a pessoa mais vulnerável e frágil, principalmente a fase da adolescência. Por esse motivo, o jovem precisa encontrar na família um lugar seguro, capaz de suportar e lidar com seus conflitos e fragilidades, devido às mudanças eclodidas nessa fase da vida. Caso contrário, encontrará nas drogas algo que poderá solucionar seus problemas e vencer suas fragilidades, no momento de uso.

Tenho 30 anos, sou de Paranaguá e tenho o 3º grau incompleto. Na faixa dos 13 aos 14 anos, comecei a usar a maconha por curiosidade, para me enturmar com o pessoal. O pessoal ia muito às praias, Ilha do Mel, essas coisas... E como eu queria estar no meio deles, acabei usando junto com

eles. Eu optei por usar... eu quis usar. Minha família descobriu muito tarde, depois de 10 anos de uso, que minha mãe descobriu. Minha mãe ficava revoltada comigo, quando ela me pegava chapado, quando achava maconha. Ela sabia que eu fumava maconha, mas não sabia da química, cocaína, crack e essas coisas ela não sabia. Até que um belo dia, ela me pegou no uso. A polícia também me pegou no uso em Antonina. Daí, o meu pai ligou para ela falando que a polícia havia ligado e falou um monte de coisas. Daí, e que meu pai descobriu que eu estava no uso. Quando ele me descobriu, já estava no crack uns dez anos. Só, que eu fui uma pessoa que usei droga, mas nunca fui para a rua, nunca vendi nada de casa. Então, todo dinheiro do meu trabalho era para droga, ou então, eu vendia droga para poder usar, para sustentar o meu vício. Minha se desesperou quando soube que eu usava droga, o meu pai é mais calculista. Ficou desesperado, mas pensou rápido em procurar ajuda, mas no primeiro momento eu não quis ir. Ele me levou num lugar que eu não aceitei. O pastor queria me fazer uma lavagem cerebral. Ele falou que eu tinha que abandonar minha namorada, minha música, abandonar tudo. Aí, xinguei ele de louco, maluco... Falei que eu tinha que abandonar a droga, não abandonar tudo. Nessa época quem me fortalecia era minha namorada. Se eu largasse dela, eu ficaria sem minha fortaleza. Só que eu não estava ciente que era a minha família que iria me fortalecer. Namorada a gente tem várias, a família é só uma. Daí, eu não quis ficar com o pastor, fui embora... Meu pai ficou variado nesse dia. Daí, eu ainda fiquei limpo um tempo, porque sempre morei sozinho. Falei para o meu pai: "vou ficar limpo não se preocupe", fiquei por seis meses, mas depois fui morar sozinho... o pessoal sabia que eu morava sozinho, e começavam a ir em casa, daí danou-se, recaí violentamente. (Divulgação autorizada por escrito pelo entrevistado, L.G. J.)

O processo de procurar ajuda, segundo os entrevistados começa quando você já perdeu até a sua família, emprego, bens materiais, enfim, até a sua dignidade.

O que me levou a procurar ajuda, foi justamente pelo fato de perder tudo o que eu tinha. Eu era casado com uma pessoa muito bem estruturada socialmente e economicamente. Vivi com ela durante 10 anos, tenho um filho com ela. Sou um profissional da área mecânica, um funcionário público. E, eu perdi tudo, tudo isso. Perdi família, perdi filho e fui morar na rua... e um homem que não precisava disso. Uma hora deu estalo..., falei não, não é por isso. Comecei a roubar, já fui preso, já assaltei. Graças a Deus, a pessoa que tentei matar, não morreu. E isso tudo começa a pesar, chega uma hora que a balança começa a pender para um lado e você começa..., e você..., quando você abre o olho é legal. Que daí, você se vê e fala: "Opa, o que estou perdendo, o que estou fazendo. Muitas pessoas ficam nessa ignorância e não abrem o olho, não tiram as travas dos olhos e continuam naquilo até morrer. Como acontece muitas vezes, passa na televisão: "Ah!, lá na cracolândia morreu tantos, ali mataram outros, é isso que acontece: "cadeia, caixão e casa de recuperação". Nos outros internamentos foi minha família que buscou ajuda, porém eu entrava lá, só para engordar e saia. Nesse internamento, quero que seja o último, de todo o meu coração, eu mesmo tomei a iniciativa. Falei: Pai, pelo amor de Deus, me leva pra algum lugar, porque eu preciso me tratar, se não eu vou morrer. Eu, já me internei, se não me falhe a memória, oito ou nove vezes com essa. Aqui é a terceira vez que estou passando. Já fiquei seis meses, na segunda vez quatro

meses e nessa pretendo finalizar o tratamento ao todo, que são sete meses. Lá fora é muito difícil, porque você se depara com bar, se depara com uma boquinha na esquina de casa, se depara com a rapaziada que está usando na frente da sua casa, passando fumando. Oferecem, sabem da minha fama e pensam que nunca vou sair disso. Eles oferecem até dão... Eu falo usar ou até ser um dedo crack, porque foi o crack que me tirou tudo isso, né. Eu tenho minha consciência, que se eu der uma fumadinha não irá parar naquilo. Uma fumada vai ser pouco e fumando mil também vai ser pouco. (Divulgação autorizada pelo entrevistado, J. L. S.)

Segundo Zemel (2010, p. 109) “o fato de um indivíduo usar ou até ser dependente da droga não faz com que esteja condenado a nunca mais se recuperar”. No Brasil, nos anos de 1970 a política de atendimento aos usuários de drogas era de repressão, os usuários de drogas eram tratados dentro de hospitais psiquiátricos, como psicopatas. Se o usuário não fosse condenado pelo sistema prisional, seria pelo sistema psiquiátrico.

Olha, vi que sozinho eu não conseguia, eu tive momentos de revelação que estava usando drogas. Que eu revelei realmente para o meu pai, após minha mãe já ter falecido. Eu revelei isso três vezes, na terceira foi a última. Na primeira vez eu liguei para o meu pai de uma festa em que eu estava. Eu estava me sentindo bem... porque eu estava usando droga, meu pai ficou preocupado e foi até Florianópolis me ver. Aí, me deu uma bronca... , não faz mais isso. A segunda vez foi com a cocaína, eu não fui trabalhar, perdi o emprego por causa disso e pedi ajuda dele, mas também não fui internado. Ele também nem levantou a questão, não perguntou se eu queria, eu achei que sozinho eu conseguiria. Dessa última vez, eu pedi ajuda... , tava num grau de usuário melhor do que a última, porém, com um sentimento de culpa maior, por saber que estava fazendo uma coisa errada e que não conseguia me desvincular disso. Aí, eu mesmo tomei a decisão de me internar. Estou aqui há duas semanas. (Divulgação autorizada pelo entrevistado, A. C. M.)

Assim, conforme os relatos das histórias de vida, os dependentes químicos se conscientizaram da gravidade da situação em que se encontravam. E que não interessa a quantidade de internação que possa ocorrer na vida do dependente químico, mas o que realmente tem valor na internação é a aceitação e o comprometimento consciente no seu tratamento. Outro fator importante é que os indivíduos assumam voluntariamente sem pressão ou desejo apenas de agradar a família com a internação, mas que tenha responsabilidade por sua recuperação para que definitivamente rompa com as forças externas ou quaisquer outras motivações que possam dificultar a sua transformação.

Eu, aos dezesseis anos numa roda de “amigos”, amigos que não são amigos, ficava naquela vida de “maluco beleza” até certa idade. Eu falava

que até os trinta anos, eu ia ser doidão... Bebendo, fumando, e quando chegou os trinta, eu não sabia o que fazer. Já fazia um ano que eu estava usando o crack, não sabia o que fazer. Eu chorava muito e pedia para Deus... a minha família sempre foi muito devota, muito católica. E pedia muito para Deus que me mostrasse um lugar assim. Meu pai é deficiente visual, devido a Diabetes. Ele ouviu na rádio na época, nós estávamos morando na praia, apenas um tempo, em Caiobá. Depois a gente veio para a colônia Cambará em Alexandra/Matinhos. E ali nesse local, eu chorei muito ali e pedi. Meu pai ouviu que tinha uma casa de recuperação em Paranaguá. Minha mãe foi até a Prefeitura, na assistência social. Era outra casa, somente para menores. Aí, ela foi informada dessa casa aqui. Então, ela chegou e falou: tem uma casa assim, assim, com centro espiritual... você vai gostar disso, tal? Eu vim a primeira vez em 06 de fevereiro de 2009, cheguei a ficar um tempo limpo. Só vinha aqui aos finais de semana. Daí, eu recaí, agora estou novamente na casa, em regime fechado, antes era só nos finais de semana. Dessa vez agora minha mãe vem conversando muito com meu pai. Ela não aceita essa condição de perder o filho para a droga. Aceita perder para qualquer coisa, menos para a droga, toda mãe pensa isso. Eu também estava bem empregado, moto nova, mas levando todo o meu dinheiro para o traficante. Então, a gente fez um combinado lá e eu pedi para que arrumasse um lugar. Mesmo eu não usando, mesmo nas voltas, eu pedi ajuda, porque não agüentava mais. Partiu mais de mim, eles me ajudaram bastante, a mãe procurou, o pai procurou, o meu padrinho também. Então, foi eu e minha família que procuramos ajuda. Essa é a primeira vez de internamento que eu fico os trinta dias no mês. Nesse período que é sugerido pela casa de recuperação de sete meses. Eu já me encontro no sétimo mês de tratamento, graças a Deus e muito da minha vontade, determinação tudo... Então, eu vinha nos finais de semana, mas não funcionava muito bem, porque eu saía e voltava. Em aberto não, tem que ser recluso, ficar longe e se apegar com Deus. (Divulgação autorizada pelo entrevistado, A. C. P.)

Quanto maior a gravidade e a consumação do indivíduo mais necessitam de tratamento. Quando aceitam a abstinência completa no tratamento como meta para cura definitiva, devem ser conscientizados para a possibilidade de recaídas.

Não agüentava mais usar. Sempre derrubei tudo, sempre quebrei tudo. Essa minha namorada agente ficou quatro anos juntos. Quatro anos ela sofreu na minha mão por causa da droga. Ela não usava droga, eu ofereci diversas vezes para ela não ficar me perturbando. Daí, eu coloquei ela para oferecer a maconha, ela usou por minha causa, ofereci a cocaína ela usou por minha causa, ofereci o crack ea usou, mas não pegou o gosto, graças a Deus. A cocaína ele cheirou várias vezes comigo, mas graças a Deus ele hoje está bem. Ainda deve beber, deve usar a maconha, mas pelo menos a química que é mais destrutiva ela não está usando. Nesse momento dia 05 de novembro eu acabei com tudo que eu tinha, vendi tudo acabei com tudo, revirei meu quarto, destruí tudo, Quando ela chegou lá, porque ela morava comigo na época, ela viu minha casa destruída. Ela deixou uma carta enorme procurou de boca em boca, não me achava porque eu já estava escondido em outro lugar. Quando ela foi à minha casa e viu tudo aquilo. Ela ficou louca, deixou uma carta enorme para mim. Quando eu voltei na madrugada eu vi a carta, nem dei boa. Pela manhã eu dei conta do estrago, daí que eu fui ler... Foi quando eu falei para ela que não agüentava mais, e não tinha coragem e força para procurar ajuda. [...] foi onde eu pedi para ela vir comigo até a casa de recuperação. Ela falou que não iria, porque com nória ela não andava na rua... Então, vim sozinho, fiquei ali no portão, bati

palmas. Era um sábado, dia 06 de novembro de 2010 e pedi para entrar. Daí, eles falaram que não podia entrar, que era uma casa espiritual... , não do portão eu não saio, se eu não entrar hoje, daqui eu não saio. Então falei: me empresta o telefone que eu ou falar com meu pai. Falei pai, aquela vez o senhor tentou me ajudar eu não quis. Está disposto a me ajudar agora? Estou na frente de uma clínica. Daí, ele falou: o que preciso fazer? Precisa pagar R\$ 500,00 por mês. Quer me ajudar? Mas, você quer se tratar? Quero estou esperando aqui no portão. Ele estava em Antonina, ele veio em questão de vinte minutos. Agilizou tudo, pagou a mensalidade. Quando minha mãe soube que eu estava internado, ela chorou. Era o aniversário dela no domingo, ela falou: “que presente você está me dando”. Então falei: mãe é o melhor presente que eu posso lhe dar. Se eu ficar aqui, vou ficar um mês bacana e depois vou descambar de novo. Daí, eu vim fiquei até 24 de janeiro de 2011. Por causa de uma briga que eu consegui arranjar aqui dentro, porque eu sou fácil para isso... Fiquei seis meses limpo. Fiz o tratamento pelo CAPS e consegui um trabalho num posto de gasolina. Sem preparo, sem estar pronto, comecei a pegar dinheiro e não soube trabalhar com ele. No começo até guardei, comprei uma moto, mas comecei a beber, fumar maconha, já estava de novo no vício e na pedra. Comecei a me arrebetar tudo de novo. Ficava dias fora de casa de novo. Quando fui para Antonina novamente tirei minha carteira de caminhão. Fui trabalhar com caminhão em Antonina, chegando lá, dia 26 de setembro de 2011, eu comecei a usar. Durante a semana eu ficava sozinho e final de semana o meu pai vinha, porque a casa era dele. Aí, aproveitei que eles não foram naquele final de semana, e não tinha mais trabalho. E usei a dia inteiro, a noite toda, mais um dia inteiro, mais uma noite inteira, eu sei que usei quatro dias seguidos sem parar, dia e noite. Dois dias dentro de casa e dois dias eu fui para boca de fumo, na casa do traficante. Já tinha acabado todo o meu dinheiro, já tinha deixado a minha moto com o traficante, celular, tênis, boné, roupa. Tudo que eu tinha, tinha deixado com ele. Eu falei para o traficante: “tenho cem reais na minha casa, vamos lá buscar, que eu quero mais. Quando eu cheguei o meu pai estava lá. Meu pai falou que teve um presentimento. Acho que alguém me entregou. Quando cheguei lá, disfarcei estava todo sujo. Ele me cumprimentou como quem não soubesse de nada. Só que meu quarto estava limpo, quando eu sai, ele estava um lixo. Ele me falou: “precisamos conversar, estou aqui há dois dias te esperando”. Onde você estava? Aí, peguei o número do Lederson e falei: “liga para ele que eu não agüento mais. Ele ligou para Lederson e eu vim do dia 28 de setembro de 2011. Dia difícil, vim chorando. Não estava chorando de tristeza, mas de raiva de mim mesmo, da burrice. Porque eu estava bem, eu estava ganhando dinheiro. Fui cair de novo. Eu me segurei muito, o que eu roubei da minha família foi a paz. (Divulgação autorizada pelo entrevistado A.L.)

Tabela 4 – Número de reinternações relatadas pelos dependentes químicos internados nas Comunidades Terapêuticas de Paranaguá/PR

Reinternações ocorridas durante a dependência	Quantidade	Porcentagem
1 Reinternação - Faixa Etária de 17 a 61 anos	40	36,70%
2 Reinternações - Faixa Etária de 18 a 61 anos	19	17,43%
3 Reinternações - Faixa Etária de 18 a 44 anos	20	18,35%
4 Reinternações - Faixa Etária de 24 a 57 anos	12	11,01%
5 Reinternações - Faixa Etária de 30 a 44 anos	6	5,50%
6 Reinternações - Faixa Etária de 23 a 33 anos	4	3,67%
7 Reinternações - Faixa Etária de 38 a 57 anos	2	1,83%

8 Reinternações- Faixa Etária de 42 anos	2	1,83%
9 Reinternações - Faixa Etária de 31 anos	1	0,92%
10 Reinternações- Faixa Etária de 19 e 32 anos	2	1,83%
Não responderam	1	0,92%
Total	109	100,00%

Fonte: Pesquisa realizada de março a setembro de 2012, com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas no município de Paranaguá/PR.

Conforme definição de Landre (2001, p. 345) “a recaída não deve ser considerada como sinal de insucesso do tratamento. Ela pode ser utilizada como uma oportunidade para ampliar a conscientização do dependente sobre suas dificuldades e seus conflitos”. Na prática a existência humana constitui-se nas interações. O meio influenciará suas decisões, de acordo com o surgimento de novos interesses e necessidades. É o equilíbrio dessas ações irá determinar a qualidades dos relacionamentos sociais e afetivos do indivíduo com a família, a escola, os amigos, os colegas de trabalho, entre outros. Podendo essas relações fortalecer ou enfraquecer as suas atitudes diante da vida.

Processo de apoio da família na recuperação é essencial para o tratamento do dependente químico.

Segundo Buchele et al (2004, apud Buchele 2010, p.73):

A família e a influência cultural são fatores importantes na determinação do padrão do uso e consumo do álcool e outras drogas. Há várias evidências de que os padrões culturais têm papel significativo no desenvolvimento do alcoolismo. Sem, entretanto, ignorar as condições preexistentes de personalidade que podem favorecer a dependência de álcool e outras drogas.

A família é a primeira referência do homem no mundo. É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que encontramos o recurso necessário para enfrentarmos as diversas situações. Ela é a principal responsável por nossa formação pessoal, porém não é a única.

Recebo apoio em forma de carinho, de diálogo, o meu pai tem me ajudado bastante, a minha esposa, apesar de estar longe, eu me preocupo com ela, penso muito nela.

Eles vêm me dão carinho, amor, que hoje eu preciso muito. Porque eu já tinha desconhecido o que era isso. Hoje eu sei, que tenho um pai amoroso, uma mãe que tem um carinho muito grande por mim. Eles estão comigo juntos... Eles falam: “estamos juntos, estamos juntos, você vai conseguir...”

Recebo apoio financeiro, carinho, amor que é o mais importante, na luta contra as drogas. Eu recebi, mas por ser longe, o meu pai não pode dirigir. Minha família não é daqui. Então, dificulta um pouco, mas por eu ter já

morado sozinho, fica mais fácil... Eu morei em cinco Estados e mais de vinte e cinco cidades. Eu estive no Ceará, Pará, Mato Grosso, Rio Grande do Sul e o Paraná, vai para cá, para lá, sempre correndo achando que talvez o lugar que eu fosse não encontrasse a droga, mas em todo o lugar tem. Daí, eu fui entender, aqui nesse lugar... eu fui entender, que não adiantava eu mudar de casa, né... sem mudar a minha casa interior, melhorar por dentro.

Minha mãe é raro vir aqui, dá para contar em uma mão, quantas vezes ela veio me ver. Ela vinha todos os sábados, eu não dei valor. Mas, meu pai todo sábado, é raro o meu faltar. Meu pai é meu parceiro, nessa... ele está lado a lado mesmo comigo. Trabalha no porto e em um banco. Sai do banco e vai para o porto. Não dorme para vir sábado aqui. Às vezes ele me pega aqui, para me levar no dentista, meu irmão é dentista. Ele é um paizão. Meu pai nunca me acompanhou em nada, nunca... Mas, dessa vez ele... Meu Deus! Minha avó mora aqui pertinho, sempre doentinha, mas vive aqui no portão querendo me ver. Minha avó.. coitadinha o que já sofreu por minha causa, e ainda está junto comigo.

Tabela 5 - Apoio familiar recebido pelo internos dos centros terapêuticos no processo de recuperação.

Referente ao apoio familiar na recuperação	Quantidade	Porcentagem
Apenas apoio do irmão	1	0,92%
Apenas apoio materno	1	0,92%
Apoio moral	37	33,94%
Apoio moral e financeiro	29	26,61%
Apoio somente durante as visitas	5	4,59%
Família desistiu do dependente	6	5,50%
Muito raramente recebe apoio ou visitas	2	1,83%
Não recebe apoio	24	22,02%
Não responderam	4	3,67%
Total	109	100,00%

Fonte: Pesquisa realizada de março a setembro de 2012, com dependentes químicos em tratamento nas Comunidades Terapêuticas no município de Paranaguá/PR.

Muitos dos dependentes químicos são abandonados por suas famílias, devido à falta de orientação no enfrentamento da dependência química.

Segundo Bucher (1994, *apud* Neiva, *et al*, 2010, p, 201):

Convém ainda, no contexto do debate sobre o desafio da construção democrática, enfatizar a importância de uma abordagem desmistificada e informativa do fenômeno das drogas. É necessário um conhecimento contextualizado e abrangente, de maneira responsável, sem apologia ao consumo de drogas, mas também sem assumir um posicionamento radical, centrado numa abordagem meramente repressiva. Isso porque a reprodução destes discursos de viés estigmatizante, além de impedir um adequado dimensionamento do fenômeno, é responsável por reproduzir visões preconceituosas sem fundamentação científica, que acabam por promover a expansão dos abusos e dependências, além de perpetuar a exclusão desses segmentos.

Apesar da realidade angustiante em que se encontram os internos entrevistados, no confronto diário de vencer apenas mais um dia. Mesmo assim, diante de inúmeras dificuldades, depositam no futuro toda a sua vontade de vencer, de reconstruir a família, de reconstruir a vida, de lutar pelos sonhos e conseguir...

Reconstruir uma família sabe... Eu já perdi três casamentos, como já havia dito para você. Três casamentos foram por água abaixo, devido a minha drogadição, né. Então, eu tenho um sonho na minha vida, que é ter alguém para o resto da vida. Eu quero acordar velhinho com uma pessoa do meu lado. Só que eu não vou conciliar uma responsabilidade de ter uma família e criar uma família junto com a droga. Então, para mim a droga já deu e hoje eu quero uma família.

Constituir uma família, ter um filho, ganhar responsabilidade e procurar ser feliz, viver ao lado de Deus. Exercer um trabalho que eu já exercia antes, como músico, sempre fui músico. E fazer disso uma profissão. Não quero fama, não quero sucesso, não quero muito dinheiro. Quero somente ter uma vida regrada, uma vida decente, uma vida limpa e feliz com alguém...

Pretendo sair daqui limpo, não usar mais droga pelo resto da minha vida se Deus quiser, arrumar um bom trabalho e constituir uma família. Minha mulher está lá fora me esperando.

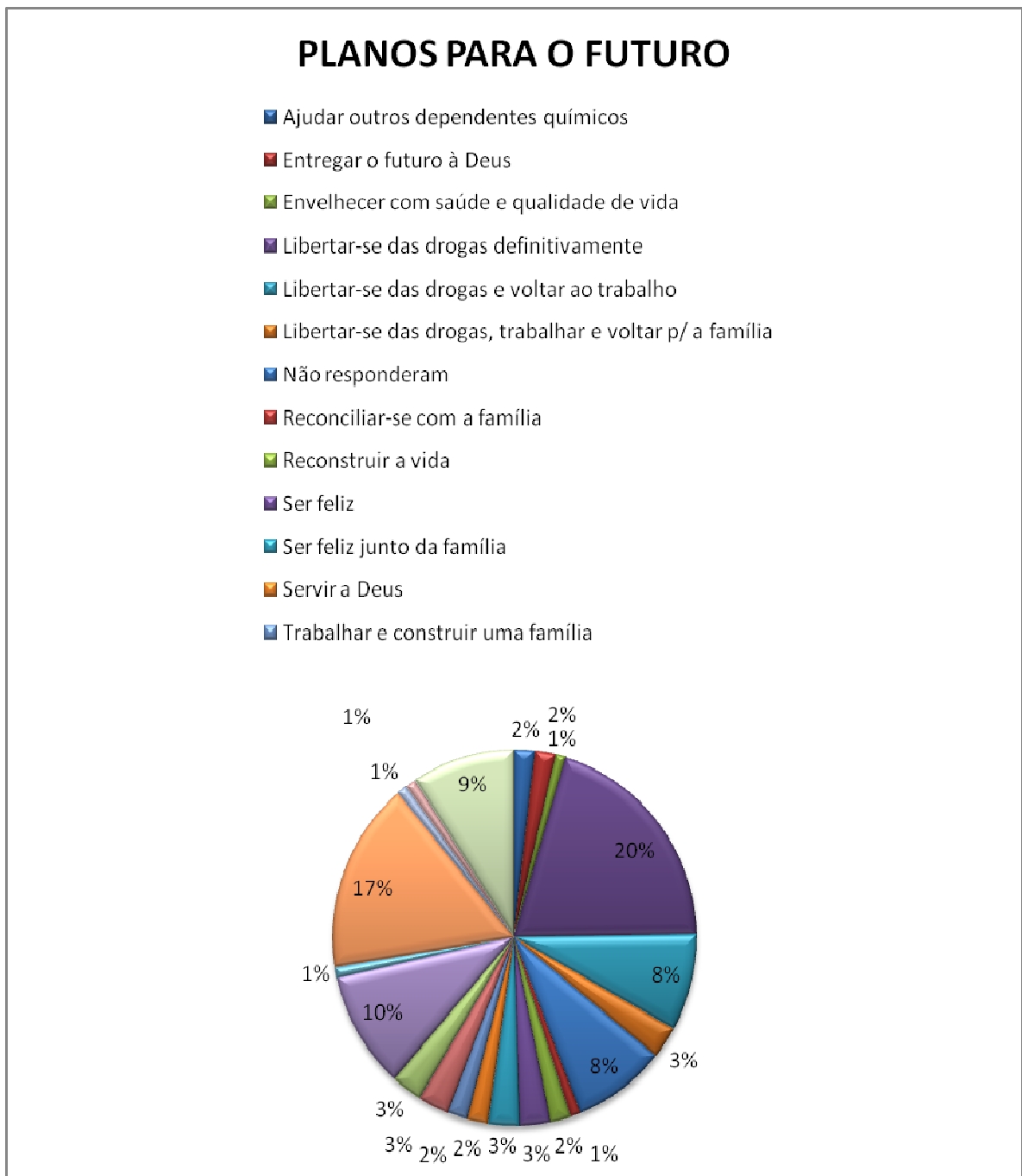
Pretendo recuperar tudo que eu perdi: carro, moto, a parte material. Pretendo casar ter uma família. O meu maior sonho é ter um filho, para eu ensinar tudo que aprendi com a vida... Tudo que eu não tive eu quero dar para ele. Eu nunca tive amor mesmo de pai e mãe. Meu pai não veio nos visitar, sempre foi assim, eram separados. Minha mãe era virada num chapéu velho. Eu tive muita liberdade. Com 12 anos eu ia para a Ilha do Mel, com meus amigos. Eu acho que muita liberdade para uma criança. Talvez se eu fosse mais preso, eu não conheceria a droga. Meus irmãos que viveram com meu pai e a mãe deles, só saíram tarde de casa, eles são bem diferentes. Eu e meu irmão que fomos criados soltos somos da pá virada...

O desafio fundamental da Política Nacional sobre Drogas é enfrentar a impotência diante de problemas de natureza social e econômica, que causam os desarranjos sociais, principalmente na família.

Constatou-se que todos os entrevistados possuem planos para o futuro e que após meses de internação e/ou reclusão na Comunidade Terapêutica, aprendem a importância de retornar a sociedade sem dependência química.

Observou-se que os planos para o futuro foram diversificados, porém com o mesmo sentimento de alcançar a libertação das drogas. Outros planos também foram citados: ajudar outros dependentes (1,83%); entregar o futuro a Deus (1,83%); envelhecer com saúde e qualidade de vida (0,92%); libertar-se das drogas definitivamente (20,18%); libertar-se das drogas e voltar ao trabalho (8,26%); libertar-se das drogas, trabalhar e voltar para a família (2,75%); não responderam (8,26%); reconciliar-se com a família (0,92%); reconstruir a vida (1,83%); ser feliz

(2,75%); ser feliz junto a família (2,75%); servir a Deus (1,83%); trabalhar e construir uma família (1,83%); trabalhar e cuidar dos filhos (2,75%); trabalhar e ser uma pessoa digna (2,75%); ter uma família (10,09%); voltar a estudar (0,92%); voltar para a família e trabalhar (16,51%); voltar para a família e estudar (0,92%); voltar para a igreja e se dedicar ao grupo de louvor (0,92%); voltar a fazer parte da sociedade (9,17%).



Fonte: Planos para o futuro (%) dos entrevistados das Comunidades Terapêuticas do município de Paranaguá/PR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do nosso estudo foi analisar e entender as Políticas Públicas direcionadas ao combate e tratamento das drogas no município de Paranaguá no estado do Paraná, em conjunto com as Políticas Públicas efetivadas pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Acreditamos que muitos apontamentos dessa discussão não foram abordados em sua totalidade e profundidade, conforme exigência da temática. Porém, nossos objetivos e conclusões não pretendem encerrar a discussão analisada, pois sabemos da seriedade e compromisso assumidos com a pesquisa.

Percebemos que a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) foi construída no ano de 2005 e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) em 2006, embora já tivéssemos um elevado índice de indivíduos no uso de drogas lícitas e ilícitas no País.

As Comunidades Terapêuticas apresentadas em nossa pesquisa indiscutivelmente, este modelo de tratamento é legítimo, mas a carência de suas instalações, a falta de profissionais, de estrutura organizacional, de saneamento básico em algumas, a deficiência na alimentação e nas condições de saúde deixa claro a invisibilidade por parte da sociedade e dos órgãos públicos, o descaso com essas Comunidades Terapêuticas que enfrentam preconceito, discriminação e no silêncio lutam desesperadamente contra as drogas. Muitos são atendidos em todas elas, mas somente um terço consegue vencer e continuar sua vida em frente. Pois, muitos caíram novamente nas drogas e não conseguiram sair, outros desistiram da vida e se entregaram definitivamente ao vício e arrastam pelas ruas o corpo esquelético sobre um cobertor rasgado e sujo, alguns foram mortos por traficantes, outros em confrontos policiais no sub mundo da criminalidade...

Constatamos também que o fenômeno da dependência química atinge todas as classes sociais, todas as religiões, todas as famílias e que não tem cor, raça, idade e sexo.

Mudanças na concepção do usuário de drogas que era reconhecido como marginal, e não como doente, também foram relevantes em nossa pesquisa.

Identificamos a relação do dependente com a renda familiar e observamos que apesar do dependente não possuir classe social, a maioria ainda eram de internos sem nenhuma renda fixa, e que estavam nas Comunidades Terapêuticas

através de vagas sociais, quando existiam e em muitos casos a família desistiu do dependente, por falta de conhecimento e amparo diante da problemática.

A dependência de drogas no Brasil, hoje faz parte de ações das Políticas Públicas no combate as drogas, principalmente do Crack, mas ainda estão longe de ser efetivas e concretizadas como eficientes. Prova disso é o alarmante número de usuários apontados nos levantamentos realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Mirian et al. **Violências nas escolas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ALBINI, Karen. **Trabalho de Conclusão de Curso: Realocação? Quando?** Paranaguá, influência do Porto e a Problemática da Realocação de Famílias. Defendido na Banca Examinadora em 04 de julho de 2011. Matinhos, UFPR-Litoral.

ARANTES, Esther Maria. **De "criança infeliz" a "menor irregular"!** Vicissitudes na arte de governar a infância In: VILELA, Jacó et al: Histórias da Psicologia no Brasil. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999.

ARAUJO, Renata Brasil et al. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**; vol.57, Rio de Janeiro, 2008.

BATISTA, Vera Malaguti. **Os menores em conflito com a lei e o mercado ilegal de drogas**. In Workshop: o mercado ilegal de drogas. Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL, Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Brasília, 1996.

_____, **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069/90. Brasília; 5ª ed. Atlas S/A: São Paulo, 1997

_____, **Política Nacional Antidroga**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas; 2005.

_____, Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de Outubro. Brasília: Senado Federal, 2000.

BONI, Maria Ignês Mancini de. **A Política de Criação de Escolas de Trabalhadores Rurais** como instrumento de controle social - Paraná (1932-1945), XXIII Simpósio Nacional de História. Londrina, 2005.

BRUSCHINI, Cristina. **Teoria crítica da família**. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de (orgs). **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo; Cortez, 1993.

BUCHELE, Fátima *et al.* **Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção**. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias; 2. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

CALDEIRA, Zélia Freire. **Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. Disponível em <http://portalteses.cict.fiocruz.br> . Acesso em 24 de outubro de 2012.

CARLINI, Beatriz. **O uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias; 2. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

CARVALHO, Denise B. Birche et al. **Legislação e políticas de educação e a Política Nacional sobre Drogas**. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias; 2. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

CAVALCANTI, I. **A necessidade de reinventar a prevenção**. Entrevista para a Revista “Peddro” – Publicação da Unesco, Comissão Européia e Onusida, 2001.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho Lar e Botequim: O Cotidiano dos Trabalhadores no Rio de Janeiro da Belle Epoque**. São Paulo: Brasiliense, 1986

DUARTE, Claudio Elias *et al.* **Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas**. IN: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias; 2. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

ESCOREL, Sara. **Vidas ao léu, trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1999.

ENGELS, Friedrich. **Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Global, 1988.

FRAGA, Paulo Cesar Pontes. **Juventude, narcotráfico e violência no Brasil: Para além do rural, do urbano**. In: RIBEIRO, A. M. M.; RIBEIRO & J. A. S. Iulianelli (Eds.), **Narcotráfico e violência no campo**. Rio de Janeiro, 2000.

_____, **Política, isolamento e solidão: práticas sociais na produção da violência contra jovens**. In: SALES, M. A. et al (orgs.). **Política Social, Família e Juventude: Uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006.

HOBBSBAWN, Eric. **A era do capital 1848 – 1875**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1966.

HOLANDA, A. N. C. **Avaliação de Programas: conceitos básicos sobre a avaliação “ex post” de programas e projetos**. Fortaleza; ed. ABC, 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; **CARVALHO**, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**; 22ª ed. – São Paulo, Cortez; 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Paranaguá**. Disponível em: WWW.ibge.gov.br. Acesso em 08 de outubro de 2012.

IPARDES, Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Acesso em 26 de novembro de 2012.

IULIANELLI, J. A. S. **O gosto bom do bode: Juventude, sindicalismo, reassentamento e narcotráfico no Submédio**. In: RIBEIRO, A. M. M.; RIBEIRO & J. A. S. Iulianelli (Eds.), **Narcotráfico e violência no campo**. Rio de Janeiro, 2000.

IZQUIERDO, S. V. Focalizando a fluidez: As vias transversais do narcotráfico na Colômbia. In: RIBEIRO, A. M. M.; RIBEIRO & J. A. S. Iulianelli (Eds.), *Narcotráfico e violência no campo*. Rio de Janeiro, 2000.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. *Caderno de Saúde Pública* 19 (1), jan-fev, Rio de Janeiro, 2003

KALINA, E., Kovadloff et al. *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KHEL, M. R. Lugares do feminino e do masculino na família. In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. S. F. (orgs.). *A criança na contemporaneidade e a psicanálise*. São Paulo, 2001.

KERLINGER, Fred N. Metodologia da pesquisa nas relações sociais: um tratamento conceitual, São Paulo: EPU: Edusp, 1980.

LIMA JÚNIOR, Jayme Benvenuto. Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

MARLATT, A.; GORDON, J. Prevenção de recaída – estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

MAZZIEIRO, J. B. Alcoolismo e trabalho – vozes de criminólogos (São Paulo e Rio de Janeiro, 1880/1920). *Rev. His.* nº 140 – São Paulo, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. S. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2005

NEIVA, Andrea Lagares et al. Conselhos: espaço de participação e controle social. In: *Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*; 2. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010

PARANÁ, Mensagem Apresentada pelo Exmo. Sr. Governador Manoel Ribas à **Assembléia Legislativa do Estado**. Curitiba: Gráfica Paranaense, 1937.

PARANAGUÁ, História de Paranaguá. Disponível em: <http://WWW,Paranaguá.com.br/história.asp>. Acesso 05 de outubro de 2012

SALLES FILHO, Belmiro Freitas de. Trabalho sujo e mediação em instituições para adolescentes em conflito com a lei. In: SALES, M. A. et al (orgs.). *Política Social, Família e Juventude: Uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2006.

SARTI, Cyntia. A família e individualidade: um problema moderno. In: *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez, 2003

SENAD, Secretaria Nacional Antidrogas. A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária. Brasília, 2006

SELLTIZ, Claire et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

ZEMEL. M. L. S. **Prevenção - novas formas de pensar e enfrentar o problema**. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias; 2. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010.

ANEXOS**Anexo I - Questionário direcionado aos internos das Comunidades Terapêuticas**

1.Nome Completo:_____

2.Idade:_____

3.Endereço:_____

4.Município:_____UF_____

5.Escolaridade_____

6.Qual foi a primeira vez que você usou drogas? E qual foi?

R:_____

7.Qual o motivo que te levou a usar drogas?

R:_____

8.Qual a atitude de sua família ao perceber que você usava drogas?

R:_____

9.Quem tomou a iniciativa de buscar ajuda foi você? Sua família? Ou ambos?

R:_____

10.Quanto tempo e quantas vezes você já se internou?

R:_____

11.Você recebe apoio de sua família em sua recuperação? De que maneira?

R:_____

12.Você participa de algum programa social do Governo?

R:_____

13.Já foi discriminado por ser dependente químico?

R:_____

14.Na sua infância teve informações em sua casa ou escola a respeito de drogas?
Que tipo de informação?

R:_____

15.Em sua opinião existe muito preconceito com dependentes químicos?

R:_____

16.Quais são seus planos para o futuro?

R:_____

17.Qual o rendimento mensal da família?

- () de 01 até 02 salários mínimos
- () de 02 até 03 salários mínimos
- () de 03 até 04 salários mínimos
- () de 04 até 05 salários mínimos
- () de 05 até 06 salários mínimos
- () de 06 até 07 salários mínimos
- () de 07 até 08 salários mínimos
- () acima de 08 salários mínimos
- () sem renda fixa

Anexo II - Entrevista com perguntas estruturadas direcionadas às autoridades públicas de Paranaguá – Delegacia de Polícia Civil

1.Nome completo:

2.Função que exerce no setor público:

.Qual a sua opinião sobre a drogadição no município de Paranaguá?

4.Em sua opinião os programas existentes e as políticas antidrogas são suficientes para prevenção e combate as drogas?

5.O fato da cidade de Paranaguá ser uma cidade portuária, facilita o tráfico e o consumo de drogas? Isto dificulta o combate ao tráfico?

6.O que o senhor acha que está faltando no município e nas famílias parnanguaras para diminuir a entrada de jovens na drogadição?

7.Você acha que a participação dos Conselhos Municipal (Saúde, Tutelar, Segurança, Comunitários), deveriam ser mais ativos perante as drogas? Principalmente com orientação e divulgação ativa dos distúrbios causados pelas drogas?

8.As ocorrências aqui realizadas ao serem arquivadas são separadas conforme o tipo de delito ou violência (contra a mulher, contra o idoso, contra a criança, abuso de drogas, tráfico de drogas)?

9.Em média quantas ocorrências são atendidas referente à drogadição? E qual a faixa etária destes atendimentos?

10.De que forma o senhor vê o dependente químico? Como uma vítima da sociedade, devido aos problemas sociais e econômicos aos quais as famílias enfrentam? Ou o senhor acha que a sociedade está fragilizada pelo desuso de princípios éticos e morais que são a base para a formação dos indivíduos e das famílias?

11.As casas de recuperação do município de Paranaguá em sua opinião são eficazes no tratamento da drogadição?

12.Como é feita a distinção na abordagem entre usuário, o dependente e o traficante de drogas? Existe o tratamento de forma diferenciada?

Anexo III - Entrevista com perguntas estruturadas direcionadas às autoridades públicas de Paranaguá – Promotoria Pública de Saúde

1.Nome completo:

2.Função que exerce no setor público:

3.Qual a vossa opinião sobre a drogadição no município de Paranaguá?

4.Em sua opinião os programas existentes e as políticas antidrogas são suficientes para a prevenção e combate às drogas?

5.Na visão da Promotoria Pública qual é o diagnóstico do município de Paranaguá em relação as drogas?

6.Qual o papel da Promotoria Pública na questão das drogas no município de Paranaguá?

7.A Promotoria Pública conhece as comunidades terapêuticas do município e tem conhecimento das condições de seu funcionamento?

8.Em vossa opinião a senhora acha que o dependente químico é uma vítima da sociedade, devido aos problemas sociais e econômicos aos quais as famílias enfrentam?

9.Vossa Excelência acredita que as casas de recuperação do município de Paranaguá são eficazes no tratamento do dependente químico?

10.Quais as denúncias mais comuns referentes às drogas que já foram atendidas pela Promotoria?

11.A saúde pública do município atende a demanda referente ao tratamento das drogas? Há casos de intervenção da Promotoria Pública em alguma situação? Qual situação?

12.Vossa Excelência acredita que pelo fato da cidade de Paranaguá ser uma cidade portuária facilita o tráfico e o consumo de drogas?

13.Como a Promotoria se manifesta diante das Políticas Públicas antidrogas no município?

14. Em vossa opinião o que poderia ser feito para diminuir a dependência química no município?

Anexo IV – Termo de Consentimento Esclarecido

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL

Termo de Consentimento Esclarecido

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa sobre “Drogadição no município de Paranaguá” referente ao Trabalho de Conclusão de Curso de Pós – Graduação em Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar da UFPR-Litoral. Esta pesquisa está sendo realizada junto às Casas de Recuperação, profissionais e autoridades que atuam no litoral paranaense. Foi me explicado que esta pesquisa pretende caracterizar as atividades realizadas por estes profissionais, junto aos dependentes químicos. Sei que este estudo poderá auxiliar na compreensão e levantamento de dados, com relação às necessidades, práticas e atividades junto a estes profissionais.

Para isso, concordo que é importante conversar com a entrevistadora, respondendo a esta entrevista.

Autorizo ainda, que a entrevista seja anotada em formulário próprio. Sei também, que este estudo possui finalidade de pesquisa e extensão, sendo que, os dados obtidos poderão ser utilizados em publicações científicas sem que as pessoas participantes sejam identificadas.

Declaro ainda:

1. Que estou aceitando voluntariamente a participação neste estudo, não tendo sofrido nenhuma forma de pressão para isso;
2. Que, se desejar, posso deixar de participar do estudo a qualquer momento;
3. Que foi me assegurado, de que as identificações serão mantidas em sigilo.

Matinhos, _____ de _____ de 2012

Assinatura do Participante

Roseli Pacheco – Entrevistadora
Aluna do Curso de Pós Graduação na Questão Social
UFPR – Setor Litoral

Professor Drº. Afonso Takao Murata
Orientador Responsável pela Pesquisa