

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**HUDSON MARCOS ALVES DIAS**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS:  
ESTADO DA ARTE EM CAMPO GRANDE - MS**

**Campo Grande - MS**

**2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**HUDSON MARCOS ALVES DIAS**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS:  
ESTADO DA ARTE EM CAMPO GRANDE - MS**

Trabalho de Conclusão Final apresentado para qualificação no Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Profiap/UFMS), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

*Orientadora:* Profa. Dra. Luciani Coimbra de Carvalho

**Campo Grande - MS**

**2019**

## FICHA CATALOGRÁFICA

DIAS, Hudson Marcos Alves. **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: ESTADO DA ARTE EM CAMPO GRANDE** – MS. 119f. 2019. Trabalho de Conclusão Final (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande/MS, 2019.

É concedida à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) permissão para reproduzir cópias desta dissertação de mestrado para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva para si todos os direitos autorais de publicação. Nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor. Citações são estimuladas, desde que citada a fonte.

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS:  
ESTADO DA ARTE EM CAMPO GRANDE - MS**

**HUDSON MARCOS ALVES DIAS**

Este Trabalho de Conclusão Final foi julgado adequado na defesa para a obtenção do Grau de Mestre em Administração Pública do Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Profiap/UFMS) e aprovado em 22 de março de 2019.

---

**Prof. Dr. Elcio Gustavo Benini**  
Coordenador do Profiap/UFMS

---

**Prof. Dr. Luciani Coimbra de Carvalho**  
(UFMS/ESAN/PROFIAP – Campo Grande/MS)  
Orientadora

---

**Prof. Dr. Alberto de Barros Aguirre**  
(UFMS/ ESAN/ PROFIAP – Campo Grande/MS)  
Membro Interno

---

**Profa. Dra. Glemíria Batista da Costa**  
(UNIR/NUCSA/ PROFIAP – Porto Velho/RO)  
Membro Interno da rede PROFIAP

---

**Profa. Dra. Ana Paula Correia de Araújo**  
(UFMS/FAENG – Campo Grande/MS)  
Membro Externo

*“Só há duas maneiras de viver a vida: a primeira é vive-la como se os milagres não existissem. A segunda é vive-la como se tudo fosse milagre.”*

*(Albert Einstein)*

## RESUMO

DIAS, Hudson Marcos Alves. Comunidades Terapêuticas e Políticas Públicas: estado da arte em Campo Grande – MS. 115f. 2017. **Trabalho de Conclusão Final (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional)** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande/MS, 2017.

*Orientadora:* Profa. Dr. Luciani Coimbra de Carvalho

*Defesa:* 22/03/2019.

A temática do uso de drogas envolve áreas como segurança, saúde, educação e economia. Estando diretamente relacionada a problemas sociais como a superlotação carcerária e a criminalidade. No intuito de enfrentamento dessa realidade social brasileira, foi editada a Lei de Drogas 11.343/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas – SISNAD que “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas”. A lei possibilita a cooperação entre o Estado e a sociedade e entre as entidades civis que atuam na política de drogas estão as Comunidades Terapêuticas apoiando o dependente químico. Além disso, através de entrevistas semiestruturadas e da pesquisa documental e legislativa, verificar o estado da arte dessas entidades em Campo Grande. Quantas são, as suas necessidades, a organização do trabalho, a relevância destas e a relação com o Estado, no que tange a visibilidade e o apoio recebido. Assim são os objetivos dessa pesquisa: analisar a atual política pública de drogas de Campo Grande, como um estudo de caso, do tipo exploratório e descritivo, das entidades (públicas e privadas) e das políticas públicas atuais em Campo Grande. Para tal, foi realizado um estudo bibliográfico na busca de expor conceitos do campo psicossocial e validar métodos que atuam na redução da demanda por drogas, como as comunidades terapêuticas. Além disso, para esta pesquisa, foi utilizado o método benchmarking, a fim de buscar as melhores práticas.

**Palavras Chave:** Políticas Públicas; Comunidades Terapêuticas; Política de Drogas, Trabalho em rede.

*Orientadora:* Prof. Dra. Luciani Coimbra de Carvalho

*Banca de Defesa:* 22.03.2019

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Encarcerados por tráfico 2005 e 2013.....	15
Figura 2:	Primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil.....	30
Figura 3:	Setores do Estado .....	37

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Critérios da CID-10 para dependentes de substâncias.....	21
Quadro 2:	Critérios da CID-10 para uso nocivo de substâncias.....	21
Quadro 3:	Critérios do DSM – IV para dependência de substâncias.....	22
Quadro 4:	Critérios do DSM – IV para abuso de substâncias.....	22
Quadro 5:	Pontos Fortes e Características das Fontes de Evidências.....	51



## **LISTA DE SIGLAS**

CONAD - Conselho Nacional Sobre Drogas

SISNAD – Sistema Nacional sobre Drogas

OBID – Organização Brasileira de Informações sobre Drogas

BO – Boletim de Ocorrência

CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas

CT – Comunidade Terapêutica

CRATOD – Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

ESAN – Escola de Administração e Negócios

PDRAE - Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SNC - Sistema Nervoso Central

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

AA – Alcoólicos Anônimos

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV

FEBRACT – Federação brasileira de comunidades terapêuticas

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO .....	12
1.2 PROBLEMATIZAÇÃO .....	14
<b>2. CONTEXTO E REALIDADE INVESTIGADA</b> .....	18
2.1 ABORDAGENS TEÓRICO-CIENTÍFICAS .....	18
2.1.1 Adicção .....	19
2.1.2 Comunidade Terapêuticas .....	27
2.1.3 Política Pública .....	34
2.2 CONTEXTO NORMATIVO .....	38
2.2.1 Histórico da legislação federal – leis ordinárias .....	38
2.2.2 Normas orientadoras do SISNAD.....	41
2.3 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	45
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	47
<b>4. ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> ... 53	
4.1 COLETA E APRESENTAÇÃO DE DADOS .....	54
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS E PROPOSTAS .....	61
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	68
APÊNDICE A – DECLARAÇÃO E TERMO DE AUTENTICIDADE E DE AUTORIA PRÓPRIA.....	72
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	73
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	74
APÊNDICE D – ENTREVISTA 1.....	80
APÊNDICE E – ENTREVISTA 2.....	85
APÊNDICE F – ENTREVISTA 3.....	90
ANEXO A – DECRETO 48.860 DE 25 DE JUNHO DE 2002.....	95
ANEXO B – REDE DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS/DEPENDENTES DE DROGASA E FAMILIARES.....	108

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Paiva (2011) o uso de crack no Brasil pode ser considerado como uma epidemia, é assim que o Conselho Federal de Medicina reconhece. Apesar de “o Governo trabalhar com até 0,7% da população do país como usuária, o que dá em torno de um milhão de pessoas, mas a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 3% da população brasileira seja usuária, ou seja, seis milhões de pessoas” (Paiva, 2011).

Relacionada a boa parte das problemáticas públicas urbanas. Segundo Secchi (2013), para que um problema seja visto como público ele precisa ser intersubjetivo, ou seja, afetar diversos sujeitos. Além disso, ele assim pode ser definido como uma distância, entre uma situação ideal e a condição atual (Sjöblom, 1984; Secchi, 2013). Nesse sentido, relaciona-se com a superlotação carcerária e o alto custo de ter tantos presos, de acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (DEPEN, 2016), dos 620.583 presos à época (2016), 176.691 estavam encarcerados por algum tipo penal relacionado a drogas, enquadrados no tráfico, associação para o tráfico e tráfico internacional de drogas, nesse ponto, a questão de drogas está diretamente relacionada ao problema público “superlotação carcerária”.

Somado a isso, há tipos penais relacionados diretamente a questão de drogas, como furtos simples e qualificados, roubos simples e qualificados e até mesmo homicídios, executados por usuários no intuito de comprar drogas, os quais não estão computados nos 176 mil, exemplo disso são os dados apresentados pela delegacia de Homicídios de Curitiba que informou que 77% dos homicídios em 2011 tem relação direta com drogas.

Relaciona-se ainda com a saúde pública. O uso de cocaína tornou-se comum quando preço baixou na década de 90 e os traficantes passaram a usar a mesma rede de distribuição da maconha. No início, o padrão de uso era a cocaína aspirada, porém, em seguida um grande número de usuários passou a injetar-se, o que gerou uma tragédia, milhares de usuários foram infectados pelo vírus HIV e infectaram parceiros (as) e filhos (as) a maioria destes já morreu. (LARANJEIRA, RATTO, DUNN, 2014). Ainda hoje, os números são assustadores, pesquisa recente da ONU aponta que, no Brasil, dos 660 mil usuários de drogas injetáveis, 447 mil vivem com HIV (ONU, 2018).

Segurança pública, custo do sistema carcerário, disfunções sexuais (ABDO, 2010 apud MCKAY, Alexander, 2005), desestruturação familiar são exemplos de resultados indiretamente ligados à problemática das drogas. Em decorrência disso, o Governo Federal, por meio do poder legislativo já vem direcionando e demandando a formulação de políticas públicas nas outras esferas (estadual e municipal), referente às drogas.

O destaque é a lei federal de drogas 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) e apresentou diretrizes, princípios norteadores e eixos de trabalho. Além disso, esta lei prevê responsabilidades e poderes ao Executivo para legislar detalhando e direcionando para concreta efetivação (conforme ocorre no Brasil).

O Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), por meio da resolução CONAD nº 1 de 19 de agosto de 2015, publicada no DOU em 28/08/2015, nº 165, seção 1, página 51, a qual “regulamenta, no âmbito do SISNAD as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas”.

Nesse contexto, o objetivo dessa pesquisa é analisar a política pública atual de Campo Grande, como um estudo de caso, do tipo exploratório e descritivo, das entidades (públicas e privadas) e das políticas públicas atuais em Campo Grande. Além de subsidiar a elaboração de uma proposta de nova política pública, integrando as já existentes, com foco na atuação das comunidades terapêuticas, bem como a elaboração de uma agenda de pesquisa no sentido de desenvolver e acompanhá-la. Para tal, foi realizado um estudo bibliográfico na busca de expor conceitos do campo psicossocial e validar métodos que atuam na redução da demanda por drogas, como as comunidades terapêuticas. Além disso, para esta pesquisa, foi utilizado o método benchmarking<sup>1</sup>, a fim de buscar as melhores práticas.

## 1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Ainda que já tenha passado por diversas mudanças, a legislação sobre drogas no Brasil é recente quando considerado que, de uma forma geral são utilizadas há muito tempo, existindo relatos indicando uso de álcool em 6.000 A.C. No Brasil, bebidas alcoólicas produzidas pelos índios, como o cauim, já eram utilizadas em rituais antes mesmo da colonização, de acordo com DEGASPERI (2013, p. 26 *apud* NETO, 2009).

De acordo com o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID), a primeira legislação estabelecendo uma política de drogas é o Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938, intitulada Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Neste Decreto-Lei a ênfase está em estabelecer o controle das drogas da época (a maioria medicamentos farmacêuticos, como morfina) e definir quais são estas drogas (listagem exaustiva no artigo I

---

<sup>1</sup> Método de buscar as melhores práticas, tem relação com a tradução da palavra japonesa *dontsu*, que significa ser o melhor do melhor. Consiste basicamente em analisar modelos e instituições de mesma área de atuação que obtiveram sucesso e buscar entender e adaptar os métodos que utilizaram.

cita XIX toxinas e classifica em dois grupos).

Quanto a ações no eixo de recuperação e reinserção social, não se fala em comunidades terapêuticas, dado que, neste momento, o pioneiro Maxuell Jones estava iniciando seus trabalhos na psiquiatria social focada na ideia de uma comunidade terapêutica (MAXUELL JONES, 1972). Na referida lei, consta no capítulo III “DA INTERNAÇÃO E DA INTERDIÇÃO CIVIL” vedando o tratamento de toxicômanos (nomenclatura dada aos adictos à época) em domicílio, e fixando a internação obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não em hospital oficial para psicopatas ou em estabelecimento particular fiscalizado (BRASIL, 1938).

Com o passar do tempo, novas drogas foram criadas, ampliando os problemas públicos decorrentes do uso indevido de drogas, uma vez que, os efeitos destas se tornaram mais fortes e com maior grau de dependência, fazendo com que, uma nova política nacional fosse articulada para a redução da demanda e da oferta de drogas, originando a Lei de Drogas, 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD) e apresentou diretrizes, princípios norteadores e eixos de trabalho, atribuindo responsabilidades e poderes aos três poderes estatais.

Em relação as comunidades terapêuticas (CTs), estima-se mais de duas mil comunidades terapêuticas (CTs) em todo o Brasil e conforme recente relatório, sendo que, algumas destas instituições não seguem o marco regulatório e os procedimentos clínicos previstos dificultando a execução de políticas públicas.

No contexto estadual existe o CEAD – Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas cujas políticas públicas são direcionadas a prevenção. Exemplo do que ocorreu nos dias 19 a 25 de junho de 2018, quando foi realizada a III semana estadual Antidrogas de Mato Grosso do Sul, que ocorreu em paralelo a XX Semana Nacional Antidrogas e o Decreto 15.027, de 18 de junho de 2018, que estabelece a Política Pública Estadual sobre Drogas de Mato Grosso do Sul, com previsão de comunidades terapêuticas, no sentido de capacitar profissionais que trabalham nas CTs. Todavia, no período pesquisado, não foram identificadas ações de capacitação.

No contexto municipal, ainda não há normativa que estabeleça a política pública de drogas, embora exista o Conselho municipal antidrogas, criado pela lei 2.759, de 18 de outubro de 1990, intitulado Conselho Municipal de Entorpecentes, alterado pela lei 4.019 de 6 de março de 2003. De acordo com o regimento interno é um órgão colegiado de caráter consultivo, destinado “a estabelecer as diretrizes da política local de prevenção e atendimento especializado aos dependentes de entorpecentes e drogas afins [...]” (CAMPO

GRANDE, 2007). Além disso, destaca-se que, dentre os treze representantes, não existe um que represente as comunidades terapêuticas. Assim, essa é uma das críticas, sem uma estrutura organizada, atuante e conhecida não é possível identificar as necessidades e buscar soluções.

Quanto às comunidades terapêuticas existentes e atuantes em Campo Grande, não consta na FEBRACT – Federação brasileira de comunidades terapêuticas, alguma filiada no estado de Mato Grosso do Sul. Porém, consta no site do TJ-MS – Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul – relatório<sup>2</sup> listando comunidades e instituições relacionadas às drogas, em total de 17, no ano de 2013.

## 1.2 PROBLEMATIZAÇÃO

Gestores públicos, legisladores e juízes vêm buscando medidas resolutivas para o uso problemático de drogas consubstanciadas em orientações legislativas, programas executivos, encaminhamentos do Poder judiciário a programas de tratamento; penas mais rigorosas ao tráfico, a título de exemplo.

Embora haja um esforço, observa-se que falta um olhar amplo e sistemático que substitua políticas isoladas. Dez anos após a publicação da Lei de Drogas que “despenalizou” o uso de drogas ilícitas, quando se esperava a redução da população carcerária relacionada a drogas, ocorreu justamente o contrário. Conforme mostra figura abaixo, houve aumento de 339% no número de presos por tráfico de entorpecentes até 2013, ou seja, um dos problemas decorrentes das drogas é a superlotação carcerária e que o mero usuário não fere nenhum bem jurídico tutelado que não seja sua própria saúde, a semelhança de alguém que não tem uma alimentação saudável saudável por exemplo.

Ou seja, gera-se um alto custo para o Estado, sem necessidade, esse foi o motivo da despenalização do uso no âmbito penal. Todavia, o que se observa é que, o usuário passou a ser encarado como traficante, por não haver uma tipificação específica da quantidade de droga e do contexto para configurar tráfico. Assim, continua-se empenhando muitos recursos no combate ao tráfico, seguindo alto o investimento em uma linha punitiva ao invés de recuperativa. A figura abaixo mostra esse aumento significativo dos crimes de tráfico.

---

<sup>2</sup>[https://www.tjms.jus.br/\\_estaticos\\_/infanciaejuventude/leis/ListaEntidadesTratamentoDrogasAlcool.pdf](https://www.tjms.jus.br/_estaticos_/infanciaejuventude/leis/ListaEntidadesTratamentoDrogasAlcool.pdf)

Figura 1: Encarcerados por tráfico 2005 e 2013

	dez.2005	jun.2013
<b>Tráfico Internacional de Entorpecentes</b>	1.360	7.431
<b>Tráfico de Entorpecentes</b>	31.520	138.366
<b>Roubo Qualificado</b>	51.883	95.806
<b>Roubo Simples</b>	19.013	51.817
<b>Furto Simples</b>	16.444	39.579
<b>Furto Qualificado</b>	13.101	38.747
<b>Homicídio Qualificado</b>	16.926	37.214
<b>Homicídio Simples</b>	9.321	28.540

Fonte: [www.g1.globo.com](http://www.g1.globo.com) infográfico elaborado em 17/06/2015

Assim, observa-se que o número de presos, por tipos penais relacionados a drogas, só aumentou desde a publicação da referida lei. Após esse infográfico de 2015, tem-se os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (DEPEN, 2016), em que chegou a 176.691 encarcerados por tráfico, sendo o total de presos à época de 620.583.

Existem hipóteses para esse fracasso em reduzir esta população carcerária. Uma delas é que não foi legislada, a quantidade que diferencie o usuário do traficante. A dificuldade de separar o traficante de pequeno porte, que o faz para receber em droga e manter o vício, do traficante que lucra milhares de reais. Soma-se a isso, o entendimento de magistrados no sentido que, basta testemunho policial como prova, exemplo da súmula 70 do TJ/RJ que prevê: “o fato de restringir-se a prova oral a depoimentos de autoridades policiais e seus agentes não desautoriza a condenação”.

Dessa forma, o uso problemático de drogas, afeta a segurança pública e sobrecarrega o sistema carcerário, causando desestruturação familiar e aumento do número de crianças em situação de vulnerabilidade social. Mas e o poder público, o que tem feito? Estaria ele alheio a essa rede de destruição? Não, de fato não. Ocorre que, o problema está na desproporção do investimento entre os eixos de trabalho, grandes investimentos no combate ao tráfico, aumento de prisões, forte patrulhamento nas fronteiras e de fato tais medidas são

necessárias, mas da mesma forma deve-se fomentar e fiscalizar as atuações nos outros eixos, na recuperação, reinserção social e na prevenção.

Com o aumento exponencial da população carcerária, somado ao fato de que o sistema carcerário brasileiro já sofria com superlotação e instalações precárias, a atenção voltou-se a solucionar esse problema sintomático. Nesse ponto entrou o debate legalização/descriminalização/regulamentação de drogas e combate ao tráfico. Todos olhares voltaram-se para políticas de redução de oferta, a pergunta principal é: como lidar com o tráfico e as organizações criminosas? O que faz com que operações policiais de grande porte ocorram frequentemente e gerem um aumento das quantidades apreendidas.

No entanto, esse debate acaba por deixar de lado a necessidade de medidas que devem ser tomadas para redução de demanda, recuperação dos usuários e reinserção social. Percebe-se que os problemas públicos relacionados direta e indiretamente as drogas são dos mais variados e de uma complexidade intensa, não sendo possível conjugar todos fatores.

É possível utilizar de um exemplo didático para o caminho usual da dependência química, o processo e como vai afetando a sociedade e tornando-se um problema público. Supõe-se um usuário em um alto grau de dependência (uso diário e frenético, dias sem dormir “invernado” no uso), vivenciando o uso problemático de drogas, afetando seu contexto familiar, financeira, emocional e estrutural. Este indivíduo chega em um grau de dependência que não consegue mais trabalhar, dilapidou todo seu patrimônio e passa a furtar pertences da sua casa para obter a substância. Nesse ponto já costumam ocorrer casos de violência doméstica, abandono dos dependentes, crianças em situação de risco, conselho tutelar acionado e dependência do auxílio do Estado para o sustento da família.

Avançando na trajetória do uso, este sujeito, frequentemente, acaba por ser expulso da sua casa e passa a viver nas ruas. Para manter o vício, agora é preciso realizar pequenos furtos ou até mesmo assaltos, que muitas vezes acarretam em homicídios, ou ainda traficar. Há de se lembrar que em todo este percurso, a droga consumida foi adquirida com traficantes, ligados ao crime organizado, fomentando toda sorte de crimes produzidos por estas organizações facínoras. Eventualmente, este sujeito transformar-se-á em mais um presidiário ou interno em uma comunidade terapêutica, recebendo auxílio saúde durante todo o tratamento.

Sabe-se que esta é uma situação hipotética, mas casos análogos a estes são frequentes e foi exposto a fim de elucidar as múltiplas “costuras” que a questão de drogas perfaz nos setores sociais e a postura do Brasil de repressão e combate à droga, leva ao resultado de todos países que assim se posicionam: o aumento das taxas de crimes violentos



(ZALUAR, 1999, p. 106).

Sendo assim, de acordo com OBID - organização Brasileira de Informações sobre Drogas, a nova política nacional sobre drogas que começou a ser discutida em 1998 propõe, essencialmente, dois caminhos para lidar com as drogas, a saber: a) a redução da demanda: “ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes” e b) a redução da oferta de drogas: “atividades inerentes à repressão da produção não autorizada, ao tráfico ilícito de drogas e ao controle de substâncias precursoras da fabricação de drogas ilícitas e de drogas lícitas, tais como o álcool e o cigarro”.

Portanto, conclui-se que o uso problemático de drogas está diretamente relacionado a outros problemas públicos, gerando elevado investimento em diversas políticas públicas reparativas. Este trabalho analisará o papel das comunidades terapêuticas, na recuperação de dependentes, na reinserção social e na manutenção da sobriedade destes.

## **2. CONTEXTO E REALIDADE INVESTIGADA**

A proposta desta pesquisa é auxiliar o Estado a propor a solução de um problema, para tal, faz-se necessário a prévia delimitação deste e a exposição do “estado da arte”, a saber: o contexto da problemática e as abordagens teórico-científicas desta temática, conceitos e aspectos gerais de políticas públicas e adicção (dependência extrema de consumir alguma substância), métodos de tratamento como comunidades terapêuticas e políticas públicas sobre drogas de outros municípios.

Descrever-se-ão os procedimentos metodológicos utilizados para a pesquisa, isto é, que o tipo da pesquisa é exploratório e descritivo, que a abordagem utilizada é a qualitativa e que a pesquisa se caracteriza como estudo de caso. Enquanto, as fontes de evidências utilizadas são livros, artigos, documentos e registros oficiais em arquivos públicos, relatórios, bem como os dados levantados na pesquisa de campo e nas entrevistas.

### **2.1 ABORDAGENS TEÓRICO-CIENTÍFICAS**

Nesse subcapítulo, apresentar-se-ão as abordagens teóricas-científicas que foram utilizadas ao longo do trabalho. Está organizado da seguinte maneira: 1) perspectiva psicossocial que define a adicção, dependência química e o uso problemático de drogas; 2) conceituação de termos da disciplina “políticas públicas”, definição, análise e formulação; 3) métodos de tratamento; especialmente comunidades terapêuticas.

A metodologia utilizada como guia para encontrar um fundamento científico foi, essencialmente, a técnica “Snowball”, que será explicada adiante, todavia, consiste, basicamente, na busca de um autor ou artigo referencial, intitulado “sementes”, e a partir daí, buscar aqueles os quais ele citou e os que o citam, tentando encontrar um núcleo teórico comum, baseado no argumento de autoridade, que após um tempo de pesquisa começa se repetir fechando o ciclo. Além disso, o Benchmarking foi utilizado para a proposição de uma nova política pública. *Snowball* foi pesquisando os artigos mais citados nas bases de dados e um levantamento extraoficial com profissionais da área que citaram livros clássicos do assunto. Além do *Snowball* através da leitura em que esses autores citam uns aos ao logo do livro, fechando os mais citados e consolidados pelo trabalho que desenvolveram. Por ter como cenário de pesquisa, a cidade de Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, buscou-se autores brasileiros, uma vez que as políticas públicas divergem drasticamente de acordo com a cultura de cada país. Foi empreendida pesquisa online para verificar as legislações existente relacionadas a drogas.

### 2.1.1 Adicção

Antes de entrar nas definições do que vem a ser adicção, cabe destaque a terminologia do termo adicção. Este vem do latim *addictu*, é o particípio passado do verbo *addicto*, significa “escravo por dívidas”, representa o homem que no passado, tornava-se escravo por não ter como quitar compromisso assumido (GURFINKEL, 1995). Nesse sentido, Joyce McDougall, traz importante contribuição, preferindo o termo *addiction* em inglês ao *toxicomanie* do francês, que significa o desejo por veneno. Essa preferência, ele explica por entender que o *addiction* representa a “a luta interna na qual o sujeito se vê mergulhado e que ilustraria a situação de escravidão, não somente ao outro externo, mas principalmente a um “outro” dentro de si” (POSTIGO, 2010).

Para início de estudo deste tema, é necessário saber quem é o indivíduo a ser amparado por estas políticas públicas, o mal que lhe ocorre e o porquê, o que é a dependência química. Nesse sentido, entende-se que o usuário problemático de drogas, lícitas e ilícitas, assim é enquadrado justamente porque perdeu o controle do uso de substâncias psicoativas, levando-o a prejudicar a si mesmo ainda que não seja o seu desejo. O que marca a adicção é a busca obrigatória por um objeto que vai conduzi-lo a repetir atos que causem prazer e esta busca é marcada por dependência de um objeto material ou a uma situação buscada com avidez (PEDINIELLI; ROUAN; BERAGNE, 1997).

Como será a exposição: 1) definição médica da Organização Mundial de Saúde – OMS encontrada no CID – 10 - Classificação Internacional de Doenças e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV); 2) contribuição da biologia e biomedicina, como é gerada a dependência química; 3) abordagem psicossocial na definição da adicção.

#### 2.1.1.1. *Definição médica*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a dependência química é uma patologia, uma doença. Assim consta a definição da OMS arrolada no livro de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o qual traduz adicção como uma síndrome de dependência:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou ter sido medicamento prescritas), álcool e tabaco (CID-10, p. 74).

Além desta classificação, há na CID – 10, uma seção tratando das definições de transtornos mentais associados ao uso de substâncias psicoativas, que engloba do item F10 ao F19, esses são os códigos das doenças. Nesses observa-se a nomenclatura de doenças de “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de” cocaína, álcool, cafeína, medicamentos, fumo e outros. Estes itens são divididos em subitens de acordo com o nível de dependência e dano causado, como “intoxicação aguda”, “uso nocivo para a saúde”, “síndrome de dependência”, “transtorno psicótico” e outros. Definições das patologias e diretrizes diagnósticas não estão na própria CID-10, essas informações estão em livros específicos de cada área. Da psiquiatria estão no livro “Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10” do autor Dorgival Caetano, editora Artmed.

Desse modo, Segundo Caetano (2013) , o bloco dos transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas da CID – 10, abarca “uma ampla variedade de transtornos que diferem em gravidade (...), porém que são atribuíveis ao uso de uma ou mais substâncias psicoativas”. Para identificação da substância utilizada, pode-se utilizar dados fornecidos pelo próprio paciente, relatos de terceiros, drogas em posse do paciente, sinais e sintomas clínicos, ou ainda através do resultado de exames – que possuem um importante papel no diagnóstico e

tratamento, mas que serão abordados na próxima seção, por ser papel da biomedicina (CAETANO, 1993).

As análises objetivas, realizadas através de exames, são as evidências mais convincentes, apesar de não permitirem precisar como se deram as experiências de uso, serem limitadas temporalmente e possuírem um custo. Nos casos onde há o uso de mais de uma substância, deve-se codificar a causadora da dependência, usada com mais frequência (CAETANO, 1993). “Somente nos casos nos quais os padrões de uso de substância psicoativa são caóticos e indiscriminados ou nos quais as contribuições de diferentes drogas estão inextrincavelmente misturadas, deve ser usado o código F19.” (CAETANO, 1993).

Caetano (2013), também pontua os casos exclusivos. Abusos de outras substâncias que não causam dependência, como aspirina, são enquadrados no F55. Casos nos quais transtornos mentais são decorrentes de substâncias químicas, porém não os transtornos deste bloco, devem ser codificados como F00 A F09. Ademais, “o nível de envolvimento alcoólico pode ser indicado por meio de um código suplementar do capítulo XX da CID-10”.

Há ainda, parâmetros sintomáticos definidos pela medicina, para enquadramento do transtorno a condição de dependência química e valoração do grau de dependência. Conforme o quadro abaixo da décima edição da CID – 10, três sintomas ou mais dos elencados já caracterizam estado de dependência da substância psicoativa.

**Quadro 1:** Critérios da CID-10 para dependente de substâncias

**Quadro 1.2** – Critérios da Classificação Internacional de Doenças – Décima Edição (CID-10) para dependência de substâncias<sup>3,5</sup>

CID-10 – Critérios para dependência de substâncias
<p>O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou manifestados durante os últimos 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância</li> <li>• Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo</li> <li>• Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência</li> <li>• Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas</li> <li>• Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos</li> <li>• Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano</li> </ul>

**Fonte:** Aconselhamento em dependência química, 2010, p. 7.

A CID-10, décima edição ainda apresenta, critérios para abuso de substâncias, conforme quadro abaixo.

**Quadro 2:** Critérios da CID-10 para uso nocivo de substâncias

**Quadro 1.4** – Critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças – Décima Edição (CID-10) para uso nocivo de substâncias<sup>3,5</sup>

CID-10 – Critérios para uso nocivo de substâncias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário</li> <li>• Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais adversas de vários tipos</li> <li>• A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo</li> <li>• Uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um distúrbio psicótico, ou outra forma específica de distúrbio relacionado com álcool ou drogas estiver presente</li> </ul>

**Fonte:** Aconselhamento em dependência química, 2010, p. 8.

Abaixo o quadro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV para dependentes químicos, lista sintomas que identificam o padrão de uso disfuncional, que conduz a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo.

**Quadro 3:** Critérios do DSM – IV para dependência de substâncias

**Quadro 1.1** – Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*) para dependência de substâncias<sup>3,4</sup>

DSM-IV – Critérios para dependência de substâncias

Um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante qualquer tempo, no período de 12 meses:

- Tolerância, definida por um dos seguintes critérios:
  - Necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substância para atingir intoxicação ou efeito desejado
  - Efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância
- Abstinência, manifestada por um dos seguintes critérios:
  - Síndrome de abstinência característica da substância
  - A mesma substância (ou outra bastante parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
- A substância é frequentemente usada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado
- Um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância
- Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos
- Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais, ou ocupacionais por causa do uso da substância
- Uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância

**Fonte:** Aconselhamento em dependência química, 2010, p. 7.

Além disso o DSM – IV, apresenta critérios para o abuso de substâncias.

**Quadro 4:** Critérios do DSM – IV para abuso de substâncias

**Quadro 1.3** – Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*) para abuso de substância<sup>3,4</sup>

DSM-IV – Critérios para abuso de substância

- Padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a um prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:
  - Uso constante da substância, resultando no fracasso em cumprir obrigações no trabalho, na escola, ou em casa
  - Uso recorrente da substância em situações fisicamente comprometedoras
  - Problemas legais constantes relacionados com o uso da substância
  - Uso contínuo da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância
- Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para dependência de substância

**Fonte:** Aconselhamento em dependência química, 2010, p. 8.

2.1.1.2. *Biologia e Biomedicina*

No estudo da dependência química, a biologia trouxe grandes novidades quanto aos aspectos neurobiológicos, na identificação dos efeitos comportamentais das drogas

e dos mecanismos patofisiológicos que ocorrem nos processos de tolerância, sensibilização e dependência. Isso porque os biólogos utilizam modelos dos animais, em condições laboratoriais controladas e com menos restrições éticas. Claro que para utilização desses modelos existem requisitos, diretrizes e princípios que devem ser atendidos para que estes estudos tenham validade. Além disso, essas pesquisas vêm “contribuindo significativamente para o desenvolvimento de abordagens terapêuticas mais eficazes” (DINIZ; PEREIRA, 2013, p. 1). Assim sendo, passamos a contribuição da biologia no entendimento da dependência química.

Há evidências que a dependência química é resultante de alteração no Sistema Nervoso Central (SNC) induzido pelas drogas que geram mudanças no comportamento espontâneo do indivíduo. Cada droga tem suas características farmacológicas, mas todas afetam direta ou indiretamente a mesma via de circuitos neuronais de grande importância para o Sistema de Recompensa Cerebral (DINIZ; PEREIRA, 2013, p. 1).

Sistema de Recompensa Cerebral é um circuito do prazer essencial à sobrevivência da espécie, pois “devido à geração de emoções gratificantes, é responsável pela manutenção de atividades vitais como, reprodução, busca de alimento e água, agressividade, entre outros.”. Quando a droga ou o ambiente causa uma sensação de prazer, isso provoca mudanças nesse circuito e estudos demonstram que ambos causam liberação de dopamina, embora a gerada pelo estímulo ambiental seja de menor duração ou intensidade do que a causada pelas drogas de abuso. (DINIZ; PEREIRA, 2013, p. 1).

A ativação e a transmissão dessa dopamina diminuem com a constante exposição, levando o organismo a uma adaptação. Quando uma substância, repetidamente, é administrada e não gera o mesmo efeito, ou precisa de maior dose para o maior efeito, observa-se a tolerância. Existe reação inversa, a sensibilização, quando determinadas substâncias como os opióides ou anfetaminas, aplicados de certa maneira, causam uma modificação na função dopaminérgica, produzindo um aumento na transmissão, uma hiperativação (DINIZ; PEREIRA, 2013, p. 1).

Tanto a tolerância quanto a sensibilização são neuroadaptações que se relacionam com a forma pela qual a droga é utilizada e o intervalo de doses. Já a abstinência, costuma causar diminuição nos níveis de dopamina no circuito do prazer, principalmente no núcleo *accumbens* (DINIZ; PEREIRA, 2013, p. 1). Por fim, destaca-se que o modelo utilizado nos estudos laboratoriais com os animais é da autoadministração, ou seja, o animal aciona algum dispositivo que gera o estímulo nele, assim, observa-se a abstinência, o uso compulsivo

e a recaída, estudos tem demonstrado que drogas auto administradas que causam dependência nos animais, também causam nos seres humanos.

A importância da biomedicina na dependência química está ligada a fase de diagnóstico e tratamento. A biomedicina tem por propósito estudar as transformações no corpo humano e suas consequências. Para Figueiró e Freese (2013, p. 11), entre as muitas áreas desta disciplina, profissionais da “Biofísica, Biologia Molecular, Bioquímica, Farmacologia, Fisiologia e Genética podem contribuir para o entendimento dos processos neurobiológicos associados a adição, sua consequência ao organismo e testar novas abordagens para tratamento.”.

Destaque a biologia molecular, dado que as pesquisas neste campo, tem permitido conhecer os genes e polimorfismo que regem a ação da droga no organismo e a identificação precoce de suscetibilidade à dependência. Ademais, este campo tem permitido a criação de vacinas que geram um complexo antígeno-anticorpo, que impede a droga de atravessar a barreira hematoencefálica e de causar danos ao SNC (FIGUEIRÓ; FREESE, 2013).

Além disso, a biomedicina atua na avaliação toxicológica, por meio de exames que permitem avaliar a presença de drogas e o nível de dependência, estes testes são ferramentas utilizadas em programas de reabilitação, principalmente para, tratamentos periódicos não-internativos como grupos de apoio, acompanhando a redução do uso e a presença das substâncias psicoativas no organismo. Esses exames são realizados somente com a anuência do indivíduo (FIGUEIRÓ; FREESE, 2013).

#### *2.1.1.3. Abordagem e conceituação psicossocial*

Segundo Postigo (2010), a adicção, não faz referência apenas a drogadicção, mas a dependência psíquica na relação do sujeito com o objeto, com qualquer objeto, prevalecendo no psiquismo do sujeito. É a sujeição ao objeto que marca a adicção, podendo ser este tóxico (álcool, outras drogas), ou atóxico (comida, jogo).

No campo da psicologia e neurociência, destacam-se três teorias atuais: 1) a teoria Comportamental da dependência como escolha de Heyman, 2) a Teoria da Sensibilização do incentivo de Robinson e Berridge e a 3) teoria Neurobiológica da dependência como escolha, de Kalivas. Interessante que, apesar de divergirem quanto ao modo como os processos de aprendizagem ocorrem, “todas concordam em caracterizar a dependência como resultante de processos de aprendizagem em que droga e estímulos



associados a seus efeitos adquirem controle potente sobre o comportamento. ” (GARCIA-MIJARES; SILVA, 2006). A teoria que possui um vínculo com a abordagem biológica apresentada é a da Sensibilização do incentivo, a qual segue breve definição abaixo.

Segundo Robinson e Berridge (1993), a teoria da Sensibilização do incentivo aponta que a dependência acontece porque os sistemas neurais vão se adaptando ao consumo repetido das drogas, criando a súplica pela droga, deixando de ser um “liking”, gostando e querendo, passando a um nível maior de “wanting”, desejo, chegando ao que os autores intitulam “craving”, um poderoso desejo por algo, forte ânsia pela substância, o querer patológico. Esta teoria está ligada ao que foi apresentado a respeito da biologia e o processo de formação de dependência.

Repetidas e intermitentes administrações das substâncias gerando neuroadaptações no sistema neural, que o vão tornando cada vez mais e talvez até permanentemente hiperresponsivo, ao ponto de persistir no uso, mesmo em face da perda da reputação, do trabalho, e da família. O desenvolvimento da adicção é um processo gradual e progressivo, onde cada dose, mais e mais, estimula o com maior intensidade o sistema produtor de dopamina, pareando o intenso uso da droga a esta ativação intensa. Portanto, o “querer” vai gradualmente se tornando em uma ânsia suplicante, ainda que ao mesmo tempo, o “gostar” das drogas possa ser menor e menor (ROBINSON; BERRIDGE, 1993).

Nesse ponto, destaca-se esse conflito, entre o desejado e o suplicado dentro do sujeito. Há um conflito, uma tentativa de enfrentar a escravidão, o domínio do objeto da adicção. Esta relação assume lugar de prevalência e destaque na vida do sujeito e esse é “um aspecto fundamental da adicção” (POSTIGO, 2013). A lógica da adicção “se situa ao lado da restituição e da tentativa de se libertar de uma dominação”, é o objeto que faz surgir o temor da dependência, “esta forma particular de sofrimento na qual o outro aparece com impossível de dominar, rebelde a qualquer controle” (PEDINELLI; ROUN, 2000, P. 88.).

Sendo assim, com a leitura destas principais definições, observa-se um núcleo comum, onde é possível entender a adicção como um estado de dependência que leva o indivíduo a negligenciar outros aspectos sociais, ainda que também sejam geradores de prazer e estabelecidos uma vez como prioridades, passam a estar em segundo plano. Por fim, perfazendo este importante item da pesquisa, no intuito de alongar-se nesta conceituação, traz-se clara definição da adicção, em citação direta:

“A marca da adicção é a busca obrigatória pelo objeto, qualquer objeto, que designará nessa busca a repetição dos atos suscetíveis de provocar prazer, porém marcados pela dependência a um objeto material ou a uma situação buscada e consumida com avidez (PEDINIELLI; ROUAN; BERTAGNE, 1997). Essa avidez, esse caráter compulsivo, aparece de forma violenta na adicção: trata-se de uma relação na qual existe uma escravidão de um sujeito a um objeto, que possui um caráter “imperativo”, obrigatório, que domina a relação e compele o sujeito a buscar incessantemente um mesmo objeto.” (POSTIGO, 2010, P. 24).

Ou seja, de acordo com Postigo (2010) “a escravidão, a dependência, a submissão, a repetida e compulsiva busca ao objeto apresentam-se como os principais elementos no quadro da adicção.”. Todavia, conforme afirma Postigo (2010), a ênfase também na “maneira como esse objeto foi internalizado”, a sujeição ao objeto e os aspectos envolvidos nessa relação.

Nesse ponto, há a relação da adicção com o campo do estudo dos estados limites. Essa interiorização do objeto, fazendo-o parte do individuo, ocorre no estado em que este “se vê comprometido na capacidade de estabelecer fronteiras consistentes que sustentem a relação com objeto”. Há um comprometimento nessa relação e uma dificuldade no manejo desta dinâmica, “principalmente na delimitação e sustentação dos limites entre o sujeito e o objeto” (POSTIGO, 2010).

Portanto, neste momento chegamos a conclusão científica que afirmações populares leigas quando se depara com o estado degradável de algum adicto, não subsistem como verdades, e são na verdade mero preconceito. Expressões como “este usuário está nesse estado porque quer” , “isso não é doença, é vadiagem”, ou ainda, “viciado não tem cura, não adianta ajudar” estão em desacordo com os estudos científicos da área.

A medicina conceitua a dependência química como doença, de fato, uma patologia. A biologia e a biomedicina explicam como se forma essa relação de compulsão, através mudanças fisiológicas no sistema nervoso. A psicologia e a neurociência, através de décadas de pesquisas, buscam compreender os danos e as disfunções psíquicas, emocionais e sociais ocasionadas pela subordinação ao objeto da adicção. Segue-se conceituação de importante ferramenta no processo de atenção, reabilitação e reabilitação social.

### 2.1.2 Comunidades Terapêuticas

O que são comunidades terapêuticas? De onde surgiram? Quais são as críticas positivas e negativas a este modelo terapêutico? Neste item, serão apresentadas, nessa sequência: 1) histórico, 2) Conceituação científica e benefícios do modelo e 3) críticas e riscos.

#### *2.1.2.1 Histórico*

O trabalho terapêutico com dependentes, fora da psiquiatria, tem uma história nos Estados Unidos, em meados de mil novecentos e vinte, pelo trabalho de Frank Buchman, ministro evangélico luterano que fundou uma organização religiosa conhecida como O grupo de Oxford. Sua mensagem era de “retornar a pureza e a inocência dos primórdios da igreja primitiva”. A missão Oxford acolhia todos sujeitos envolvidos no sofrimento humano (FRACASSO, 2017).

Transtornos mentais e o alcoolismo eram preocupações do movimento, apesar de não ser o foco. As ideias e práticas incluíam “ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor promovidos pelo protestantismo, o autoexame, a reparação e o trabalho conjunto”. (FRACASSO, 2017).

Nesse período, Bill Wilson, dependente de álcool havia sido convertido por meio de um amigo que pertencia ao grupo de Oxford. Nesse grupo conheceu outro dependente, Bob Smith. O diálogo deles marca o início da irmandade Alcoólicos Anônimos (AA), em Akron, Ohio, 1935. Em mil novecentos e cinquenta e nove, em Santa Mônica, na Califórnia, Charles Dederich, um dependente de álcool, em recuperação, junta suas experiências do AA com “outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas, a fim de lançar e desenvolver o programa da Synanon, a primeira comunidade terapêutica (CT) estadunidense” (FRACASSO, 2017).

Essa primeira CT tinha como objetivo de, através da dinâmica grupal, “ajudar o indivíduo a descobrir e alterar atitudes e comportamentos característicos associados a dependência de substâncias psicoativas”. Essa dinâmica de funcionamento deu origem a outras CTs, que conservaram os conceitos e aperfeiçoaram o modelo proposto por Synanon. A CT Daytop Village, foi fundada em 1963 e tornou-se um excelente exemplo dessa alternativa terapêutica (FRACASSO, 2017).

A partir daí esse modelo de tratamento foi difundido por todo mundo e teve importante papel, uma vez que, nesse mesmo período, iniciava-se importante movimento no campo da medicina, a reforma psiquiátrica. Por um lado, o modelo da comunidade terapêutica

era justamente a alternativa ao modelo manicomial, que até o momento era amplamente utilizado em todo mundo, até que se observou sua ineficácia, que feria a dignidade humana e muitas vezes era usado com outros propósitos. Por outro lado, por afastar o indivíduo, foi recebida, que de fato é uma perpetuação dos horrores do manicômio, apenas com uma aparência mais humana.

A seguir será apresentado o histórico que aponta a comunidade terapêutica como uma boa alternativa ao manicômio. No fim deste capítulo, na seção “críticas e riscos” será apresentado, que, infelizmente, de fato algumas CTs funcionam como manicômios, por as utilizarem com os mesmos propósitos desonestos, buscando isolar sujeitos por motivos escusos, obter lucro com o trabalho forçado destes e permitir práticas que ferem os direitos humanos fundamentais, como a tortura física e psicológica.

O conceito de comunidade terapêutica, nasce, dentro da medicina psiquiátrica, com o psiquiatra inglês Maxwell Jones, desvinculada do público usuário de drogas. Segundo Jones (1968, p. 16) na década de 30 a psiquiatria era decepcionante e fragmentária, os métodos eram apenas físicos e Jones insistiu em estudar e trabalhar com eles, como o tratamento especial de coma insulínico, o que para ele foi decepcionante. Em 1941, foi encarregado de uma unidade com 100 pacientes no hospital Maudsley. Ali iniciou a psiquiatria social, em uma primeira experiência, em larga escala, com seis equipes. Começou com um ciclo de palestras, mas logo perceberam a necessidade de uma interação bilateral, por meio de encontros diários e atividades onde os pacientes são ativos e há menos hierarquia e um tratamento mais horizontalizado.

Devido ao sucesso nessa unidade, a partir daí Maxwell foi assumindo outras unidades, trabalhando com ex-prisioneiros vindo dos campos de prisioneiros. “Foi durante os meus doze anos que passei na secção de reabilitação social que meus colegas e eu desenvolvemos melhor o conceito de comunidade terapêutica.” (Jones, Maxwell, 1968).

A ideia de comunidade terapêutica despertou grande interesse no mundo da psiquiatria e diversos programas de pesquisa passaram a estudar essa abordagem de tratamento. Em 1959, Maxwell Jones esteve por um ano, como professor visitante, na Universidade de Stanford e mais três anos como diretor de educação e pesquisa no Hospital Estadual de Oregon, onde pode estudar o desenvolvimento da psiquiatria social na América. A seguir, percebeu que as bases mais sólidas dessa disciplina estavam na Grã-Bretanha e retornou a Escócia para ser o superintendente do Hospital Dingleton onde pode desenvolver o conceito de comunidade terapêutica, em um hospital com 400 leitos que já vivia uma

realidade de um hospital de portas abertas. Assim, foi no hospital em Melrose, que o autor ele desenvolveu a psiquiatria social e os conceitos de comunidade terapêutica.

O método social da comunidade terapêutica para tratar pacientes com problemas com drogas foi ser mais desenvolvido nas décadas pós Jones, anos 1970s e 1980s. A experiência de Jones foi inspiração para novas iniciativas que levaram a Reforma Psiquiátrica mundial. Exemplo disso foi Franco Basaglia precursor da Reforma Psiquiátrica italiana, conhecida como Psiquiatria Democrática (FRACASSO, 2017). Basaglia, após 12 anos de carreira acadêmica na universidade de Padova, ingressou no hospital de Gorizia e ao assumir a direção iniciou mudanças no sentido de torna-lo numa comunidade terapêutica (FRACASSO, 2017).

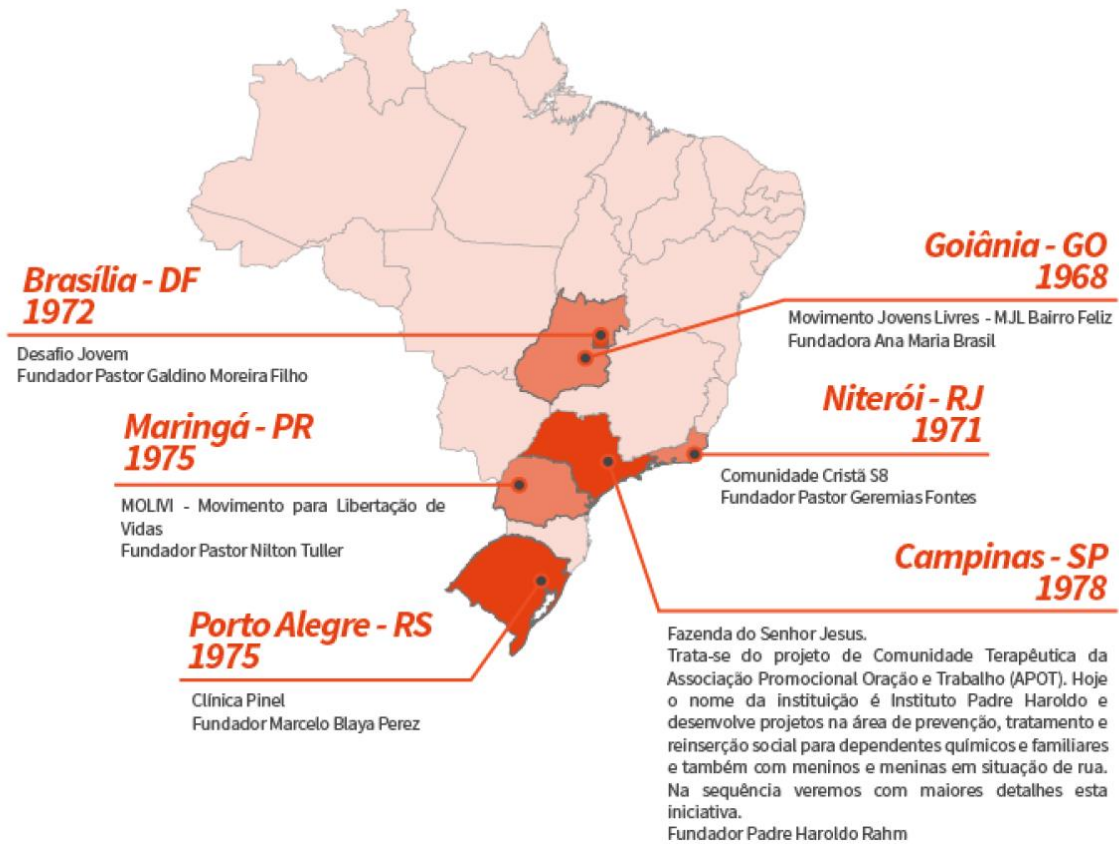
Ainda na Europa, destaca-se a experiência holandesa, na comunidade terapêutica *Emilie-Hoeve*, em 1972, houve a tentativa de implementar um modelo democrático a uma grupo de toxicodependentes. Essa intervenção englobava a desintoxicação, as terapias individuais clássicas, como a psicanálise e o trabalho voluntário. As admissões não eram exigentes, no mesmo ano o grupo dissolveu-se, atitudes anti-terapêuticas alastraram-se e impossibilitaram a intervenção. Esse fracasso, serviu de aprendizado aos europeus que ainda não estavam tão empenhados na implementação das CTs como os estadunidenses (TINOCO, 2006).

No Brasil, sob a influência estadunidense dos programas da Synanon e da Day Top Village, iniciou-se as primeiras CTs, sendo que a fundação da Fazenda do Senhor Jesus, em 1978, o trabalho do padre Haroldo J. Rahm ocorreu a aceleração do processo de implantação de CTs em todo o Brasil. Importante atitude do padre Rahm foi introduzir o modelo psicossocial no quadro de sua equipe de profissionais, ao perceber que o estado de alguns dependentes carecia de algo além do que as CTs podiam oferecer (FRACASSO, 2017).

Após esse momento, segundo Fracasso (2017), o número de comunidades terapêuticas cresceu exponencialmente em todo o Brasil, apesar de muitas receberem a nomenclatura, mesmo sendo apenas espaço de moradia (FRACASSO, 2017). A nomenclatura “Comunidade Terapêutica” passou a ser amplamente utilizada, muitas vezes indevidamente. Por isso, em outubro de 1990, a fim de implementar uma normalização, padronização, o padre Haroldo, fundou a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Essa importante federação será melhor explorada na descrição da situação problema.

Abaixo figura que ilustra as primeiras comunidades terapêuticas no Brasil. O período coincide com a psiquiatria social atuante no mundo e o trabalho americano oriundo do AA.

**Figura 2:** Primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil.



**Fonte:** Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações, FRACASSO, LAURA.

### 2.1.2.2. Conceituação científica e benefícios do modelo

Jones (1972), na obra “A comunidade terapêutica”, aponta que a “distinção entre comunidade terapêutica e outros centros semelhantes de tratamento reside no modo como se capitalizaram conscientemente no tratamento os recursos da instituição”. Para ele, a psiquiatria social visa “envolver o paciente, sua família, os amigos mais chegados e os conhecidos, juntamente com os experimentados assistentes sociais, num esforço ativo para melhorar a situação”

Ele afirma que acima de tudo, isso implica numa mudança no status comum dos pacientes. Estes passam a ser ativos em sua própria terapia, em contraste notável com o tratamento convencional, onde o paciente era passivo e receptivo. Além disso, Maxwell Jones, apresenta a estrutura social de uma comunidade terapêutica:

É caracteristicamente diferente da tradicional seção hospitalar ou unidade descentralizada. Toda a comunidade constituída de equipe, pacientes e seus parentes esta envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração. Até que ponto

isto é praticável ou desejável depende naturalmente de muitas coisas como, por exemplo, a atitude do líder ou de outro membro da equipe, dos tipos de pacientes e das sanções estabelecidas pela autoridade superior. A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional. Numa comunidade terapêutica, os papéis da equipe e dos pacientes e a relação entre eles são objeto de frequente exame e discussão. Com isto se visa aumentara a eficácia dos papéis e aguçar a percepção comunitária deles. (JONES, 1972, P. 89).

Assim, conforme cita Jones, os ajustes do modelo apresentado por ele dependeram dos tipos de pacientes. Portanto cabe lembrar que os seus pacientes eram soldados com transtornos psíquicos, no período pós-guerra. Ou seja, ainda que tenha sido ele o precursor deste modelo e ter fornecido os princípios e fundamentos do método. Este precisou ser adaptado para os pacientes dependentes químicos, das mais diversas substâncias psicoativas. Nesse ponto, importante autor que aborda aplicação do modelo a esse grupo, De Leon, nos fornece respostas essenciais na validação do método.

Assim, segundo De Leon (1984) e Simpson (1979), estudos que documentaram por um longo período as comunidades terapêuticas, demonstraram que elas são efetivas em reduzir o abuso de drogas e os comportamentos antissociais.

As comunidades terapêuticas veem o abuso de substâncias como uma desordem do indivíduo como um todo, o que demanda um tratamento residencial de longo prazo, a fim de nutrir mudanças no estilo de vida e na identidade (DE LEON; WEXLER, 2009). Viciados em drogas que entram nas CTs revelam um considerável grau de incapacidade psicológica, o qual é posteriormente confirmado por meio de estudos diagnósticos.

Segundo De Leon e Wexler (2009), acompanhando estudos que avaliaram social e psicologicamente o resultado de ex-internos, após um a doze anos, demonstraram que as CTs são efetivas na redução do abuso de drogas. A dimensão da melhoria está diretamente relacionada com a permanência. Quanto mais tempo os pacientes passaram na CTs, melhor foram os seus progressos.

Segundo De Leon e Wexler (2009) a maioria dos abandonos ao tratamento se dão nos 30 primeiros dias. Estes, recaem ao uso mais facilmente. A eficácia do modelo não necessariamente resolveu o problema da ampla difusão da droga. Abuso de substâncias e problemas relacionados são perversos com grande diversidade de usuários. Assim, as CTs modificaram suas práticas. Atualmente, as CTs incluem programas para adolescentes, moradores de rua, mulher e criança e pacientes mantidos na metadona. Essas práticas colaboraram para mudanças no período de tratamento(3, 6, e 12 meses).

As comunidades terapêuticas ainda são efetivas e possuem um custo benefício, mesmo para estes tratamentos de usuários de múltiplas drogas? Sim! O peso das evidências dos estudos indicam que o padrão corrente de tratamento, aponta um grande alcance deste trabalho (DE LEON WEXLER, 2009)

Assim, os estudos de Maxwell Jones (1972), Rapaport (1960) e Slasnick e Amini (1961) trouxeram características do que seria a comunidade terapêutica psiquiátrica, que segundo Kennard (2003), são elas: Organização responsável pelo resultado terapêutico; Uma organização social útil para criar “um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos” e não apenas um apoio administrativo; Democratização: o ambiente de propiciar oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição; Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos; Elevado valor da comunicação; A atmosfera qualitativa é terapêutica e precisa ser uma combinação equilibrada de equilíbrio, controle e tolerância a comportamentos que acabam por interromper o segmento normal do processo e; Orientação para o trabalho produtivo e rápido retorno à sociedade.

Além disso, De Leon (2009) aponta que a comunidade terapêutica considera o abuso de substâncias como sendo um transtorno complexo da pessoa inteira. Padrões de vida e comportamentos autodestrutivos revelam perturbação e transtorno no modo de agir de cada dependente. Portanto, na comunidade terapêutica, o principal responsável pela recuperação e pelo seu transtorno é o próprio indivíduo.

Considerando-se todos fatores genéticos, fisiológicos e psicossociais, mas apontando que este fez escolhas que o levaram a estar naquela condição, do mesmo modo que precisa fazer outras escolhas para que saia dela.

Na perspectiva da comunidade terapêutica, a dependência química é um sintoma e não a essência do transtorno. O problema, portanto, é a pessoa e não a droga. Ela precisa entender o porquê decidiu utilizar dessas substâncias, bem como o processo que a conduziu a isso e como criar ferramentas que a permitam identificar as situações que a colocam diante da porta da “fuga”, do uso, do escape.

Além disso, conforme a trajetória e da metodologia do AA e do NA (Narcóticos Anônimos), apesar da individualidade de cada, os dependentes químicos tem muito em comum, no contexto da comunidade terapêutica eles experimentam essa identificação que os motivam, ao saberem que não estão sozinhos (FRACASSO, 2017).

Outro aspecto da comunidade terapêutica é o ambiente de reflexão. Durante o uso, esses dependentes viviam na saga de uma única coisa: mais uma dose. Assim, quando estão neste ambiente de reflexão e livre do efeito das drogas, começam a tomar consciência



do que passou em suas vidas, das decisões que tomou, dos familiares, dos trabalhos, dos amigos. Nesse momento, na “concepção da CT, é fundamental considerar uma mudança global do estilo de vida e de ressignificação da identidade do indivíduo no contexto do aprendizado social” (FRACASSO, 2017).

As comunidades terapêuticas guardam intrínseca relação com a reforma psiquiátrica, a psiquiatria social e a crítica ao modelo internativo. Estas são a resposta ao problema: como tratar altíssimo grau de dependência, afastando da fonte das drogas e dos ‘gatilhos’ que o levam ao uso, sem utilizar os manicômios, que tanto afrontaram os direitos humanos e foram extintos com a reforma psiquiátrica?

Além desse afastamento para evitar o uso, o tratamento dentro da comunidade terapêutica, é fundado na psiquiatria social, que permite ao sujeito a compreensão do que o levou ao uso, a aceitação da doença e a internalização do conhecimento de técnicas e métodos que o ajudarão a permanecer sóbrio. Somado a isso, o trabalho de psicólogos e psiquiatras, permite um acompanhamento mais próximo dos primeiros meses “limpo” dos dependentes.

Ao completar o tratamento, os dependentes em recuperação ainda precisam de auxílio e apoio, o que encontram nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e em grupos de apoio como o “narcóticos anônimos”, outra prática recomendável é fazer visitas a comunidades, motivando os internos e relembrando da necessidade de se manter vigilante.

### *2.1.2.3 Críticas e riscos*

Portanto, as comunidades terapêuticas, historicamente, nascem justamente numa resposta a ineficiência dos modelos essencialmente medicamentosos e internativos históricos. Modelos esses não apenas ineficientes, como também ofensivos ao Direitos Humanos. As manipulações e distorções do modelo são a principal justificativa da necessidade da criação de uma política pública voltada as comunidades terapêuticas, não apenas para apoiar-las, mas, principalmente fiscalizar e capacitar, uma vez que elas são extensões do sistema de saúde, cumprindo papel estatal na garantia do direito fundamental à saúde, positivado na constituição federal.

Assim sendo, ainda que parte destas instituições sejam criticadas pela qualidade do tratamento oferecido, não se pode negar que exercem um papel fundamental na saúde da sociedade, na segurança pública e na manutenção da justiça. O caminho então, não está na extinção dessas organizações, mantidas pelo árduo trabalho voluntário de poucos, mas sim no apoio e fiscalização.

Exemplo disto é o RINCT (Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas) de 2018. Este relatório “traz uma síntese das informações levantadas pelas equipes que visitaram 28 comunidades terapêuticas em 12 unidades da federação” e tem o propósito “de oferecer exemplos concretos da situação vivida pelas pessoas privadas de liberdade nessas instituições.”.

Quanto as modalidades de ingresso, dez afirmaram receber apenas internações voluntárias, um apenas involuntárias e compulsórias e dezessete voluntárias, involuntárias e compulsórias. Tais internações devem ser de acordo com a Lei nº 10.216/2001 e ser comunicadas ao Ministério Público Estadual em até 72 horas e é necessário laudo médico, todavia apenas duas informaram explicitamente possuir laudo médico e somente duas informam ao ministério público, sendo que uma informa fora do prazo, mensalmente e não em 72 horas (RINCT, 2018).

O relatório segue informando inúmeras irregularidades, tais quais ausência de projeto terapêutico singular, o qual é eixo central da diretriz estabelecida pelo art. 2º, inciso XII da Portaria nº 3.088/2011, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Além de violação da liberdade religiosa, ausência de alvará sanitário, a laborterapia funcionando como exploração do trabalho, fragilidade nas equipes multidisciplinares, sanções e indícios de tortura e internação irregular de pessoas idosas e indivíduos com transtornos diversos de saúde mental (RINCT, 2018).

### 2.1.3. Políticas Públicas

Antes de pensar uma política pública é preciso conceitua-la e buscar na esfera científica um entendimento aprofundado, dado que diversos pesquisadores já atuaram nessa disciplina e, portanto, é preciso olhar para eles, e daí partir para adaptação e aplicação de um modelo de política pública ao contexto escolhido, este é o trabalho de um pesquisador de uma pós-graduação profissional.

Sendo assim, a ênfase bibliográfica quanto às políticas públicas, conceitos e preposição de modelos de políticas públicas, está no trabalho de Leonardo Secchi. Graduado e mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi pesquisador na Harvard Kennedy School (Universidade de Harvard – Estados Unidos), no Boston Municipal Research Bureau (BMRB – Estados Unidos) e no Instituto de Gobierno y Políticas Públicas.

Secchi é diretor presidente do PVPBLICA – Instituto de Políticas Públicas, palestrante e professor de pós-graduação em diversas universidades e docente de Administração Pública na graduação e no mestrado da Escola Superior de Administração e

Gerência (ESAG) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Seus livros sobre políticas públicas são pioneiros no Brasil nesta temática e são amplamente utilizados nos cursos de graduação e pós-graduação. Estes são frutos de pesquisas internacionais desta tão recente disciplina, que consolida um corpus teórico próprio, tendo como marco o ano de 1951, ainda que em 1930 já houvessem contribuições significativas (SECCHI, 2013).

A escolha desse autor, conforme será explicada na metodologia, se dá ao fato dele ser uma referência no Brasil e ter estudado os autores internacionais e adaptado a realidade nacional. Somado a isso, por ser uma disciplina que envolve a estrutura política, social e cultural de um país existem diversas abordagens e linhas de pensamento. Assim, o conceito, os modelos e a ênfase das políticas públicas precisam ser tomado na perspectiva de autores voltados para o contexto estudado, contexto temporal e local, ou seja, autor contemporâneo e brasileiro. Ademais, “o papel do Estado varia em cada país, e muda constantemente dentro de um mesmo país.” (SECCHI, 2013, p. 6).

#### 2.1.3.1. *Problema Público e Política Pública*

“Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público.”(SECCHI, 2013, p. 2. Políticas Públicas). Essa afirmação inicial pode parecer óbvia e desnecessária, mas começa pontuando algo fundamental, o problema a ser confrontado precisa ser público. Existem muitos pedidos e rogos exigindo respostas por meio de políticas públicas. Todavia, a pergunta é: o problema/dilema que é apresentado, é de fato público? Segundo Secchi (2013), para que um problema seja visto como público ele precisa ser intersubjetivo, ou seja, afeta diversos sujeitos. Além disso, ele assim pode ser definido como uma distância, entre uma situação ideal e a condição atual (SJÖBLOM, 1984; SECCHI, 2013).

Esmiuçando, a palavra “políticas”, no Brasil esta mesma palavra possui duas conotações, enquanto que no inglês são duas palavras diferentes. Politics, que para Bobbio (2002), é o sentido mais comum desta palavra para os brasileiros, “a atividade humana” voltada para as relações de poder sobre a sociedade, a atividade e a competição política, relacionada aos recursos empregados na relação de poder entre Governo e o homem. O segundo sentido de “política” é expresso em inglês pela palavra policy e faz referencia ao *modus operandi* de uma instituição, a política de um órgão público, ou de uma empresa. Na expressão “Políticas Públicas”, o sentido é este segundo (SECCHI, 2013).

Dentre as várias correntes que a definem, seguir-se-á na linha apontada por Secchi e concebido de acordo com o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado

(PDRAE). Assim sendo, políticas públicas são assim intituladas pelo tipo de problema quem enfrentam, podendo ser executadas por entes estatais e não estatais (abordagem multicêntrica), tais quais organizações privadas, organismos multilaterais e redes de políticas públicas (policy networks) (DROR, 1971 apud SECCHI, 2013; KOOIMAN 1993; RHODES, 1997; REGONINI, 2001, HAJER, 2003).

Karl Polanyi e Elinor Ostrom posicionaram-se no sentido de a política e a economia serem vistas como policêntricas. Teoria que se relaciona a esta abordagem, a das redes de políticas públicas, vislumbra múltiplos atores, agindo em rede (BÖRZEL, 1997; KLIJN, 1998). Ou seja a atuação de todos os agentes envolvidos é essencial, cada ator é importante, cada um em um papel específico.

Consolidando a interpretação de Secchi o PDRAE, no intuito de desburocratizar e descentralizar o Estado brasileiro, dividiu os setores do Estado e distribuiu os serviços, conforme imagem abaixo onde pode-se observar onde entram as comunidades terapêuticas, na terceira categoria, o que seria o terceiro setor, como é chamado atualmente, que são serviços públicos mas que podem se executados por instituições privadas, com o fomento e a fiscalização estatal.

**Figura 3:** Setores do Estado

	Estatal	Pública Não Estatal	Privada	Burocrática	Gerencial
<b>NÚCLEO ESTRATÉGICO</b> Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula dos Ministérios, Ministério Público	●				●
<b>ATIVIDADES EXCLUSIVAS</b> Regulamentação Fiscalização, Fomento, Segurança Pública, Seguridade Social Básica	●				●
<b>SERVIÇOS NÃO- EXCLUSIVOS</b> Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa, Museus		Publicização → ●			●
<b>PRODUÇÃO PARA O MERCADO</b> Empresas Estatais			Privatização → ●		●

**Fonte:** BRASIL-PDRAE/MARE, 1995, p. 41

Destaque aos serviços não-exclusivos, executados por organizações sociais, sem fins lucrativos. Instituições não-estatais detentoras de propriedade privada e sem o poder do Estado. Os seus serviços “envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde” (BRASIL, 1995, p. 42. PDRAE). Isto posto, consolida-se que políticas públicas no Brasil são executadas por entes estatais e não-estatais. Sendo recorrente a rede de políticas públicas abordada por Börzel (1997) que envolvem órgãos públicos, organizações sociais e associações voluntárias, o que é a proposta deste trabalho para a questão das drogas no município de Campo Grande –MS, isto é, estruturar esta rede de trabalho policêntrica.

Concluindo a conceituação de políticas públicas, importante ressaltar que estas caracterizam pela ação do Estado, a não presença deste em face de uma problemática pública, não pode ser entendida como uma política de não fazer, mas sim a ausência de uma política pública (SECCHI, 2013). Por fim, há ainda a discussão a respeito do nível de atuação, se considera-se política pública somente como macro diretrizes estratégicas como defendem Comparato (1997) e Massa-Arzabe (2002), ou ainda que estas estão presentes em todos os níveis, do operacional ao estratégico, como será abordado aqui, uma vez que a política de um município que concretiza uma política pública estratégica prevista em alguma lei, por meio de um programa, não seria considerado.

#### 2.1.3.2. Classificação de Políticas Públicas

Neste ponto, de forma breve, serão apresentadas classificações (dentre as muitas existentes), quanto ao tipo de política pública. Importante destacar, que serão apresentados os mais relevantes tipos.

#### 2.1.3.3. *Quanto ao tipo*

Segundo Lowi (1972) na análise de uma política pública o componente mais elementar a ser analisado é o tipo que se adotou, isso porque ele afirma que as políticas é que as políticas públicas (policies) determinam as dinâmicas políticas (politics). Portanto é preciso analisar e descrever essa política pública a fim de compreender sua estrutura e acompanhar o seu desenrolar.

Para melhor visualização, foram criadas tipologias que permitem captar o conteúdo sintetizado. “Uma tipologia é um esquema de interpretação e análise de um fenômeno baseado em variáveis e categorias” e “variável é um aspecto discernível de um objeto de estudo” e categoria analítica é “um subconjunto de um sistema classificatório” Secchi (2013, p.24).

De acordo com Lowi (1964) existem quatro tipos de políticas: regulatórias, distributivas, redistributivas e constitutivas. A elaboração de um projeto de lei que estabeleça política pública de drogas para um município é o tipo regulatório, inclinado para o constitutivo, uma vez que “estabelecem padrões de comportamento, serviço ou produtos para atores públicos e privados” (SECCHI, 2013) e definem competências, poderes sobre outras regras (LOWI, 1965).

## 2.2 CONTEXTO NORMATIVO

Nesta seção serão apresentadas as legislações sobre drogas e comunidades terapêuticas. Iniciando pelo histórico de legislações sobre drogas, apresentação das principais normas vigentes e por fim, municípios que já produziram ou estão produzindo suas leis municipais estabelecendo sua política sobre drogas.

### 2.2.1. *Histórico da legislação federal – Leis Ordinárias*

As normativas relacionadas a políticas de drogas são de fato recentes, início na década de 30, uma vez que o álcool existe no Brasil e gera problemas públicos desde o século XVI. A necessidade de normatização vem quando novas drogas aparecem e o número de dependentes aumenta. Desde então são diversos marcos, que, ainda que atrasados, acompanham as mudanças científicas de entender a adicção.

### *2.2.1.1. Cronologia da política nacional sobre drogas*

(1938) O Decreto Lei nº 891, de 25 de novembro de mil novecentos e trinta e oito, constitui a primeira legislação que consolida ações de prevenção, tratamento e repressão na área de drogas no Brasil.

(1976) Aprovada a Lei de 6368, de 21 de outubro de mil novecentos e setenta e seis, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

(1980) Aprovado o Decreto nº 85.110, de 2 de Setembro de mil novecentos e oitenta, que Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, bem como normatiza o Conselho Nacional de Entorpecentes.

(1986) A Lei 7560, de 19 de dezembro de mil novecentos e oitenta e seis, criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas

(1993) Criada, no âmbito do Ministério da Justiça, pela Lei 8764, de 20 de dezembro de 1993, a Secretaria Federal de Entorpecentes, órgão de supervisão técnica no que tange às atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao uso indevido de produtos e substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, buscando dar estrutura para organização do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes.

(1998) O Brasil dá início à discussão de uma nova política nacional específica que articule os temas da redução da demanda (ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes) e da oferta de drogas (atividades inerentes à repressão da produção não autorizada, ao tráfico ilícito de drogas e ao controle de substâncias precursoras da fabricação de drogas ilícitas e de drogas lícitas, tais como o álcool e o cigarro). Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a **Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)**, diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.

(2002) Com a missão de **“Coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade”** e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos

atores envolvidos com o tema para a reformulação da política de drogas brasileira. Assim, por meio de **Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002**, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD do país. Ainda neste ano, o governo sancionou a Lei 10409, de 11 de janeiro de 2002, que fez uma série de modificações na antiga Lei 636.8/1976, mas mantendo partes significativas desta legislação no que tange à redução da oferta.

(2004) Foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política instituída em 2002, por meio de seminários e fóruns e estudos epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, sendo aprovada uma nova **Política Nacional sobre Drogas (PNAD), por meio da Resolução nº3/GSIPR/CONAD** em 23 de maio de 2005 sem contudo, rever o Decreto 4345/2002.

A Política Nacional sobre Drogas de 2004 fez uso de boa parte da norma de 2002, estabelecendo os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

(2006) Aprovada a Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando a legislação anterior, em especial a Lei nº 6368/1976. A Lei nº 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. Esta lei busca compatibilizar os dois instrumentos normativos: as Leis 6.368/1976 e 10.409/2002, e os revoga a partir de sua edição, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Brasil entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Dessa forma, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas: Advertência sobre os efeitos das drogas, Prestação de serviço à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; Medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

(2006) O Decreto nº 5912/2006, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7426/2010, regulamentou as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

Consta ainda no histórico da política nacional sobre drogas que após a realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, quando foram discutidos os



princípios diretivos para a redução da demanda de drogas. Os quais foram recebidos pelo Brasil. Assim sendo, “o então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a **Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)**, diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República” (OBID, 2018).

### *2.2.2. Normas orientadoras do SISNAD*

A Lei de Drogas (11.343/06) estabelece no Título III “das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas”, no capítulo I “da prevenção”, princípios e diretrizes para as atividades de prevenção ao uso indevido de drogas. Dentre os princípios elencados, consta no item XII “a observância das orientações e normas emanadas do Conad”. Assim, o CONAD, no uso de suas atribuições estabelece resoluções, sendo a 01/2015 a que regulamenta as comunidades terapêuticas.

Assim a resolução 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) regulamenta no âmbito do SISNAD, “as entidades que realizam o acolhimento em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas”.

Essa resolução visa não só o apoio a estas entidades, como também a preservação dos direitos das pessoas acolhidas. Estabelece que estas entidades não são estabelecimentos de saúde, ou seja, não estão ligadas ao sistema único de saúde - SUS, e não possuem caráter hospitalar. Tem como propósito também a articulação entre essas entidades e o SUS, o sistema único de assistência social e demais políticas públicas.

O define essa resolução ele der aas comunidades terapêuticas como pessoas jurídicas, sem fins lucrativos e que apresentem as seguintes características: adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como uma etapa transitória para a reinserção sócio-familiar e econômica do acolhido; ambiente residencial, de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares; programa de acolhimento; oferta de atividades previstas no programa de acolhimento da entidade, conforme previsão contida no art. 12 desta Resolução; promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade com problemas associados ao abuso ou dependência de substância psicoativa.

Define também que os indivíduos devem ser previamente avaliados pela rede de saúde, além de possuir mecanismo de encaminhamento e transporte para rede saúde, no caso de algum acolhido apresentar intercorrências clínicas. Precisam também comunicar a

diversos órgãos o fim de suas atividades e possuir alvará sanitário ou outro instrumento congênere de acordo com a legislação sanitária aplicável a essas entidades.

Ressalta ainda a atuação de forma integrada a outras entidades que atuam direta ou indiretamente com as políticas sociais, desde o início do seu funcionamento. Neste ponto, conforme será abordado na descrição da situação-problema, esta integração é aspecto fundamental para a eficiência da rede de serviços de atenção, prevenção, cuidado, reinserção social ao dependente químico. Quando esta não é efetiva, ocorre a quebra no ciclo recuperativo do indivíduo.

Traz também, no artigo sexto, as obrigações dessas entidades, caracterizadas como comunidades terapêuticas: Possuir e cumprir seu programa de acolhimento, que também deverá conter as normas e rotinas da entidade; Somente acolher pessoas mediante avaliação diagnóstica prévia, emitida pela rede de saúde ou por profissional habilitado, que as considere aptas para o acolhimento, em consonância com o disposto no art. 3º desta Resolução; Elaborar plano de acolhimento singular (PAS), em consonância com o programa de acolhimento da entidade; Informar, de modo claro, os critérios de admissão, permanência e saída, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido; Garantir a participação da família ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social; Comunicar cada acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território da entidade, no prazo de até cinco dias; Comunicar o encerramento do acolhimento ao estabelecimento de saúde e aos equipamentos de proteção social do território do acolhido; Oferecer espaço comunitário e de atendimento individual, com acompanhamento e suporte de equipe da entidade; Incentivar, desde o início do acolhimento, o vínculo familiar e social, promovendo-se, desde que consentido pelo acolhido, a busca da família; Permitir a visitação de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares; Nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado; Não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida; Manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples; Não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares; Não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes; Informar imediatamente aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido e comunicar, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, às unidades de

referência de saúde e de assistência social, intercorrência grave ou falecimento da pessoa acolhida; Observar as normas de segurança sanitária, de instalações prediais e de acessibilidade, além de manter atualizadas as licenças emitidas pelas autoridades competentes; Fornecer alimentação, condições de higiene e alojamentos adequados; Articular junto à unidade de referência de saúde os cuidados necessários com o acolhido; Articular junto à rede de proteção social para atendimento e acompanhamento das famílias dos acolhidos, quando do seu ingresso, durante sua permanência na instituição e, também, após o desligamento da entidade; Articular junto à rede intersetorial a preparação para o processo de reinserção social do acolhido; Promover, quando necessário e com apoio da rede local, a emissão dos documentos do acolhido, incluindo certidão de nascimento ou casamento, cédula de identidade, CPF, título de eleitor e carteira de trabalho; Promover, com o apoio da rede local, além das ações de prevenção relativas ao uso de drogas, também as referentes às doenças transmissíveis, como vírus HIV, hepatites e tuberculose; Manter equipe multidisciplinar com formação condizente com as atividades oferecidas no Programa de Acolhimento e para o pleno funcionamento da entidade, sob responsabilidade de um profissional de nível superior legalmente habilitado, bem como substituto com a mesma qualificação; Promover, de forma permanente, a capacitação dos membros da equipe que atuam na entidade.

Outra importante determinação desta resolução é o limite ao tempo de acolhimento, estabelece doze meses no período de vinte e quatro meses, o fato do prazo não ser contínuo mas em vinte e quatro meses, se dá a recorrente descontinuidade no tratamento, é comum o acolhido abandonar e voltar algumas vezes até que aceite o tratamento de fato e permaneça tempo considerável para efetivo cuidado.

A referida resolução estabelece boas práticas como obrigações, a problemática se dá na fiscalização. Não há frequente acompanhamento do trabalho destas instituições e quando ocorre alguma auditoria constata-se diversas irregularidades. Porém, decretar o fechamento de todas entidades e a mitigação nas políticas públicas de apoio as CTs não é um bom caminho, estas precisam ser amparadas e conduzidas a regularidade e caso haja resistência, aí sim decretar fechamento e cessação do apoio público.

Recente relatório, já citado, é exemplo das irregularidades encontradas no âmbito dessas instituições. Porém, o exigido por parte dos envolvidos é o fechamento e a

cessação de apoio de forma generalizada<sup>3</sup>. Este relatório de fato apresenta graves irregularidades no âmbito das instituições, aponta que essas entidades funcionam, muitas vezes, como “caixas-pretas”, que praticam o trabalho escravo como laborterapia (terapia através de trabalhos manuais) e funcionam como os antigos manicômios, proibidos pela reforma psiquiátrica, através da lei federal 10.216/2001.

### 2.3 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Conforme já informado, existe uma estrutura nacional, estadual e municipal para atender as problemáticas públicas decorrentes do uso indevido de drogas. As políticas e ações são fundadas em leis que delimitam quatro eixos de enfrentamento, prevenção, reinserção social e recuperação e combate ao tráfico.

Essas ações podem ser agrupadas entre as que visam a redução da oferta de drogas e as que visam a redução da demanda. O combate ao tráfico por meio de policiamento nas fronteiras é exemplo de redução da oferta. Palestras conscientizadoras em escolas é exemplo de ação preventiva voltada para redução da demanda.

Dentro da estrutura do município de Campo Grande, existem diversos órgãos e entidades atuando em diversos eixos e em ambos os grupos. O tipo de entidade alvo desta pesquisa é a comunidade terapêutica. As funções desempenhadas por este tipo de organização visam a redução da demanda por drogas, atuando no eixo de recuperação e reinserção social, sendo importante ferramenta para atuação nesse eixo.

As comunidades terapêuticas possuem uma peculiaridade que as colocam no sistema como peça chave para efetivação do indivíduo que faz uso problemático de drogas. Sem a atuação destas, o sujeito que busca a abstinência de drogas ilícitas, ou por ser incapaz de fazer uso moderado drogas lícitas, não recebe atenção e tratamento com a profundidade e o tempo necessários, conforme citado no referencial teórico de definição de comunidade terapêutica e a opinião dos especialistas entrevistados, citados abaixo.

A atuação do sistema emergencial de saúde, das unidades de pronto atendimento (UPA'S), dos hospitais internativos públicos e por fim do CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), permitem ao indivíduo chegar em um certo grau de

---

<sup>3</sup> Para Lúcio Costa, "as comunidades terapêuticas visam tão somente à segregação, sem qualquer consideração pela saúde do indivíduo. E têm, evidentemente, a intenção de lucrar".O perito diz que dependentes químicos e doentes mentais devem receber tratamento ambulatorial, e não serem trancafiados e apartados da sociedade. Disponível em <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45409894>.

abstinência quinzenal ou até mensal, num estado de sobriedade para então, diante do diagnóstico médico recebido, optar por um tratamento eficaz, de acordo com o grau de dependência sentido, podendo ser indicado/aconselhado a buscar uma comunidade terapêutica.

Assim, essa importante instituição, a comunidade terapêutica, auxilia o sujeito a identificar e reconhecer a doença que porta, verificar os estimuladores desta e desenvolver ferramentas que previnam a recaída. Para atingir essa funcionalidade, as CT's precisam estar de acordo com: a legislação, as normativas do CONAD e a ciência. Assim, a problemática estudada é o estado da arte das comunidades terapêuticas de Campo Grande. Portanto, verificar-se-á a existência das seguintes dificuldades:

Falta de recurso: algumas comunidades terapêuticas funcionam exclusivamente com trabalho voluntário de poucas pessoas e donativos. Sendo o tratamento oferecido gratuitamente, principalmente para indivíduos em vulnerabilidade social.

Capacitação: falta de capacitação por parte dos diretores, coordenadores e monitores, ou ainda, ausência destes na equipe.

Amadorismo: aliada a falta de capacitação, a presença de um “espírito amador”, prática de um método/dinâmica de tratamento sem validação científica e amparo legal, fundamentada na experiência pessoal do fundador/coordenador.

Falta de Fiscalização geral: por serem “fantasmas” (não existirem legalmente), raramente são fiscalizadas e quando o são, somente pela vigilância sanitária, verificando apenas a regularidade sanitária e estrutural. Não há fiscalização quanto ao método utilizado, emprego de verba pública e verificação quanto a presença de práticas ofensivas aos direitos humanos fundamentais ou dispositivos legais como a lei da reforma psiquiátrica.

Falta de apoio e orientação governamental: as irregularidades e falhas já citadas são decorrentes do desconhecimento, por parte dos fundadores/diretores do caminho, “do como fazer”, para registrar a entidade, corrigir as irregularidades legais, aplicação de método científico e recebimento de apoio da saúde.

Articulação e comunicação: como foi apontado, existem diversos órgãos e entidades (públicas e privadas) que atuam direta ou indiretamente com a questão das drogas, em Campo Grande e no Brasil, conforme apontado nas entrevistas. Carência de um trabalho sinérgico de todos estes, as CTs acabam por funcionarem isoladamente.

A verificação da existência dessas dificuldades também será realizada por meio da pesquisa de campo e das entrevistas. Os dados coletados serão analisados a fim de

constatar quais aspectos desta problemática são verídicos e quais ações podem ser tomadas para resolução de cada um deles.

Parte destas deficiências já restam parcialmente comprovadas por: Ausência de registro das comunidades terapêuticas no site da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas; Ausência de qualquer referência às comunidades terapêuticas atuantes em Campo Grande, por partes dos órgãos públicos, salvo por uma lista, desatualizada, fruto de um levantamento empreendido pelo TJ-MS; Desconhecimento, ou o não reconhecimento do trabalho das CTs pelo conselho municipal antidrogas de Campo Grande, uma vez que em seu website inexistente qualquer informação sobre elas e; Não orientação ou apoio aos fundadores/diretores das CTs, dado a inexistência de qualquer documento, como recomendações ou mesmo um checklist dos passos necessários para fundação, existência e registro das CTs.

### **3 METODOLOGIA**

Neste trabalho utilizou-se de pesquisa bibliográfica, aplicando-se método Snowball na busca dos principais autores e a busca nas suas referências, chegando de forma veloz ao conceito mais reconhecido cientificamente de alguns vocábulos empregados, os quais não são pertencentes ao campo de estudo da administração, tais quais: “comunidades terapêuticas, adicção, dependência química e uso problemático de drogas”. Além da utilização da classificação médica intitulada CID-10, que define patologias.

Para conceituação do que são políticas públicas, buscou-se, a utilização de conteúdo nacional, dado que cada país tem seu próprio modo de governar, portanto fazer políticas públicas pode ter inúmeros significados (SECCHI, 2013). Além disso os atores e as divisões de responsabilidades são únicas em cada país. Portanto, sabendo que no Brasil, essa partilha é feita por meio de legislações, nada mais sensato que buscar produções acadêmicas nacionais. A busca por políticas públicas internacionais que sejam adaptáveis por serem de países com regime político e estrutura de administração pública semelhantes a nossa ficará na agenda de pesquisa.

Assim, descrever a metodologia empregada na pesquisa é apresentar os passos trilhados para a confecção do trabalho. Detalhar os procedimentos metodológicos nada mais do que contar a história dos dados e das relações estabelecidas entre eles. Explicar como foram coletados e os porquês de cada decisão. De acordo com a intenção do trabalho, escolhe-

se o tipo de pesquisa, o instrumento de coleta e estes guiarão os procedimentos da pesquisa, delimitando o universo de estudo (LIMA, MIOTO; 2007).

#### Natureza da Pesquisa

Este trabalho adotou quanto a abordagem: a qualitativa; quanto aos objetivos: exploratório e descritivo; quanto aos procedimentos: bibliográfico, documental, de campo e estudo de caso.

A abordagem qualitativa é utilizada para descrever determinada situação, dentro de um contexto, a fim de compreender o significado desta e não a sua frequência (COOPER, SCHINDLER; 2011). Assim, essa abordagem não se preocupa com representatividade numérica, mas com aprofundamento da compreensão de um grupo social ou organização (NEVES, 1996 *apud* MAANEN, 1979). Desse modo, ainda que haja apresentação de dados numéricos, o intuito era apenas apontar a relevância do problema estudado e não entender o fenômeno a partir destes dados cartesianos.

Além disso, na pesquisa qualitativa o envolvimento do pesquisador é alto, uma vez que há uma identidade com o sujeito, o pesquisador identifica-se com objeto da pesquisa (LIMA, MIOTO; 2007). Ademais, nesta abordagem, de acordo com Terence e Escrivão Filho (2006), não se restringe a adoção de uma única teoria, paradigma ou método, mas sim uma variedade de procedimentos, técnicas e pressupostos.

Os objetivos desta pesquisa são exploratórios e descritivos. Com a formulação provisória da questão de estudo, torna-se necessário certa qualidade de informações, para tal, empreende-se o trabalho exploratório. Podendo este ser dividido em leitura e a coleta de informações. A leitura para tomar ciência das pesquisas já feitas, ajustando o olhar do pesquisador e coleta de informações para compreensão aprofundada do problema investigado dentro do seu contexto (QUIVY & CAMPENHOUDT, 1995, P. 444).

A pesquisa exploratória consiste na definição de um objeto de estudo e utilização de critérios e métodos a fim de trazer à tona as principais características do objeto, sua dimensão e definição, para, a partir daí adquirir uma compreensão mais nítida do tema e elaborar possíveis hipóteses (SELLTIZ; JAHODA; DEUTSCH; COOK, 1974). Segundo Raupp e Beuren (2006), esse objetivo exploratório se faz necessários, quando a temática é pouco conhecida, considerando o problema prático não há informações oficiais sobre este, por isso a necessidade da pesquisa exploratória.

A pesquisa descritiva é usada para descrever fenômenos (RAUPP; BEUREN, 2006;

COOPER, SCHINDLER, 2011). Vergara (2014) afirma que a pesquisa descritiva é usada para descrever características de certa população ou fenômeno, estabelecendo relações entre as variáveis. Yin (2010) expõe que, além de descrever um fenômeno a pesquisa descritiva é utilizada para descrever uma intervenção e o contexto da realidade onde ela aconteceu. Esse objetivo de pesquisa exige do pesquisador uma série de informações sobre o objeto de estudo. A pesquisa descritiva objetiva descrever fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Os procedimentos da pesquisa, apontam para as fontes utilizadas. A pesquisa bibliográfica visa a busca pelo conhecimento científico puro dos conceitos envolvidos na situação problema. Através desta o pesquisador equipa-se das ferramentas corretas e começa a visualizar o melhor caminho para solução da problemática. Conforme define Fonseca:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

A pesquisa bibliográfica pode ser chamada também de estudo bibliométrico. Segundo Cervo e Bervian (2002), o estudo bibliométrico procura explicar um problema através através do que está publicado em documentos científicos, podendo ser realizado sozinho ou conjuntamente com pesquisas exploratórias, descritivas ou experimentais, como é o caso deste trabalho. Qualquer que seja área de estudo ou a modalidade de pesquisa, sempre será necessário este tipo de pesquisa, pois proporciona um prévio conhecimento científico do estado atual do assunto (SANTOS; PARRA FILHO, 2012).

Para a pesquisa bibliográfica, utilizou-se a metodologia *snowball*. Tal técnica, comumente utilizada em pesquisas sociais, consiste em selecionar pessoas ou trabalhos que sejam considerados relevantes para a temática em pauta. A partir desses achados, que são considerados sementes, obtém-se a indicação de outras fontes pertinentes ao assunto. Por sua vez, essas novas fontes indicam outras, e tal processo se repete até que as pessoas/ autores/ obras comecem a se repetir, entendendo-se que fechou o ciclo de conhecimento sobre aquele assunto (BALDIN; MUNHOZ, 2011).

Neste trabalho, a técnica *snowball* foi utilizada principalmente para compreensão de conceitos da psiquiatria, psicologia e áreas afins e para escolha dos



entrevistados. Esta técnica foi realizada ao longo do ano de 2018, analisando-se livros e artigos sobre o tema adicção e modelos de tratamento, prós e contras destes, em livros e junto à base Web of Science. Através das referências contidas nesses livros e artigos, buscou-se fontes de outros estudos, verificando-se as referências e periódicos mais recorrentes, e assim sucessivamente, até chegar-se ao estágio de redundância ou considerável domínio dos aspectos mais relevantes ao tema. Assim, na busca dos artigos mais citados, pode-se observar que entre estes, de maior número de citações havia uma correspondência. Além da utilização desse método extraoficialmente perguntando a profissionais da área quais livros eles recomendariam como sendo os mais importantes nessa temática.

A técnica *snowball* poder ser utilizada na pesquisa de campo, a fim de conhecer todas entidades que trabalham em apoio ao adicto, em Campo Grande. Isso porque *Snowball* é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência, como uma rede. A forma mais confiável na aplicação de uma pesquisa em cadeias é a técnica que consegue coletar o máximo de informações abrangendo todos os membros da rede (chamado de *complete network design*) ou outra forma é utilizar uma amostra aleatória dos participantes (*local network design*). No entanto, muitas vezes isso não é viável ao pesquisador, então, nesses casos a técnica *snowball* é recomendada, pelo fato de utilizar a abordagem em cadeias (ALBUQUERQUE, 2009). Portanto, a técnica pode ser usada para encontrar todas as comunidades terapêuticas em Campo Grande, todavia, apesar de ser uma das intenções iniciais desse trabalho, pela limitação temporária, não foi realizado, permanecendo na agenda de pesquisa.

A viabilidade dessa técnica metodológica de pesquisa é ressaltada por Baldin e Munhoz (2011), quando reforça que devido à sua estratégia de recrutamento, ou seja, por ser considerada uma amostra não probabilística é mais simples de ser aplicado e possui como vantagem o uso de cadeias de referência, pois ao analisar redes sociais complexas, como é o caso de uma população oculta, é mais fácil um membro da população conhecer outro, se comparado com o esforço dos próprios pesquisadores para identificarem os mesmos, o que se constitui em fator relevante para as pesquisas que pretendem se aproximar de situações sociais específicas.

A pesquisa documental é a “realizada a partir de documentos”, sejam eles públicos ou privados, contemporâneos ou retrospectivos, cientificamente autênticos. É amplamente utilizada para descrever ou comparar fatos sociais, apontando suas características. Esse tipo de documento pode ser classificado como de primeira mão (sem nenhum tratamento analítico, jornais, filmes, contratos, outros documentos oficiais) ou de

segunda mão (relatórios, de pesquisas, de empresas, parecer de perito ou ainda manuais internos de procedimentos (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Estudo de caso. Essa modalidade de pesquisa pode ser caracterizada como um estudo bem definido, focado em algo específico, como um programa do governo ou uma instituição, ou ainda uma pessoa (FONSECA, 2002). Segundo Alves-Mazzoti (2006), os estudos de caso normalmente focam em uma unidade, ou seja, uma escola ou evento desta. Porém a autora afirma que podem haver estudos múltiplos, quando o objeto de estudo é um tipo de instituição que desenvolve um mesmo projeto.

O caso selecionado para esta pesquisa é a cidade de Campo Grande. Justifica-se essa escolha pelo fato do pesquisador residir nesta cidade e estar envolvido com essa problemática como voluntário, sendo assim afirma Yin (2010) que para selecionar um caso a ser estudado é necessário ter acesso suficiente aos dados potenciais para realizar as entrevistas, revisar documentos ou registros e fazer observações.

Por fim, um dos procedimentos empreendidos neste trabalho foi a pesquisa de campo. Esse tipo, é utilizado para verificar o estado de arte de um determinado contexto, feito, normalmente através de um levantamento de dados. Ocorre a coleta de dados junto a diversas pessoas, com recurso de vários tipos de pesquisa (FONSECA, 2002). Esse procedimento será aplicado para atualização do rol de comunidades terapêutica atuantes em Campo Grande e coleta de alguma de suas características.

As fontes de evidências utilizadas são artigos científicos, leis federais, estaduais e municipais, documentos como resoluções e relatórios de órgãos públicos, inclusive internacionais. Além disso, serão realizadas entrevistas e pesquisa de campo.

Sobre a coleta de dados Yin (2010) considera os seguintes pontos fortes para as fontes escolhidas:

**Quadro 5:** Pontos Fortes e Características das Fontes de Evidências

<b>Fonte de evidência</b>	<b>Pontos Fortes</b>	<b>Características das evidências</b>
Documentação	Estável - pode ser revista repetidamente; Discreta - não foi criada em consequência do estudo de caso; Exata - contém nomes, referências e detalhes exatos de um evento; Ampla cobertura – longo período de tempo, muitos eventos e muitos ambientes.	A documentação pode assumir várias formas como cartas, memorandos, documentos administrativos, estudos formais, entre outros.

Registros em arquivo	[Idem à documentação] Precisos e geralmente quantitativos.	Normalmente estão em forma de arquivos e registros computadorizados, por exemplo, censo e dados estatísticos, registros de serviços e registros organizacionais.
Entrevistas	Direcionadas – focam diretamente os tópicos do estudo de caso; Perceptíveis – fornecem inferências e explicações causais percebidas	São conversas guiadas usadas para formular questões verdadeiras sobre a linha de investigação

**Fonte:** Adaptado de Yin (2010) por Machado (2017).

Quanto as entrevistas, Yin (2010) propõe três tipos de entrevistas à primeira chama-se entrevista em profundidade, na qual é possível indagar aos respondentes-chave sobre os fatos investigados, pedir opiniões e sugestões sobre o assunto, novos informantes e outras fontes de evidências. A segunda é a entrevista focada, nessa a entrevista acontece em um curto período de tempo, normalmente seguem um conjunto de questões propostas pelo entrevistador. A última é a entrevista de levantamento, que utiliza questões mais estruturadas e gera dados quantitativos como parte da evidência.

A entrevista em profundidade é considerada a abordagem mais adequada para esta pesquisa, pois por meio dela os sujeitos poderão dar sugestões e emitir opiniões sobre a atuação pública no apoio as Comunidades Terapêuticas. Os sujeitos desta pesquisa serão: a) Coordenador da comunidade terapêutica COMTAPS b) o Coordenador da comissão antidrogas de Campo Grande; c) Ex presidente da comissão sobre drogas de Curitiba. Foram escolhidos esses sujeitos por considerar que estão ligados diretamente ao tema e possuem amplo conhecimento sobre as necessidades de melhoria.

A fim de analisar e compreender os dados da pesquisa será utilizado à análise de conteúdo, a qual consiste em um conjunto de técnicas, entre elas, entrevistas, comunicações verbais e não verbais, documentos, trabalhos escolares, entre outros com a finalidade de analisar conteúdos para a pesquisa (GOMES, 2013). De acordo com Silva e Fossá (2015, p. 2) “a análise do conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador”. Sendo assim, a análise de conteúdo é uma técnica utilizada para interpretar e gerar informações de forma objetiva.

#### **4 ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Neste capítulo serão apresentadas as seguintes informações: características gerais da área de pesquisa, no caso o município de Campo Grande; o contexto criminal relacionado ao uso de drogas; o status quo das comunidades terapêuticas, quantidade e características básicas e o relato das entrevistas.

A área geográfica de pesquisa é o município de Campo Grande, capital do estado Mato Grosso do Sul. Segundo (IBGE, 2019) a população estimada para Campo Grande em 2018 era de 885.711 pessoas, no último censo (2010) a população era de 786.797 pessoas. O estado de Mato Grosso do Sul faz fronteira com dois países, Paraguai e Bolívia. A divisa mais perto com o Paraguai é em Ponta Porã, a distância de 313 quilômetros, que faz divisa com a cidade paraguaia Pedro Juan Caballero. Com a Bolívia a cidade mais próxima é Corumbá, a 428 quilômetros, esta fica a 23 quilômetros de Puerto Suárez, cidade boliviana mais próxima.

O fato da proximidade com estas fronteiras, pode influenciar na questão da dependência química, por fazer de Campo Grande parte da rota de tráfico de drogas do Paraguai para os grandes centros, como São Paulo e Rio de Janeiro. Segundo Veras (2016) a segurança pública insuficiente não consegue controlar as fronteiras com a Bolívia e o Paraguai, o que permite uma grande entrada de drogas no país através do Mato Grosso do Sul. Em paralelo, há um senso de normalização da impunidade e do glamour das organizações criminosas devido a corrupção nas instituições garantidoras da lei; esses aspectos, ao longo do tempo, levam a uma progressiva habituação cultural com a droga (VERAS, 2016). Ou seja, essa habituação cultural favorece o uso. Falta ainda um estudo específico dessa relação que possa afirmar a relação da proximidade com a fronteira e o maior consumo de drogas.

O que se pode afirmar é o grande volume de apreensões no trajeto da fronteira até em Campo Grande, exemplo disto é que a maior apreensão de maconha de 2018 foi no MS, em Nova Andradina. Carreta de milho levava mais de 10 toneladas de droga (DAU, 2018). Todavia, não foi encontrada comprovação por meio de dados que apontem que essa droga também permanece nas cidades próximas a fronteira potencializando o consumo nestes locais, sendo colocado como agenda de pesquisa, um estudo específico desta relação no campo de estudo do município de Campo Grande.

Há ainda de se falar da relação de proximidade com países que adotaram uma política de permissão do consumo de algumas drogas que são proibidas no Brasil. O relatório “O CONSUMO DE DROGAS E A SAÚDE PÚBLICA NA ZONA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI: RESULTADOS QUALITATIVOS” do IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Avançada é o caso de um estudo voltado para esta relação, avaliando os resultados pós liberação do consumo de *cannabis* no Uruguai.

Por fim, quanto aos dados em relação a estimativa de quantidade de usuários em Campo Grande e da ocorrência de tipos penais relacionados ao uso e comércio de drogas, tentamos com a policial civil que nos encaminhou a secretária de segurança pública. Em contato com o setor de estatística, foi recomendado que fosse solicitado a ouvidoria, o que foi feito, mas ainda sem resposta. Sabe-se da forte presença das drogas em Campo Grande, mediante notícias, como a citada acima, bem como pelo conhecimento informal e o citado nas entrevistas, como a com o ex-secretário de saúde Ivandro Fonseca. Falta um estudo semelhante ao realizado em Porto Alegre que avaliou a relação de adolescentes infratores e o uso de drogas<sup>4</sup>, apontando que o uso de drogas entre adolescentes infratores foi de 61% de 120 casos pesquisados, sendo que 30% afirmou usar mais de um tipo de drogas. Assim, entra pra agenda de pesquisa um estudo semelhante em relação ao município de Campo Grande e abrangendo todas faixas etárias, não apenas adolescentes.

#### *4.1. Coleta e Apresentação de Dados*

Quanto a coleta de dados para compreensão do contexto local. Empreendeu-se pesquisa no sentido de conhecer do impacto das drogas no município de Campo Grande, principalmente na saúde e na segurança. Conforme citado, dados específicos não conseguimos encontrar, não há documentos como relatórios publicados pelos setores públicos envolvidos, como a secretaria de segurança. Assim, entre as propostas, da agenda de pesquisa sugerida, aparecerá algo nesse sentido.

Ademais, buscou-se levantar o quantitativo de comunidades terapêuticas existentes e operantes em Campo Grande – MS, bem como informações básicas destas, como capacidade de internos, se recebe ajuda pública ou não, se possui registro em cartório, qual metodologia de tratamento utiliza e se tem acompanhamento médico, com uso de medicamentos, por exemplo.

---

<sup>4</sup> Estudo intitulado "O uso de drogas pelos adolescentes autores de ato infracional na cidade de Porto Alegre: uma questão só de polícia?" feito por Simone Mariano da Rocha como trabalho de conclusão de Pós-Graduação em Direito Comunitário: Infância e Juventude da Escola Superior do Ministério Público do Rio Grande do Sul.

No site do Conselho Municipal Anti Drogas, achou-se um documento intitulado “Rede de Atendimento a Usuários/Dependentes de Drogas e Familiares”, datado de dois mil e nove, produzido pelo Conselho Estadual Anti Drogas. Apresenta CT’s em diversos municípios, em Campo Grande consta onze Comunidades Terapêuticas, com endereço, e-mail, publico atendido, capacidade de tratamento e telefone.

No site da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas em CT’S filiadas no Mato Grosso do Sul, há apenas uma, a Associação de Reabilitação Parceiros da Vida – Esquadrão da Vida e o seu respectivo endereço e nenhum outro dado além deste. Em websites de pesquisa achou-se uma relação no site do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul. Esta um pouco mais recente, data de 2013, foi organizada por um Juiz de Direito e uma Estagiária de Psicologia, da Vara da Infância e da Juventude de Campo Grande – MS, constam dezessete CT’s, com endereço, telefone e observações como idade mínima, custo, público atendido e duração do tratamento. Lista ainda outras instituições como a Amor Exigente que atende familiares de dependentes e Hospitais, Conselhos (estaduais, municipais), Creas (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e Caps (Centro de atenção Psicossocial).

Ainda, em contato com o 4º cartório de registro civil, solicitou-se relação de pessoas jurídicas constando como Comunidade Terapêutica ou nomenclatura análoga, foi informado que não é possível fazer esta busca, por não existir essa categoria no cartório, dentre a organização por tipo de pessoa jurídica, não havia a seção das comunidades terapêuticas. O que poderia ser feito era buscar pelo nome e as que constassem no nome registrado Comunidade Terapêutica seriam encontradas, informaram que deveria ser solicitado por e-mail, o que foi feito, porém não se obteve resposta até o presente momento.

Por fim, foram realizadas três entrevistas. O método de escolha dos entrevistados foi Snowball, o qual é explicado na metodologia, onde se busca referenciais principais dentro do campo da pesquisa, o apontamento sequenciado foi feito de forma extraoficial e portanto não relatado, a indicação de cada profissional da área não consta aqui. Somado a isso a fim de avaliar de maneira abrangente, escolhemos um coordenador de comunidade terapêutica, tida como referência, por estar dentro dos parâmetros legais, pelo tempo de existência, por ser a mais semelhante ao modelo científico de comunidade terapêutica; um psicólogo, com vasta experiência no tratamento a dependentes químicos no município de Campo Grande e o ex-secretário de saúde, por fornecer a visão da Administração Pública em relação as comunidades terapêuticas.

As perguntas das entrevistas eram voltadas para a experiência vivida pelos entrevistados e a opinião deles do que poderia ser feito para melhorar. O formato da entrevista foi semiestruturado, ou seja, as perguntas poderiam ser alteradas ou suprimidas. A forma de coleta foi digitando diretamente o que eles iam informando e de imediato era exposto a eles, a fim de verificar se correspondia exatamente ao que eles queriam expressar.

O coordenador de comunidade terapêutica expos seu histórico, afirmando ser um “dependente químico em recuperação, limpo há 10 anos e 12 dias”. Sua opinião traz a clara noção que o mesmo tem de que é portador de uma doença incurável que tem tratamento, mas que sempre vai carecer de cuidados. Após terminar o tratamento decidiu apoiar a comunidade terapêutica que esteve internado, fez cursos na FEBRACT de coordenador e conselheiro em dependência química na Comunidade Terapêutica, após graduou-se em psicologia, seguindo a linha de estudo em dependência química e desde 2009 é o coordenador e responsável técnico desta mesma comunidade.

Quanto contato com comunidades terapêuticas, informou ter feito tratamento anterior em uma CT no interior de São Paulo. Além disso, atualmente tem relacionamento próximo com pelo menos outras 4 comunidades devido ao dono da CT que trabalha ser tesoureiro da rede solidária (uma rede estadual de CT’s).

Na opinião dele a comunidade terapêutica é um excelente método terapêutico, de acordo com seus estudos afirma que a ferramenta que mais recupera no mundo e é essencial em alguns casos, os mais graves. Reconhece que muitas estão errando por focar na religiosidade e esquecendo a parte importante, a terapêutica. Questionado quanto a regularização, porque muitas CT’s não são, acredita ser por ignorância mesmo, não conhecem o padrão normativo de funcionamento, não buscam por **falta de conhecimento e apoio**. (grifo nosso).

Quanto as deficiências na questão estrutural e profissional, ele entende que há falta de amparo técnico, de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais especialistas preparados para lidar com isso. Em sua maioria são ex dependentes com desejo de ajudar outros, mas sem o conhecimento técnico. Além disso, o uso de medicação também, “acredito eu que só essa comunidade terapêutica aceita bem o remédio. Inclusive aqui [...] houve uma mudança muito boa, após o início da utilização de remédio através do acompanhamento médico, os índices subiram.”. Ainda afirmou que “A consequência de não se ter toda essa estrutura é que a rotatividade aumenta, as pessoas não conseguem se tratar, não ficam o tratamento completo.”.

Questionado quanto a comunicação entre todos entes envolvidos, afirmou “o que dificulta é que a política atual do município é de redução de danos, o que gera um preconceito com as comunidades terapêuticas e não gera apoio. Essa visão engessada atrapalha as comunidades terapêuticas.”. Destaque a fala dele: “ **Falta de um órgão que fiscalize e capacite.**” (grifo nosso)

Nas suas propostas, sugeriu que poderia ser criada uma Secretaria antidrogas, uma junta, porque atualmente o conselho municipal e o estadual não estão fazendo isso. Que oferecesse cursos e comesçassem apoiar as CT’S a se regularizarem, estando de acordo com a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e a falta de projetos. “Houve uma época que o município tentou ajudar nisso, mas quando juntaram acabou por haver muita divergência e a proposta era que o município assumiria o controle de quem iria internar ou não” afirmou. “Também, buscar experiências que estão funcionando em outros estados, como em São Paulo, **órgão como o CRATOD<sup>5</sup> e o projeto Recomeçar do Ronaldo Laranjeiras**” (grifo nosso).

Apontou ainda que essa Secretaria poderia organizar cursos, e que coordenasse o envio de recursos, pois quando é recebido, é vindo de diversos lugares, várias secretárias e que houvesse fiscalização e prestação de contas. Poderia ainda envolver as comunidades com a educação, sendo campo de estágio para cursos da área da saúde, como já o é a comunidade que ele trabalha, ela é cadastrada no Vale, universitários estagiam lá e conta para eles como atividade acadêmica, enquanto prestam apoio a CT, afirmou também de cursos do SENAR<sup>6</sup> que são trazidos pela Secretária de Direitos Humanos, junto com a Secretária da Mulher.

Por fim, reiterou a criação dessa secretária municipal antidrogas, voltada somente para esse trabalho, afirmou também que há muito recursos para os CAPS que não dão um tratamento completo e que poderia ser dividido com estas instituições. Que estes deveriam funcionar como órgãos de acolhimento e triagem, fazendo a ponte entre os UPA’S<sup>7</sup> e as CT’S. “**Deveria ter uma lei que instituísse a política pública municipal e que houvesse determinação de repasse as comunidades terapêuticas, criando esta secretária também e estabelecendo diretrizes e objetivos para a rede.**” (grifo nosso).

Finalizou tecendo comentários quanto a questão das drogas num contexto mais abrangente, enxergando todo o esforço do Estado nessa problemática. “Enquanto houver usuário vai existir tráfico e o Estado gasta milhões para tentar fechar a fronteira.”, continuou “[...] eles combatem do lado errado [...] investem pouco na reabilitação e prevenção a

---

<sup>5</sup> Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

<sup>6</sup>

<sup>7</sup> Unidade de Pronto Atendimento.



dependência química o que com certeza diminuiria o tráfico.”. Destacou “Não existe um lugar que acolha os dependentes de forma involuntária dos casos mais graves no qual o sujeito está tão doente que não tem livre- arbítrio e não consegue decidir por si mesmo. Há poucos leitos na psiquiatria”.

O segundo entrevistado, o psicólogo especialista em Dependência Química relatou da sua experiência na Clínica Carandá, onde participou da criação do setor de desintoxicação e foi coordenador deste por oito anos. Iniciou lá como técnico de enfermagem, onde pela tutoria de psiquiatras experientes foi conduzido a estudar cientificamente a questão da dependência química. Buscaram criar lá uma rotina diferente, na relação como equipe, no sentido de funcionar mais como comunidade terapêutica, “fugindo a prática de medicações que levam a sedação. Não excluindo os medicamentos mas trabalhando em conjunto.”. Na época viram também a necessidade de criar um local que desse continuidade ao tratamento (a época de 4 a 6 meses) aos egressos e não conseguiram criar naquele momento.

Quanto ao contato com as comunidades terapêuticas, relatou da experiência na Clínica Carandá por dezesseis anos, como funcionário de lá, além do acompanhamento a outra comunidade terapêutica, como psicólogo de grupo, onde criou um grupo operativo e atualmente atende duas CT's e um Centro Terapêutico, assim chamado por ser confessional (seguir uma linha religiosa).

Segundo ele a CT é uma ferramenta essencial, pela necessidade de um tempo mais prolongado de afastamento, isso devido a abstinência, a relação com a família e as relações psicológicas internas. “[...] preparar o indivíduo para estar inserido na sociedade e consciente da sua dependência.”. Atualmente, ele trabalha com muitos dependentes que estão “limpo”<sup>8</sup> por um período mais longo, então é o atendimento psicológico é um “trabalho de manutenção” da sobriedade, mas de início é essencial passar por um período de internação, “bem como em casos de recaídas, dependendo do caso [...]”.

Quanto as dificuldades enfrentadas pelas CT's, na questão da regularização afirmou “**acho que pela falta de capacitação dos coordenadores proprietários e de conhecimento mesmo**” (grifo nosso). Quanto a estrutura, física e profissional, relaciona isso a dificuldade de conseguir verba, por estar irregulares e a consequência disso é que perdem o paciente nos momentos mais crítico do tratamento, com 6 meses internado por exemplo, “torna ineficaz o tratamento e o trabalho da Comunidade Terapêutica.”.

---

<sup>8</sup> Limpo significa estar sem usar substâncias psicoativas, das quais é dependente.

Questionado em relação a comunicação entre todos entes envolvidos nessa questão, enxerga como um problema grave, que a comunicação é essencial e precisa estar acima da discussão, é preciso quebrar a culpabilização e ir em “busca de soluções que gerem resultados”. Relacionou essa dificuldade de comunicação a ideia da questão da droga como moral e imoral, “a forma como a sociedade enxerga o dependente atrapalha essa comunicação.”.

Nas suas propostas destaca-se: visita de uma equipe técnica as CT's para instrumentar e informar como buscar essa regularização; apoio as comunidades terapêuticas para criar ferramentas que auxiliem a geração de verba para o funcionamento das comunidades terapêuticas e direcionamento de apoio dos que já não estão internados; a criação de uma comissão multidisciplinar capacitada que entende a dependência química como de fato o é, doença, um olhar biopsicossocial e espiritual.

Ainda quanto ao que poderia ser feito pelo Estado, destacou que carece de valorização e apoio aos profissionais que já “trabalham no setor público e tem interesse na área, que busca capacitação e estão mais preparados.”, destacou a necessidade de continuidade, de um trabalho que não seja afetado pelas mudanças políticas. Finalizou que é necessário que se busque conhecer o que está sendo feito em outros lugares e reiterou a valorização destes experientes profissionais e a ajuda deles na capacitação dos que estão envolvidos na rede.

Por fim enfatizou a carência de capacitação, a formação e ensino dos gestores públicos, bem como de todos envolvidos com dependência química. Sugeriu até mesmo a criação de uma pós-graduação aqui no município, tendo como corpo docente os experientes profissionais daqui. Seminários e congressos que tratem a dependência química como de fato o é, uma doença, sem o preconceito moralista.

O terceiro e último entrevistado, ex-secretário de saúde do município relata da sua experiência e projetos desenvolvidos durante sua gestão, relacionados a comunidades terapêuticas e a dependência química como um tudo. Foi secretário de saúde por dois períodos, recentes. É formado em Administração, pós graduado em Administração Hospitalar, MBA em gestão de Saúde e em Elaboração de Projeto, mestrando em Desenvolvimento Local.

Relatou que sua gestão lidou com as CT'S desde o início, quando assumiu as internações eram feitas no Hospital Psiquiátrico Nosso Lar, o que era complicado, por serem insuficientes os leitos e por misturar em um mesmo local, dependentes químicos e portadores de outras doenças psiquiátricas. Assim, afirma “Vi então as comunidades terapêuticas como

essa ferramenta que atendi o dependente químico, que precisava de um tratamento de média, longa permanência, já o de curta permanência seria atendido pelos CAPS AD.”.

Porém, ao dar preferência para essas entidades verificou diversas deficiências, como a falta de um local, assim conseguiu terrenos da prefeitura para cederem em contrato de comodato. Somado a isso, buscou recursos no Ministério da Saúde e conseguiu uma verba de 2 milhões, para serem distribuídos, que ainda recebem. Na questão da capacitação, “Organizamos o primeiro seminário sobre comunidades terapêuticas, ocorreu na UFMS em abril de 2013. Depois disso passamos a promover encontros dos coordenadores a cada 3 meses no UPA da Coronel Antonino.”.

Essa comunicação e proximidade entre as comunidades terapêuticas e destas com o Poder Público foram apontadas como fundamental pelo terceiro entrevistado. Nessa época, eles foram entendendo a necessidade de atender as exigências da vigilância sanitária e de se ter um protocolo de atendimento. Além disso, ele apontou a necessidade de estar mais perto dos moradores de rua, de auxiliar estes e possível conduzi-los a um tratamento em uma clínica. Com isso foi criado e permanece ativo até hoje o Consultório de Rua, “uma equipe multiprofissional da saúde, auxiliar de enfermagem, assistente social, entre outros, iam atendendo os moradores de rua, oferecendo ajuda e também encaminhado para as comunidades terapêuticas”.

Quanto a importância do método afirmou “Necessário, o que logo de cara observamos, foi que o período de internação no CAPS AD não era suficiente”. Isso porque, segundo ele, há a necessidade de um isolamento maior, para trabalhar o que ele chamou de 3 eixos, o clínico que é o atendimento médico; o psíquico, que é o que o dependente faz na comunidade, as atividades e reuniões; por último o espiritual, que é buscar a força pra acreditar que é possível ficar limpo. Concluiu “a comunidade terapêutica existe para suprir uma lacuna que a saúde deixa”. Comentou que deveriam integrar o SUS e que lutou por elas por crer que cumprem um papel de saúde pública.

Falou da importância de buscar conhecimento a respeito, “Estudamos modelos de outros países, de políticas de drogas, no Canadá, na França e o método é bem usado. No Brasil há uma visão antimanicomial”. Isso porque acontecem abusos lá, mas o ex-secretário pontuou “é verdade mas não desqualifica o método, bem executado e fiscalizado é eficiente e necessário.”.

Quanto as dificuldades: na regularização faltava informação e recursos principalmente e também por enfrentar problemas com a vigilância sanitária; quanto a estrutura, de fato muitas vezes é precária, uma que são gratuitas e sustentadas por doações,

além de não saberem pedir ajuda, onde e como; na comunicação “É, falta regulação estruturar um fluxograma de atendimento, pra isso tem que ter essa comunicação entre todos envolvidos na rede.”.

Finalizando a entrevista, as perguntas finais foram sobre o que poderia ser feito e como o Poder Público poderia ajudar. “(...) criação de uma Câmara Técnica, composta por coordenadores das comunidades terapêuticas e profissionais que trabalham na área, médicos, psicólogos e assistentes sociais.”. Geraria um dialogo sobre como deve ser o tratamento, o caminho a ser seguido em cada caso, a fim de criar um fluxograma. “Uma coisa que não deu tempo da gente fazer, que gostaria de ter feito era de além da criação dessa Câmara, depois estabelecer um fluxograma de tratamento (...) padronizado com todos envolvidos (...) e regulamentar isso”. Segundo ele, essa regulamentação poderia ser feita através de uma resolução da secretária de saúde, algo que fosse claro e padronizado.

#### 4.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS E PROPOSTAS

Uma vez levantado os dados a respeito do contexto local através da entrevista, além do aporte científico, com a pesquisa em artigos e livros, entende-se o momento apropriado para propor um escopo de projeto e uma agenda de pesquisa. Inicialmente, uma lista de prioridades, de necessidades a serem atendidas e problemáticas a serem resolvidas. Seguido de um alinhamento do que foi sugerido pelos entrevistados, bem como do referencial teórico do que poderia ser feito.

A questão da regularização: Como citado, não há um registro oficial das comunidades terapêuticas, ainda que algumas afirmem estar registradas no cartório, esse conhecimento é de difícil acesso e insuficiente. Não há um lugar para onde ligar e encontrar alguém que diga as comunidades terapêuticas em Campo Grande, o modelo de tratamento, o custo e os passos para internar alguém. Isso tudo acontece de forma informal. Costumeiramente busca-se ajuda em alguma igreja que indica alguma CT conhecida.

Citada ausência de um passo-a-passo, urge a necessidade de um protocolo clínico, um fluxograma de atendimento, como foi citado por um entrevistado e como funciona em outros lugares como será abordado mais a frente. Iniciando de forma equivocada, muitos tratamentos tem sido não só ineficientes como também ofensivos, um garoto que experimenta uma droga como maconha e conduzido pelos responsáveis a uma internação em uma comunidade terapêutica tem um efeito devastador, além de ser uma prática ilegal. Por outro lado, a internação de um paciente de uso crônico, em violenta crise de abstinência, com pouca lucidez em uma comunidade terapêutica, antes de passar por atendimento médico, é também

ineficaz e acaba favorecendo o cenário de alta rotação dos internos, como citado por um entrevistado.

Falta de capacitação e de acompanhamento médico. Conforme bem exposto no referencial teórico, a dependência química é um transtorno mental, consta no CID – 10 e está associado a uma série de patologias e distúrbios psicossomáticos. Portanto, a ausência de profissionais de saúde nas comunidades terapêuticas, bem como da baixa, ou inexistente capacitação dos coordenadores e monitores torna o trabalho ineficaz, apresentando resultados muito abaixo do esperado de uma comunidade terapêutica, como acontece em um local onde há essa estrutura e um programa de tratamento com base científica.

Ausência de uma rede oficial de apoio e que possibilite a boa comunicação entre todos entes envolvidos. Conforme apontado nas pesquisas, o único órgão que poderia estar desenvolvendo o seu papel nesse sentido seria o Conselho Municipal Anti Drogas, que tem suas atividades, se é que desenvolvidas, desconhecidas por boa parte dos membros da rede. Alinhado a falta de publicidade talvez, a falta de recursos, pessoal, poderes bem como de uma plano de trabalho , faz deste Conselho ineficaz nesse sentido, de ser o elo entre todos envolvidos.

Portanto carece da reestruturação deste Conselho, ou criação de algo maior como uma subsecretária dentro da secretária da saúde e que este coordenasse a organização de um comitê técnico formado por coordenadores de CTS e outros profissionais, facilitando e exigindo essa cooperação. Estabelecendo metas e atividades a serem desenvolvidas por esse grupo. Além disso, deverá criar uma equipe multiprofissional de auditoria e apoio, a fim de acompanhar e exigir o atendimento as normativas por parte das comunidades terapêuticas, usando do poder de polícia<sup>9</sup> da Administração Pública. Por fim, essa subsecretaria seria responsável por estabelecer o dialogo com outros entes afetados, criando parcerias, com universidades, com secretária de segurança, instituto de identificação e escola de ensino a jovens e adultos.

Por fim, a problemática, relacionada a todas anteriores, provavelmente a primeira a ser enfrentada: a questão da ausência de uma normativa municipal e abrangente. A criação de uma subsecretária, de uma câmara técnica ou comitê técnico, de uma equipe de auditoria e auxílio e o estabelecimento das suas atividades, metas e diretrizes, deverá ser feita por meio dessa normativa. Além disso, replicar os princípios e diretrizes básicas das

---

<sup>9</sup> “(...) função da Administração Pública de limitar ou disciplinar direitos, regulando a prática ou abstenção de fatos, em razão do interesse da coletividade concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, ao exercício de atividades econômicas que dependem de autorização e concessão, bem como aos direitos individuais coletivos.”. (CARVALHO, Matheus. Manual de Direito administrativo 4<sup>a</sup> edição, 2017)

legislações federais e estaduais nessa temática. O estabelecimento do fluxo de trabalho poderá ser anexado a referida norma, uma vez definido pelo trabalho dos órgãos acima, a subsecretária, a câmara e a equipe de auditoria. Constaria também um repasse específico para manter estes órgãos, bem como auxiliar as comunidades terapêuticas, principalmente na questão da capacitação. Quanto a espécie normativa, uma lei especial municipal seria ideal.

Portanto chegamos a uma agenda pública de trabalho: a criação de uma normativa que crie órgãos, que por sua vez sejam uma rede de comunicação entre os entes envolvidos na dependência química; apoiando a regularização das CTs, fornecendo capacitação e criando um fluxograma de atendimento. Nessa sequência podemos ver que estão abarcados todas as principais problemáticas levantadas numa sequência de trabalho. Assim, para formular esta normativa pode-se usar ferramentas de criação de políticas públicas como é o exemplo do Benchmarking.

Em seu livro *Análise de políticas públicas*, Leonardo Secchi, apresenta inúmeros métodos de análise de políticas públicas, no intuito de criar alternativas, numa abordagem racionalista. Dentre eles, o método benchmarking, importado da Administração de Empresas cai como uma luva nessa pesquisa. Como apontado pelos entrevistados, no estabelecimento de uma política pública, principalmente através da criação de uma lei especial municipal, vale um bom levantamento do que tem sido feito em outros lugares. Os problemas apontados não são exclusivos do referido município e respeitadas as peculiaridades locais poderiam ser utilizadas.

Segundo Secchi (2016) um problema raramente é peculiar ao local, existem grandes possibilidades de que aconteça em outras comunidades políticas. “O analista de política pública pode usar o *benchmarking* para descobrir soluções análogas que outros órgãos públicos, em outras cidades, estados ou países, utilizaram para enfrentar o mesmo problema.” (SECCHI, 2016, p. 72). Citando Bogan e English (1996) afirma que “o *benchmarking* aplicado à política pública é uma técnica de pesquisa utilizada para a geração de alternativas com base em experiências de casos de sucesso” (SECCHI, 2016).

Ainda sobre benchmarking, Secchi (2016) aponta algumas fases no processo de análise através do *benchmarking*. Inicialmente a delimitação do escopo da busca, o que ele quer buscar, seria o “como foi resolvido em outro lugar?”. Na sequência, a delimitação das fontes de busca, dependendo do problema, é mais proveitoso pesquisar dentro do mesmo país por exemplo. Passando então para a coleta de boas práticas, que independe da fonte de busca, uma vez que essa é feita em documentos, físicos e eletrônicos, em bancos dados. Por fim, a

seleção de alternativas promissoras, utilizando de critérios como o ineditismo, simplicidade de implementação e potencial de impacto no problema público.

A apresentação de definições e estabelecimento de diretrizes básicas, comumente escritas nos primeiros parágrafos de uma legislação, pode ter como base esse trabalho, bem como os teóricos citados. É de extrema importância que a dependência química seja encarada como uma doença, como de fato o é, afastando pensamentos e julgamentos pessoais e morais.

Sendo assim, dentro da perspectiva da utilização do benchmarking, há uma estrutura que foi criada no governo do Estado de São Paulo, dentro da Secretária de Estado da Saúde, intitulada Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD). Esta unidade foi criada mediante um decreto do Governador do Estado de São Paulo, o decreto nº 46.860 de 25 de junho de 2002. Na introdução do decreto é destacado que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) já havia sido criado Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Além disso, é citado que a Secretária pode desenvolver ações a fim de reduzir os riscos e danos relativos ao uso de drogas e é também citado o trabalho de uma Comunidade Terapêutica que já vinha apresentando bons resultados.

O interessante dessa normativa é que essa estrutura é criada dentro da Secretária de Saúde e cria também uma estrutura análoga a proposta por este trabalho. Como citado acima, nos primeiros artigos desse decreto é estabelecida as finalidades do CRATOD, também semelhantes ao apontado nesta pesquisa, como o estabelecimento de parcerias com universidades, proporcionar campo de treinamento e estágio e elaborar, “promover e coordenar programas, cursos, projetos de capacitação, treinamentos ou aperfeiçoamento de recursos humanos”. No capítulo II é estabelecida a estrutura, esta destoa do proposto, por ser bem mais abrangente e por não existir uma equipe ou comissão específica de fiscalização das CT's, há a atribuição de fiscalizar e avaliar contratos em conjunto com as unidades CRATOD por parte do Núcleo de Finanças.

Assim, para implementação dessa medida, deve-se apresentar esta pesquisa a Comissão Anti Drogas, comissão interna da Câmara de Vereadores e esses vereadores, munidos desta pesquisa e tendo como referencia o citado decreto que consta como anexo a este trabalho, produzir projeto de lei para o município de Campo Grande. Nesse ponto devem buscar apoio em todas instituições envolvidas nesta problemática, com atenção prioritária as Comunidades Terapêuticas, tendo os coordenadores como os principais a serem ouvidos,

principalmente da CT's mais estruturadas e alinhadas ao marco regulatório. Bem como a utilização de audiências públicas no processo de formulação desta lei.

Por fim, há de se concluir propondo a agenda de pesquisa. Típico de todo trabalho científico, as propostas iniciais não foram todas atingidas, ficando então na agenda de pesquisa. A confecção de um relatório atualizado das Comunidades Terapêuticas em Campo Grande levantando as necessidades urgentes de cada uma e as características já citadas, modelo de tratamento por exemplo. Além disso, a produção do projeto de lei também não foi possível, servindo esta pesquisa como norte e fundamentação para tal.

Ainda, permanece na agenda de pesquisa deste trabalho a utilização do benchmarking de forma mais aprofundada, buscando mais experiências em outros locais, como o caso da cidade de Nova Iorque nos Estados Unidos que possui um histórico de transformação através do trabalho das comunidades terapêuticas, esse caso chegou a ser inicialmente estudado mas por notar que extrapolaria o escopo do trabalho, bem como os prazos, foi decidido que não constasse, mas sabe-se que no centro de Nova Iorque, na década de 1950, onde é hoje a Times Square , era uma espécie de Cracolândia até que inicia-se um trabalho por parte de uma igreja que cria uma centro de recuperação no Brooklyn chamado “Teen Challenge”, em funcionamento até hoje, inclusive visitado por este pesquisador no ano de 2018. No hall de entrada desta CT está na parede documentos do Governo, inclusive do ex-presidente dos Estados Unidos, parabenizando esta instituição pela contribuição prestada. Atualmente, são mais de vinte e cinco mil CT's “Teen Challenge” espalhados pelo mundo.

Por fim, a utilização de outros métodos para criação de alternativas, no livro do próprio Dr. Leonardo Secchi constam outras ferramentas além do benchmarking que podem ser utilizadas na formulação de uma política pública. Há ainda a falta de dados, de fácil acesso da relação do uso de drogas com outros tipos penais além do tráfico de drogas. Como a relação com pequenos furtos, assaltos e violência doméstica. Encerra-se aqui a proposta de agenda de pesquisa e segue a metodologia, referências bibliográficas e anexos.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enquadramento das comunidades terapêuticas (CT's) como de executoras de interesse público, classificadas como entidades pertencentes ao terceiro setor e que devem ter a atenção do Estado na fiscalização e fomento.

Todavia, o relacionamento do Estado tem sido falho, conforme apontamentos do relatório nacional de inspeção das comunidades terapêuticas, que apresentou inúmeros abusos e precariedades, reflexo de fiscalização e fomento deficientes, respectivamente.

Quanto as CT's em Campo Grande, essa constatação ficou fragilmente identificada, uma vez que nas mídias oficiais estas entidades são praticamente inexistentes, além da ausência de resposta aos questionamentos da pesquisa por parte de alguns setores públicos como o conselho municipal.

As entrevistas, ainda que podendo ser consideradas parciais, cumpriram melhor esse papel. Destaco ainda a limitação temporal e de recursos por parte do autor, que sendo servidor público em tempo integral não recebeu afastamento para desenvolvimento da pesquisa e por atender o prazo de conclusão do trabalho sem utilizar-se de prorrogação.

As comprovações relacionadas a forte presença da droga no município e dos danos decorrentes desse fato, como afetando a segurança pública por exemplo, foram as mais deficientes. A falta de estudos específicos dessa temática obstruiu em muito o atingimento desse objetivo.

As pesquisas mostraram informações esparsas em trabalhos científicos com outro foco que passavam por essa temática. Desse modo, pela mesma limitação já citada no parágrafo anterior e por entender que executar essa pesquisa seria o desenvolvimento de outro trabalho a parte deste, foi transferida para a agenda de pesquisa, para o pleno atendimento a esse objetivo. Além disso, por ser informação presente em muitos estudos, de conhecimento geral, os esforços para comprovar tal informação não foram os principais, tendo sido enfocada a atuação das comunidades terapêuticas e não na constatação dos males das drogas.

Por fim, era também intenção inicial desta pesquisa fazer o levantamento das comunidades terapêuticas existentes em Campo Grande, apontando informações essenciais de cada uma, como principais necessidades, metodologia adotada e fonte de recurso. Isso também não foi possível restando apenas os dois relatórios encontrados. A experiência pessoal como voluntário que apoia essas CT's permitiria um rápido levantamento porém sem utilizar uma metodologia científica, assim, passa também para a agenda de pesquisa, talvez como um

artigo, o levantamento das comunidades terapêuticas em Campo Grande, suas características e necessidades.

Assim, a pesquisa apresentou as principais dificuldades relacionadas as políticas públicas antidrogas, especificamente em relação as Comunidades Terapêuticas, apresentando um Estado de arte das políticas públicas relacionadas a essas instituições e que demandam a continuidade e o aprofundamento do estudo das realidades para que as políticas públicas sejam mais eficientes.

## 6 REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita H. N. Disfunções sexuais e Dependência Química. In: **Aconselhamento em dependência química** - 2. Ed. p. 507-525. São Paulo: Roca, 2010.

ALBUQUERQUE, Elisabeth Maciel de. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa (online)*, v. 36, n. 129, p. 637-51, 2006.

BALDIN, Nelma; MUNHOZ, Elzira M. B. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: X Congresso Nacional de Educação. PUCPR: Curitiba, **Anais...** 07 a 10 de novembro de 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

Bärzel, T. A. What's so special about policy networks? Na exploration of the concept and its usefulness in studying European governance. *European Integration Online Papers*. V. 1, n.16, p 1-28, 1997.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Histórico da Política Nacional sobre Drogas**. Produzido pelo OBID, que por sua vez é vinculado ao SENAD. Disponível em: <<https://www.obid.senad.gov.br/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>> Acesso em 16 ago. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-lei 891, de 25 de novembro de 1938**. Decreta a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em 16 ago. 2018.

BRASIL, Ministério da Reforma do Estado e da Administração Pública. PDRAE, 1995. Disponível em <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>. Acesso em 30 ago. 2018

BRASIL. Tribunal do estado do Rio de Janeiro. **Súmula 70**. Disponível em: <<http://portaltj.tjrj.jus.br/web/guest/sumulas-70>> acesso em 24 set. 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 05 jun. 2017.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro ALCINO. Metodologia científica. 5ª edição. São Paulo: Prentice Hal, 2002.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 10. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011

CAETANO, Dorgival. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 - descrições clínicas e de comportamento da CID – 10**. Porto Alegre: ARTMED, 1993.  
CARVALHO, Matheus. **Manual de Direito administrativo 4ª edição revista, ampliada e atualizada**. Salvador: JusPODVIM, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadãos/ Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília, 2018. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>> acesso em 30 set. 2018.

D'AGOSTINO, Rossane. **Com Lei de Drogas, presos por tráfico passam de 31 mil para 138 mil no país.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/06/com-lei-de-drogas-presos-por-trafico-passam-de-31-mil-para-138-mil-no-pais.html>> Acesso em 18 dez. 2018.

DAU, Mônica. **Maior apreensão de maconha do ano em MS: Carreta de milho levava mais de 10 toneladas da droga.** Disponível em: <<https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2018/12/23/maior-apreensao-de-maconha-do-ano-em-ms-carreta-de-milho-levava-mais-de-10-toneladas-da-droga.ghtml>> Acesso em 13 jan. 2019.

DINIZ, Bárbara; PEREIRA, Natividade. A dependência Química pela Abordagem da Biologia. In: BORTOLON, Cassandra Borges; FERNANDES, Simone; MOREIRA, Taís de Campos; SIGNOR, Luciana (Orgs). **Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química.** Rio de Janeiro: SANTOS, 2013.

DE LEON, George; WEXLER, Harry. **The Therapeutic Community for Addictions: An Evolving Knowledge Base.** The Journal of Drug Issues: 2009.

DEPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, Atualização – Junho de 2016. Disponível em: <[http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio\\_2016\\_junho.pdf](http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil/relatorio_2016_junho.pdf)> Acesso em 14 out. 2018.

DEGASPERI, Nínive. **DROGAS, POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL.** 2013. 219 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Fernandes, Simone. **ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.** Rio de Janeiro: Santos, 2013.

FONSECA, João José Saraiva. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FRACASSO, Laura. Comunidades Terapêuticas: Histórico e regulamentações. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>> Acesso em 22 set. 2018.

GARCIA-MIJARES, Miriam; SILVA, Maria Teresa Araujo. Dependência de drogas. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 213-240, dez. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-51772006000400012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772006000400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 16 set. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA Denise Tolfo (organizadores). **Métodos de pesquisa.** Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, Romeu. Análise e Interpretação de Dados da Pesquisa Qualitativa. MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (Orgs.) **Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade.** 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Katál**, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

MACHADO, Ani Caroline. **Avaliação da Extensão**: um instrumento para a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 52f. 2017. Trabalho de Conclusão Final (Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande/MS, 2017

MCKAY, A. Sexuality and substance use: The impact of tobacco, alcohol and selected recreational drugs on sexual function. *Can. J. Hum. Sex.* V. 14, p. 47-56, 2005.

NETO, F.B. **Drogas: Porque as pessoas usam? É possível prevenir?** Florianópolis: Insular, 2009.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**. São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem. 1996.

ONU. World Drug Report, 2018. Disponível em: <<https://www.unodc.org/wdr2018/>> acesso em de set. de 2018.

POSTIGO, Vanuza Monteiro Campos. **Adicção, um estudo sobre passividade e violência psíquica**. Curitiba: Juruá, 2010.

PAIVA, Ricardo. Entrevista ‘**O crack é uma epidemia no Brasil, mas o governo não entende assim**’, diz coordenador do CFM. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/o-crack-e-uma-epidemia-no-brasil-mas-o-governo-nao-entende-assim-diz-coordenador-do-cfm/>> Acesso em 20.nov.2017

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROBINSON, Terry E.; Berridge, Kent C. (1993). **The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction**. *Brain Research Reviews*, 18(3), p. 247-291, 1993.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração: Guia para Estágios, Trabalhos de Conclusão, Dissertações e Estudos de Caso**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

SANTOS, João Almeida; PARRA FILHO, Domingos. Metodologia Científica. 2ª Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SELLTIZ, JAHODA, DEUTSCH & COOK. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo: E.P.U./ Edusp, 1974.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação das Técnicas para Análise de Dados Qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**. v. 17, n. 1. 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>> Acesso em: 19 jul.

2017.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; ESCRIVÃO FILHO, Edmundo. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. 26 ed. 2006. Fortaleza. **Anais ...** Fortaleza: ABEPRO, 2006. P. 1-9.

TINOCO, Rui. **Comunidades Terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica.** Revista TOXICODEPENDÊNCIAS, Edição IDT, vol. 12, número 1, pp. 21-30: 2006.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, André Barciela. **Fatores determinantes na dependência de crack na tríplice fronteira – Brasil, Bolívia e Paraguai.** Campo Grande: Revista INTERAÇÕES, v.17, n.1 p. 126-133, 2016.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração.** São Paulo: Atlas, 2014.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZALUAR, A. **Drogas e cidadania: repressão ou redução de risco.** São Paulo: Brasiliense, 1999, p. 106.