

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**CONTRIBUIÇÕES PARA ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO  
ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS NAS COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS CONVENIADAS COM O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL  
DEFENDIDO E APROVADO  
EM: 9/7/04

CAROLINA DOS SANTOS LINO

  
**Teresa Kleba Lisboa**  
Chefe do Depto. de Serviço Social  
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS (SC), 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA  
CENTRO SOCIOECONÔMICO  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**CONTRIBUIÇÕES PARA ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO  
ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS NAS COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS CONVENIADAS COM O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado  
como requisito parcial para obtenção do título de  
bacharel em Serviço Social, Departamento de  
Serviço Social, Centro Sócio econômico,  
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Kátia R. Madeira

Carolina dos Santos Lino

Florianópolis (SC), 2004.

CAROLINA DOS SANTOS LINO

**CONTRIBUIÇÕES PARA ANÁLISE DA POLÍTICA DE ATENDIMENTO AO  
ADOLESCENTE USUÁRIO DE DROGAS NAS COMUNIDADES  
TERAPÊUTICAS CONVENIADAS COM O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA



Professora Kátia R. Madeira  
orientadora

-----  
Professora Sílvia Régia F. Simões  
membro



Assistente Social Meryane Rodrigues Valente  
membro

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Jesus Cristo por me carregar em seus braços nos momentos difíceis e me ajudar na escola da vida a perceber meus erros e a valorizar minhas vitórias.

Neste momento, de mais uma etapa conquistada é com muita felicidade que expresso meus agradecimentos àqueles que sempre estiveram presentes de forma direta ou mesmo em pensamento contribuindo para minha formação acadêmica.

Agradeço a minha orientadora Kátia R. Madeira, que me incentivou e acreditou na construção deste trabalho.

Em especial, agradeço à assistente social e minha amiga Meryane que contribuiu não apenas profissionalmente, mas revelou-se uma amiga, me respeitando e sempre disposta a ajudar.

Gostaria de agradecer ao Programa Liberdade Assistida Comunitária e a Justiça da Infância e Juventude da Capital, palco de um aprendizado profissional, além das colegas do Programa de Execução de Medidas Sócio Educativas da PMF, destacando Adriana que contribuiu diretamente na construção deste.

A todos os professores que contribuíram na minha vida acadêmica, muito obrigado.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe que sempre está ao meu lado, e aos amigos e colegas: Aline, Evandra, Clisciene, Germano, Marlene, Karine, Suzana, Fabíula, Fabiane, Samuel e muitos outros, que contribuíram nesta trajetória de alguma forma.

*Não me convidaram  
Pra essa festa pobre  
Que os homens armaram  
Pra me convencer  
A pagar sem ver  
Toda essa droga  
Que já vem malhada  
Antes de eu nascer*

*Não me ofereceram  
Nem um cigarro  
Fiquei na porta  
Estacionando os carros  
Não me elegeram  
Chefe de nada  
O meu cartão de crédito  
É uma navalha*

*Brasil  
Mostra tua cara  
Quero ver quem paga  
Pra gente ficar assim  
Brasil  
Qual teu negócio  
O nome do teu sócio  
Confia em mim (...)*

Nilo Romero, George Israel, Cazuza

## RESUMO

LINO, Carolina S. 2004. 80f. **Contribuições para análise da política de atendimento ao adolescente usuário de drogas nas Comunidades Terapêuticas conveniadas com o Município de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

Este Trabalho de Conclusão de Curso objetiva abordar o atendimento disponibilizado ao adolescente autor de ato infracional encaminhado para tratamento nas Comunidades Terapêuticas conveniadas com a PMF. É realizado um resgate histórico da política de atenção ao adolescente autor de ato infracional, e apresentado de acordo com a experiência em campo de estágio no Programa Liberdade Assistida Comunitária o envolvimento entre o ato infracional cometido e o uso de drogas. A pesquisa empírica foi realizada na Comunidade Terapêutica Dona Geny Júlia Feijó e Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE), onde através de entrevista foi possível conhecer a metodologia de atendimento disponibilizada, assim como verificar se os procedimentos, os recursos humanos e a estrutura física estavam de acordo com o que prevê a lei que normaliza este serviço. Aborda-se a importância de se realizar um atendimento diferenciado às crianças e adolescentes usuários ou dependentes de drogas uma vez que é escasso o número de instituições que atendam a esta demanda, além da importância do trabalho junto às famílias destes adolescentes, esta entendida como base fundamental de construção do projeto de vida.

**Palavras-chave:** adolescente, ato infracional, drogas, dependência química.

## SIGLAS, ACRÔNIMOS E SIMILARES.

AA – Alcoólicos Anônimos

ANVS – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

CONEN – Conselhos Estaduais de Entorpecentes

COMEN – Conselhos Municipais de Entorpecentes

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

FUNCAB – Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso

INAM – Instituto Nacional de Assistência a Menores

LAC – Liberdade Assistida Comunitária

LBA – Legião Brasileira de Assistência

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

NA – Narcóticos Anônimos

ONU – União das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNBEM – Política Nacional do Bem-Estar do Menor

PNAD – Política Nacional Antidrogas

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

SAM – Serviço de Assistência a Menores

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas

SPA – Substâncias Psicoativas

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Número de abrigos séc. XVIII e início do séc. XX .....	16
Ilustração 2 –Diferenças entre Código de Menores e o ECA .....	26
Ilustração 3 – Número de adolescentes por grau de instrução .....	37
Ilustração 4 – Número de adolescentes que reincidiram ao ato infracional .....	37
Ilustração 5 – Tipos de drogas lícitas e ilícitas .....	38
Ilustração 6 – Tipos de drogas ilícitas .....	38



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1 O ADOLESCENTE AUTOR DE ATO INFRACIONAL E AS DROGAS .....</b>	<b>13</b>
1.1 O processo histórico de atenção ao adolescente autor de ato infracional .....	13
1.1.2 Aspectos Jurídicos: As primeiras Leis e o Estatuto da Criança e do Adolescente .....	22
1.2 A família e o adolescente autor de ato infracional .....	31
1.2.1 O Programa Lac no bairro Monte Cristo como parâmetro de análise: Ato infracional X uso de drogas .....	36
1.3 Drogas: conceito, classificação e etiologia .....	40
<b>2 TRATAMENTO E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS NO BRASIL .....</b>	<b>46</b>
2.1 Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas .....	46
2.2. Legislação e fiscalização dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de Substâncias Psicoativas .....	50
<b>3 RESULTADO DA PESQUISA NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DONA GENY JÚLIA FEIJÓ E CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA .....</b>	<b>55</b>
3.1 Caracterização da Instituição: Comunidade Terapêutica Dona Geny Júlia Feijó e Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE) .....	55
3.2 Apresentação dos Resultados .....	56
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO - RESOLUÇÃO RDC Nº 101</b>	
<b>APÊNDICE - ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>	

## INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem por objetivo verificar como se realiza o atendimento ao adolescente autor de ato infracional usuário ou dependente de drogas inserido no Programa Liberdade Assistida Comunitária (LAC), nas Comunidades Terapêuticas conveniadas à Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF).

Esta iniciativa visa beneficiar aos adolescentes uma vez que possibilita discutir novas perspectivas para o atendimento desta demanda, além de beneficiar ao Programa de Execução de Medidas Sócio-Educativas que atualmente enfrenta uma escassez de opções deste serviço para o encaminhamento, sendo a problemática da droga entre os adolescentes influência direta no cumprimento da Medida Sócio Educativa aplicada

A escolha do referido tema surge da experiência vivenciada em Estágio Curricular no Programa LAC. Utilizando-se das fontes de documentação do Programa LAC elaborados com base nos atendimentos aos adolescentes verifica-se que entre eles uma porcentagem estimada em 90% são usuários de drogas (lícitas e ilícitas), sendo que entre este número é alto o índice de dependência química.

É reduzido o número de adolescentes que freqüentam programas de tratamento para dependentes químicos, e quando encaminhados pela Justiça da Infância e Juventude, como Medida de Proteção prevista no art. 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente ocorrem inúmeras evasões.

Há sem dúvida uma carência no Estado de programas de tratamento para dependentes químicos específicos para adolescentes. As alternativas são mínimas e a necessidade de solução para o problema da dependência química entre crianças e adolescentes causa preocupação à sociedade e principalmente aos que atuam na área da Infância e Juventude.

No que se refere aos procedimentos metodológicos adotados, a escolha da pesquisa para atender aos objetivos deste trabalho terá como base o caráter qualitativo, utilizando-se como técnica para a coleta de dados fontes de documentação e entrevista com especialistas da temática.

Em um primeiro momento será realizado o estudo referente ao material já existente sobre a temática, o adolescente autor de ato infracional usuário dependente de drogas, através de fontes de documentação, tais como: identificação das políticas públicas, das políticas públicas específicas à área de intervenção, e da legislação pertinente, extraídas dos programas responsáveis pelos serviços relacionados à questão estudada: o Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN), Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Social da PMF .

O segundo momento desta pesquisa consistirá em entrevista com as unidades de tratamento a alcoólatras e toxicômanos conhecidos como Comunidades Terapêuticas que atendam adolescentes e possuam convenio com a PMF.

Atualmente são 03 (três) as Comunidades Terapêuticas conveniadas com a PMF que trabalham com adolescentes, são elas: Dona Geny Júlia Feijó, Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE) e Centro de Recuperação de Dependentes Químicos (CREDQ), sendo a última específica para o atendimento do sexo feminino.

A escolha da técnica para extrair a amostra é a amostragem por acessibilidade que nas palavras de Gil (1999, p.114):



O pesquisador seleciona elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma representar o universo (...) A amostra será composta por um número suficiente de casos para que represente com fidedignidade as características do universo.

A amostra para esta pesquisa será as Comunidades Terapêuticas Dona Geny Júlia Feijó e Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE), esta se justifica, pois segundo dados do Programa LAC a demanda aqui abordada, o adolescente autor de ato infracional,

é em sua maioria do sexo masculino, sendo que as duas adolescentes hoje inseridas não possuem este encaminhamento.

A técnica de pesquisa será a entrevista semi-estruturada. As informações serão obtidas a partir de um questionário, cujas perguntas não serão totalmente estruturadas, pois não apresentaram alternativas de respostas previamente estabelecidas.

Quanto à estrutura do trabalho, pode-se afirmar que está dividida em três capítulos: no primeiro capítulo, apresenta o resgate histórico da atenção ao adolescente autor de ato infracional destacando as primeiras leis e o Estatuto da criança e do Adolescente, considerações quanto à família e o adolescente autor de ato infracional, o Programa Liberdade Assistida Comunitária no bairro Monte Cristo como parâmetro de análise entre o ato infracional cometido e o uso de drogas, e por fim o conceito, classificação e etiologia das drogas.

No segundo capítulo, será apresentada as modalidades de tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas, e a legislação e fiscalização dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

No terceiro capítulo, está a apresentação dos resultados da pesquisa realizada nas Comunidades Terapêuticas e a conseqüente análise dos dados.

Na seção, Considerações Finais, apresenta-se uma síntese das reflexões trabalhadas neste estudo, bem como os resultados da pesquisa.

Por fim, entende-se que com o estudo realizado nesta direção não se pretende esgotar a discussão ora retratada, mas, sobretudo, contribuir com o debate sobre o tema, através de uma avaliação teórica que possibilite construir novas perspectivas de atendimento que, por sua vez, possam ampliar e aprimorar as ações desenvolvidas nas instituições pesquisadas.

## CAPÍTULO I

Este capítulo contempla o resgate histórico da política de atenção ao adolescente autor de ato infracional destacando as primeiras leis e o Estatuto da criança e do Adolescente, considerações quanto à família e o adolescente autor de ato infracional, quanto ao Programa Liberdade Assistida Comunitária na comunidade Monte Cristo como parâmetro de análise entre o ato infracional cometido e o uso de drogas, e por fim o conceito, classificação e etiologia das drogas.

### **1 O ADOLESCENTE AUTOR DE ATO INFRACIONAL E AS DROGAS**

#### 1.1 O processo histórico de atenção ao adolescente autor de ato infracional

No Brasil, quando realizado o resgate histórico do modelo de atenção às crianças e adolescentes em situação de pobreza, sem acesso às condições básicas para a garantia de seu desenvolvimento, verifica-se uma falta de compreensão e preocupação no tratamento das especificidades das diferentes situações a qual estavam inseridos. As respostas as questões relacionadas à infância eram norteadas por uma lógica que considerava estas crianças e adolescentes uma ameaça à paz da sociedade. Elas eram denominadas pelos juízes e autoridades de desvalidas, nome que quer dizer desprotegido e o adolescente autor de ato infracional constituía este segmento.

A história das crianças abandonadas no Brasil começou por volta de 1550, pouco depois do início da colonização. De acordo com Priore (1991), nessa época a atenção às crianças e aos adolescentes estava voltada para a evangelização dos indígenas pelos Jesuítas. O povo indígena era considerado amoral e pecaminoso diante seus costumes.

Neste período de evangelização, muitos jovens indígenas e entre eles jovens europeus que chegaram ao Brasil, não seguiram com o objetivo que lhes fora atribuído. Eles se “desvirtuaram”, fugindo e ficando a mercê de uma estrutura onde o comércio começou a instalar-se não tendo acesso a produtos como a alimentação, moradia, roupas entre outros, frente a outros que possuíam “boas qualidades”, para serem irmãos e atuarem como intérpretes do latim, ajudando assim na conversão dos “gentios e infiéis”, sendo que para abriga-los os padres fundaram no Brasil, em 1551, os primeiros colégios internos. Inaugurava-se, uma política do recolhimento e internamento de “menores”.

Cerca de duzentos anos depois, verifica-se o aumento significativo de crianças abandonadas pelas ruas. Neste momento é criada a Roda dos Expostos, ou Casa da Roda. Exposto é um adjetivo que define o que está à vista, aparente. No passado aplicava-se tanto para as crianças abandonadas nas ruas pelas famílias, quanto para as órfãs. O nome Roda dos Expostos foi por muito tempo sinônimo de lugar dos abandonados pela família, rejeitados, desvalidos, ingênuos ou enjeitados, nomes também empregados para designar essas crianças.

Segundo Marcílio (2001) quase por um século e meio a roda de expostos foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil. Raramente as municipalidades assumiam as responsabilidades pelas crianças abandonadas. Esta assistência de caráter caritativo era missionária e quando existiu não criou nenhuma entidade especial para acolher os pequenos desamparados.

Assistir as crianças abandonadas era aceito com relutância pelas Câmaras. Em 1828 vigorou a lei de 1828, chamada Lei dos Municípios. Em toda a cidade onde houvesse uma Casa de Misericórdia, a Câmara poderia usar de seus serviços para a instalação da roda e assistência aos enjeitados que recebesse. Nesta parceria, seria a Assembléia Legislativa Provincial, e não mais a Câmara, quem entraria com um subsídio para auxiliar o trabalho

da Misericórdia.

Essa mesma lei foi feita também para incentivar a iniciativa particular a assumir a tarefa de criar as crianças abandonadas, liberando as municipalidades deste serviço. Com base nela surgiram, dentro de novo espírito filantrópico e utilitarista, algumas rodas de expostos. Quase todas essas foram de diminutas dimensões e de precárias condições para assistir os pobres pequenos enjeitados. (MARCÍLIO, 2001. p. 62)

Perdia-se assim o caráter caritativo da assistência, para inaugurar-se sua fase filantrópica, associando-se o público e o particular.

Nesta perspectiva Marcílio (2001) acrescenta, “em Santa Catarina criou-se uma roda de expostos, na capital Desterro (Florianópolis), no ano de 1828. Nesta cidade foi a Irmandade do Senhor Bom Jesus dos Passos quem cuidou dos expostos (na ausência de Misericórdia)”.

Assim encontramos treze rodas de expostos no Brasil: três criadas no século XVIII em Salvador, Rio de Janeiro e Recife; uma no início do Império em São Paulo, todas as demais no rastro da Lei dos Municípios.

A partir de 1830, quanto ao caráter da assistência, este deixa de ser uma ação descentralizada e em mãos das municipalidades e de confrarias de leigos. As províncias vão sendo forçadas a subvencionar essa assistência e a contratar os serviços das Santas Casas e/ou ordens religiosas femininas, para cuidar das crianças confinadas nas casas de expostos.

Em meados do século XIX, seguindo os rumos da Europa liberal, que fundava cada vez mais sua fé no progresso contínuo, na ordem e na ciência, começou forte campanha para a abolição da Roda dos Expostos. Esta passou a ser considerada imoral e contra interesses do Estado. Aqui no Brasil, igualmente iniciou-se movimento para sua extinção.

Os esforços para extinguir as rodas no País tiveram a adesão dos juristas, que começavam a pensar em novas leis para proteger a criança abandonada e para corrigir a questão social que começava a perturbar a sociedade: a da adolescência infratora.

Como as Misericórdias não podiam abrigar todas as crianças que voltavam do período de criação em casas de amas, e como estas só em minoria aceitavam continuar criando as crianças, passando o período em que recebiam salários, grande parte das crianças ficava sem ter para onde ir.

Preocupada com essa situação, a Roda buscava casas de famílias que pudessem receber as crianças como aprendizes. Para os meninos havia ainda a possibilidade de serem enviados para as Companhias de Aprendizes Marinheiros, ou Aprendizes do Arsenal da Guerra. A menina, devido a preservação da honra e castidade, era alvo de maiores preocupações. Para elas foi criado um recolhimento de meninas órfãs e desvalidas que estiveram sempre ligadas às Casas de Expostos.

A partir de 1860, surgiram inúmeras instituições de proteção à infância desamparada.

Em 1887, a cidade do Rio de Janeiro possuía uma lista considerável de estabelecimentos de abrigo e educação para menores desvalidos.

Leite (apud PAIVA, 2001, p. 17) apresenta o quadro que demonstra o número de abrigos existentes nas maiores cidades do país, entre meados do século XVIII e início do século XX.

<b>Ano de fundação/ cidade</b>	<b>Nome</b>	<b>Mantenedor</b>	<b>Clientela/faixa etária</b>	<b>Finalidade</b>
1740/Rio de Janeiro	Recolhimento de Órfãs e Desvalidas de Santa Thereza	Santa casa da Misericórdia	Órfãs de matrimônio legítimo e desvalidas/ 5 a 13 anos	Formas perfeitas mães de família
1846/Rio de Janeiro	Asilo das Órfãs	Sociedade Amante da Instrução	Órfãs desvalidas	Educação de Órfãs desvalidas
1854/Rio de Janeiro	Albergaria, Asilo Mendicidade	Estado	Enfermos e alienados/3 a 12 anos	Sem informação
1854/Rio de Janeiro	Órfãs Brancas do Colégio Imaculada Conceição	Colégio Imaculada Conceição	Órfãs brancas/12 a 21 anos	Formação religiosa, moral e prática de boas empregadas ou donas de casa
1869/ São Paulo	Instituto de Educadores Artífices	Estado	Meninos pobres/sem informação	Sem informação
1872/Rio de Janeiro	Orfanato Santa	Colégio	Meninas de cor/12 a 21	Formar boas



Janeiro	Maria	Imaculada Conceição	anos	empregadas domésticas e semelhantes
1873/Rio de Janeiro	Escola de Aprendizes Marinheiros	Estado	Meninos maiores de 12 anos encontrados em abandono moral	Formar os futuros marinheiros da Marinha do Brasil
1875/Rio de Janeiro	Asilo de Meninos Desvalidos	Estado	Meninos desvalidos/8 a 21 anos	Educação física, moral, intelectual e profissional
1877/ Rio de Janeiro	Asilo Santa Maria	Santa casa da Misericórdia	Mulheres e meninas, sem fixar idade	Assistência à mulher nas duas fases extremas de vida: mocidade e velhice
1886/Rio de Janeiro	Asilo Agrícola Santa Isabel	Associação Protetora da Infância Desamparada	Meninos vagabundos ou destituídos de amparo de família, mas de preferência órfãos /10 a 14 anos	Educação moral e religiosa, instrução primária, elementos de instrução profissional e ensino agrícola de caráter prático
1888/Rio de Janeiro	Casa São José	Subvenção federal/impostos sobre bebidas alcoólicas	Meninos com idade entre 7 e 11 anos, podendo permanecer até 14 anos	Cuidar de desvalidos órfãos ou não ou que se encontrem na mais absoluta indigência
1890/Rio de Janeiro	Asilo da Misericórdia	Irmandade da Misericórdia	Menores abandonados sem fixar idade	Recolher e educar menores abandonados nas enfermarias do Hospital Geral, por falecimento das mães
1891/Rio de Janeiro	Asilo Isabel	Associação Mantenedora da Infância/subvenção do governo	Meninas de 7 a 10 anos e meninos de 7 a 9 anos em estado de indigência e não sofrendo de moléstias (não podiam ser doentes)	Educação e assistência da Infância desvalida dos dois sexos
1897/Rio de Janeiro	Orphanato de Santo Antônio	Congregação Franciscana/caridade pública	Meninas brasileiras ou estrangeiras e três ou quatro adultas para auxiliar nos serviços	Formar futuras criadas e esposas para operários
1899/Rio de Janeiro	Escola Premunitória XV de Novembro	Estado	Crianças abandonadas até 17 anos	Ministrar assistência e educação física, profissional e moral aos menores recolhidos
1900/Rio de Janeiro	Asilo de São Cornélio	Santa Casa da Misericórdia	Meninas pobres maiores de 12 anos	Exercitam-se as asiladas em serviços domésticos de lavagem e engomagem, costura e bordado
1900/Rio de Janeiro	Asilo Gonçalves de Araújo	Irmandade do Santíssimo da Candelária	Meninos e meninas pobres	Destinado à instrução de crianças pobres
1906/São Paulo	Instituto Disciplinar de São Paulo	Governo federal	Meninos delinquentes entre 9 e 21 anos condenados por infração penal e pequenos vadios ou abandonados entre 9 e 14 anos	Incultar hábitos de trabalho agrícola e educação elementar dentro dos métodos e processos que a ciência aconselha. Fazer a higiene social
1907/Rio de Janeiro	Escola de Menores	Prefeitura	Menores abandonados	Pôr termo à prática de

Janeiro	Abandonados	Municipal	entre 5 e 15 anos; meninas menores de 21 anos	encarcerar menores na Casa de Detenção. Dar um abrigo protetor, alimento e instrução elementar
1914/Rio de Janeiro	Asilo Nossa Senhora do Amparo	Subvenção municipal	Meninas entre 9 e 21 anos	Preparação de mães de família cristãs
1917/Rio de Janeiro	Asilo Infantil Nossa Senhora da Pompéia	Patronato de Menores	Meninas até 8 anos	Educar filhas de condenados em trabalhos manuais e domésticos
1917/Rio de Janeiro	Asilo Nossa senhora de Nazareth	Congregação das Irmãs da Divina Providência	Órfãs, em sua maioria, entre 2 e 10 anos	Ensino primário elementar e profissional compatível com o sexo

Fonte: Meninos de Rua: A Infância Excluída no Brasil / Lígia Costa Leite. 2001.

Analisando a tabela, verifica-se o papel predominante da Igreja Católica na administração dessas instituições. Observa-se ainda que a educação não representava uma preocupação institucional, uma vez que um número limitado de instituições cita o ensino fundamental como objetivo. As demais prestam a educação moral ou a capacitação profissional voltada a ofícios que não exigissem a alfabetização.

Segundo Leite (2001), a filantropia surgia como modelo assistencial, fundamentada na ciência para substituir o modelo da caridade. Nesses termos, à filantropia atribui-se a tarefa de organizar a assistência dentro das novas exigências sociais, políticas econômicas e morais que nascem com o início do século XX no Brasil.

No início da década de 40, a atenção às questões referentes à criança e ao adolescente visava proporcionar políticas de proteção especializadas a essas duas categorias. A este modelo de atenção Rizzini (1995), descreve a preocupação centrada não só na criança pobre, mas também na sua família, que passam a ser objeto de inúmeras ações do Governo Getúlio Vargas.

Foram realizadas várias políticas compensatórias com a criação de instituições de caráter social e de âmbito nacional, governamentais ou privadas. Como exemplo a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Serviço de Assistência a Menores (SAM).

Segundo o autor neste período o Serviço de Assistência a Menores (SAM), visava o atendimento do adolescente e sua família. As funções de organizar os serviços de assistência e ministrar o tratamento aos menores foram retiradas dos juizes, mantiveram a cargo destes a fiscalização do regime disciplinar e educativo dos internos. A ótica utilizada não era apenas do recolhimento dos adolescentes, voltada para realização de um trabalho com as famílias, buscando assim evitar o primeiro, o problema dos “menores” era entendido como um problema de família.

Este trabalho consistia também na prevenção do desvio que seria realizada através da criação de "obras preventivas", tais como palestras nas escolas, concursos de trabalhos manuais, biblioteca circulante, portarias advertindo os pais da obrigatoriedade da freqüência escolar e obrigando a matricula escolar no curso de adultos os operários menores de 18 anos analfabetos.

O SAM mantinha contrato com instituições particulares para ao atendimento de "menores" que passavam por sua triagem, adquirindo em 1944 o âmbito nacional. Ele possuía papel de "órgão central orientador".

O SAM não possuía autonomia na aquisição de bens e utilidades estando vinculado ao Departamento Administrativo do Ministério da Justiça, sendo o órgão percebido apenas como um serviço, sem poder de decisão algum. O diretor não tinha controle algum sobre a dotação orçamentária destinada ao órgão.

O SAM chegou a um nível de corrupção que autoridades do próprio Governo e outros setores da sociedade começaram a acreditar na impossibilidade de sua recuperação tamanho eram os escândalos públicos, a ameaça à sociedade pelas constantes fugas dos "menores". O SAM se transformou numa verdadeira fonte de recursos para fins pessoais - seja na forma legal ou de forma ilícita.

Frente a estes problemas, foram apresentados projetos como o de criação do INAM

- Instituto Nacional de Assistência a Menores, cuja proposta visava a participação de elementos representativos da sociedade civil no conselho, e previa a independência em relação ao Departamento Administrativo do Ministério da Justiça. O INAM passaria a ter controle direto sobre a assistência aos "menores desamparados". Entretanto, a CPI não trouxe resultados mediatos.

A partir dos anos de 1960, começava a fase da Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM), a atenção estava voltada ao "processo de marginalização" entendido como situação de baixa renda, de pouca participação no consumo de bens materiais, culturais, de incapacidade no alcance dos serviços de habitação, saúde, educação e lazer.

A respeito desta política de atenção ao "Menor" Vogel (1995) descreve sobre a criação da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) em 1964, seguida da criação dos internatos – FEBEMs.

A existência de uma questão social acena para o entendimento a cerca do adolescente infrator como fruto de uma disfunção familiar, social e do Estado, desprovido dos mínimos sociais, o que os levaria de marginalizados a marginalizantes. Assim, o que era historicamente considerado um "caso de polícia" passou a ser um "caso de política".

Segundo o autor, nesta ótica a questão do internamento é vista como pratica com pontos negativos, dado que o problema do "menor" era a carência (econômica e afetiva), e sendo este, ponto inicial desagregador, a melhor estratégia é a sua "reintegração no ambiente familiar", nesta perspectiva "o fortalecimento economico-social da família constitui ponto fundamental em toda política do bem-estar do menor".

Foram traçadas diretrizes de ação, com objetivos prioritários: elevar progressivamente o nível de atendimento do abandono e da conduta anti-social; suprir o "abandono de fato"; sensibilizar a população e os poderes constituídos "no sentido de despertar a opinião pública" para os problemas identificados e suas causas.

Estes objetivos referem-se ao menor desassistido, categoria que compreendia tanto o menor de conduta anti-social, quanto o menor carenciado, aos quais deveriam dirigir-se, respectivamente, os programas de tratamento e prevenção.

Para planejar e realizar investimentos, era indispensável definir prioridades com base em referências geo-econômicas regionais e segundo planos de trabalho integrado de desenvolvimento, no âmbito da Política Nacional, dar atenção às atividades preventivas, atribuir a execução dos programas de treinamento ou prevenção a organismos locais públicos ou privados, mediante assistência técnica e financeira aos mesmos, priorizar a formação de pessoal técnico e conscientizar a comunidade.

A FUNABEM configura-se como um órgão central, de caráter normativo, cuja incumbência básica era o repasse de recursos.

As discussões nos encontros que tratavam a questão pontuavam, a prevenção, "a proteção do instituto da família", "base fundamental da sociedade", e o tráfico de drogas.

Foram realizados inúmeros convênios entre eles com entidades religiosas. Em sua grande maioria esses convênios parecem ter financiado projetos de construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos, favorecendo tanto o setor público, quanto o setor privado, na área do atendimento.

O grande propósito da FUNABEM tinha sido interiorizar a Política do Bem-Estar do Menor, apoiando a "implantação da infra-estrutura capaz de garantir o funcionamento das Fundações".

Entretanto os prejuízos resultantes da marginalização tinham aumentado, diminuindo a segurança. A questão era que as Fundações Estaduais e Municipais não dispunham de recursos suficientes para enfrentar a magnitude do problema.

Frente a crescente marginalidade e a sua associação, as questões relacionadas aos "menores em situação de risco social", segue em 1927 a implantação da Lei de Assistência

e Proteção ao “menor”, e em 1979 entra em vigor o Código de Menores.

Para melhor compreensão das legislações específicas de atenção ao “menor”, trataremos no próximo item, algumas considerações acerca deste modelo ideológico de assistência e a transição para uma nova proposta: o Estatuto da Criança e do Adolescente.

### 1.1.2 Aspectos Jurídicos: As primeiras Leis e o Estatuto da Criança e do Adolescente

Até 1926, não havia uma lei específica para cuidar das questões do adolescente autor de ato infracional, os dispositivos legais ligados à questão estavam embutidos nos Códigos Penais.

O tema, foi objeto de regulamentação e de debate que se estenderam até a consolidação das leis de assistência e proteção aos menores, no ano de 1927. Juristas associaram-se às forças policiais, aos setores político, às associações caritativas e filantrópicas promovendo debates, publicando e estabelecendo alianças em várias arenas: no Congresso Federal, nas Câmaras dos Deputados, nos jornais, nas sedes da “Liga de Beneficência Pública” e associações filantrópicas, nas universidades e nos congressos acadêmicos, de âmbito internacional.

A infância foi “judicializada”. Decorre daí a popularização da categoria jurídica “Menor”, e suas várias classificações como o abandonado, delinqüente, vicioso entre outros.

O Código de Menores foi instituído pelo Decreto de 1926, e em 1927, o decreto N. 17.943-A consolidava as leis de assistência e proteção aos menores.

Segundo Pillotti (1995. p. 129), o Código de 1927 estabelece no texto do seu art. Primeiro:

O menor de um ou outro sexo, abandonado ou delinqüente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código. De forma complementar, o artigo 54 esclarecia que: - Os menores confiados a particulares, a institutos ou associações, ficam sob a vigilância do estado, representando pela autoridade competente, reconhecidamente o Juiz de Menores, após legislação de 1924.

Neste momento o Juiz em sua autoridade fica responsável na aplicação de tais medidas de assistência e proteção, a mercê de seu julgamento frente à questão e sua posição onipotente está o futuro destas crianças e adolescentes, estes passam a ser tutelados pelo Estado uma vez que esta ótica acredita na incapacidade familiar e não objetiva entender as causas de tal situação de “abandono” ou “delinqüência”, para uma intervenção.

O Código de Menores de 1927 representa um dos primeiros passos de âmbito legal de atenção à infância e juventude. Assim traz importantes contribuições como a regulamentação do trabalho infantil e juvenil, onde era proibido o emprego de menores de 12 anos, sendo que os dispositivos referentes a este artigo impõem restrições rigorosas quanto aos locais, horários e pessoas que empregassem “menores”, exercendo vigilância e inspeção dos mesmos, sob pena de multa ou prisão para os infratores. A regulamentação do trabalho atingia também a ocupação do espaço das ruas, uma preocupação já presente no princípio do nosso século.

Este Código instituiu também medidas de proteção, com o objetivo de propiciar tratamento específico, baseado em normas próprias e diferentes das dispensadas aos adultos, segundo Leite (2001. p. 37) “O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinqüente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código”. Estas medidas de proteção estavam previstas aos abandonados moral e materialmente, devido a falta de atenção dos responsáveis as necessidades para o seu desenvolvimento.

Neste sentido, foram elaboradas regulamentações das situações de abandono a que

estes menores estariam submetidos. Apoiando-se nelas, o juiz podia retirar o “pátrio poder” e dar poderes ao Estado para assumir a tutela dos menores, ou seja, interna-los nas instituições fechadas. Este código determinava também novas penalidades que poderiam ser aplicadas aos menores em caso de infrações penais. Durante cinquenta anos essas medidas foram usadas, até que um novo Código de Menores foi sancionado, em 1979, substituindo as leis anteriores.

A figura do “menor” neste Código é retratada como vítima de uma estrutura social injusta, essa situação configurou a “Doutrina da Situação Irregular”, a este respeito comentou Faleiros (apud SOUZA, 1998, p.44) define:

O código de 1979 define como situações irregulares a privação de condições essenciais à subsistência, saúde e instrução, por omissão, ação ou irresponsabilidade dos pais ou responsáveis; por ser vítima de maus-tratos; por perigo moral em razão de exploração ou por encontrar-se em atividades contrárias aos bons costumes, por privação de representação legal, por desvio de conduta ou autoria de infração penal.

Com base nesta doutrina as condições sociais ficam reduzidas à ação dos pais ou do próprio “menor” transferindo a sua condição de vítima a réu, além de tornar a situação ainda mais jurídica e assistencial. Uma vez alegando a proteção dos “menores” diante dos perigos a que estariam submetidos por força de sua origem social e econômica, a polícia estava autorizada a “recolhe-los”, quando estivessem “vagando” em lugares públicos, sendo encaminhados à Delegacia de Menores e submetidos a uma investigação sobre sua situação social e familiar, permanecendo o caráter correccional e repressivo das outras legislações.

Segundo Leite (2001), “o Código de Menores de 1979 também resgatou as teorias dos “homens de ciência” de cinquenta anos atrás, segundo as quais era preciso estruturar o modelo de “ser social ideal”, para adequá-lo ao futuro da nação”. Imaginava-se que o adolescente uma vez internado, longe do seu convívio social e familiar a fim de reprimir e corrigir seus comportamentos voltaria adaptado a sociedade, tratando a situação específica



de cada adolescente como uma “patologia social” ou doença a ser tratada.

Entretanto, estas ações corretivas e paliativas não controlavam o crescimento de crianças e adolescentes nas ruas, fruto do crescimento da pobreza reflexo das desigualdades sociais. Frente a este quadro a sociedade civil se envolve na organização de grupos como o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, Pastoral do Menor entre outras.

Com a Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, chamada de Constituição Cidadã, inseriam-se em nossa sociedade os Direitos Internacionais da Criança, proclamados pela União das Nações Unidas (ONU) nos anos de 1950. Com o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 e a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS em 1993, o Estado assume enfim suas responsabilidades sobre a assistência à criança e à adolescência e estas se tornaram sujeitos de direito. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 227 afirma que:

É dever da Família, da Sociedade e do Estado assegurar a criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

A lei 8.069/90 que dispõe do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina que toda criança e adolescente, dentro da faixa etária de 0 a 18 anos completos e, em alguns casos, até aos 21 anos de idade, deve receber proteção integral e especial, atribuindo a estes a condição de sujeito de direitos.

Este Estatuto discorre sobre as condições necessárias ao desenvolvimento físico, mental, moral e social, em condições de liberdade e dignidade. Os direitos básicos que passam a ser garantidos com absoluta prioridade estão expressos no artigo 4º da lei fazendo referência à educação, ao lazer, à profissionalização, ao respeito, à liberdade e à

convivência familiar e comunitária.

A partir do ECA o Governo Federal deixou de ter responsabilidade direta nas ações de assistência e educação de crianças e adolescentes uma vez que a execução operacional dessas ações ficou a cargo dos Estados e Municípios, propiciando uma melhor leitura da realidade. A constituição de Conselhos de Direitos e Tutelares desloca funções tradicionalmente desempenhadas pelo Judiciário, retirando-o do papel de protagonista na definição de destinos.

Para melhor ilustrar as diferenças entre o Código de Menores e a Política de Bem-Estar do Menor - Leis nº 6 697/79 e 4 513/64, e o Estatuto da Criança e do Adolescente - lei 8 069/90, Leite (2001, p. 42-43), apresenta o quadro comparativo:

	<b>Código de Menores (6 697/79) e lei nº 4 513/64</b>	<b>Estatuto da Criança e do Adolescente</b>
Base Doutrinária	Menor deve ser tutelado por lei, e medidas judiciais deverão ser aplicadas quando ele se encontrar em "situação irregular".	Proteção Integral sem discriminação de nenhum tipo a toda a população de 0 a 18 anos.
Concepção política e social implícita	A lei serviu de instrumento de controle social de vítimas de situações de omissão por parte da família, da sociedade e do Estado.	Objetiva fornecer instrumentos para assegurar os direitos básicos a toda criança e adolescente, e proteção especial aos mais vulneráveis socialmente.
Objetivo	Normatizar a assistência a menores entre 0 e 18 anos, que se encontrem em situação irregular, e entre 18 e 21 anos, nos casos previstos em lei, através da aplicação de medidas "preventivas e terapêuticas", definidas unicamente pelo juiz.	Garantia dos direitos pessoais e sociais, através da criação de oportunidades e facilidades que visem ao seu desenvolvimento físico, mental, moral e social, em condições de liberdade e respeito.
Visão da criança e do adolescente	Menores em "situação irregular" são objeto de medidas judiciais. São classificados como: a) carentes; b) abandonados; c) infratores.	Sujeito de direitos. Fase de desenvolvimento, peculiar ao ser humano.
Papel do juiz e direito de defesa	Poder diante da decisão judicial, já que não exige fundamentação das decisões de aplicações de medidas "preventivas e terapêuticas", apreensão ou confinamento dos menores. Aqueles acusados de infração penal são "defendidos e acusados" pelo mesmo curador de menores (promotor público).	Direito de defesa amplo, com todos os recursos inerentes. Garante ao adolescente presunção de inocência e defesa por profissional habilitado (advogado ou defensor público). Limita o poder absoluto do juiz.
Apreensão	Preconiza a prisão cautelar, a qual era inexistente no Código Penal, para os maiores de idade, mas era aplicada aos menores.	Restringe a apreensão a dois casos: a) flagrante no delito da infração; b) ordem expressa e fundamentada do juiz.
Internamento	Aplicável a crianças e adolescentes por pobreza, sem prazo e condições determinados, desde que haja "manifesta incapacidade dos pais para mantê-los".	Aplicável a adolescentes autores de ato infracional grave obedecidos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar da pessoa em

		desenvolvimento.
Execução da política social	Medidas previstas normatizadas e executadas por: a) Política Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem e Febem); b) Segurança Pública; c) Justiça de Menores.	a) Políticas sociais básicas; b) Políticas assistenciais (com caráter supletivo); c) Conselhos de proteção e defesa dos direitos ao desenvolvimento físico, psíquico e social; d) Proteção jurídico-social.

Fonte: Meninos de Rua: A Infância Excluída no Brasil / Lígia Costa Leite. 2001.

A família das crianças e adolescentes carentes foram até então consideradas responsáveis por sua situação social e econômica desfavorável. Com a aprovação do Estatuto, a família tornou-se parte do processo de inserção social de seus filhos, devendo receber suporte para o seu fortalecimento.

O adolescente autor de ato infracional, neste sentido é visto em seu contexto, que inclui as suas relações familiares e comunitárias, o ato infracional cometido não o enquadra em um segmento ou situação, mas busca o entendimento da multicausalidade da sua conduta, responsabilizando-o no âmbito educativo, respeitando a sua condição de pessoa em desenvolvimento e buscando em um conjunto de ações integradas atender suas famílias, base fundamental para a construção de um novo plano de vida e conseqüentemente com o rompimento com a prática de delitos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seus artigos 103,104 e 105 considera Ato Infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal, sendo penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos sujeitos a medidas previstas nesta Lei.

A responsabilidade do adolescente autor de ato infracional culmina com a aplicação das medidas sócio-educativas, que por sua vez é fruto do processo legal de apuração de ato infracional.

As medidas sócio-educativas estão previstas no Art. 112 deste Estatuto (2001, p.33), onde:

Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:  
I – advertência;

- II - obrigação de reparar o dano;
- III - prestação de serviço à comunidade;
- IV - liberdade assistida;
- V - internação em regime de semiliberdade;
- VI - internação em estabelecimento educacional;
- VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I à VI.

Estas medidas têm como princípios básicos para sua aplicação a determinação de representante do Ministério Público ou do Poder Judiciário, observado o devido direito à defesa, a natureza do ato infracional, as circunstâncias, a personalidade e a situação sócio familiar do adolescente, a brevidade, a excepcionalidade e o respeito à condição de pessoa em desenvolvimento, e a possibilidade de combinar as medidas sócio educativas com as medidas de proteção previstas no artigo 101 deste Estatuto, sempre levando em conta as necessidades de socialização do adolescente.

Assim como, sua condição de sujeito de direitos implica a necessidade de sua participação nas decisões de seu interesse e no respeito à sua autonomia, no contexto do cumprimento das normas legais. Para tal, o processo de apuração de ato infracional dispõe dos direitos individuais e das garantias processuais.

Dos direitos individuais o Estatuto considera:

Art. 106 – Nenhum adolescente será privado de sua liberdade senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente.

Parágrafo Único – O adolescente tem direito à identificação dos responsáveis pela sua apreensão, devendo ser informado acerca de seus direitos.

Art. 107 – A apreensão de qualquer adolescente e o local onde encontra recolhido serão incontinentemente comunicados à autoridade judiciária competente e à família do apreendido ou à pessoa por ele indicada.

Parágrafo Único – Examinar-se-á, desde logo e sob pena de responsabilidade, a possibilidade de liberação imediata.

Art. 108 – A internação, antes da sentença, pode ser determinada no prazo máximo de quarenta e cinco dias.

Quanto às garantias processuais, o Estatuto considera:

Art. 110 – Nenhum adolescente será privado de sua liberdade sem o devido processo legal.

Art. 111 – São asseguradas ao adolescente, entre outras, as seguintes garantias:

I - pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, mediante citação ou meio equivalente;

II - igualdade na relação processual, podendo confrontar-se com vítimas e testemunhas e produzir todas as provas necessárias à sua defesa;

III - defesa técnica por advogado;

IV - assistência judiciária gratuita e integral aos necessitados, na forma da lei;

V - direito de ser ouvido pessoalmente pela autoridade competente;

VI - direito de solicitar a presença de seus pais ou responsável em qualquer fase do procedimento.

Na ótica da legislação anterior ao Estatuto, o Direito Tutelar, caracterizador da “doutrina da situação irregular”, as crianças e adolescentes eram meros objetos de toda uma ideologia tutelar. Onde o tutelado caracterizava-se pela razão de alguma “inferioridade” e ligadas a situação de pobreza, configurando crianças e adolescentes em uma categoria desencaixada de um contexto de causas. Já na ótica desse novo direito – Direito Protetor-Responsabilizador, da “doutrina da proteção integral”, são compreendidos como sujeitos, cujas autonomias estão se desenvolvendo, elevando-os a atores de sua história, enquanto atores sociais.

Portanto, este novo direito social, no que diz respeito à apuração de ato infracional, traz ao adolescente a consciência de suas responsabilidades, lhe permitindo avaliar o ato cometido, para tal é preciso assegura-lhe seus direitos como o acesso à educação, por exemplo, este o faz consciente de que a educação é um dos instrumentos mais eficazes para o surgimento do sujeito-cidadão.

As medidas sócio educativas atribuídas ao adolescente possuem suas especificidades, porém em caráter único preocupam-se em educar e ensinar por meio do acesso do adolescente aos direitos sociais e a atividades de cunho sócio-pedagógico, com ênfase na relação familiar e comunitária, salvo exceção da medida de internação em estabelecimento educacional, onde lhe é restringida liberdade.

Entre as medidas sócio educativas apresentadas anteriormente está a medida de Liberdade Assistida que nas palavras de Volpi (2002, p. 24) constitui-se:

{...} medida coercitiva quando se verifica a necessidade de acompanhamento da vida social do adolescente (escola, trabalho e família). Sua intervenção educativa manifesta-se no acompanhamento personalizado, garantindo-se os aspectos de: proteção, inserção comunitária, cotidiano, manutenção de vínculos familiares, frequência à escola, e inserção no mercado de trabalho e/ou cursos profissionalizantes e formativos.

A medida de Liberdade Assistida é desenvolvida pelo órgão executor no nível municipal em parceria com o judiciário, que supervisiona e acompanha as ações do programa.

As ações dispensadas ao adolescente objetivam o rompimento deste com a prática do ato infracional, para tal a importância de apresentar e inclui-lo em novas opções que venham modificar seu cotidiano, através da garantia da educação, contribuir na sua relação com a comunidade, realizar encaminhamentos para atividades formativas e educativas, além de uma vez verificada a necessidade sugerir a aplicação das medidas de proteção que constam no art. 101 deste Estatuto.

Atualmente no Município de Florianópolis este programa é executado pelo Poder Público através da Prefeitura Municipal de Florianópolis, e conta com a parceria da Sociedade Civil representada pela Ação Social Arquidiocesana (ASA), que dentro da sua linha de ação voltada à criança e ao adolescente, através de convênio com o Ministério da Justiça implantou o Programa Liberdade Assistida Comunitária.

A modalidade comunitária deste Programa condiciona a participação da comunidade no atendimento ao seu adolescente que está em conflito com a lei, este, será acompanhado, orientado e auxiliado por um orientador comunitário, morador do mesmo bairro onde reside o adolescente.

Acompanhar o adolescente no seu convívio social significa conhecer a sua

realidade, por meio dos vínculos afetivos, dinâmica familiar, e sua percepção e atitudes frente ao meio, influem diretamente na vida deste adolescente, principalmente quando na comunidade onde este reside existem situações de falta de acesso as necessidades básicas e violência.

## 1.2 A família e o adolescente autor de ato infracional

A delinqüência juvenil é motivo de grande preocupação, haja vista o aumento de atos infracionais praticados por crianças e adolescentes, e da violência que os tem acompanhado.

Observamos uma carência de políticas preventivas e emancipadoras, os projetos sociais apresentados são inúmeras vezes mediatistas e assistencialistas, e no caso do adolescente autor de ato infracional se atinge o efeito e não a sua causa.

A ausência de garantia da cidadania e do seu exercício caracterizada na organização social brasileira se expressa em comunidades de baixa renda na quase inexistência dos serviços básicos à reprodução da vida, e o desemprego, o subemprego, a violenta repressão institucional às chamadas "classes perigosas", tem provocado efeitos que vão desde a exacerbação da violência de um modo geral, à fragilidade familiar e a fluidez dos valores ético/morais que são substituídos pela ética da sobrevivência, por vezes incompatível com os padrões de convivência social.

Neste contexto, inúmeras conseqüências recaem sobre a organização social e familiar, e principalmente às crianças e adolescentes.

As famílias que se inserem nesta situação de privação de direitos e de violência, respondem a este processo de várias formas, podendo resultar em rupturas destas famílias com valores como o respeito, responsabilidade, e o afeto entre seus membros.

Neste panorama, a família não consegue se articular como espaço de mediação entre os indivíduos e nem entre os indivíduos e o contexto social e pode ser vista como uma caixa de ressonância das questões do nosso tempo que envolvem problemas de ordem ética, política, econômica e social (MIOTO, 2001, p. 112).

Neste sentido o ato infracional cometido pelo adolescente se reflete e denuncia uma entre várias outras formas de expressão das dificuldades vivenciadas pelas famílias.

É preciso perceber que o adolescente que pratica ato infracional é muitas vezes vítima da violência física, psicológica e sexual dos adultos, assim como da negligência e omissão de seus responsáveis.

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças/adolescentes que sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico á vítima – implica de um lado numa transgressão de poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, uma negação de direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO e GUERRA, 1998).

Entretanto, é importante ressaltar que situações de negligência na família nem sempre é de responsabilidade dos indivíduos que a compõem, a negligência pode decorrer de fatores culturais e principalmente de privações sócio-econômicas, tais como: dificuldades da família em utilizar a rede informal e a instituições de sua comunidade, dependência química de algum membro da família, stress dos pais ou responsável, traumas de infância dos pais ou responsável, paternidade inconsciente, oriunda da falta de planejamento familiar, gravidez precoce com filhos indesejados, falta de informações básicas entre outros.

O Estatuto (2001), é claro quanto ao direito da criança e do adolescente viver na sua família natural e apenas excepcionalmente deverão ser criados e educados em família



substituta. Aos pais cabe a responsabilidade do sustento, da educação e a carência de recursos materiais não é motivo para que seja destituído o poder familiar. Entretanto enfatiza que o ambiente deve ser livre de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

Após fazer referencia aos direitos o Estatuto prevê a prevenção da violação de direitos, para finalmente tratar das medidas de proteção. São as medidas de proteção que constam no Estatuto (2001, p. 31):

Art. 101 – Verificada qualquer das hipóteses previstas no Art. 98, autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

I – encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;

II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;

III – matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;

IV – inclusão em programa comunitário ou oficial, de auxílio à família, à criança e ao adolescente;

V – requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VII – abrigo em entidade;

VIII – colocação em família substituta.

Parágrafo Único – O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, implicando privação de liberdade.

Estas medidas são aplicadas sempre que os direitos forem violados por omissão da sociedade ou do Estado e omissão ou abuso dos pais ou responsável e em razão de sua conduta. Na aplicação das medidas são consideradas as necessidades pedagógicas, com preferência daquelas que visem o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Assim todas estas postulações legais reafirmam que a família é sujeito central no processo de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes.

Outro ponto que merece ser apresentado é a comum referência estigmatizadora para as famílias dos adolescentes autores de ato infracional, de serem “desestruturadas” ou “desajustadas”, não levando em conta as diferentes formas de organização que estas famílias possam ter. Não se pode medir o funcionamento das famílias dos usuários

atendidos em comparação com uma imagem idealizada.

É de suma importância o atendimento à família do adolescente autor de ato infracional com vistas à sua orientação e capacitação, para que esta se compreenda enquanto promotora de mudanças, e base principal para buscar um novo plano de vida para o adolescente em conflito com a lei. Miotto (2001, p. 116) acrescenta:

A adoção de um modelo de atenção integral vinculado à perspectiva do conflito/transformação implica em reconhecer a família como um sujeito social e político e não apenas como objeto terapêutico. As ações são direcionadas para a transformação das relações, não apenas no interior da família, mas também da família com as instituições e com outras esferas da sociedade. Isso implica na integração das ações em diferentes níveis, ou seja, das políticas sociais, da organização dos serviços e da atenção direta às famílias.

Na proposta de integralidade de atendimento à criança e ao adolescente, a organização dos serviços deve estar centrada na ideia da família não apenas como lugar de cuidados, mas também como um espaço a ser cuidado.

Nesta perspectiva, para que o objetivo primeiro da execução das medidas sócio educativas atribuídas ao adolescente autor de ato infracional, aqui entendido como a ruptura do adolescente com a prática de delitos, e a construção e alcance de objetivos que venham contribuir na sua formação, a aplicação das medidas não podem acontecer isolada do contexto social, político e econômico em que está envolvido o adolescente.

A base para a efetividade das medidas sócio educativas e para a prevenção do crescimento de atos infracionais, refere-se a ênfase por parte do Estado na elaboração de políticas públicas, e complementarmente à políticas sociais básicas, cabe a garantia de proteção a esta demanda específica ou seja as crianças e adolescentes incluídos nesta situação de pobreza e violência, efetuada por meio de programas de proteção previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Segundo Volpi (2002, p. 43) “As medidas socioeducativas precisam estar articuladas *em rede*, neste conjunto de serviços, assegurando assim uma atenção integral aos direitos e ao mesmo tempo o cumprimento de seu papel específico”.

A articulação em rede consiste no acesso aos serviços e programas destinados as crianças e adolescentes que possam ser utilizados individualmente ou cumulativamente com vistas um atendimento integral as necessidades de cada caso específico.

Trabalhar na perspectiva de rede é uma das necessidades impostas pelos parâmetros legais do ECA, quando se pretende tornar efetiva a idéia de proteção integral à criança e ao adolescente, aliada a um princípio compartilhado entre o Estado, a sociedade, a comunidade e a família.

Em um cenário atual onde o Estado se exime cada vez mais de suas atribuições e o social não é contemplado com prioridade na agenda pública, a relação entre Estado e sociedade se faz presente através dos convênios na organização e utilização dos espaços para efetivação destes programas.

Entretanto é importante pontuar a responsabilidade do Estado na gerência e execução dos programas sociais, uma vez que estes programas não devem obedecer a uma lógica de interesses regida pelo mercado observada no modelo econômico capitalista. Utilizando-se das iniciativas da sociedade civil como parcerias, mas buscando trazer ao poder público a sua responsabilidade, assim como prestar a este informação de suas ações.

A colaboração entre o público e o privado, assim, não pode ser entendida como transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade, risco hoje fortemente existente, o que se evidencia por alguns fenômenos como a proliferação de organizações não governamentais, que reforçam a lógica da sociedade em detrimento de uma lógica do Estado. (MONTANA, 1999 apud FERREIRA, 2000, p. 146). Além do forte apelo do princípio da solidariedade e ao trabalho voluntário como fundador das relações sociais. As entidades assistenciais devem atuar como colaboradoras e não como substitutas da ação governamental, sob o risco de vivenciarmos um retrocesso dos avanços conquistados e garantidos na legislação e instituímos um processo de refilantropização das políticas sociais de modo geral e da assistência social, mais especificamente. (YAZBEK, 1993 e 1995 apud FERREIRA, 2000, p. 146).

Uma das conseqüências deste fenômeno está na minimização das ações Estatais, e o seu incentivo para o crescimento deste setor não governamental, o que conseqüentemente leva a não prioridade em seu planejamento o destino de verbas para o social, uma vez que se “atribui” a sociedade este encargo. Outra conseqüência do processo de refilantropização, é a qualidade do atendimento disponibilizado as demandas dos serviços, podendo ocorrer choques ideológicos, de interesses entre outros na execução dos projetos.

### 1.2.1 O programa LAC no bairro Monte Cristo como parâmetro de análise: Ato infracional X uso de drogas

O Programa LAC – Liberdade Assistida Comunitária vem sendo desenvolvido no bairro Monte Cristo desde outubro de 2002, as comunidades onde residem os adolescentes atendidos pelo Programa se insere neste contexto de fragilidade do compromisso das políticas públicas e da qualidade do desenvolvimento humano e da cidadania, é estigmatizada, discriminada e alvo de constantes situações de violência.

Em função da concentração habitacional, pobreza e falta de políticas públicas surgiram os problemas com o tráfico de drogas e a violência.

Na comunidade os adolescentes e suas famílias são excluídos das políticas públicas de qualidade em saúde, moradia e em especial a educação.

Diante das dificuldades existentes na rede pública de ensino como a falta de verba e professores, torna-se cada vez mais seletivo e desqualificado um direito, a este respeito comenta Faleiros (2000, p. 54) “a política educacional, apesar do fundo criado, não tem conseguido garantir vagas para todos no ensino fundamental e melhorar a qualidade de ensino, onde continuam altos os índices de evasão e repetência”. Os resultados são crianças e adolescentes impelidos as ruas, trabalho precoce entre outras situações.

As escolas também são vítimas da violência, na maioria das vezes não estão preparadas para administrar a situação, e em relação ao adolescente autor de ato infracional, falta compreensão a cerca da proposta sócio educativa a que faz referência o ECA.

Crianças e adolescentes absorvidos pela miséria e pelo tráfico são excluídos da escola pelas características apresentadas e muitas vezes pela incapacidade de absorção dos conteúdos em função da dependência química. A ilustração 03 apresenta o grau de instrução dos adolescentes atendidos no Programa LAC.

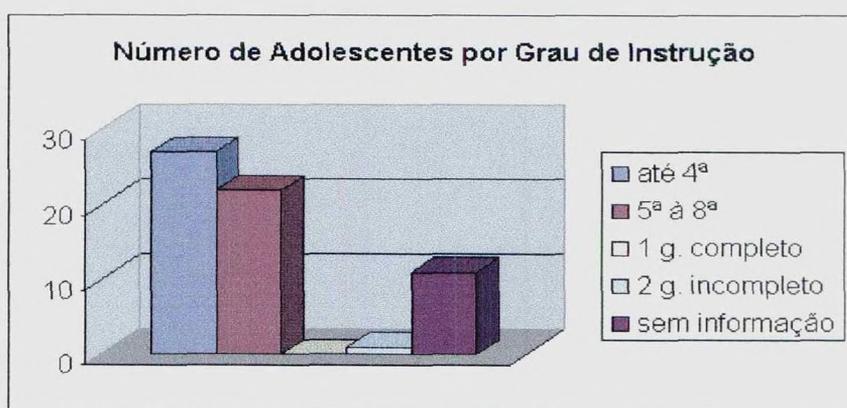


Ilustração 03: Número de Adolescentes por grau de instrução.  
Fonte: Cartilha Programa LAC, 2003.

O tráfico de drogas e a evasão escolar, a falta de políticas públicas que atendam essa demanda, a violência já instalada, fazem com que o adolescente esteja cada vez mais envolvido com o ato infracional e conseqüentemente com a aplicação das medidas sócio educativas causando alto grau de reincidência na região. O ilustração 04 apresenta o grau de reincidência dos adolescentes atendidos pelo Programa LAC.



Ilustração 04: Número de adolescentes que reincidiram ao ato infracional.  
Fonte: Cartilha Programa LAC, 2003.

Utilizando-se das fontes documentais do Programa LAC elaborados com base nos atendimentos aos adolescentes, verifica-se que entre os adolescentes atendidos uma porcentagem estimada em 90% é usuária de drogas (lícitas e ilícitas), sendo entre este número é alto o índice de dependência química. As drogas mais utilizadas são a maconha, e o Crack, droga extremamente lesiva.

A este respeito acrescenta Vieira (1999, p. 31-32), que em sua pesquisa quanto ao perfil do adolescente autor de ato infracional no Estado de Santa Catarina apresenta os tipos de drogas mais utilizadas entre os adolescentes.

<b>Tabela XIX – TIPOS DE DROGAS (LÍCITAS E ILÍCITAS)</b>		
Drogas	Número	Em %
Somente álcool	7	13,46%
Somente cigarro	1	1,92%
Álcool e cigarro	2	3,85%
Álcool e outras drogas ilícitas	8	15,38%
Cigarro/álcool e outras drogas ilícitas	2	3,85%
Drogas ilícitas	32	61,54%
<b>Total</b>	<b>52</b>	

Ilustração 05: Tabela XIX – Tipos de Drogas (lícitas e ilícitas).  
Fonte: Perfil do adolescente infrator no Estado de Santa Catarina, 1999.

Drogas	Número	Em %
Cola e outras	4	7,69%
Maconha e outras	34	65,38%
Cocaína e outras	12	23,08%
Crack e outras	8	15,38%

Ilustração 06: Tabela XX – Tipos de Drogas (ilícitas).

Fonte: Perfil do adolescente infrator no Estado de Santa Catarina, 1999.

Verifica-se o alto índice de usuários de drogas ilícitas, de acordo com a pesquisa a maconha é a droga mais utilizada, e a cocaína vem a seguir com índice bastante significativo, assim como o crack.

O envolvimento com drogas, seja o uso ou o tráfico é motivação para o cometimento do ato infracional, uma vez que muitos adolescentes praticam o ato com o objetivo de obter dinheiro para sustento de seu vício.

É reduzido o número de adolescentes que freqüentam programas de tratamento para dependentes químicos, e quando encaminhados pela Justiça da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, ou de técnicos dos programas sócio educativos, como medida de proteção prevista no art. 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente é alto o índice de evasão. Há sem dúvida uma carência se não, inexistência no Estado de programas de tratamento para dependentes químicos específicos para adolescentes. As alternativas são mínimas e a necessidade de solução para o problema da dependência química entre crianças e adolescentes causa preocupação à sociedade e principalmente aos que atuam na área da infância e juventude.

Diante do exposto, é notória a crescente utilização de drogas pelos adolescentes, e frente às questões apresentadas anteriormente, seus efeitos constituem um quadro que aliado a outras circunstâncias como as questões socioeconômicas podem influenciar diretamente sobre a dinâmica familiar e nas relações sociais dos adolescentes, inclusive no cometimento do ato infracional. Assim faz-se necessário compreender as motivações do

uso de drogas, assim como conhecer seu conceito e classificação.

### 1.3 Drogas: Conceito, classificação e etiologia

No decorrer da história o uso de drogas faz parte da trajetória da humanidade, seus padrões de consumo sofrem variações que correspondem às mudanças de valores e estão diretamente associados às especificidades culturais das sociedades.

Durante milhares de anos certas plantas têm sido utilizadas para benefício do corpo, da mente e do espírito.

Na Grécia Antiga a droga, denominada *pharmakon*, tinha duplo significado: remédio e veneno. Éster simples conceito, refletindo uma certa ambivalência, representava a tentativa dos gregos de traduzir o poderoso efeito dessas substâncias sobre a mente e o corpo do indivíduo. (MARTINS, 2002, p. 13).

As drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, qual droga é utilizada e em que quantidade, o efeito que se espera da droga e as circunstâncias em que é consumida.

O conceito de droga promovido atualmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme Martins (2002, p. 13), é “[...] substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via do organismo, afete sua estrutura ou função”.

Droga, tanto na farmacologia quanto na língua portuguesa, é sinônimo de medicamento, com a propagação e uso indiscriminado de substâncias psicoativas no mundo, a palavra droga foi popularizada como sinônimo de psicotrópico.

As drogas psicoativas ou psicotrópicas, foco deste capítulo, constituem um dos



tipos de drogas existentes, estas, ao nível do Sistema Nervoso Central, dependendo da categoria, provocam uma desorganização da química cerebral promovendo transformações da afetividade, alterando sentimentos e emoções, produzindo estados de depressão ou euforia. Aparecem ainda, por conta dos efeitos no cérebro, além da desorientação no tempo e espaço, distúrbios de percepção e do pensamento como: ilusões, alucinações, idéias delirantes e obsessivas.

De acordo com Martins (2002), existem alguns critérios básicos de classificação das drogas psicotrópicas, aqui serão analisados sob os aspectos: origem, mecanismos de ação e legalidade.

Quanto à **origem**, segundo Martins (2002, p. 14-15), as drogas psicoativas podem ser divididas em três grupos:

1) Naturais: certas plantas contêm drogas psicoativas, sendo esta matéria-prima usada diretamente como droga ou extraída e purificada. Temos como exemplo os cogumelos e trombeteira, consumidos sob a forma de chá;

2) Semi-sintéticas: São resultado de reações químicas realizadas em laboratório nas drogas naturais. É o caso da cocaína e da maconha, do tabaco (cigarro) e do álcool. Algumas delas são produzidas em escala industrial, como as bebidas alcoólicas e o cigarro;

3) Sintéticas: são produzidas, unicamente, por manipulações químicas em laboratório e não dependem, para sua confecção, de substâncias vegetais ou animais como matéria-prima. Temos como exemplo o LSD e o Ecstasy. Na categoria de drogas sintéticas incluem-se também os calmantes e os barbitélicos ou remédios para dormir, fabricados pela indústria farmacêutica com finalidade médica.

A classificação quanto aos **mecanismos de ação** no Sistema Nervoso Central é fundamentada na compreensão de como as drogas produzem os respectivos efeitos. As drogas psicoativas estão classificadas em quatro grupos, segundo Martins (2002, p. 15-16):

1) Depressoras - Promovem uma redução das atividades cerebrais e uma diminuição do ritmo de suas ações e das funções orgânicas de modo geral que deixam as pessoas mais relaxadas (principais exemplos: álcool, tranquilizante e opióide).

2) Estimulantes – Aumentam a velocidade do processo cerebral e fazem com que as pessoas se sintam mais alertas, com mais energia, apresentando mais agitação. Há uma aceleração das atividades corporais (principais exemplos: cocaína, anfetamina, nicotina e cafeína).

3) Alucinógenas – Alteram a percepção e o senso de tempo e espaço (principais exemplos: maconha, LSD e mescalina).

4) Medicacões psiquiátricas – Incluem drogas utilizadas no tratamento de transtornos mentais, crônicos ou não (principais exemplos: antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores do humor).

E, quanto aos **aspectos legais**, Martins (2002, p. 16-17), afirma que no Brasil podem ser classificadas em:

1) Lícitas – Não é crime produzir, usar, nem comercializar. O álcool o tabaco e a cafeína são drogas lícitas mais conhecidas e de uso praticamente universal.

É fundamental, chamar a atenção para o fato de que a legalidade do álcool e do tabaco no Brasil é restrita a indivíduos com idade superior a 18 anos.

2) Ilícitas – São aquelas cuja produção, a comercialização e o consumo são considerados crime, sendo proibidas por leis específicas. As drogas ilícitas mais consumidas na sociedade brasileira são a maconha e a cocaína.

Inicialmente o uso de drogas é em caráter experimental, as pessoas que experimentam drogas as utilizam uma vez ou outra, depois esporádico, funcional, e por fim, há dependência química, sendo que este processo decorre tanto pelo uso de drogas lícitas como ilícitas.

São inúmeros os fatores que motivam para o uso indevido drogas, sendo que estes não devem ser confundidos com as causas da dependência.

Os fatores que induzem para o uso abusivo e a dependência de psicoativos são múltiplos e a literatura especializada aponta inúmeras causas possíveis, cada uma seguindo uma corrente de pensamento e abordagem específica. Paula (2001, p.25-26) apresenta alguns fatores motivadores ao uso de drogas.

- Fatores Genéticos

Existe um consenso na comunidade científica, a partir dos estudos estatísticos com dependentes de álcool e outras drogas, sobre a existência de uma pré-disposição genética para as dependências químicas.

Sendo que nem sempre os filhos de dependentes químicos serão obrigatoriamente dependentes, mesmo que tenham a pré-disposição.

- Fatores Psicossociais e Psicodinâmicos

Os fatores psicossociais e psicodinâmicos apontados na literatura como causadores do uso indevido de substâncias químicas que alteram o humor são diversificados e, obrigatoriamente, não excludentes entre si, dos quais se destacam: pressão de grupo, transgressão e protesto, curiosidade, escape ou fuga, busca do prazer, individualidade e pressão social, gratificação e reforço e causas microssociais ou familiares.

Quando um dependente continua usando drogas, o motivo ou motivos que deram origem às primeiras experiências de uso vão sendo substituídos por outros que o levam a manter o consumo, até que, junto a outras justificativas, nota-se que existe uma prioritária, a necessidade de usar drogas por causa da própria droga, neste caso, é chamado de compulsão.

Segundo Paula (2001), “compulsão, é a força interior irresistível que move o sujeito a cumprir uma ação ainda que desaprove, sendo que a não execução da mesma é causa de

angústia”.

Neste sentido o agente causador da dependência química, é a substância psicoativa, ou seja, os componentes químicos que constituem a droga e não os motivos pelos quais o uso é justificado. Acrescenta Paula (2001, p. 34) que a determinação da droga como causa da dependência, encontra respaldo científico nos estudos da neuroquímica cerebral, que trata:

- Fatores Neuroquímicos

Estudos avançados da química cerebral indicam que as drogas agem sobre determinadas células cerebrais, neuroreceptores, que armazenam os elementos químicos que o cérebro necessita. Estas substâncias atuam em neuroreceptores específicos denominados de acordo com a classificação química da droga. Por exemplo, se a droga usada é um opiáceo, como o ópio e seus derivados, os receptores que armazenam a droga são chamados de neuroreceptores opióides.

Neste sentido, uma das justificativas que estabelece relação da dependência química com os neuroreceptores opióides sugere que pode ser induzida pela diminuição da produção de um hormônio cerebral, denominado endorfina, que é um “entorpecente” produzido pelo organismo humano. Ou seja, quando diminui a quantidade da “droga” que o próprio organismo elabora, é necessária a substituição desta por uma substância semelhante, uma outra droga.

Na síndrome de dependência, os adictos continuam a utilizar drogas indevidamente em busca do bem estar, cada vez menor, e manifestam o impulso e a compulsão, traduzido por uma preocupação constante em obter a substância. O que caracteriza a dependência não é o tipo da droga consumida, mas o vínculo que a pessoa estabelece com a droga, o surgimento das doenças secundárias e a síndrome de abstinência.

A síndrome de abstinência ocorre quando a ingestão de uma determinada droga,

utilizada com habitualidade é diminuída ou interrompida bruscamente. Em consequência disto, surgem sintomas fisiológicos que obrigam o organismo a estabelecer um novo equilíbrio, ou seja, readaptar a função fisiológica para o estado sem droga. A diminuição ou interrupção súbita do consumo da droga pode induzir uma reação violenta. Os efeitos da abstinência são usualmente opostos aos efeitos agudos da droga utilizada.

A duração da síndrome corresponde ao tempo necessário para que o organismo se adapte novamente ao estado “sem droga”, variando diretamente com a intensidade e o período de tempo o qual foi utilizada.

Diante do exposto, e considerando a dependência de substâncias psicotivas como uma síndrome médica, cujo diagnóstico é realizado pela presença de uma variedade de sintomas que indicam que o indivíduo consumidor apresenta uma série de prejuízos e comprometimentos devido ao seu consumo, deve ser tratada, o tratamento é voltado para a redução dos sintomas, que afetam não apenas o paciente, mas toda a comunidade ao seu redor.

## CAPITULO II

O presente capítulo discorre a respeito dos modelos de tratamento para síndrome de dependência de substâncias psicoativas, em seguida apresenta a legislação e fiscalização destes serviços.

### **2 TRATAMENTO E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS NO BRASIL**

#### 2.1 Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas

A expansão do comércio, do uso e do abuso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, a nível mundial, tem sido entendida das mais variadas formas e as políticas de prevenção, tratamento e assistência aos dependentes de drogas, em face da gama de interesses envolvidos, mudam segundo as diversas correntes ideológicas, condições geográficas, políticas, sociais, culturais e econômicas.

No entanto, a preocupação com a droga deixou de ser assunto restrito às áreas médicas e jurídicas. Sua abordagem deve ser ampla, envolvendo todos os segmentos organizados da sociedade, haja vista que é uma preocupação universal.

O tratamento da síndrome de dependência necessita abranger todas as áreas de impacto do consumo sobre a vida do paciente. Como suas conseqüências são de diferentes dimensões, uma abordagem multiprofissional passa a ser necessária para que o tratamento seja realmente eficaz.

Tratamento segundo o dicionário Michaelis significa “o conjunto de meios terapêuticos de que lança mão o médico (ou a equipe médica) para cura de doença ou alívio do paciente”. O tratamento consiste na elaboração de determinada estratégia para

obtenção de seus objetivos, esta intervenção se expressa em modalidades de terapias, sendo que cada uma destas possui sua própria forma de atuação, ou método.

A este respeito Paula (2001, p. 58-61) descreve quatro modelos de tratamento: modelo psiquiátrico, comportamental, religioso e relacional de atendimento.

### 1) Modelo Psiquiátrico

No modelo tradicional psiquiátrico a dependência de álcool e outras drogas é classificada como uma doença mental e parte do princípio de que ela existe em função de uma norma social estabelecida. Assim, a loucura é compreendida como uma alteração na capacidade da pessoa de se “normatizar”, dando origem ao chamado desvio, sobre o qual, se enfatiza o controle social.

O hospital é o centro do atendimento e sua própria estrutura remete à idéia de enclausuramento, com portas fechadas, atendentes treinados para luta corporal, farmacologia e eletrochoques.

### 2) Modelo Comportamental

Como o modelo psiquiátrico, o modelo comportamental também adota a noção de desvio social.

Os programas, baseados nesses modelos, objetivam o estabelecimento de novos comportamentos, sendo estes de acordo com o funcionamento social, isto é, destinados à eliminação dos comportamentos considerados indesejáveis. Portanto, grande parte do tratamento comportamental, visa o controle e a inibição da pessoa que viola as regras do convívio social.

Esse modelo propõe uma substituição de uma dependência por outra, onde as pessoas tornam-se dependentes de certos mecanismos de reforço e punição e não apresentam modificações para seus conflitos e dificuldades pessoais.

### 3) Modelo Religioso

Dentre as diferentes formas de trabalho institucional, no Modelo Religioso tem-se destacado o “Desafio Jovem no Brasil” que aceita a toxicomania como um problema mental e espiritual que só pode ser resolvido por Deus. Neste enfoque, a cura não está somente no fato de abandonar as drogas, mas, na transformação completa da pessoa através das Sagradas Escrituras.

O programa específico é a recuperação dentro de uma perspectiva evangélica de cura, e apresenta três níveis: plano corporal, mental e espiritual. Cada plano corresponde a uma fase específica da cura: desintoxicação-reabilitação, libertação e conversão.

O modelo religioso desconhece a história das pessoas, propõe a substituição da dependência da droga por uma crença, nem sempre solicitada pela pessoa, e tem a possibilidade de levar a um estado de fanatismo.

Sendo assim, possui limites do ponto de vista teórico, clínico e ético.

#### 4) Modelo Relacional de Atendimento

O Modelo Relacional tem, como ponto de partida, a possibilidade de estabelecer uma relação com o dependente. O tratamento é, quase sempre, procurado por iniciativa da família que se vê diante de um problema que não era reconhecido.

As informações e ações do terapeuta ou equipe, nesse modelo, procuram detectar a real dimensão do problema. A família é levada a compreender que nenhum tratamento substitui o enfrentamento dos conflitos intrafamiliares e, conseqüentemente, o envolvimento. Na abordagem relacional há um trabalho de esclarecimento junto à família e ao dependente.

Esse processo poderá se desenvolver em duas direções: em uma, os conflitos subjacentes ao sintoma – droga, são abordados no estilo psicanalítico e, em outra, o paciente é reforçado e apoiado nas tentativas de retornar atividades interrompidas. Em ambas, estimula-se a participação do paciente no tratamento responsabilizando-o frente as



possíveis mudanças.

Além dos modelos de tratamento descritos anteriormente, existem outros métodos, como a participação do paciente em grupos de auto-ajuda, tais como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), e as Comunidades Terapêuticas. A este respeito comenta Leite (2002).

Os grupos de mútua-ajuda têm características de grupo leigo e voluntário, sem qualquer ônus para a comunidade e a sociedade em geral. Embora não seja considerado tratamento propriamente dito, estes grupos são agentes operacionais na recuperação e reinserção social de dependentes químicos, atuando ainda no âmbito familiar e na prevenção à dependência.

Enfatiza o conceito de doença (crônica) da dependência, e a necessidade da abstinência total para a recuperação do indivíduo. Recomenda-se que os grupos de mútua-ajuda devem ser sempre associados aos tratamentos convencionais para os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

O modelo de tratamento residencial conhecido como Comunidade Terapêutica possui funcionamento fundamentado na premissa de que, quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar sua condição, seu meio ambiente e remove-lo da situação onde o consumo ocorre. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas. Tratamentos psicossociais devem ser sempre incluídos na programação terapêutica das Comunidades.

As internações em Comunidades Terapêuticas costumam ser longas, suas principais indicações são para indivíduos que apresentam graves conseqüências decorrentes do consumo de álcool e drogas, e que não possuam mínimo suporte social. Assim como em

outros tratamentos residenciais para dependência o paciente deve realizar seguimento ambulatorial e/ou participar dos grupos de mútua-ajuda, pois a síndrome de dependência é transtorno crônico e acompanha a vida do paciente.

Este modelo de tratamento se concentra em grande número em alguns Estados e municípios representando um incentivo e novas possibilidades de tratamento, como exemplo pode ser citado o município de Florianópolis, onde são realizados encaminhamentos dos adolescentes usuários de drogas para as Comunidades Terapêuticas também chamadas de Fazendas Terapêuticas pela Justiça da Infância e Juventude da Capital, como medida de proteção prevista no art. 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

## 2.2. Legislação e fiscalização dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas

A comunidade brasileira em seus diferentes níveis, nacional, estadual e municipal dispõe, garantidos por lei, de órgãos que definam as políticas e estabelecem normas às questões referentes à prevenção, repressão, tratamento e fiscalização das drogas ilegais, este conjunto de ações integra o Sistema Nacional Antidroga.

Paula (2001) faz referência a esta legislação, e apresenta a constituição dos Conselhos de Entorpecentes a nível Federal, Estadual e Municipal.

A Lei nº 7.560/86, regulamentada pelo decreto nº 95.650/88, que deu origem ao Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico de drogas ou atividades correlatas e dá outras providências.

O Projeto de Lei nº 3.090/89 prevê acréscimos à lei anterior no sentido de

estabelecer metas para aplicação de recursos do FUNCAB, destinando-os às organizações filantrópicas ou sem fins lucrativos, que desenvolvem atividades de tratamento e recuperação de usuários de drogas de abuso.

Seguindo orientação do decreto nº 85.110/80, que institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, artigo 4º<sup>1</sup>, foi criado o – Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN).

O CONFEN está vinculado ao Ministério da Justiça. O conselho é composto por conselheiros e seus referidos suplentes, que representam os diferentes ministérios e, entre outros, a Polícia Federal e Associação Médica.

O Projeto nº 3.150-A/89 estabelece a obrigatoriedade de criação dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONEN), nos estados que ainda não os possuem, e dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMEN), nos municípios com mais de cinquenta mil habitantes.

De acordo com a lei, os Conselhos Estaduais de Entorpecentes definem as políticas e estabelecem normas para questões das drogas seguindo orientações do CONFEN.

Os Conselhos Estaduais são criados por decreto estadual e constituídos por conselheiros e seus suplentes, representantes de órgão significativos do Estado e outras instituições que, de alguma forma, possam contribuir sobre o tema em questão, ao nível da sociedade. O CONEN de Santa Catarina foi criado pelo decreto nº 20.819/83 e também está vinculado à Secretaria da Justiça.

Os Conselhos Estaduais, repassando a ideologia proposta pelo CONFEN, apóiam a criação dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMEN), que devem atuar em seus municípios sob a organização e orientação da política dos Conselhos Federal e Estadual.

---

<sup>1</sup> Art. 4º. Compete ao Conselho Federal de Entorpecentes propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica, bem como exercitar outras funções em consonância com os objetivos definidos no art. 2º.

As ações dos Conselhos Municipais devem voltar-se para a prevenção, apoio e divulgação dos recursos existentes.

Os Conselhos Municipais de Entorpecentes, dentre muitas atividades, devem apoiar e supervisionar programas de prevenção ao uso indevido de drogas em instituições públicas e privadas.

O Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), regulamentado pelo Decreto nº 3.696, de 21.12.2000, orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos. A estratégia visa a ampliar a consciência social para a gravidade do problema representado pela droga e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas no País, legitimando, assim, o Sistema.

Ao organizar e integrar as forças nacionais, públicas e privadas, o Sistema Nacional Antidrogas observa a vertente da municipalização de suas atividades, buscando sensibilizar estados e municípios brasileiros para a adesão e implantação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), em seu âmbito.

Com a municipalização, viabiliza-se a necessária capilaridade do Sistema dentro do território nacional e se potencializam as possibilidades de participação da sociedade civil organizada nas ações antidrogas desenvolvidas no País.

Neste sentido, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Departamento de Polícia Federal – DPF e outros agentes do SISNAD, elaboraram a Política Nacional Antidrogas no que tange à redução da demanda e da oferta de drogas, devidamente consolidada pela SENAD e aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas.

No que tange o tratamento de usuários dependentes de drogas a PNAD apresenta como um de seus pressupostos básicos a orientação e a implantação das atividades, ações e

programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os “Determinantes de Saúde”, entendidos como: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoais; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde.

Assim como objetiva avaliar sistematicamente as diferentes iniciativas terapêuticas, fundamentadas em diversos modelos conforme apresentado, com a finalidade de promover aquelas que obtiverem resultados favoráveis.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11. inciso IV do regulamento da ANVS aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 23 de maio de 2001, apresenta a resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001, esta descreve o regulamento técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, os critérios e procedimentos dos serviços prestados para o tratamento de pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Os Conselhos de Entorpecentes Estaduais, Municipais e do Distrito Federal ou seus equivalentes devem informar às respectivas Vigilâncias Sanitárias sobre o funcionamento e cadastro dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Neste sentido constitui-se atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária a fiscalização, considerando a necessidade de normatização do funcionamento público e privado, das instituições, para o licenciamento sanitário, a fiscalização deve prever avaliações e inspeções, no prazo mínimo de um ano, sendo prevista penalidade uma vez comprovada a infração.

Art. 5º a inobservância dos requisitos desta resolução, constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades

previstas na Lei 6.437 de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que vier a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis (RDC nº 101, 2001).

É competência dos COMEN's, CONEN's, Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito federal a fiscalização e avaliação periódicas, respeitando o âmbito de atuação dos agentes envolvidos dos Serviços mediante a criação de protocolo específico a ser definido posteriormente.

Esta resolução contempla o Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

### CAPÍTULO III

Este capítulo tem o propósito de apresentar a pesquisa realizada nas Comunidades Terapêuticas Dona Geny Júlia Feijó e Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE). Desta forma, para uma melhor estruturação e compreensão no que diz respeito ao estudo, busca-se relatar em um primeiro momento uma breve caracterização das instituições e, em segundo momento, a apresentação dos resultados.

### **3 RESULTADO DA PESQUISA NAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: DONA GENY JÚLIA FEIJÓ E CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA**

#### 3.1 Caracterização da Instituição: Comunidade Terapêutica Dona Geny Júlia Feijó e Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE)

A Comunidade Terapêutica “Dona Geny Júlia Feijó” implantada em 22 de junho de 1996, compõe junto aos programas de Educação Infantil, Educação Complementar e Casa Lar “Jandira Jovita da Rosa” entre outros, o quadro dos programas desenvolvidos pelo grupo Vinde a Mim as Criancinhas, uma entidade sem fins lucrativos, e finalidade específica assistencial e filantrópica. Fundada em 1º de novembro de 1978, atende as necessidades comunitárias, tendo como finalidade o amparo à infância e o idoso.

O CERENE - Centro de Recuperação Nova Esperança, é uma instituição civil, filantrópica e de assistência social, de caráter privado, sem fins lucrativos, que tem como missão: “Atuar na prevenção da dependência de álcool e outras drogas, e no tratamento do dependente e seus familiares, a partir de uma visão cristã de ser humano integral, buscando a reinserção social e uma melhor qualidade de vida”. Constituiu-se em maio de 1989, e atualmente possui 04 (quatro) casas de recuperação em funcionamento, sendo elas:

Blumenau (SC), Lapa (PR), São Bento do Sul (SC) e Palhoça (SC). Além dos trabalhos realizados nas Comunidades, o grupo realiza outros trabalhos de prevenção como palestras por profissionais autorizados pelo CONEN-SC (Conselho Estadual de Entorpecentes), principalmente em escolas, igrejas e a comunidade em geral.

Através de entrevista realizada com profissionais nas Comunidades Terapêuticas foram apresentadas considerações quanto à metodologia de atendimento com base nos aspectos: adesão, quanto aos procedimentos, aos recursos humanos e fiscalização.

### 3.2 Apresentação dos Resultados

#### **Quanto à adesão dos internos foram consideradas as questões:**

01) Qual é a demanda da instituição?

**GENY:** *Crianças e adolescentes de 08 a 17 anos, do sexo masculino, usuários de drogas e/ou dependentes químicos.*

**CERENE:** *Adolescentes e adultos a partir de 12 anos de idade, usuários de drogas e/ou dependentes químicos. Sendo os adultos em sua maioria.*

A Comunidade Terapêutica Dona Geny Julia Feijó configura-se como a única no Estado de Santa Catarina a atender crianças e adolescentes especificamente, as demais Comunidades Terapêuticas atendem adultos e em alguns casos ampliam para o atendimento de adolescentes.

Esta medida de proteção prevista no art. 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente descrita como “inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos”, não faz referência direta a



obrigatoriedade de especificidade no atendimento a adolescentes, entretanto esta lei, o Estatuto, acena para um conjunto de ações que busquem garantir os direitos que dizem respeito às crianças e adolescentes. A legislação aponta para o adolescente que comete um ato infracional, as medidas sócio educativas, sistema específico para adolescentes, esta mesma medida traz em seu bojo a preocupação com relação aos direitos violados dos adolescentes, que muitas vezes necessitam de encaminhamento específico e ou especializados, reportando-se para tanto, as medidas de proteção, prevista no artigo 101, da mesma legislação.

As medidas de proteção com ênfase ao tratamento para usuários ou dependentes de drogas atendem uma demanda em situação peculiar de desenvolvimento, assim as respostas dos profissionais e das instituições que venham a prestar este atendimento devem estar preparadas para lidar com estas diferenças.

A adolescência é considerada um período crítico para o surgimento de complicações pelo consumo de substâncias psicoativas. Adolescentes têm progressão mais rápida do consumo e de seus resultados danosos. Os prejuízos que o consumo acarreta levam a conseqüências de difícil reversão: interrupção do desenvolvimento da personalidade, resultando em deficiências futuras do funcionamento do indivíduo. O consumo afeta, ainda, o desenvolvimento das funções sociais do sujeito, bem como o estabelecimento de relações interpessoais (LEITE, 2001. p. 21).

As mudanças físicas, psicológicas e sociais ligadas à fase da adolescência revelam comportamentos e atitudes características tais como a ansiedade e a ousadia, aqui não se pretende dizer que o adolescente é potencialmente um candidato a utilizar drogas, mas que uma vez as utilizando a percepção e as reações físicas e psicológicas são especiais, portanto exigindo um tratamento diferenciado. Outro fator importante é a identificação com o grupo, como tentar proporcionar uma mudança de conduta tão significativa como o rompimento com o uso de drogas sem primeiro criar vínculo e falar a mesma linguagem do adolescente.

A segunda e a terceira questão foram elaboradas para ter uma melhor compreensão

da ação da comunidade com relação à especificidade que traz a adolescência.

02) É realizada uma avaliação inicial (triagem) do estado de comprometimento (biológico, psíquico e social) da pessoa com o uso de drogas. Uma vez verificado comprometimento grave, continua-se o tratamento ou são encaminhadas se necessário a outras modalidades de atenção?

**GENY:** *Anteriormente, a triagem era realizada na sede do grupo (Creche Vinde a Mim as Criancinhas) pela assistente social, depois que foram firmados os convênios com as prefeituras dos municípios de São José e Florianópolis, esta triagem é realizada pelos programas que efetuam os encaminhamentos e pela Prefeitura, no caso de Florianópolis pela Márcia. O convênio com a PMF iniciou em 2003.*

*O grupo disponibiliza de um psiquiatra que vai à Comunidade Terapêutica 01(uma) vez por mês. Quando chegam meninos novos o psiquiatra é chamado para fazer esta primeira avaliação, pois existem casos que não são para nós.*

*Uma vez verificada a necessidade do uso de medicação nós não aceitamos, pois não temos a parte clínica, não tem médico nem enfermeiro.*

*O atendimento disponibilizado é apenas por terapias ocupacionais, preocupando-se com a parte educacional, esportiva, são realizadas oficinas através de profissionais de diversas áreas.*

*Se nos é encaminhado um adolescente com problemas mais graves decorrente ou aliado do uso da droga, como exemplo transtornos mentais é encaminhado para a Colônia Santana.*

**CERENE:** *É realizada uma avaliação dos tipos de atividades que o interno vai exercer. O médico faz avaliação verifica se precisa medicar. Na prática o tipo de droga consumida não influencia nas atividades. Quando encaminhado pela abordagem de*

*rua, ainda não verificamos um caso que não se pudesse atender.*

A esta questão a Comunidade Terapêutica Geny Júlia Feijó apresentou a restrição no atendimento dos casos em que seja necessário o uso de medicamentos, uma vez que não dispõe de profissionais da área da saúde para este atendimento, já a Comunidade Terapêutica CERENE não colocou objeção à questão, uma vez que possui em seu quadro técnico a presença de profissionais da área da saúde como médico e enfermeiro, entretanto quanto a esta primeira avaliação o entrevistado referiu-se mais a questão de quais atividades que o interno poderia exercer, se possui alguma restrição médica, não necessariamente a avaliação do comprometimento da droga no organismo, objetivo desta questão.

A resolução nº 101 de 30 de maio de 2001 descreve quanto aos procedimentos utilizados para o tratamento a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas nas Comunidades Terapêuticas, no item que trata sobre Infra Estrutura Física dispõe que: “Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência médica devem estar em conformidade com a Portaria nº 1884/GM, de 11/11/94 do Ministério da Saúde ou a que vier a substituí-la”.

A resolução quanto aos Critérios de Elegibilidade apresenta ainda que: “As pessoas em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico não são elegíveis para tratamento nestes serviços, devendo ser encaminhados a outras modalidades de atenção”.

O uso de drogas pode estar aliado a outras doenças como distúrbios mentais, ou ainda as drogas podem piorar doenças preexistentes ou interagir com medições necessárias ao indivíduo, por isto se faz necessário uma primeira avaliação do estado geral do paciente, e de seu comprometimento com a substância utilizada, para que se possa pensar a melhor

forma atender ao interno e o tratamento mais adequado.

03) São realizadas avaliações no decorrer do processo para verificar progressos ou resistência à continuidade do tratamento, como são realizados os registros e sua periodicidade?

**GENY:** *Cada profissional faz o seu relatório, cada adolescente tem o seu prontuário que ficam na sede (creche) e uma cópia na Comunidade, têm também o livro de registro que são registradas todas as informações dos adolescentes, como data de entrada e saída.*

*São realizados atendimentos periódicos, a cada atendimento a psicóloga faz o relato das informações no diário. Existem relatórios que são particulares entre paciente e profissional, tem dias que são realizados atendimentos individuais, e outros são realizados atendimentos em grupo.*

*Sendo que todo o mês é encaminhado relatório situacional dos meninos para o Juiz e para a Márcia PMF.*

**CERENE:** *Sim, constantemente pelo terapeuta individualmente ou junto à equipe, as situações que surgem são muito ricas para trabalhar, verifica-se se a pessoa tem problema de relacionamento, limites, horário entre outros.*

*Nós procuramos registrar cada conversa, para dar uma seqüência, de forma reservada só para o terapeuta. Não existe de forma sistemática, este conjunto de informações, o médico tem o prontuário, mas não está interligado com o atendimento terapêutico ou a laborterapia.*

*Não está formalizado no papel, mas quando realizada reunião entre a equipe terapêutica, que se reúne uma vez por semana para discutir questões sobre o andamento*

*do tratamento dos internos. Além disso, surgem diariamente nas atividades subsídios para trabalhar.*

Esta avaliação está presente nas duas Comunidades Terapêuticas, se realiza individualmente e nas atividades em grupo.

Entretanto apenas a Comunidade Geny Julia Feijó demonstrou realizar um relato sistêmico do percurso do interno durante o tratamento, sendo anexado o parecer multiprofissional no prontuário individual de cada adolescente.

A Comunidade CERENE não possui esta prática sistemática de relatórios as suas avaliações são relatadas a nível individual, entre o interno e o terapeuta com o objetivo de dar continuidade ao trabalho realizado por este, e nas atividades em grupo a avaliação se realizada oralmente, realizando um *feed back* com o objetivo de verificar como está sendo assimilado o tratamento.

Existem informações individuais que devem ser mantidas em sigilo, mas é importante que cada profissional apresente o seu parecer diante do desenvolvimento do tratamento de cada indivíduo para que se realizem estudos de caso que possibilitem apresentar novas propostas, verificar dentro do contexto geral de atividades a qual a instituição dispõe as melhores soluções para as dificuldades.

#### **Quanto aos procedimentos:**

04) É fornecido antecipadamente ao usuário e seus familiares, e/ou responsável informações e orientações quanto ao tratamento proposto? Qual a sua compreensão a respeito das evasões, e o procedimento?

**GENY:** *Sim, na entrada já se faz, e no momento da visita conversamos com os*

*familiares.*

*Acontece a evasão quando o adolescente não se interna por vontade própria. Quando são encaminhados devido à imposição da família, ou fuga de alguém ou situação, “dão um tempo lá dentro”, aproximadamente uma ou duas semanas e fogem.*

*Sempre quando chega um adolescente é comunicado ao Juiz da Infância e Juventude, através de ofício comunicando a data e por quem foi encaminhado.*

**CERENE:** *Falar com a família é mais difícil, um exemplo é quando são encaminhados da abordagem de rua, pois muitos estão em situação de rua e não tem família.*

*Com as famílias estruturadas quase não estamos recebendo, mas quando ocorre, são informadas as atividades e duração do tratamento para a família quando acompanha o interno, ou enviado por escrito orientações via correio.*

*Mesmo com o curto convênio, já sofremos índice alto de evasão. Os adolescentes tem dificuldade de motivação, disciplina, e apresentam muita “fissura” pela droga.*

De acordo com a RDC nº 101 a internação nas Comunidades Terapêuticas tem caráter voluntário, uma vez encaminhada para este serviço à pessoa e seus familiares devem ter consciência a respeito do programa terapêutico sendo que as informações devem permanecer constantemente acessíveis, existindo a “possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros, ou intoxicação por Substâncias Psicoativas (SPA), avaliadas e documentadas por profissional médico responsável”, ainda segundo a Resolução “em caso de fuga ou evasão, o serviço deve comunicar imediatamente a família ou responsável”.

Quando a demanda corresponde ao adulto este processo se torna mais simples, dependendo sempre dos agravantes que a droga causa na personalidade do usuário, o

adulto quando resolve se tratar tem em geral consciência da sua posição, já quando este processo envolve o adolescente, principalmente aquela demanda inserida em situação de violência, entendida aqui não apenas a violência física mais a privação ao acesso das necessidades básicas como alimentação e moradia, encaminhamento este freqüente pelo Programa da PMF Abordagem de Rua, a situação torna-se peculiar.

O adolescente envolvido nas situações acima apresentadas opta muitas vezes a internar-se na Comunidade Terapêutica não porque está utilizando drogas, mas para fugir de uma determinada situação, seja familiar ou nas suas relações sociais.

A Comunidade Terapêutica tem suas ações voltadas a um fim específico, o tratamento a usuários e/ou dependentes de drogas, assim é irrelevante encaminhar uma pessoa que não esteja incluída nesta situação. Quanto à informação aos familiares a Comunidade Geny Julia Feijó não apenas comunica a família quanto ao ingresso e saída do adolescente, mas também comunica a Justiça da Infância e Juventude, sendo que muitos adolescentes são encaminhados por determinação judicial.

05) Qual o tempo de duração do tratamento, e como se divide?

**GENY:** *O período de internação é de nove meses, desenvolvidos em três fases: desintoxicação, interiorização e ressocialização. As visitas ocorrem a partir do segundo mês de tratamento.*

**CERENE:** *Duração de 06 meses de internação, este período completo o interno passaria por todo o programa de tratamento, este esta dividi em 04 (quatro) partes distintas:*

*1ª 30 dias: o interno não tem contato direto com os familiares, e os contatos por telefone são indiretos, é passado o recado para o terapeuta e este passa ao interno;*

*2ª 45 dias: a família pode realizar visitas aos finais de semana, e pode ter contato*

*telefônico durante a semana;*

*3ª 45 dias: pode sair aos finais de semana, de 14 em 14 dias, acompanhado por alguém da família ou outro interno que já esteja na última fase e que não precisa mais ser acompanhado;*

*4ª 60 dias: sai sem acompanhamento, pode sair dois finais de semana e fica um, e pode sair um dia durante a semana para procurar emprego, tratamento médico entre outros.*

*As visitas são realizadas por familiares e amigos desde que não sejam usuários de drogas, que não corra o risco de levar droga para dentro da comunidade terapêutica.*

*Cada período é realizado uma avaliação, mas não tem acontecido casos que o interno não tenha passado para a fase seguinte, por que durante este tempo é realizada avaliação com o interno apresentando o que está “deixando a desejar” para alertar sobre os aspectos que precisar estar modificando, mas passa para a outra fase, isto ocorre para não criar sentimento de reprovação.*

O processo avaliativo pressupõe a verificação das especificidades de cada caso, assim o tratamento não deve ser comparado a uma “corrida” em busca de um objetivo, cada pessoa manifesta suas reações às questões que se apresentam de forma diferente, assim é importante existir uma flexibilidade deste processo de tratamento, a este respeito a RDC nº101 assinala que:

Partindo do pressuposto de que os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, são espaços temporários de tratamento, o tempo de permanência deve ser flexível levando em consideração o cumprimento mínimo do programa terapêutico e que cada caso é único. Os serviços deverão ter explicitado no seu Programa Terapêutico o tempo máximo de internação, evitando a cronificação do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais.



Uma vez adotado o modelo psicossocial de atendimento, este deve enfatizar a importância da integração entre o interno e sua família, com a finalidade de melhorar a qualidade das relações ponto fundamental no auxílio de sua reabilitação evitando a perda dos vínculos familiares, sociais e fazendo com que o paciente ao sair da Comunidade mantenha sua conduta diante das situações as quais estava afastado.

06) Quais as atividades desenvolvidas?

**GENY:** *Durante a permanência na comunidade os meninos participam de várias atividades: terapêuticas, ocupacionais, educacionais, grupos, esportes, recreação, laborterapia, equiterapia, alfabetização (Telecurso), e profissionalização entre outras. Inserimos também o confronto com a palavra de Jesus, convidando-os assumir valores evangélicos. São algumas atividades:*

- *Telecurso: matérias como português, história, geografia, matemática e ciências são ministradas em ensino de primeiro grau e alfabetização, com auxílio do Telecurso 2002, fornecido pela Fundação Roberto Marinho.*
- *Atendimento individual: atendimento individual terapêutico semanal com duração aproximada de uma hora, onde são trabalhadas as questões de cada um, sendo este avaliado em seis processos de recuperação. Este atendimento é realizado pelos profissionais de psicologia, assistente social e pelos estagiários de psicologia.*
- *Atendimento em grupo “Grupo Pensar”: neste grupo são abordados diferentes temas relacionados aos internos e suas questões.*
- *Grupo Família: sempre no primeiro sábado de cada mês é realizado o dia da família, com temas relacionados às questões familiares, aos meninos, as drogas, e principalmente ao regresso destes para casa.*
- *Oficinas de Artes: nestas atividades são trabalhadas diversas formas de artes*

como pintura, desenho, culinária, sucata, etc.

- *Horta: esta atividade acontece desde a preparação da terra até o plantio e o cuidado com a mesma.*

- *Esporte / Lazer: são desenvolvidas atividades de lazer dentre elas esportes como vôlei, futebol e basquete, além de pescaria, banho nos tanques, sinuca, ping-pong, entre outras.*

- *Equiterapia: esta modalidade de atividade é dirigida pela pedagoga e acompanhada de um equitador; através do trabalho com cavalos, busca-se aumentar a auto confiança e auto estima.*

- *Informática: com sete computadores é realizado o curso básico, onde os meninos aprendem a gostar e conhecer a informática.*

**CERENE:** *O nosso programa está instituído em 12 atividades:*

- *Palestras psicoeducativas;*
- *Prática de espiritualidade;*
- *Larboterapia: terapia originária da Alemanha onde as atividades de trabalho tem fins terapêuticos todas as atividades para o funcionamento da fazenda envolve a mão de obra dos internos, não necessariamente dos adolescentes, tais como cozinha, cuidar dos animais, limpeza, manutenção das instalações, fazer pão, jardinagem, construção civil. Tínhamos uma fábrica de lajotas e que agora deverá ser reativada;*

- *Aconselhamento terapêutico;*
- *Assembléia geral dos internos, momento que eles colocam as situações do cotidiano como problemas nas instalações entre outros, com o objetivo de resolver os problemas que surgem;*

- *Grupos de terapia;*

- *Grupos de estudo por fase de tratamento;*

- *Feed Back: com o objetivo de o interno avaliar o seu desenvolvimento;*
- *Aulas de supletivo e alfabetização;*
- *Lazer e esporte;*
- *Atendimento aos familiares. Existem grupos de apoio semanais fora da*

*comunidade terapêutica onde participam os internos da última fase e seus familiares, além de grupos dentro da comunidade para atender a família, ou a família é chamada para atendimento individual com o terapeuta, pois muitas vezes a família tem seus problemas, o dependente só é a “ponta do Ice Berg”, a estrutura familiar está muito precária, pais separados entre outras situações.*

*As atividades são realizadas por uma escala diária de larboterapia e outras atividades associadas como as de lazer, no prazo de 03 semanas.*

A busca pela recuperação do usuário ou dependente de drogas se realiza através de um conjunto de ações e atividades compondo o quadro terapêutico. Este conjunto integrado de ações permite que o interno se envolva em várias atividades distintas tais como as educativas, de lazer e os momentos terapêuticos individuais ou em grupo, onde cada instituição possui seu método de abordagem terapêutica.

As duas Comunidades foco deste estudo tem em comum duas atividades aqui consideradas importantes, as atividades de cunho educativo e as atividades com as famílias dos internos.

O Estatuto (2001) em seu art. 101 dispõe das medidas de proteção entre elas junto à medida de tratamento a alcoólatras e toxicômanos, a matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental, quando se fala em garantia de direitos é feita referência ao acesso a educação, este ponto é fundamental e prioritário para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, assim adotar atividades educacionais dentro

das Comunidades Terapêuticas é colaborar com a construção de uma nova opção de vida para muitos adolescentes, contribuindo com a vida escolar quando voltarem para a comunidade.

Outro ponto é a importância da realização de acompanhamento junto à família do interno, a família é um fator fundamental tanto no processo de dependência como em seu tratamento.

Alguns estudiosos chegam a considerar a dependência como uma patologia familiar (doença de origem no funcionamento familiar). A genética, por um lado, é considerada responsável por 30% dos casos de alcoolismo, embora sua influência seja menor no caso de outras drogas. Por outro lado, a convivência familiar, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos, bem como influências ambientais a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a dependência (LEITE, 2002. p.19).

O cotidiano das famílias de uma grande parte desta demanda é marcado por situações de violência e pobreza, reflexo das desigualdades sociais presentes na configuração sócio-econômica da sociedade, esta situação leva milhares de adolescentes e suas famílias a buscarem a droga como “alternativa as questões sociais”, ou seja, o tráfico como forma de ter o recurso financeiro relacionando com a falta de oportunidades de emprego. Estas famílias uma vez vitimizadas tornam-se parte significativa do problema, seja “induzindo” direta ou indiretamente o indivíduo a hábitos e comportamentos de consumo de drogas e/ou por sofrer um estado de culpa, raiva e desespero. Agressões físicas, furtos e negligência complicam ainda mais a situação familiar, com consequência direta em todas as suas relações interpessoais.

A família precisa estar apta a acompanhar o seu adolescente na volta para casa, assim a realização de grupos com os familiares dos internos torna-se ponto fundamental para o tratamento com o objetivo de fortalecer os vínculos familiares e comunitários.

Um referencial incluído nas atividades da Comunidade CERENE é a realização de palestras e outros trabalhos de prevenção realizados por palestrantes autorizados pelo

CONEN/SC, além de possuir grupos de mútua ajuda onde os internos recebem acompanhamento ao saírem da comunidade, este atendimento é direcionado também aos familiares.

07) Qual o número máximo de residentes, e o número atual?

**GENY:** *Capacidade: 22 (vinte e dois) pessoas, atualmente: 09 (nove) internos.*

*Alojamentos: Suítes (quarto) para cada 02 (dois) internos.*

**CERENE:** *Capacidade: 36 (trinta e seis) vagas, sendo 06 (seis) vagas destinadas aos adolescentes, a demanda atual é de 30 (trinta) pessoas e entre este número 04 (quatro) são adolescentes.*

*Alojamentos: Suítes (quarto) para cada 02 (dois) internos. O alojamento é dividido: andar térreo é destinado para os não fumantes: quartos com suíte para 04 (quatro) pessoas por quarto, uma vantagem para os não fumantes. Andar superior destinado aos fumantes, onde o banheiro é coletivo e os quartos comportam de 02 (dois) a 05 (cinco) pessoas. Os adolescentes ficam junto com os adultos.*

De acordo com a RDC nº 101:

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, alocados em, no máximo, 02 unidades de 30 residentes por cada unidade. Para os Serviços já existentes, será admitida a capacidade máxima de 90 residentes, alocados em no máximo 03 unidades de 30 residentes cada.

Neste aspecto as Comunidades estão em situação regular, a ênfase aqui esta no número de vagas disponível para adolescentes na Comunidade Terapêutica CERENE, onde para 36 (trinta e seis) vagas, apenas 04 (quatro) são destinadas para adolescentes.

O que demonstra receio e falta de especificidade no atendimento a adolescentes, questão já discutida anteriormente.

**Quanto aos recursos humanos:**

08) Como é constituída a equipe técnica?

**GENY:** *01(um) Psicólogo, 01(um) Assistente Social, 06 (seis) monitores, mais outros profissionais de apoio na realização das oficinas, ensino fundamental, esporte, entre outros.*

**CERENE:** *A equipe é constituída por: 01 (um) Médico, 01(um) enfermeiro, 01(um) pessoa formada em laborterapia; 03 (três) terapeutas pastorais, sendo 02 (dois) com formação na área da teologia e 01 (um) especialização em dependência química.*

*Atualmente a equipe está passando por uma estruturação/avaliação.*

De acordo com a RDC nº 101 a equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por:

01 (um) Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;

01 (um) Coordenador Administrativo;

03 (três) Agentes Comunitários capacitados em dependência química e cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;

As duas Comunidades estão de acordo com esta Resolução.

**Quanto à fiscalização:**

09) É realizada uma fiscalização na Comunidade Terapêutica, quem realiza?

**GENY:** *No período de 03 em 03 meses a Vigilância Sanitária realiza fiscalização verificando se a comunidade está de acordo com a resolução nº 101. As fazendas possuem o prazo de 02 anos para adequarem-se.*

**CERENE:** *De acordo com a RDC 101 – a Vigilância Sanitária realiza a*

*fiscalização, em 2001 foi implantada esta resolução assim foi fornecido um prazo de 02 (dois) anos para que as Comunidades se adequassem as normas, este prazo foi prorrogado. A primeira fiscalização foi em janeiro deste ano, e será discutida a sua periodicidade.*

Quanto ao monitoramento do funcionamento das Comunidades Terapêuticas a RDC nº 101 enfatiza:

É competência dos COMEN's, CONEN's, Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal a fiscalização e avaliação periódicas, respeitando o âmbito de atuação dos agentes envolvidos dos Serviços mediante a criação de protocolo específico a ser definido posteriormente. Podem ser criadas comissões locais compostas por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, COME's, CONEN's, Federações e Associações.

As Comunidades Terapêuticas possuem prazo de 02 (dois) anos para se adequarem a esta resolução.

Segundo a Comunidade Geny Júlia Feijó a fiscalização se realizada de forma regular pela Secretaria de Vigilância Sanitária, já de acordo com o depoimento da Comunidade CERENE foi realizada apenas uma inspeção, segundo o entrevistado este fato atribui-se pela recente data em que esta resolução entrou em vigor mais especificamente em 30 de maio de 2001.

Diante da pesquisa realizada verificou-se a existência da participação dos órgãos oficiais responsáveis pela problemática das drogas. A nível nacional existe a Política Nacional Antidrogas, elaborada pela Secretaria Antidrogas (SENAD), o Departamento de Polícia Federal (DPF) e outros agentes do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas, formando uma rede de ações.

A fiscalização dos serviços de atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas atribui-se à Agência Nacional de Vigilância

Sanitária, onde os Conselhos de Entorpecentes a nível Federal, Estadual e Municipal devem informar às respectivas Vigilâncias Sanitárias sobre o funcionamento e cadastro destes serviços.

A Resolução RDC nº 101 de 30 de maio de 2001, descreve o regulamento técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, os critérios e procedimentos dos serviços prestados.

Esta resolução instituiu-se como fonte de análise para verificar como se realiza o atendimento ao adolescente autor de ato infracional usuário ou dependente de drogas. O resultado desta pesquisa apresenta que a respeito da estrutura de funcionamento as Comunidades Terapêuticas estão adequadas aos padrões solicitados.

Quanto à metodologia utilizada, respeitando algumas particularidades de cada instituição, verificou-se que apenas uma entre as Comunidades pesquisadas é específica no atendimento de adolescentes, a Comunidade Terapêutica Dona Geny Júlia Feijó, e em relação ao adolescente autor de ato infracional não é feita nenhuma analogia entre o tratamento e o ato infracional cometido. A Comunidade Terapêutica comunica à Justiça da Infância e Juventude e Conselho Tutelar quanto à adesão e saída do adolescente, sendo que a Comunidade Dona Geny Júlia Feijó mensalmente envia relatórios apresentando informações quanto ao tratamento, procedimento que possibilita verificar a realização do encaminhamento solicitado, e a sua evolução.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conformidade com os objetivos propostos neste estudo, pretende-se neste momento tecer algumas considerações que se fazem necessárias.

O assunto abordado incide sob a temática das drogas e adolescência, mais especificamente do atendimento ao adolescente usuário ou dependente de substâncias psicoativas nas Comunidades Terapêuticas conveniadas com a PMF, tendo o presente trabalho o objetivo de verificar e analisar qual a metodologia utilizada nestas instituições.

Assim, através da realização da pesquisa, e dos resultados obtidos, percebe-se que o alcance do objetivo primeiro destes serviços, o rompimento com o uso de drogas, depende de inúmeros fatores, entre eles o grau de comprometimento do adolescente com a droga e suas conseqüências, além das atividades desenvolvidas pelas Comunidades Terapêuticas.

Inserido ao quadro terapêutico, é necessário pensar em atividades atrativas para os adolescentes. A ansiedade típica desta fase sugere uma linguagem dinâmica, além da abordagem de questões típicas a esta fase, em suma, um atendimento com ênfase à especificidade da adolescência.

Ao realizar a pesquisa e, após a análise dos dados obtidos, foi possível constatar que as Comunidades Terapêuticas pesquisadas estão de acordo no que diz respeito ao regulamento técnico, contemplados na Resolução nº 101 que regula estes serviços. Entretanto, verificou-se uma distinção entre as duas instituições, a percepção do atendimento diferenciado aos adolescentes, bem como o entendimento à cerca do contexto ao qual estão inseridos.

O olhar a cerca da dinâmica sócio econômica, apresentada como pano de fundo do quadro terapêutico do interno, é objeto de análise e resulta no entendimento de questões ligadas ao processo de tratamento, assim se faz importante a atuação do Assistente Social.

A Resolução nº 101 apresenta que dentro do quadro técnico das Comunidades

Terapêuticas deve ser contemplado 01 (um) Profissional da área de saúde ou Serviço Social, responsável pelo Programa Terapêutico, uma vez que esta modalidade de atendimento é entendida como tratamento e de cunho psicossocial.

Apenas a Comunidade Terapêutica Dona Geny Júlia Feijó possui em seu quadro técnico a atuação do profissional do Serviço Social. Esta mostrou um entendimento diferenciado quanto a sistemática de atendimento e registro de dados, e mais importante no enfoque às questões alheias ao uso de drogas, entendendo este não como um fim em si mesmo.

A este respeito, quanto à questão das evasões, verificou-se nas falas dos entrevistados dois enfoques distintos, um voltado à responsabilização do adolescente pela sua evasão, devido à falta de motivação e de disciplina. No outro, atribui-se ponto facilitador das evasões as situações de convivência familiar e comunitária, além do enfoque na percepção do adolescente quanto ao desejo de receber ajuda, e quanto a sua compreensão a cerca do tratamento.

Durante o período de estágio no Programa LAC, foi possível constatar a frequência de encaminhamentos aos adolescentes pela Justiça da Infância e Juventude e pelo Programa para esta modalidade de atendimento. Assim, faz-se necessário viabilizar uma troca de informações entre as Comunidades Terapêuticas, com o objetivo de discutir as questões relevantes e pensar novas alternativas frente às dificuldades apresentadas. Buscando um melhor atendimento integral à demanda, o adolescente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AZEVEDO, M.A, GUERRA, V.N.A . **A Síndrome do Pequeno Poder**. São Paulo. Editora Iglu, 1998.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**.
- Constituição da república Federativa do Brasil**/editado por Antonio de Paulo. 14 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- FALEIROS, Vicente. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 03. Brasília: UNB – Centro educação aberta continuada à distância, 2000.
- FERREIRA, Ivanete S. B. **As políticas brasileiras de seguridade social**. Capacitação em Serviço Social e política social, módulo 03. Brasília: UNB – Centro educação aberta continuada à distância, 2000.
- FREITAS, C.C. **As drogas na Adolescência**. Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas. 2ª ed. Florianópolis: LED/UFSC, 2002.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo. Editora ATLAS. S.A, 1999.
- LEITE, Marcos da C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. 3º edição. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.
- LEITE, Ligia C; coordenação Wanderley Loconte. **Meninos de rua: A infância excluída no Brasil**. São Paulo: Atual, 2001. (coleção espaço e debate).
- MARTINS, I. **As drogas na atualidade**. Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas. 2ª ed. Florianópolis: LED/UFSC, 2002.
- MARCÍLIO, M. L. **A roda dos expostos e a crianças abandonada na História do Brasil**. 1726-1950. In: FREITAS, M. *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.
- MIOTO, Regina C. T. **Famílias e Adolescentes Autores de Atos Infracionais: subsídios para uma discussão**. Infância e adolescência, o conflito com a lei: algumas discussões. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2001.
- Ministério Público do Estado de Santa Catarina. Procuradoria Geral de Justiça. Centro das Promotorias da Infância. **Perfil do adolescente infrator no Estado de Santa Catarina / organizado por Henriqueta Scharf Vieira**. Fpolis: 1999. 125p. (cadernos do Ministério Público, 3).

PAULA, Wilson K. **Drogas e Dependência Química: Noções Elementares**. Florianópolis. Ed. Papa Livro, 2001.

PRIORI, M. **O papel branco, a infância e os jesuítas na colônia**. In. PRIORI, Mary (org). História da criança no Brasil. São Paulo: Contexto, 1991.

RIZZINI, Irma. **Meninos Desvalidos e Menores transviados: a trajetória da assistência pública na Era Vargas**. In. RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: AMAIS, 1995.

SCIVOLETTO, S. ANDRADE, E. R. **A cocaína e o adolescente**. In Leite, M.C, Andrade, A.G: Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre. Ed. Artmed, 1999.

SOUZA, Marli, P. Crianças e adolescentes: absoluta prioridade? **Revista Katálysis** / Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. n.2 (maio 1998) – Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

SUCAR, J. M. **As drogas e seus efeitos**. Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas. 2ª ed. Florianópolis: LED/UFSC, 2002.

VOLPI, Mario. **O adolescente e o ato infracional**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VERONESE, Josiane R. P., SOUZA, Marli P., MIOTO, Regina C. T. **Infância e adolescência, o conflito com a lei: algumas discussões**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2001.

VOGEL, Arno. **Do Estado ao Estatuto**. In. RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: AMAIS, 1995.

**ANEXO**

**RESOLUÇÃO RDC Nº 101, DE 30 DE MAIO DE 2001.**

**Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**

D.O. de 31/5/2001

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVS aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 23 de maio de 2001,

considerando o Decreto-Lei n.º 891/38 em seu Capítulo III - Da Internação e da Interdição Civil e o disposto na Lei n.º 10216, de 6 de abril de 2001.

considerando a Lei n.º 6.368/76 em seu Capítulo II - Do Tratamento e Recuperação;

considerando a Portaria SAS/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece as diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais;

considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, e eu Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Estabelecer Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. (anexo)

Art. 2º Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município, atendendo aos requisitos deste Regulamento Técnico e legislação pertinente, ficando estabelecido o prazo máximo de 2 (dois) anos para que os serviços já existentes se adequem ao disposto nesta Resolução.

Art. 3º A construção, a reforma ou a adaptação na estrutura física dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas deve ser precedida de aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local e demais órgãos competentes

Art. 4º O disposto nesta Resolução aplica-se a pessoas físicas e jurídicas de direito privado e público, envolvidas direta e indiretamente na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Art. 5º A inobservância dos requisitos desta Resolução, constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades previstas na Lei 6.437 de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que vier a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6º Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas devem ser avaliados e inspecionados, no mínimo, anualmente. Para tanto, deve ser assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento, e mantida à disposição toda a documentação pertinente, respeitando-se o sigilo e a ética, necessários às avaliações e inspeções.

Art. 7º As Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar os procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta Resolução, podendo adotar normas de caráter complementar, a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Parágrafo único:

Os Conselhos de Entorpecentes Estaduais, Municipais e do Distrito Federal ou seus equivalentes devem informar às respectivas Vigilâncias Sanitárias sobre o funcionamento e cadastro dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

GONZALO VECINA NETO

## REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SEGUNDO MODELO PSICOSSOCIAL

### HISTÓRICO

Regulamento Técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas - serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psico social, foi elaborado por um Grupo Técnico Assessor - GTA, instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, sob a coordenação da Gerência Geral de Serviços de Saúde - GGTS. Este GTA foi formado por representantes de diferentes áreas do Ministério da Saúde: Coordenação DST/AIDS da Secretaria de Políticas de Saúde, Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde, Unidade de Medicamentos Controlados da Gerência Geral de Medicamentos - ANVISA, Unidades de Infra-estrutura Física e de Tecnologia e Organização de Serviços de Saúde da GGTS - ANVISA e também integrou o grupo um consultor especialista no tema.

A elaboração do Regulamento Técnico teve como subsídios as propostas de normativa para o funcionamento dos serviços de atenção a transtornos por uso e abuso de substâncias psicoativas, da ANVISA e da Coordenação de Saúde Mental, integrantes do relatório da Comissão Técnica da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD/PR, que funcionou em 1999 e o relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas realizado em novembro de 1998. A proposta de regulamento técnico elaborada foi levada à Consulta Pública em 10 de outubro de 2000.

As sugestões à Consulta Pública foram discutidas em evento organizado pela ANVISA e SENAD que reuniu os representantes de instituições ou fóruns que as enviaram, membros do GTA, técnicos do Ministério da Saúde, da ANVISA, da SENAD, tendo sido tais sugestões avaliadas e incorporadas ou não ao texto do Regulamento Técnico, conforme sua pertinência. O documento aqui regulamentado é o resultado consensual, dos padrões mínimos estabelecidos para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

### CONCEITUAÇÃO:

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

Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

1 Os estabelecimentos assistenciais de saúde, que possuem procedimentos de desintoxicação e tratamento de dependentes com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, que fazem uso de medicamentos a base de substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicos e outras sujeitas ao controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98 - Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

2 A responsabilidade técnica pelo serviço junto ao órgão de Vigilância Sanitária dos Estados, Municípios e do Distrito Federal deve ser de técnico com formação superior na área da saúde e serviço social.

3 Nos estabelecimentos em que não há prescrição, mas admissão de pessoas usuárias de medicamentos controlados, a direção do serviço assumirá a responsabilidade pela administração e guarda do medicamento, ficando dispensada dos procedimentos de escrituração previstos na Portaria SVS/MS n.º 344/98 ou outro instrumento legal que vier substituí-la.

### CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

Para os Serviços que atendem dentro do modelo psicossocial, respeitado o critério de voluntariedade e não discriminação por nenhum tipo de doença associada, não haverá restrições quanto ao grau de comprometimento para adesão e manutenção do tratamento. A situação social, familiar e legal da pessoa com transtornos

ocorrentes de uso ou abuso de SPA não será condição restritiva ao tratamento. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica, cujos dados deverão constar na Ficha de Admissão.

As dimensões envolvidas para definição do padrão de comprometimento de dependência são:

**1 ADESÃO** - Grau de resistência ao tratamento de acordo com o comprometimento da pessoa em avaliação.

**1.1 Comprometimento Leve:**

baixa motivação para mudança.

baixa consciência da sua situação em relação às SPA e das perdas sócio-econômicas e relacionais.

baixa disponibilidade para a mudança no padrão de uso (entrada e manutenção).

expectativa favorável ao tratamento.

entendimento e aceitação das orientações terapêuticas recebidas.

**1.2 Comprometimento Moderado:**

relativa motivação para mudanças.

baixa consciência da sua situação em relação às SPA e das perdas sócio-econômicas e relacionais.

relativa disponibilidade para a mudança no padrão de uso;

algumas expectativas favoráveis em relação ao tratamento;

entendimento e aceitação das orientações terapêuticas recebidas, porém com restrições e questionamentos.

**1.3 Comprometimento Grave:**

ausência de motivação para mudanças;

alta de consciência da sua situação em relação à SPA e das perdas sócio-econômicas e relacionais;

baixa disponibilidade para a abstinência;

ausência de expectativa ou expectativa desfavorável em relação ao tratamento;

baixo entendimento e/ou aceitação das orientações terapêuticas recebidas.

**2 MANUTENÇÃO** - Grau de resistência à continuidade do tratamento.

**2.1 Comprometimento Leve:**

mantém boa adesão ao tratamento, apesar das oscilações vivenciadas no transcorrer do processo terapêutico.

ausência de histórico de abandono de tratamentos anteriores.

**2.2 Comprometimento Moderado:**

mantém relativa adesão com ambivalência na manutenção do tratamento;

oscilação na motivação;

alguns abandonos de tratamentos anteriores.

**2.3 Comprometimento Grave:**

grandes dificuldades de adesão ao tratamento;

múltiplas tentativas anteriores de tratamento específico e abandono dos mesmos;

faltas, atrasos, interrupções freqüentes devido a fatores conscientes e/ou inconscientes que geram indisposição

quanto às formas terapêuticas propostas.

**3 COMPROMETIMENTO BIOLÓGICO**

**3.1 Comprometimento Leve:**

o paciente apresenta-se com algumas alterações de fase aguda provocadas pelo uso de SPA;

o paciente apresenta-se com algumas alterações de fase aguda provocadas pelo uso recente de SPA, porém todas

mostrando intoxicação leve e, conseqüentemente, sintomas leves (Ex.: hipertensão arterial leve, sem arritmias);

o paciente mantém lucidez, orientação e coerência de idéias e pensamento.

o paciente refere uso há muitos dias (mais de 10), mas não refere sintomas de abstinência.

o paciente não apresenta, na história patológica pregressa, qualquer relato de doenças anteriores, ou apresenta apenas

episódios de episódios agudos, tratados e sem seqüelas (paciente sempre foi saudável).

as informações obtidas com a pessoa em avaliação são confirmadas por familiares.

os exames laboratoriais mostram-se sem alterações ou com alterações discretas e não patognômicas de risco

para a vida e gravidade.

na história consegue-se avaliar a quantidade pequena de SPA usada neste último episódio.



ão apresenta traumatismos, hematomas, lesões cutâneas agudas, nem relato de quedas, agressões ou traumatismo craniano.

ão se trata de usuário de SPA injetáveis (opióides ou cocaína).

ão faz uso intenso de qualquer tipo de SPA legal ou ilegal.

### 3.2 Comprometimento Moderado

a pessoa apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de SPA, que denotam ou mesmo já renunciam sintomas moderados de evolução incerta que possam gerar algum risco (Ex. hipertensão arterial moderada com presença de arritmia).

apresenta desorientação e prejuízo na coerência, permanecendo a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA.

as informações obtidas com a pessoa são questionáveis, inclusive por familiares.

apresenta sintomas que podem ser de síndrome de abstinência, não se sabe quando foi a última vez que utilizou SPA.

apresenta na história patológica pregressa relato de uma ou mais patologias crônicas compensadas (comorbidade) com seqüelas. (Ex.: diabetes, pancreatite).

os exames laboratoriais confirmam a gravidade da agressão provocada pela substância química, porém podem não indicar risco de vida imediato (Ex.: alterações no hepatograma: TGO, TGP, GAMA GT elevados, configurando quadro de esteatose hepática).

apresenta, na história clínica, traumatismos e quedas. Não há hematomas ou se existem estão localizados nas extremidades.

há uso de SPA, mas não há evidências de uso injetável.

faz uso moderado de qualquer tipo de SPA legal ou ilegal.

### 3.3 Comprometimento Grave

a pessoa apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de SPA que configuram sintomas de gravidade que geram risco de vida. (Ex.: arritmias cardíacas, dor abdominal em barra, crise convulsiva, anúria ou oligúria, vertigem, hemorragia digestiva).

a pessoa em coma ou com comprometimento da consciência fora do episódio agudo.

uso de quantidades excessivas de substância química podendo configurar tentativa de auto-extermínio.

relatos de traumatismos e agressões; presença de hematoma em região tóraco-abdominal e craniana.

exames laboratoriais confirmando alterações agudas que colocam em risco a vida e/ou exames que demonstram alterações de grande gravidade, mesmo que crônicas.

presença de uma ou mais patologias concomitantes com sinais de descompensação (Ex.: diabetes, hipertensão, alterações auditivas ou visuais, ...).

## 4 COMPROMETIMENTO PSÍQUICO

### 4.1 Comprometimento Leve:

personalidade sintônica, sem sintomas psiquiátricos definidos.

sem alterações do pensamento (forma, conteúdo ou curso).

sem alterações afetivas evidentes.

alterações na área da vontade.

### 4.2 Comprometimento Moderado:

alterações afetivas (labilidade emocional, distímias ou outras).

comprometimento da vontade (alterações psiquiátricas observadas após o surgimento dos sintomas específicos para o diagnóstico de dependência química).

apresenta desorientação e prejuízo na coerência, permanecendo a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA.

#### 4.3 Comprometimento Grave:

alterações do pensamento e da senso-percepção (idéias sobrevalorizadas, deliróides, delirantes, alucinações auditivas, visuais, cinestésicas, sintomas paranóides agudos com idéias de perseguição e demais alterações, com comprometimento evidente do juízo crítico).

alterações afetivas mais graves (depressão, hipomania e mania) e as alterações de pensamento decorrentes destes quadros, como idéias de ruína, de grandeza e outras.

graves alterações do controle da vontade, não só em função do uso da SPA bem como devido aos sintomas psiquiátricos (negativismo, transtorno obsessivo-compulsivo, impulsos destrutivos ou outros).

### 5 COMPROMETIMENTO SOCIAL, FAMILIAR E LEGAL

#### 5.1 Comprometimento Leve:

o indivíduo em avaliação possui estrutura familiar razoavelmente estabelecida.

o indivíduo possui estrutura sócio-econômica estável, podendo prover suas necessidades básicas.

o indivíduo possui atividade de trabalho estável e ou carreira escolar preservada.

o indivíduo possui boa estrutura de relacionamento social (clubes, igrejas, esportes, associações).

o indivíduo não tem envolvimento legal.

o indivíduo não tem envolvimento com o narcotráfico ou dívidas de vulto.

o indivíduo não tem antecedentes jurídicos e/ou legais relacionados ao uso de SPA.

#### 5.2 Comprometimento Moderado:

o indivíduo possui estrutura familiar com relacionamento comprometido em nível social, econômico e emocional; contudo, ainda se encontram pessoas com vínculo parental ou não, que se envolvem e buscam um tratamento ou ajuda.

o indivíduo possui estrutura sócio-econômica muito comprometida, dependendo sempre de outrem para prover suas necessidades básicas.

o indivíduo possui atividade de trabalho ou escolar muito comprometida pelas faltas, baixa produtividade e problemas relacionados ao uso de SPA; demissão ou expulsão (especulada ou prevista) profissional ou escolar.

o indivíduo mantém níveis de relacionamento social (amigos, clubes, igrejas, trabalho, etc.), ainda que deles tenha se afastado e separado.

o indivíduo não possui algum comprometimento jurídico-legal que foi ou poderá ser resolvido, não comprometendo sua liberdade pessoal, embora possa fazê-lo de modo parcial.

#### 5.3 Comprometimento Grave:

o indivíduo apresenta situação familiar desestruturada e comprometida, ou não a tem (ausência de estrutura familiar).

o indivíduo não possui estrutura sócio-econômica, não podendo prover moradia e alimentação.

o indivíduo não possui atividade de trabalho ou escolar.

o indivíduo não possui vínculos de relacionamento social, a não ser o referenciado na busca e no uso da SPA.

o indivíduo possui comprometimento jurídico-legal.

### 6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

as pessoas em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico não são elegíveis para tratamento nestes serviços, devendo ser encaminhados a outras modalidades de atenção.

### PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE TRATAMENTO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

No processo de admissão do residente e durante o tratamento, alguns aspectos devem ser contemplados:

Admissão da pessoa não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas.

Permanência voluntária.

Capacidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de dano para si e ou para terceiros, ou intoxicação por SPA, avaliadas e documentadas por profissional médico responsável.

Compromisso com o sigilo segundo as normas éticas e legais garantindo-se o anonimato; qualquer divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição só poderá ocorrer se previamente autorizada, por escrito, pela pessoa e familiares.

Respeito à pessoa, à família e à coletividade.

Preservação do direito à cidadania do usuário de SPA.

Conhecimento antecipado ao usuário e seus familiares, e/ou responsável de informações e orientações dos direitos e deveres, quando da opção e adesão ao tratamento proposto.

Informar, verbalmente e por escrito, ao candidato a tratamento no serviço sobre os regulamentos e normas da instituição, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância.

Cuidados com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência, guardando o direito do serviço estabelecer as atividades relativas à espiritualidade.

Garantia de alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados.

Proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando a dignidade e integridade, independente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.

Garantia do acompanhamento das recomendações médicas e/ou utilização de medicamentos, sob critérios previamente estabelecidos, acompanhando as devidas prescrições, ficando a cargo do Serviço a responsabilidade quanto à administração, dispensação, controle e guarda dos medicamentos.

Garantia de registro no mínimo três vezes por semana das avaliações e cuidados dispensados às pessoas em internação ou tratamento.

Responsabilidade do Serviço no encaminhamento à rede de saúde, das pessoas que apresentarem recorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também para os casos em que apresentarem outros agravos à saúde.

Respeito da pessoa encaminhada por meio de mandado judicial, pressupõe a aceitação das normas e do programa terapêutico dos serviços, por parte do residente.

Trabalhar com processo de seguimento para cada caso tratado, pelo período mínimo de um ano.

Partindo do pressuposto de que os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, são espaços temporários de tratamento, o tempo de permanência deve ser flexível levando em consideração o cumprimento mínimo do programa terapêutico e que cada caso é único.

Serviços deverão ter explicitado no seu Programa Terapêutico o tempo máximo de internação, evitando a institucionalização do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais.

As informações a respeito do Programa Terapêutico deve permanecer constantemente acessível à pessoa e seus familiares.

Os Serviços devem explicitar por escrito os seus critérios quanto a:

Finalidade de funcionamento e tratamento definindo atividades obrigatórias e opcionais;

Processos a serem utilizados para acompanhamento da evolução dos residentes no pós-alta, ao longo de um ano;

Atividade terapêutica;

Forma de alta (alta pedida);

Forma de encaminhamento (alta administrativa);

Apresenta desorientação e prejuízo na coerência, permanecendo a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA.

#### 3.4.3 Comprometimento Grave:

Alterações do pensamento e da senso-percepção (idéias sobrevalorizadas, deliróides, delirantes, alucinações auditivas, visuais, cinestésicas, sintomas paranóides agudos com idéias de perseguição e demais alterações, com comprometimento evidente do juízo crítico).

Alterações afetivas mais graves (depressão, hipomania e mania) e as alterações de pensamento decorrentes destes quadros, como idéias de ruína, de grandeza e outras.

Graves alterações do controle da vontade, não só em função do uso da SPA bem como devido aos sintomas psiquiátricos (negativismo, transtorno obsessivo-compulsivo, impulsos destrutivos ou outros).

### 3.5 COMPROMETIMENTO SOCIAL, FAMILIAR E LEGAL

#### 3.5.1 Comprometimento Leve:

A pessoa em avaliação possui estrutura familiar razoavelmente estabelecida.

Possui estrutura sócio-econômica estável, podendo prover suas necessidades básicas.

Possui atividade de trabalho estável e ou carreira escolar preservada.

Possui boa estrutura de relacionamento social (clubes, igrejas, esportes, associações).

Não tem envolvimento legal.

Não tem envolvimento com o narcotráfico ou dívidas de vulto.

Não tem antecedentes jurídicos e/ou legais relacionados ao uso de SPA.

#### 3.5.2 Comprometimento Moderado:

A pessoa possui estrutura familiar com relacionamento comprometido em nível social, econômico e emocional; contudo, ainda se encontram pessoas com vínculo parental ou não, que se envolvem e buscam um tratamento ou ajuda.

Tem estrutura sócio-econômica muito comprometida, dependendo sempre de outrem para prover suas necessidades básicas.

Atividade de trabalho ou escolar muito comprometida pelas faltas, baixa produtividade e problemas relacionados ou não ao uso de SPA; demissão ou expulsão (especulada ou prevista) profissional ou escolar.

Mantém níveis de relacionamento social (amigos, clubes, igrejas, trabalho, etc.), ainda que deles tenha se afastado e separado.

Tem algum comprometimento jurídico-legal que foi ou poderá ser resolvido, não comprometendo sua liberdade total, embora possa fazê-lo de modo parcial.

#### 3.5.3 Comprometimento Grave:

A pessoa apresenta situação familiar desestruturada e comprometida, ou não a tem (ausência de estrutura familiar).

Ausência de estrutura sócio-econômica, não podendo prover moradia e alimentação.

Não possui atividade de trabalho ou escolar.

Não tem vínculos de relacionamento social, a não ser o referenciado na busca e no uso da SPA.

Tem comprometimento jurídico-legal.

### 3.6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

As pessoas em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico não são elegíveis para tratamento nestes serviços, devendo ser encaminhados a outras modalidades de atenção.

### 4. PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE TRATAMENTO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

1 No processo de admissão do residente e durante o tratamento, alguns aspectos devem ser contemplados:

Casos de mandado judicial;

Evasão (fuga) e

Fluxo de referência e contra-referência para outros serviços de atenção a outros agravos.

Fica resguardado à pessoa em tratamento o direito de desistência, sem qualquer tipo de constrangimento, devendo a família ou responsável ser informada em qualquer das situações acima.

Em caso de fuga ou evasão, o serviço deve comunicar imediatamente a família ou responsável pela pessoa.

4.4 Os Serviços devem explicitar por escrito os seus critérios de rotina para triagem quanto a:

Avaliação médica por Clínico Geral;

Avaliação médica por Psiquiatra;

Avaliação Psicológica;

Avaliação familiar por Assistente Social e/ou Psicólogo;

Realização de exames laboratoriais;

Estabelecimento de programa terapêutico individual;

Exibição de filme e/ou fotografias para ciência da família e do assistido;

Definição de critérios e normas para visitas e comunicação com familiares e amigos

Alta terapêutica, desligamento, evasão, etc.

4.5 Os Serviços devem explicitar, por escrito, os seus critérios de rotina de tratamento quanto a:

Horário do despertar;

Atividade física desportiva variada diária;

Atividade lúdico-terapêutica variada diária (por ex.: tecelagem, pintura, teatro, música, dança, modelagem, etc);

Atendimento em grupo e/ou individual coordenado por profissional de nível superior habilitado em dependência de SPA, ao menos uma vez por semana;

Atividade didático-científica para o aumento de conscientização;

Atividade que vise estimular o desenvolvimento interior (por ex.: yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e outros textos filosóficos reflexivos). Essa atividade é opcional para o residente, respeitando-se suas convicções e credos pessoais e oferecendo, em substituição, atividades alternativas;

Atendimento médico psiquiátrico pelo menos uma vez ao mês, nos casos de co-morbidade;

Atendimento em grupo por membro da equipe técnica responsável pelo programa terapêutico pelo menos 3 vezes por semana;

Participação diária, efetiva e rotativa da rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, etc;

Atendimento à família durante o período de tratamento;

Atividades de estudos para alfabetização, profissionalização, etc.

## 5. RECURSOS HUMANOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por:

01 (um) Profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's;

01 (um) Coordenador Administrativo;

03 (três) Agentes Comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgão oficiais de educação e reconhecidos pelos CONEN's ou COMEN's

O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno.

Recomenda-se a inclusão de Curso de Primeiros Socorros no curso de capacitação.

## INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

1 Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, alocados em, no máximo, 20 unidades de 30 residentes por cada unidade. Para os Serviços já existentes, será admitida a capacidade máxima de 90 residentes, alocados em no máximo 03 unidades de 30 residentes cada.

2 Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas e prestam assistência médica devem estar em conformidade com a Portaria n.º 1884/GM, de 11/11/94 do Ministério da Saúde ou a que vier a substituí-la.

3 Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas e prestam assistência psicológica e social (centros de tratamento/comunidades terapêuticas), devem manter a relação direta entre as atividades a serem desenvolvidas (conforme descritas no item 3) e os ambientes para realização das mesmas.

Parágrafo Único - A existência ou não de um determinado ambiente, depende da execução ou não da atividade correspondente, assim como existe a possibilidade de compartilhamento de alguns ambientes, quer seja pela finalidade funcional, quer seja pela utilização em horários ou situações diferenciadas

Segue proposta de listagem de ambientes, organizada por setores de funcionamento:

Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes

Quarto coletivo para, no máximo, 6 residentes - com área mínima de 5,5 m<sup>2</sup> por cama individual ou beliche de camas superpostas. Este dimensionamento já inclui área para guarda de roupas e pertences dos residentes.

Banheiro para residentes: 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 camas. Ao menos 01 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecido na Portaria GM/MMS 184/94 ou a que vier a substituí-la.

Quarto para o agente comunitário.

Setor de terapia/recuperação:

Sala de atendimento social.

Sala de atendimento individual.

Sala de atendimento coletivo.

Sala de TV/música.

Obs.: Esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos desde que haja uma programação de horários diferenciados.

Oficina ( ex.: desenho, silk, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica)

Quadra de esportes.

Sala para prática de exercícios físicos.

Horta ou outro tipo de cultivo.

Criação de animais domésticos.

Área externa para deambulação.

Obs.: O desenvolvimento dessas atividades poderá ser realizado em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo compartilhá-los com outras instituições.

- Setor administrativo:

Sala de recepção de residentes, familiares e visitantes.

Sala administrativa.

Arquivo das fichas do residente (prontuários).

Sala de reunião para equipe.

Sanitários para funcionários (ambos os sexos).

- Setor de apoio logístico:

cozinha coletiva, com as seguintes áreas:

1- recepção de gêneros

2- armazenagem de gêneros

3- preparo

4- cocção

5- distribuição

6- lavagem de louça

7- armazenagem de utensílios

8- refeitório.

lavanderia coletiva com as seguintes áreas:

1- armazenagem da roupa suja

2- lavagem

3- secagem

4- passaderia

5- armazenagem de roupa limpa.

c) almoxarifado:

c. 1- área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios, material de expediente.

d) limpeza, zeliadoria e segurança:

d. 1- depósito de material de limpeza

d. 2- abrigo de resíduos sólidos.

6.4 As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

6.5 Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

## 7. MONITORAMENTO

É competência dos COMEN's, CONEN's, Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal a fiscalização e avaliação periódicas, respeitando o âmbito de atuação dos agentes envolvidos dos Serviços mediante a criação de protocolo específico a ser definido posteriormente. Podem ser criadas comissões locais compostas por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, COMEN's, CONEN's, Federações e Associações.

É recomendável que as Federações e Associações fiscalizem e avaliem seus federados e associados.

**APÊNDICE**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA.**



## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Pesquisa nas Comunidades Terapêuticas: Dona Geny Júlia Feijó e Centro de Recuperação Nova Esperança.

Quanto à adesão:

- 01) Qual é a demanda da instituição?
- 02) É realizada uma avaliação inicial (triagem) do estado de comprometimento (biológico, psíquico e social) da pessoa com o uso de drogas. Uma vez verificado comprometimento grave, continua-se o tratamento ou são encaminhadas se necessário a outras modalidades de atenção?
- 03) São realizadas avaliações no decorrer do processo para verificar progressos ou resistência à continuidade do tratamento, como são realizados os registros e sua periodicidade?

Quanto aos procedimentos:

- 04) É fornecido antecipadamente ao usuário e seus familiares, e/ou responsável informações e orientações quanto ao tratamento proposto? Qual a sua compreensão a respeito das evasões, e o procedimento?
- 05) Qual o tempo de duração do tratamento, e como se divide?
- 06) Quais as atividades desenvolvidas?
- 07) Qual o número máximo de residentes, e o número atual?

Quanto aos recursos humanos:

- 08) Como é constituída a equipe técnica?

Quanto à fiscalização:

- 09) É realizada uma fiscalização na Comunidade Terapêutica, quem realiza?