



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSÉ ARAÚJO DE BRITO NETO

**Comunidades Terapêuticas em Percurso:
Uma Análise Genealógica a partir do Plano Crack e suas Ressonâncias no Estado
do Pará**

**BELÉM
2015**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSÉ ARAÚJO DE BRITO NETO

**Comunidades Terapêuticas em Percurso:
Uma Análise Genealógica a partir do Plano Crack e suas Ressonâncias no Estado
do Pará**

Dissertação apresentada como requisito para o título de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Coorientadora: Profa. Dra Flávia Cristina Silveira Lemos

**BELÉM
2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação
(CIP) Sistema de Bibliotecas da UFPA

Brito Neto, Jose, 1979-

Comunidades terapêuticas em percurso: uma análise genealógica a partir do plano crack e suas ressonâncias no estado do Pará / Jose Brito Neto. - 2015.

Orientador: Alcindo Antônio Ferla;

Coorientadora: Flávia Cristina Silveira Lemos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2015.

1. Drogas Abuso Tratamento Pará. 2. Drogas Abuso Aspectos sociais Pará. 3. Drogas Política governamental Pará. 4. Genealogia. 5. Comunidades terapêuticas. I. Título.

CDD 22. ed. 615.788098115

JOSÉ ARAÚJO DE BRITO NETO

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS EM PERCURSO: UMA ANÁLISE
GENEALÓGICA A PARTIR DO PLANO CRACK E SUAS RESSONÂNCIAS NO
ESTADO DO PARÁ**

Dissertação apresentada como requisito para o título de Mestre em Psicologia no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla (Orientador – PPGGP/UFPA)

Prof^a Dr^a Flávia Cristina Silveira Lemos (Coorientadora – PPGP/UFPA)

Prof^a Dr^a Maria Lúcia Chaves Lima (Membro interno – PPGP/UFPA)

Prof. Dr. Pedro Paulo Gastalho de Bicalho (Membro externo – UFRJ)

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani (Membro suplente – PPGP/UFPA)

**BELÉM
2015**

Dedico este trabalho à memória de meus pais, Lenilce e Edmar.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela inspiração.

Ao CNPq e à Universidade Federal do Pará, por me permitir a formação como instrumento de possibilidades outras no campo social.

Aos meus queridos orientadores, Alcindo Ferla e Flávia Lemos, pois sem eles este trabalho não seria possível.

Ao meu companheiro Rafael, por todo o apoio e amor, neste período.

Aos amigos do grupo de pesquisa Transversalizando, pelas trocas, discussões, pesquisas e amizade.

Aos amigos da Comissão de Direitos Humanos da OAB/PA, principalmente à amiga Luanna Tomaz e aos da Frente Paraense sobre Drogas e Direitos Humanos, companheiros de luta e conquistas.

À Jureuda Guerra e à Marilda Couto, por me trazerem aos caminhos das Políticas sobre Drogas.

À Maria Cristina Carvalho, amiga fonte de força e fé.

Aos amigos especialíssimos Jorge Moraes, Ana Elizabeth, Vilma Brício, Geise Gomes, Artur Couto, Franco Farias, Larissa Mendes, Fernanda Bengio e Mariana Couto, dentre muitos outros que tenho no coração.

O doente, “embriagado” de fumo, “voltando a si dizia mil matérias, de ter estado no concílio dos deuses, passando visões altas”: então os médicos o “giravam [...] três ou quatro vezes, e com as mãos o esfregavam no corpo e nos rins, fazendo-lhe muitos gestos com a cara, segurando um osso ou uma pedra na boca; as quais coisas as mulheres conservam como santas, tendo-as como boas para fazer parir...”. É claro que aos olhos do viajante milanês os médicos indígenas eram simples feiticeiros; e os efeitos do tabaco por eles ministrado, meras alucinações simbólicas (GINZBURG, 2007, p. 96).

RESUMO

Este trabalho visa a problematizar as condições de possibilidades que resultaram na emergência e crescimento das Comunidades Terapêuticas, com base no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. É importante ressaltar que o proibicionismo do consumo de drogas, fortalecido no século XX pelas normas jurídicas, a exemplo da própria Lei n. 11.343/06, propiciou um ambiente fértil para a emergência da criminalização e da patologização do usuário de drogas. Nesse contexto, através do Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010, assinado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O Plano Crack também desencadeou a política de incremento às Comunidades Terapêuticas, no Brasil, pois foi a partir dele que houve também a adoção de uma postura de apoio financeiro a algumas entidades sob a “tutela” do governo federal, o que fez refletir nas demais esferas, como nos Estados, nos Municípios, além do Distrito Federal. Por conseguinte, desde 2011, surgiu concomitante a implementação da Política Nacional sobre Drogas e, em nível estadual, a Política sobre Drogas do Estado do Pará, um campo de forças contra essa política de expansão das comunidades terapêuticas. Para indagar esse contexto e analisar documentos sobre o tema, utilizaram-se como ferramenta de base as pistas metodológicas desenvolvidas por Michel Foucault, isto é, a adoção da metodologia histórico-genealógica através da análise documental. Observou-se que o advento das forças morais, também representadas pela emergência de uma bancada parlamentar fundamentalista e a valorização do serviço desenvolvido por essas entidades, em detrimento de maiores investimentos no modelo CAPS, poderá desencadear grandes “fissuras democráticas”, na construção normativa jurídica que caminhe na contramão dos direitos humanos e à revelia das bases democráticas preconizadas pela Constituição Federal de 1988.

Palavras-chave: Genealogia. Plano Crack. Políticas de Drogas. Comunidades Terapêuticas. Resistências.

ABSTRACT

This work aims to discuss the conditions of possibilities that resulted in the emergence and growth of Therapeutic Communities from the Integrated Plan to Combat Crack. We rebound that the prohibition of drug use, strengthened in the twentieth century by the laws, such as the appropriate law n. 11.343 / 06, provided a fertile environment for the emergence of criminalization and pathological drug user. In this context, through Presidential Decree n. 7179 of 20 May 2010, signed by President Luiz Inacio Lula da Silva, the Integrated Plan to Combat Crack and Other Drugs was established. Crack plan also triggered the growth policy of Therapeutic Communities in Brazil, because it was from it that there was also the adoption of a financial support posture to some entities under the "guardianship" of the federal government, which did reflect in other spheres as in the States, the Municipalities and the Federal District. Therefore from 2011, emerged concomitant implementation of the National Policy on Drugs and under state level, the Policy Drug of the state of Para . A field of forces against this policy of expansion of therapeutic communities. To inquire this context and analyze documents on the subject, it was used as a base tool methodological clues developed by Michel Foucault, namely the adoption of the historical and genealogical methodology through document analysis. It was observed that the advent of moral forces, also represented by the emergence of a fundamentalist parliamentary group, as well as the valuation of the service developed by these entities instead of larger investment in CAPS model could well trigger major "democratic breaches", represented the legal normative construction that walk against human rights and default the democratic bases advocated by the Federal Constitution of 1988.

Keywords: Genealogy. Plan Crack. Drug Policy. Therapeutic Communities. Resistance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - Entre Percursos da Genealogia	17
1.1 A pesquisa documental	23
1.2 A seleção de documentos	25
1.2.1 A Política Nacional sobre Drogas	26
1.2.2 A Política Estadual sobre Drogas	27
1.2.3 Lei Municipal n. 7927/1998	28
1.2.4 Lei n.10.216/2001	29
1.2.5 Decreto n.7.179/2010	29
1.2.6 Portaria n.131/2012 do Ministério da Saúde	30
1.2.7 Resolução – RDC N.101/2001, ANVISA	30
1.2.8 Resolução – RDC N. 29/2011, ANVISA	31
1.2.9 Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos	31
1.2.10 Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas	31
1.2.11 Edital de Chamamento Público n. 001/2014/FUNPAPA	32
1.2.12 Portaria n. 13/2014 – CONED/SEJUDH	32
1.2.13 Decreto Municipal n. 71.349, de 26 de outubro de 2012	32
1.2.14 Decreto Municipal n. 79.884, de 10 de junho 2014	32
1.2.15 Portaria n.01/2015 CONED/SEJUDH	32
CAPÍTULO II – A Lei N. 11.343/2006 e suas inflexões de saber, de poder e de subjetivação	34
2.1 Raízes do Proibicionismo e das Políticas de Drogas no Brasil	34
2.2 As Políticas sobre Drogas a partir da Ditadura Militar de 1964	43
2.3 As Políticas sobre Drogas com a Redemocratização do País	49

CAPÍTULO III – Biopolítica, Normas Jurídicas e suas Interfaces com a Política sobre Drogas e as Comunidades Terapêuticas	56
3.1 Algumas reflexões sobre a Biopolítica	56
3.2 O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e o Fortalecimento das Comunidades Terapêuticas	61
3.3 A Comunidade Terapêutica: entre a moral, a saúde e a política	69
CAPÍTULO IV - Ressonâncias no Estado do Pará	91
4.1 – Percurso pelos Documentos	91
4.2 – Resistências Locais	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	115
ANEXOS	126

INTRODUÇÃO

O linear nunca me convenceu: confesso que minha formação acadêmica foi construída e marcada por um linear cartesiano. Ingresso no curso de Direito, tive acesso aos meandros do ordenamento jurídico construído e harmonizado em prol do bem comum e da coletividade e, nessa perspectiva, só encontrava espaço para expressar minha subjetividade no estudo das correntes doutrinárias ou jurisprudenciais, às quais só era dada a devida importância quando a conveniência política do entendimento da maioria lhe cabia. Resumindo, vim de uma área, de um “mundo” normatizado, no sentido foucaultiano do termo.

Foram mais de cinco anos, nos quais acreditava cegamente na concepção weberiana de neutralidade, esta também resquício do experimentalismo (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009), da separação entre sujeito e objeto, o que no fundo repousa no dispositivo político. Cheguei ao ponto de pensar que, no processo de conhecimento entre sujeito e objeto, o sujeito cognoscente deveria ter cautela para não deixar-se envolver pelo objeto cognoscível, objetivando conduzir-se sempre pela imparcialidade quando do juízo de valor e consequentemente não macular, de forma alguma, a crítica – pura ilusão.

Essa imersão em minha formação, sob certo aspecto, não possibilitava expressar meu eu, minhas experiências e até angústias e dúvidas. Tudo estava ali perfeito e acabado e, por mais que fosse construído sobre sólidas pedras normatizadas, era eu somente um repetidor e no máximo um questionador do que estava posto. Cedo aprendi que tal qual o juiz, o pesquisador deveria ser imparcial quanto ao seu juízo de valor sobre a causa, sobre as partes, sobre o objeto, como se fosse “pecado” embriagar-se do objeto ou tomar decisões conduzidas por escolhas políticas. Como um veneno, não poderia o julgador, o pesquisador contaminar-se pela parcialidade, não sendo permitido expressar juízos diretos de valores que descaracterizassem o sentido do que era reto, do que era *directus*¹.

E, mesmo inebriado pelo campo de verdades, vendado pelo moral de um raciocínio cartesiano, senti um vazio que se abatia sobre todo aquele mundo construído sobre o ser e o dever

1 *Direito*, em latim.

ser.

Foi nesse quase processo de mutação que a presente pesquisa surgiu, quando das vivências adquiridas junto ao antigo Conselho Estadual de Entorpecentes do Pará. Em 2007, após a nomeação como secretário operacional do extinto Conselho, constatei a imensa importância do estudo de saberes, os quais eram relacionados às políticas sobre drogas, bem como buscar na própria Psicologia as respostas para várias situações do dia a dia.

Esse período foi riquíssimo, pois nele tive contato com vários movimentos sociais e problemáticas com que jamais imaginaria ter um contato direto. Emergiu então um farto plano de ideias, dúvidas e paradoxos; fui paulatinamente entrando em um processo de desconstruções e construções, despindo-me de preconceitos, uma vez que parte do meu conhecimento fundado no “dever ser” se tornava inócuo e era preciso fazer mais além, de sorte a interagir na prática com a “problemática das drogas”.

As lacunas legais, bem como a fria norma posta e articulada com os resquícios do preconceito com o usuário e com o dependente químico, propiciaram o contato com questões transversais. A partir da minha participação nesse Conselho e meu acesso às diversas representações da sociedade civil e do governo, nós – refiro-me agora ao coletivo do Conselho, órgão de controle social formado por representantes de órgãos do governo e representações da sociedade civil – transformamos a Política Sobre Drogas no Estado, a qual se encontrava caduca e não adequada à nova realidade da própria Lei Federal n. 11.343/06² (BRASIL, 2006).

Nesse tocante, em 2009, a Política de Drogas no Estado Pará (PARÁ, 2009) foi reformulada e criou-se o Conselho Estadual sobre Drogas (CONED). Com a regulamentação desse órgão, mudaram-se posturas e iniciaram-se uma lenta transformação e adaptação aos novos rumos da Política Nacional sobre Drogas. Pela primeira vez o Conselho, depois de mais de 20 anos, tornava-se paritário, assim como se começou a trabalhar com a temática da redução de danos e, por conseguinte, buscar também superar o estigma histórico do usuário e do dependente de drogas.

A partir daquele momento, em 2012, ingressei Programa de Pós-Graduação em

² Lei sobre Drogas.

Psicologia. Em meu projeto inicial, tinha o objetivo de fazer uma pesquisa participante, utilizando-me das multiplicidades das práticas discursivas daquele Conselho. Porém, no começo de 2013, fui surpreendido com minha substituição junto ao citado órgão de controle social.

Assim, diante da conjuntura que parecia sufocar minha autoestima e anular minhas paixões, nutridas em boa parte com meu esforço, resolvi trabalhar uma temática correlata e mais audaciosa, qual seja, as Comunidades Terapêuticas no Brasil, considerando principalmente que elas foram fortalecidas, nestes últimos anos, inclusive ganhando um aporte significativo do Governo Federal, o que, por outro aspecto, acabou por gerar grandes resistências e controvérsias políticas.

E tudo isso foi motivado por outra inserção, a qual reputo de grande importância em minha trajetória: em setembro de 2011, quando como representante da Comissão de Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB-PA), participei da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, promovida pelo Conselho Federal de Psicologia, senti que aquele momento marcou profundamente a minha formação.

E foram muitas as experiências pessoais, as quais atravessam a minha prática profissional, nos últimos anos. Quero então relatar uma delas, a qual exemplifica o contexto deste trabalho:

Imagine a seguinte situação: você faz parte de uma importante organização no Estado em que, dentre outras responsabilidades, havia uma prática de defesa dos direitos humanos. Em uma segunda-feira, você recebe uma ligação telefônica dessa instituição, relatando-lhe um caso grave. Um pai, na ânsia de conter a crise de abstinência de seu filho, sofrendo inclusive ameaça de pessoas ligadas ao tráfico de drogas, amarra esse adolescente de 15 anos a uma cama e aciona uma instituição, pedindo “socorro”.

Essa questão foi vivenciada pelo presente pesquisador e, não raro, é vivida por outras pessoas. Na ocasião, entrei em contato com o pai daquele adolescente e pedi que soltasse o filho e que imediatamente estaria indo buscá-los para conduzi-los ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). Quando já estava com eles em direção ao serviço, compreendi que o pai já havia buscado apoio do próprio Centro de Atenção, porém, não tinha obtido o sucesso esperado no tratamento, em função de sua descontinuidade no mesmo. Segundo esse pai, não

haveria outra saída senão internar o filho, pois ele estava certo de que a internação resolveria o problema.

Naquele dia, conversei com a coordenadora do CAPS-AD e o rapaz ficou sob observação. No dia seguinte, comuniquei-me novamente com o responsável pelo adolescente, que afirmou, agradecido, que o filho teria sido internado. No mês seguinte, em conversa informal com a coordenadora do CAPS-AD, perguntei sobre o tratamento do citado adolescente; a diretora respondeu que o paciente teria fugido três dias depois. No mesmo dia, entrei em contato com o pai do rapaz, que me contou que tinha conseguido internar o jovem em uma Comunidade Terapêutica, afirmando, com as mesmas palavras, que “só Deus poderia ajudar”.

Essa “quase parábola” exemplifica a realidade atual, no que tange o acolhimento das pessoas com dependência química. Seriam, então, como exemplificado, as Comunidades Terapêuticas uma estratégia de controle do uso de drogas?

Em 2011, não longe da região metropolitana de Belém, foi constatada, através da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, promovida pelo Conselho Federal de Psicologia, uma realidade de relevância considerável: uma comunidade terapêutica em São Caetano de Odivelas, no Pará, a qual conduzia suas atividades baseadas, em sua grande maioria, por práticas normalizadoras.

Tal relatório³ foi publicado pelo Conselho Federal de Psicologia e espelha uma realidade de múltiplas violações aos direitos humanos, presente em todas as entidades inspecionadas em nível nacional. Nesse ínterim, reputo de suma importância construir, mapear, traçar percursos através dos quais perpassa uma das grandes e atuais discussões a propósito da saúde coletiva, qual seja, um modo de melhor conhecer e posteriormente discutir as comunidades terapêuticas. Nesse caso, percorrer os caminhos, mapear forças, seus produtos e interagir com essas “linhas” e, nesse contexto, analisar as condições históricas do fortalecimento das comunidades terapêuticas, no Brasil, como estratégia de controle do uso de drogas e seus efeitos específicos no Estado do Pará.

Nota-se que, principalmente a partir de 2011, um campo fértil para os estudos das

³ Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de intervenção para usuários de drogas (BRASIL, 2011d).

comunidades terapêuticas emergiu. Trata-se de documentos de diversas naturezas e resultantes de forças e resistências que conduziram e permitiram o fortalecimento e emergência de muitas dessas entidades.

CAPÍTULO I

Entre Percursos da Genealogia

As ciências são um pouco como as nações; elas não existem, na verdade, senão no dia em que seu passado não mais as escandaliza, por mais humilde, acidentado, irrisório ou inconfessável que ele possa ter sido. Desconfiemos, portanto, daquelas que fazem com demasiado cuidado a arrumação de sua história (FOUCAULT, 2011, p. 324).

Muitos poderiam ser os percursos para a elaboração deste trabalho. Poderia optar por caminhos retos, diretos, objetivos, mas resolvi começar e pesquisar pelos “percursos submersos”, pelo inverso, pela construção alicerçada nos paradoxos, não na crítica por ela mesma. Sintetizando: resolvi adentrar e construir meu trabalho por meio do “método” histórico-genealógico, utilizando o percurso cartográfico como metáfora.

Percorrer caminhos, descrevê-los e indagá-los muito se assemelha à tarefa de um cartógrafo. Este é o “desbravador” de elos que têm em sua figura a desarmonia de simples percursos estabelecidos pela normalidade, é pesquisador por natureza e, tal qual o poeta, orienta e ressignifica a vida. O cartógrafo é, para mim, como um menestrel de melodias inauditas pelos ouvidos mais apurados, é como um ourives preocupado no detalhe mais avesso aos olhos nus. O cartógrafo dá sentido ao que parece imperceptível aos sentidos, é descobridor do que dificilmente seria desvelado em suas diversas nuances.

Barros e Kastrup (2009, p. 56) destacam: “Sempre que o cartógrafo entra em campo há um processo em curso”. Este trabalho, intitulado “Comunidades Terapêuticas em Percurso – uma Análise Genealógica a partir do Plano Crack e suas ressonâncias no Estado do Pará”, visa a problematizar as condições de possibilidades que resultaram na emergência e crescimento das Comunidades Terapêuticas. Ora, segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2009), a cartografia objetiva acompanhar um processo e não representar um objeto, coletivizando a experiência do cartógrafo; eis então a importância da subjetividade e do mapeamento pormenorizado. Adiante, ressalto observar a cartografia não como um método a ser seguido, um vir a ser, mas como um conjunto de pistas a serem observadas e mapeadas, tudo em prol da valorização dos processos de subjetivação do indivíduo e suas experiências (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Nesse sentido, são traçados caminhos que se entrelaçam, bifurcações e rizomas. O pesquisador é livre para mapear tais percursos, fazendo assim transparecer não somente o seu

conteúdo, mas suas linhas, as quais poderão formar outras ou opor-se por linhas de fuga. Deleuze e Guattari (2000, p. 19) ensinam:

É a mesma coisa quanto ao livro e ao mundo: o livro não é a imagem do mundo segundo uma crença enraizada. Ele faz rizoma com o mundo, há evolução a-paralelo do livro e do mundo, o livro assegura a desterritorialização do mundo, mas o mundo opera uma reterritorialização do livro, que se desterritorializa por sua vez em si mesmo no mundo (se ele é capaz e se ele pode).

De forma geral, esses caminhos entrelaçados que conduziram a presente pesquisa reproduzem uma espécie de diagrama de forças e práticas discursivas que representam os dispositivos assim entrelaçados no meio e que não teriam começo e nem fim, o que Deleuze e Guattari (2000) vêm chamar de rizomas – e, para mim, são emergências. Deleuze e Guattari (2000, p. 21) asseveram, ainda:

Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas; a toca, neste sentido, é um rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas; a toca, neste sentido é um rizoma animal, e comporta às vezes uma nítida distinção entre linha de fuga como corredor de deslocamento e os estratos de reserva ou de habitação (cf. Por exemplo, a lontra).

Assim, o rizoma representaria um dos principais traçados do cartógrafo, por ele se adentraria paulatinamente nas amarras centrais do desenho, do percurso a ser mapeado e, nesse divisor de linhas, se encontrariam as múltiplas entradas, dentre as quais poderiam se configurar várias tensões. Salientam Escóssia e Tedesco (2009, p. 92):

Ao lado dos contornos estáveis do que determinamos formas, objetos ou sujeitos, coexiste o plano de forças que os produzem. Longe de limitar seu olhar à realidade fixa, tal como propõe a abordagem da representação, a cartografia visa a ampliação de nossa concepção de mundo para incluir o plano movente da realidade das coisas. Nessa direção apontaremos a dupla natureza da cartografia, ao mesmo tempo como pesquisa e intervenção.

Sobre esse aspecto, nota-se a importância do cartógrafo como agente de transformação, na forma com que intervém nesse plano de forças. A Cartografia, nessa perspectiva, começa a “iluminar o que antes era embasado”, pelo preto e branco da obviedade do simples mapeamento, da descrição. A partir de sua prática, seu olhar perante as linhas de fuga, sua liberdade prática, são construídas pistas e não verdades absolutas, buscando acompanhar e também intervir em processos únicos e singulares desse mapeamento.

Preocupa-se mais precisamente não com a construção de um objeto, mas com a

representação do processo que o torna sólido. Assim como o mapa, o cartógrafo interessa-se pelos traços, pois nele reside a experiência de emancipação com outras linhas, de maneira que são nesses centros, nesses rizomas, que a transversalidade se torna latente. Nada é simétrico, nada é reto, as formas se movem livremente num percurso similar à vida, cheia de altos e baixos, inexatidões e linhas de fugas.

Por conseguinte, Michel Foucault será a base para as indagações desta pesquisa e, tal qual um cartógrafo por excelência, orientará, através de seus estudos e “ferramentas” metodológicas, toda a imersão subterrânea percorrida pelos caminhos e tramas de documentos, com o concurso da análise histórico-genealógica. Não quero aqui encontrar o exato, a resposta, o fim, a certeza de tudo: almejo somente estabelecer conexões de verdades, de meandros reflexivos, de partes, para compreender certa totalidade. Do mesmo modo, Foucault nunca assumiu seus escritos para um fim, um objetivo certo (DELEUZE, 2013). Lemos e Cardoso Júnior (2009, p.353) assinalam:

As pesquisas históricas de Foucault são cartografias, mapas, diagramas que operam uma história problematizadora, que produz um pensar interrogante e estabelecido no espanto, no estranhamento, em um exercício constante de demolição das evidências.

Assim, imaginando esse cartógrafo também em carne e osso, passo ao ofício proposto, qual seja, ao modo de ação utilizando as ferramentas, ou melhor, o recurso metodológico da análise histórico-genealógica proposta por Michel Foucault.

O recurso histórico-genealógico não se assemelha às metodologias tradicionais; nele, o pesquisador não está imerso em uma métrica, modelo, caixa, fôrma, pois desse “esforço” metodológico são extraídas subjetividades nunca dantes imagináveis – eis a riqueza de detalhes daí a nascer, iluminar. Para tanto, exige-se paciência quanto à análise do material acumulado, objetivando-se construir pequenas verdades com esse “método” (FOUCAULT, 2013). O termo *genealogia*, utilizado por Foucault, tem sua inspiração nos estudos de Friedrich Nietzsche, guardando uma essência pacientemente documentária e analítica (FOUCAULT, 2013). Lemos et al. (2010, p.105) ensinam:

Os deslocamentos e rupturas, nos estudos e modos de realizar a analítica do presente, em Foucault, direcionam para seus encontros teóricos com diferentes pensadores e sua ação, no campo das lutas políticas em diversos *fronts* de guerra, produzindo uma história belicosa, desse modo – e não história do sentido. Pode-se afirmar que foi se apropriando das leituras de Nietzsche, particularmente, que Foucault fabricou importantes instrumentos de análise, como o método genealógico.

Em momento anterior ao método genealógico, Foucault utilizava-se do método arqueológico. *Arche-* é uma palavra da língua grega e significa “começo”, porém, na língua francesa, pode ser traduzida como arquivo. Nesse contexto, a palavra *arqueologia* teria afinção com o pesquisar e com a análise das práticas discursivas, tendo seguidamente relação direta com o tipo de pesquisa que se permite recortar acontecimentos como os registrados em arquivos (FOUCAULT, 1978/2012). Nessa fase, é importante salientar que a teoria prevalecia sobre a prática, bem como houve a consolidação de regras as quais regiam essas práticas discursivas (LEMOS; CARDOSO JÚNIOR, 2009).

Na arqueologia, houve a preocupação sobretudo com as práticas discursivas e, nessa perspectiva, uma das contribuições principais foi no que se trata à descontinuidade do discurso. Para Foucault (2008, p. 28),

É preciso renunciar a todos esses temas que têm por função garantir a infinita continuidade do discurso e sua secreta presença no jogo de uma ausência sempre reconduzida. É preciso estar pronto para acolher cada momento do discurso em sua irrupção de acontecimentos, nessa pontualidade em que aparece e nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros. Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância...

Por conseguinte, a unidade do discurso passa a ser paulatinamente questionada; este é eleito como um dos objetos de seus estudos, tornando em seguida, a ser analisado como uma série de acontecimentos que operam em mecanismos de poder, bem como na produção de saberes (GOMES, 2011). Foucault iniciou, pela genealogia, o questionamento da relação causal nos acontecimentos. A partir desse momento, na perspectiva genealógica, o acontecimento passa a ser observado como único, abandonando-se o juízo de causalidade “[...] do isso causa isso e assim sucessivamente” (LEMOS; CARDOSO JÚNIOR, 2009). Assim também pensa Gomes (2011, p.25), quando afirma:

Desse modo, a genealogia é uma pesquisa diferente das que visam a origem das coisas, como se fosse desvendar alguma essência. A genealogia não trabalha com “essências”, pelo contrário, considera que cada acontecimento é marcado por um conjunto de relações singulares, situadas a partir de determinadas condições.

Se a noção de acontecimento passa a ser orientada pela concepção singular, a noção sobre a história ganha também contornos diferentes. Não há aqui a preocupação de buscar uma origem da história e dos acontecimentos: como únicos, emergem, aparecem no acaso de forças

(LEMOS; CARDOSO JÚNIOR, 2009). Foucault comenta: “Eu escrevi repetidas vezes: considero a história como uma sucessão de fragmentos, uma sucessão de acasos, violências, rupturas” (FOUCAULT, 2011, p. 65), logo, o processo histórico seria considerado ainda mais rico, partindo das rupturas sob as permanências. Essa premissa é importante para entender como este trabalho irá “[...] os laços” sobre a análise de forças corporificadas por meio dos documentos pesquisados, observando as discontinuidades e emergência de forças. Sobre a discontinuidade da história, Foucault (2013, p. 87) esclarece:

De fato a noção de discontinuidade que mudou de estatuto. Para a história, na sua forma clássica, o descontínuo era simultaneamente o dado e o impensável: o que se oferecia sob a forma de acontecimentos, instituições, ideias ou práticas dispersas; era o que devia ser contornado, reduzido, apagado pelo discurso da história, para que aparecesse a continuidade dos encadeamentos. A discontinuidade era esse estigma da dispersão temporal que o historiador tinha o encargo de suprimir da história. Ela se tornou, atualmente, um dos elementos fundamentais da análise histórica.

A discontinuidade, assim, é pautada principalmente na raridade dos fatos humanos, nas “des-obviedades”. A história vem ser revolucionada por esse pensamento, pois os discursos, os atos, os fatos passam a ser analisados como únicos (VEYNE, 2008). Desse modo, a pesquisa genealógica, interrogando a análise histórica desses acontecimentos raros e atenta às trilhas das antigas proveniências, pretende também criticar o presente e seus mecanismos normalizadores. E, considerando a análise, a qual, embora seja realizada com esmero e a atenção às minúcias, sempre a pesquisa genealógica será fragmentária e nunca totalizante (KLEBER FILHO et al., 2014). Foucault (2013, p. 278) ensina que:

A genealogia não pretende recuar no tempo para estabelecer uma grande continuidade para além da dispersão do esquecimento; sua tarefa não é mostrar que o passado está ali, bem vivo no presente, animando-o ainda em segredo, após ter imposto a todos os obstáculos de percurso uma forma esboçada desde o início.

Esta é minha pretensão na presente pesquisa: utilizar-se de uma genealogia baseada na crítica do presente e de suas nuances com o passado, sem que isso equacione uma relação causal e de totalidade. A fragmentação do trabalho genealógico é capaz de ilustrar a parte, sem perder a potência do todo. Como ilustra o poeta seiscentista, Guerra (1999, p. 176): “O todo sem a parte não é todo, A parte sem o todo não é parte, Mas se a parte o faz todo, sendo parte, Não se diga, que é parte, sendo todo [...]”.

De outro aspecto, Foucault dá à história uma importância basilar para os estudos

genealógicos. Através da história, articulou a possibilidade de realizar críticas a instituições e práticas, analisando-as e demonstrando como certos temas são sepultados, mascarados e selecionados, por conseguinte, conduzindo a “[...] insurreição dos saberes dominados”, entendidos estes como saberes não qualificados (GOMES, 2011). Destaca Foucault (2014, p. 430):

Por saber dominado, entendo duas coisas: por um lado, os conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais. Concretamente: não foi uma semiologia da vida asilar, nem uma sociologia da delinquência, mas simplesmente o aparecimento de conteúdos históricos que permitiu fazer a crítica efetiva tanto do manicômio quanto da prisão; e isto simplesmente porque só os conteúdos históricos podem permitir encontrar a clivagem dos confrontos, das lutas que as organizações funcionais ou sistemáticas têm por objetivo mascarar. Portanto, os saberes dominados são estes blocos de saber histórico que estavam presentes e mascarados no interior dos conjuntos funcionais e sistemáticos e que a crítica pode fazer reaparecer, evidentemente através do instrumento da erudição.

Esse saber dominado é um saber historicamente subjugado, um saber desqualificado, em suma, desprovido de valor perante a “ciência”; são os saberes do psiquiatrizado, do doente, do delinquente, do médico marginal perante o saber médico, são saberes comuns, locais, particulares e não unânimes (FOUCAULT, 1979). A insurreição desses saberes será objeto dos estudos genealógicos de Foucault e, sendo igualmente essa história uma genealogia nietzschiana, será “relativista”, não será uma coisa nem outra, não possuindo verdades eternas e acontecimentos iguais (VEYNE, 2008).

Todo acontecimento, assim, é diferente, não se assemelha a outro, é único, não há juízo de causalidade sobre de uns sobre outros, sendo arbitrária toda relação causal sobre os mesmos. Nesse contexto, Foucault orienta no sentido de interrogar esses acontecimentos, bem como questionar os postulados instituídos do campo social (LEMOS; CARDOSO JUNIOR, 2009). Veyne (2008, p. 281) enfatiza:

Foucault não procura mostrar que existe um “discurso” ou mesmo uma prática: ele diz que não existe racionalidade. Enquanto se acreditar que o “discurso” é uma instância ou uma estrutura, enquanto se perguntar que relação de causalidade pode ter essa instância com a evolução social ou econômica e se Foucault não faz história “idealista”, é que ainda não se compreendeu bem. A importância de Foucault é que ele não faz marxismo nem freudismo: não é dualista, não pretende opor a realidade à aparência, como faz, em desespero de causa, o racionalismo que tem como chave mestra a volta do recalque. Foucault, ao contrário, afasta as banalidades tranquilizadoras, os objetos naturais em seu horizonte de prometedora racionalidade, a fim de devolver à realidade, a única, a nossa, sua originalidade irracional, rara, inquietante, histórica [...].

Adiante, é importante ressaltar que, como a genealogia de Michel Foucault teve inspiração nietzschiana, sua orientação para com a história foi fortemente atravessada por esse pensamento. As maneiras de interrogar, enxergar e analisar o acontecimento histórico mudaram, passando-se a iluminar um passado menos heroico, menos glamoroso, menos saudosista e puramente real, enxergado com todas as amarras que o tempo escondeu; com essas orientações, passa-se a escutar o inaudito, a ver o nunca desvelado, a escutar a realidade dos murmúrios que a vida apresenta verdadeiramente, cheia de corporeidade. Lemos et al. (2010, p.101), em sua releitura de Nietzsche, comentam:

Na Segunda Consideração Intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida, Nietzsche (2003) destaca que a história é importante para a vida; no entanto, ele nos alerta a ter cuidado com o excesso de história que, em seu ponto de vista, seria prejudicial a ela [...]

Baseado também nesse excesso de história, segundo Nietzsche, compreende-se alertar para as visões de história assimiladas pela civilização humana. Seria a história monumental, a história antiquário/tradicional, bem como a história crítica (LEMOS et al., 2010). Essas três “visões” ou formas de pensar a história foram classificadas por Nietzsche como relevantes à vida, embora acabando por serem consideradas prejudiciais a esta, tendo em vista a forma na qual seus conteúdos eram utilizados. A crítica aí assume um papel pautado na utilidade também como objetivo da história, sendo imprescindível e necessário construir uma história útil à vida (GOMES, 2011).

Ademais, segundo Foucault, essa genealogia retomada por ele, reforçando as modalidades históricas reconhecidas por Nietzsche, em 1874, porém, remodelando e superando as objeções em prol do poder de afirmar-se e da vida, faz-lhes transformações em suas essências (FOUCAULT, 2013). Nesse sentido, Foucault (2013, p.295) conclui que

[...] a veneração dos monumentos se torna paródia: o respeito às antigas continuidades se transforma em dissociação sistemática; a crítica das injustiças do passado pela verdade que o detém hoje se torna destruição do sujeito do conhecimento pela injustiça própria da vontade de saber.

1.1 A Pesquisa Documental

Documentos são mundos a interagir, desafios de olhares, oráculos de nossa subjetividade. O que vem a ser a conquista do vencedor que percorre seus obstáculos, seus

caminhos sinuosos, curvos, aclives, declives, suas adversidades, seus mistérios, limites e principalmente sua fala. Sim, eles falam: os documentos, apesar aparentemente inertes, diriam os historiadores tradicionais, serão perquiridos, interrogados pelo pesquisador, tal qual o silêncio do oprimido, a força do opressor, os rabiscos, o soluço das angústias, os corpos marcados, as paredes pichadas, os caminhos abertos pelos resistentes em meio à normatização do espaço público, enfim, eles clamam todos eles, aos nossos olhares, sentimentos, escritos. Sobre o documento, Bloch (2001, p. 77) ressalta:

Não é que os documentos desse gênero sejam, mais outros isentos de erro ou de mentira. Não faltam falsas bulas, e, assim como todos os relatórios de embaixadores, nenhuma carta de negócios diz a verdade. Mas a deformação aqui, a supor que exista, pelo menos não foi concebida especialmente na intenção da posteridade. Acima de tudo, esses indícios que, sem premeditação, o passado deixa cair ao longo de sua estrada não apenas nos permitem suplementar esses relatos, quando estes apresentam lacunas, ou controlá-los, caso sua veracidade seja suspeita; eles afastam de nossos estudos um perigo mais mortal do que a ignorância ou a inexatidão: o de uma irremediável esclerose. [...]

Para mim, essa passagem do autor acima, do “movimento” da chamada história nova se coaduna perfeitamente com a construção genealógica, quanto a indagar o documento e desvelar de suas entranhas, não a verdade dos fatos, mas as forças e os movimentos que propiciaram sua emergência. O documento não é a verdade, é a manifestação de forças e, na sua formação, é possível analisar partes de uma totalidade. No condão desse raciocínio, Foucault (2008, p.07) observa:

Na verdade, os problemas colocados são os mesmos, provocando, entretanto, na superfície, efeitos inversos. Podem-se resumir esses problemas em uma palavra: a crítica do *documento*. Nada de mal entendidos: é claro que, desde que existe uma disciplina como a história, temo-nos servido de documentos, interrogamo-los, interrogamo-nos a seu respeito; indagamos-lhes não apenas o que eles queriam dizer, mas se eles diziam a verdade, e com que direito podiam pretendê-lo, se eram sinceros ou falsificadores, bem informados ou ignorantes, autênticos ou alterados. Mas cada uma dessas questões e toda essa grande inquietude crítica apontavam para um mesmo fim: reconstituir, a partir do que dizem estes documentos [...].

De acordo com Le Goff (2003), a memória coletiva e sua forma científica, a história, aplicam-se a dois tipos de materiais: os documentos e os monumentos. O que temos hoje, quanto a memória e documentos, é resultado de uma escolha de forças, de uma seleção, que se operaram por meio do desenvolvimento da humanidade, bem como pelos historiadores (LE GOFF, 2003). A terminologia *documento* tem origem no latim *documentum*, derivado de *docere*, que, por sua vez, significa “ensinar”, entretanto evoluindo para a conotação de prova, que, desde o século

XVII, teve papel importante na linguagem jurídica, na França (LE GOFF, 2003).

Lemos et al, (2010) assinalam que os documentos, por conseguinte, se configuram como um meio de preservação/construção da memória, sendo usados desde a Antiguidade pelo saber histórico como testemunhos, fontes históricas. Para os historiadores positivistas do século XIX, o documento terá relação direta com o fato histórico, tornando-se, conseqüentemente, prova histórica; sua escolha e manuseio serão de livre opção do historiador. Digo manuseio, pois a noção que aqui prospera é a de documento escrito, de um testemunho corporificado em forma de inscrições e intervenções (LE GOFF, 2003). Adiante, Le Goff (2008, p.535) ensina:

A concepção do documento/monumento é, pois, independente da revolução documental, e entre os seus objetivos está o de evitar que esta revolução necessária se transforme num derivativo e desvie o historiador do seu dever principal: a crítica do documento – a qualquer que seja ele – enquanto monumento. O documento não é qualquer coisa que fique por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que aí detinham o poder. Só a análise do documento enquanto monumento permite a memória coletiva recuperá-lo e ao historiador usá-lo cientificamente, isto é, com pleno conhecimento de causa.

Nota-se, pois, passando a considerar o documento como monumento, que se colaborou para questionar as racionalidades das práticas arquitetadas sobre uma relação causal, através da genealogia, a qual pretende engendrar a análise histórica das condições de possibilidades de discursos (LEMOS et al., 2010). Além disso, o trabalho genealógico é caracterizado em demorar-se no documento considerado como monumento, expressando a banalidade do dia a dia, os detalhes mais comuns, o que parece não ter natureza histórica, consolidando um saber histórico de lutas e suas ressonâncias no presente (PRADO FILHO et al., 2014).

Portanto, documentos-monumentos são como joia rara, seus valores estarão na sua produção perante a subjetividade. Os monumentos são multifacetados, cabendo a quem os analisa, a quem os descreve, a quem os interroga, detalhar sua utilidade para a realidade: analisar sua construção, sua emergência, o jogo de forças que os compõe é tarefa basilar nessa genealogia que busca se desvencilhar do comum, do estático, do contínuo, amealhando novos rumos à procura de uma construção que, embora fragmentária, possa ser relevante para representar e indagar nossas práticas presentes.

1.2 A seleção de documentos

Houve critérios para a seleção de documentos nesta pesquisa, estabelecidos

principalmente considerando a emergência do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Trata-se de amostras de fontes primárias e secundárias que irão auxiliar no contexto do entendimento do crescimento das Comunidades Terapêuticas, nos últimos anos. O marco inicial é o Plano Crack, a partir do Decreto n.7.179/2010, porém, seria impossível analisar esse documento sem a visualização de outros de igual importância para a compreensão de caminhos sinuosos do tema. Trata-se da Política Nacional de Drogas, a Lei n. 11.343/2006, bem como, em nível do Estado do Pará, da Política Estadual de Drogas e documentos correlatos.

Tais documentos, quando abertos, são como leques de inúmeras cartas envelopadas, possuem destinatário e remetente, ou melhor, autorias e finalidades aparentes, entretanto, são envelopes fechados e todos eles exprimem um conjunto de forças que in-visibilizam sua real intenção. É necessário abri-los, interrogá-los, analisar toda sua totalidade que, mesmo que seja fragmentária, possa refletir o todo. Quanto à obtenção dos mesmos, quase em sua totalidade me remeti aos arquivos depositados na rede mundial de computadores (internet), porque são documentos públicos obtidos em sítios de diários oficiais, como os publicados na Imprensa Oficial do Estado do Pará, sítios legislativos e outros.

Não busco aqui exaurir, nessa lista de documentos, todos os arquivos que tenham referência com o tema. Repito, a tarefa é fragmentária e nunca totalizante, de sorte que, a partir de subjetividades, análises, reflexões e contextos diversos, forma-se talvez, em tese, um todo, conclusões ou in-conclusões. Passo agora a brevemente descrevê-los didaticamente, objetivando assim tornar familiar sua análise.

1.2.1. A Política Nacional sobre Drogas

Aprovado por meio da Resolução⁴ n. 03 do então Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, de 27 de outubro de 2005 (atual Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD) e assinada pelo Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Jorge Armando Félix, a Política Nacional sobre Drogas emergiu de uma série de

⁴ Segundo Meireles (2003, P.178): Resoluções são atos administrativos normativos expedidos pelas altas autoridades do Executivo (mas não pelo Chefe do Executivo, que só deve expedir decretos), ou pelos presidentes de tribunais, órgãos legislativos e colegiados administrativos, para disciplinar matéria de sua específica. Por exceção admitem-se resoluções individuais.

As resoluções, normativas e individuais, são sempre atos inferiores ao regulamento e ao regimento, não podendo inová-los ou contrariá-los, mas unicamente complementá-los e explica-los. Seus efeitos podem ser internos ou externos, conforme o campo de atuação da norma ou os destinatários da providência concreta.

discussões em nível nacional, compreendendo participação popular e governamental, com base no Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas e de seis seminários regionais ocorridos nas cinco regiões do país, a partir da parceria entre os Conselhos Estaduais de Entorpecentes, atraindo cerca de 2544 pessoas (FELIX, 2008), os quais discutiram os eixos da Política Nacional Antidrogas, como a prevenção, o tratamento, a recuperação e a reinserção social; a redução de danos sociais e a saúde; a redução da oferta – repressão e os estudos, pesquisas e avaliações.

Com a realização do Fórum Nacional sobre Drogas, de 24 a 26 de novembro de 2004, houve, segundo Felix (2008), a consolidação das discussões regionais para o realinhamento efetivo da Política Nacional, garantindo o diálogo e a legítima participação da população. Após o final do processo, a Política Nacional sobre Drogas foi apresentada ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que a aprovou, sem ressalvas.

O texto da Política Nacional sobre drogas encontra-se dividido em treze pressupostos, catorze objetivos e cinco eixos, cada qual subdividido em orientações gerais e diretrizes, como o eixo da Prevenção, o eixo do Tratamento, Recuperação e Reinserção social, o eixo da Redução dos Danos Sociais e à Saúde, o eixo da Redução da Oferta, bem como o eixo de Estudos, Pesquisas e Avaliações.

1.2.2 A Política Estadual sobre Drogas

Emergiu através do Decreto⁵ Estadual n. 1.763, de 24 de junho de 2009, assinado pela então governadora do Estado do Pará, Ana Júlia de Vasconcelos Carepa; foi baseada na Política Nacional sobre Drogas e nas resoluções aprovadas pelo Conselho Estadual de Entorpecentes do Pará e do Fórum Paraense de Redução de Danos, realizado em 2008, compreendendo, nos seus 19 artigos, estruturas e objetivos; diretrizes na área de prevenção; diretrizes na área de tratamento, recuperação e reinserção social; diretrizes na área da redução de danos e à saúde; diretrizes na área da repressão, diretrizes na área da pesquisa, bem como a criação do Sistema Estadual sobre Drogas, este último visando a articular as ações em nível estadual, sendo

⁵ Escreve Meireles (2003, p.178): “Decretos, em sentido próprio e restrito, são atos administrativos da competência exclusiva dos Chefes do Executivo, destinados a prover situações gerais ou individuais, abstratamente previstas de modo expresso ou implícito, pela legislação. Comumente, o decreto é normativo e geral, podendo ser específico ou individual. Como ato administrativo, o decreto está sempre em situação inferior a lei e, por isso mesmo, não a pode contrariar [...]”.

composto por representações: do Conselho Estadual sobre Drogas, da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos, da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria de Estado de Segurança Pública, da Casa Civil da Governadoria do Estado, da Secretaria do Estado de Educação, da Polícia Civil e da Polícia Militar do Estado.

Ressalta-se que a citada Política Estadual estabeleceu paridade ao Conselho Estadual sobre Drogas (antigo Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN), que passou a ser composto por vinte e duas representações: um representante da Governadoria do Estado, um representante da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos; um representante da Secretaria de Estado de Educação; um representante da Secretaria de Estado de Segurança Pública; um representante da Secretaria de Estado de Saúde; um representante da Secretaria de Estado da Fazenda; um representante da Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças; um representante da Fundação da Criança e do Adolescente, a atual Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (FASEPA); um representante da Polícia Militar do Estado do Pará; um representante da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social; um representante do Ministério Público Estadual; um representante da Comunicação Social; um representante das associações comunitárias; um representante da Ordem dos Advogados do Brasil; um professor do ensino fundamental ou médio; um representante do Conselho Regional de Psicologia; um representante de usuários dos serviços de tratamento e reinserção social; um representante de organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuem nas áreas de atenção à saúde e da assistência social, de dependentes químicos, em conformidade com a legislação em vigor; um representante do Conselho Regional de Serviço Social; um representante do Conselho Regional de Enfermagem; um representante do Conselho Regional de Medicina e um professor universitário.

1.2.3 A Política Municipal

Através da Lei Municipal n. 7927 de 11 de dezembro de 1998, sancionada pelo então Prefeito do Município de Belém, Edmilson Brito Rodrigues, emergiu o Sistema Municipal de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Uso de Entorpecentes e substâncias análogas e a criação do Conselho Municipal de Entorpecentes do Município de Belém – COMEN.

A citada lei foi construída de acordo com as diretrizes preconizadas na antiga Política Estadual de Entorpecentes (Decreto Estadual n. 4.351, de 04 de junho de 1986), compreendendo, em sua estrutura, um total de 15 artigos, os quais abordam os objetivos do Sistema Municipal de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Uso de Entorpecentes e substâncias análogas; a composição do mesmo: um representante do Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), um representante da Secretaria Municipal de Educação, um representante da Secretaria Municipal de Saúde, bem como um representante da Guarda Municipal de Belém.

Em seus demais artigos, são indicadas atribuições e competências do criado Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), bem como sua composição paritária composta de um representante da Prefeitura; um representante da Secretaria Municipal de Saúde; um representante da Secretaria Municipal de Educação; um representante da Guarda Municipal de Belém e quatro representantes da sociedade civil organizada, oriundos de organizações ligadas à área e em regular funcionamento na cidade de Belém.

1.2.4 Lei n.10.216/2001

Baseada no Movimento da Luta Antimanicomial, a Lei n. 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, sancionada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, representa um importante avanço no movimento da saúde mental, no Brasil. Compreende 13 artigos, onde são delimitados importantes temas, como os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de ações e a política de saúde mental, a participação da família, além de requisitos para a internação.

1.2.5 Decreto n.7.179/2010

Através do Decreto Presidencial n. 7.179 de 20 de maio de 2010, assinado pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi instituída a política de governo, versando sobre o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. O citado decreto, com apenas 11 artigos, tem seu texto fundado na prevenção, tratamento, reinserção social de usuários e o enfrentamento

ao *crack* e outras drogas ilícitas, prevendo ações descentralizadas entre todos os entes federativos, fundamentadas na articulação de políticas.

Esse documento também enumera vários objetivos, como: articular ações voltadas ao tratamento e reinserção social do usuário e voltadas ao público vulnerável tendo a participação dos familiares; fortalecer a rede de atenção à saúde e de assistência social; a capacitação dos atores governamentais e não governamentais; a promoção da participação da comunidade e o fomento de boas práticas; disseminação de informações qualificadas relativas ao *crack* e outras drogas e fomentar ações de enfrentamento ao tráfico de *crack* e outras drogas, principalmente nos municípios de fronteira. Por fim, criou um comitê de gestão e enumerou competências. Ressalta-se ainda que o Decreto n. 7.637, de 08 de dezembro de 2011, assinado pela presidenta Dilma Rousseff, veio modificar a redação do Decreto n.7.179/2010, acrescentando igualmente os artigos 2º A, 4º A, 5º A, 5º B e 7º A.

1.2.6 Portaria n.131/2012 do Ministério da Saúde

Trata-se de documento exarado pelo Ministério da Saúde, baseado no Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas. Compreende 25 artigos, nos quais, em suma, trata do incentivo financeiro aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para o custeio de serviços de atenção em regime residencial, incluindo as comunidades terapêuticas. O decreto remete a procedimentos para o financiamento, seus parâmetros, requisitos, estrutura dos serviços de atenção, repasses e orçamento, a correr por conta do Ministério da Saúde.

1.2.7 Resolução RDC N.101/2001, ANVISA

Foi uma resolução aprovada pela diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em 30 de maio de 2001. Estabeleceu regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas. A partir deste documento, todo serviço desta natureza ficaria condicionado aos requisitos preestabelecidos no mesmo e seu descumprimento passou a caracterizar infração de natureza sanitária. A resolução tratava de conceituações usuais, requisitos de recursos humanos, infraestrutura física e monitoramento. Tal resolução foi posteriormente substituída pela Resolução – RDC n. 29/2011.

1.2.8 Resolução – RDC N. 29/2011, ANVISA

Aprovada em 30 de junho de 2011, pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Resolução n. 29/2011 da ANVISA trata dos requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. Regula, em suma, a organização do serviço, a gestão de infraestrutura e o processo assistencial, ressaltando-se que seu descumprimento passou a caracterizar infração de natureza sanitária.

1.2.9 Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos

É um documento construído pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2011, resultante de uma inspeção nacional coordenada pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do mesmo órgão, a qual, conjuntamente com vários parceiros, visitou 68 unidades de internação localizadas em 25 unidades federativas. Tal relatório esboçou de forma pormenorizada a descrição dos ambientes inspecionados, como a capacidade de funcionamento, o número de internos e a faixa etária e sexo dos mesmos, composição da equipe, se há financiamento público, proposta de cuidado e recomendações para que sejam apuradas as possíveis irregularidades apontadas na proposta de cuidado.

Os Estados inspecionados compreendem o Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e o Distrito Federal.

1.2.10 Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas

Trata-se de um documento aprovado pela Assembleia Geral da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, em 21 de janeiro de 1995. Posteriormente, foi modificado, em 16 de janeiro de 1999, com respeito, em suma, aos princípios éticos a serem seguidos por essas entidades. O texto compreende cinco itens, nos quais são delineados os princípios fundamentais do trabalho nas comunidades terapêuticas, sua estrutura de trabalho, direitos dos internos, deveres

da equipe e sigilo profissional, bem como as sanções destinadas às entidades filiadas, no caso de descumprimento do citado código de ética.

1.2.11 Edital de Chamamento Público n. 001/2014/FUNPAPA

Trata-se de documento no qual a Prefeitura de Belém, através da Fundação Papa João XXIII (FUNPAPA), tornou pública a seleção de instituições privadas ou não governamentais sem fins econômicos e lucrativos para a concessão de subvenção social para os anos de 2014/2015, na modalidade acolhimento institucional. Esse edital foi destinado a entidades para o acolhimento voluntário de pessoas de ambos os sexos, com idade a partir de 12 anos, em situação de vulnerabilidade e risco, em regime de residência.

1.2.12 Portaria n. 13/2014 – CONED/SEJUDH

É uma portaria emitida pela presidência do Conselho Estadual sobre Drogas do Pará – CONED/PA – em 10 de outubro de 2014, na qual dispôs sobre o registro de entidades que atuam na orientação, prevenção, tratamento, reinserção social e ocupacional ou redução de danos sociais, no campo do uso e abuso de álcool e outras drogas, no Estado do Pará.

1.2.13 Decreto Municipal n. 71.349, de 26 de outubro de 2012

Assinado pelo prefeito de Belém, Dulciomar Costa, em 26 de outubro de 2012, o Decreto Municipal n. 71.349/2012 nomeou os membros do Conselho Municipal de Entorpecentes – COMEN, para o biênio 2012/2014.

1.2.14 Decreto Municipal n. 79.884, de 10 de junho 2014

Assinado pelo atual prefeito de Belém, Zenaldo Coutinho, em 10 de junho de 2014, o Decreto Municipal n. 79.884/2014, substituiu os membros do Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), para o biênio 2012/2014.

1.2.15 Portaria n.01/2015 CONED/SEJUDH

Portaria assinada pelo Secretário de Justiça e Direitos Humanos do Pará, em 09 de

fevereiro de 2015, a qual reconduziu e designou os membros do Conselho Estadual sobre Drogas – CONED/PA para o mandato entre 01 de fevereiro de 2015 e 31 de janeiro de 2017.

CAPÍTULO II

A Lei N. 11.343/2006⁶ e suas inflexões de saber, de poder e de subjetivação

Fazer a história dos regimes de verificação e não a história da verdade, e não a história do erro, e não a história da ideologia, etc., fazer a história da verificação significa, é claro renunciar a empreender mais uma vez a tal crítica da racionalidade europeia, a tal crítica do excesso de racionalidade [...]. (FOUCAULT, 2008, p. 49).

2.1 Raízes do Proibicionismo e das Políticas de Drogas no Brasil

Em meado dos anos 70 do século XX, Michel Foucault concedeu uma breve entrevista à *Droit*, a qual foi publicada no jornal francês *Le Monde*, na edição n. 9.363, p. 16, de 21 de fevereiro de 1975. Nessa entrevista, versando sobre o sistema penitenciário, prisões e encarceramento, Foucault se referiu às leis sobre as drogas, quando inquirido a dar exemplos de “[...] como a lei não foi feita para impedir tal ou tal tipo de comportamento, mas para diferenciar as maneiras de dobrar a própria lei” (FOUCAULT, 2012). Além disso, observa Foucault (2012, p. 35):

As leis sobre a droga. Desde os acordos Estados Unidos-Turquia sobre as bases militares (que, por um lado, estão ligados à autorização de cultivar o ópio) até a grade policial da Rua Saint-André-des Arts, o tráfico de droga se estende sobre uma espécie de tabuleiro de xadrez, com casas controladas e casas livres, casas proibidas e casas toleradas, permitindo a alguns, proibidas a outros. Apenas os pequenos peões são colocados e mantidos nas casas perigosas. Para os grandes lucros, a via está livre.

Essa é a lógica na qual se assenta boa parte da repressão estabelecida a partir das políticas sobre drogas no mundo, a de uma seletividade estabelecida entre o que se deve permitir e o que não se deve permitir. No mundo mesmo, tendo em vista seus diferentes modelos repressivos sobre o controle e o consumo, sempre se estará fadado a permitir, até a fechar os olhos da legalidade a uma parcela significativa daqueles que têm uma relação direta com o objeto proibido, de sorte que o permitido e o não permitido se explicam por outras formas de relação, como a própria resistência do usuário dessas substâncias, à margem da lei.

Esse raciocínio de Foucault faz-se remeter também a uma lógica essencial para se investigar as políticas de drogas no Brasil, a saber: qual a racionalidade alicerçada na construção das normas relativas ao controle de drogas, no Brasil? Esse aspecto revela-se de fundamental

⁶ Atual Lei de Drogas.

importância, porque, com base na análise de seus saberes, poderes e seus modos de subjetivação, na investigação das lógicas, nas quais estão igualmente alicerçadas as Comunidades Terapêuticas, pois estas últimas são reflexos da forma com que os saberes e poderes se operam na condução dessas práticas. Para responder à pergunta, é imprescindível vislumbrar alguns acontecimentos antes e durante a emergência da Lei n.11.343/2006.

Do ponto de vista normativo, a história das legislações sobre drogas, no país, oferece também muitos analisadores dos processos de subjetivação e de objetivação na sociedade contemporânea, principalmente para se entender as relações existentes entre a proibição e o usuário. No Brasil, o proibicionismo do uso de drogas encontra sua emergência no século XIX. Em 1830, houve a proibição do uso da *cannabis*, associada, à época, ao consumo das classes mais baixas e discriminadas da sociedade (FIORE, 2005).

Esse período, conhecido como um dos mais conturbados de nossa história, foi chamado de período regencial, considerando que o país foi regido por figuras políticas até a maioridade de Dom Pedro II, em 1840, marcado por muitas revoltas populares e conduzido por realidades específicas de cada região, como as dificuldades da vida cotidiana e as incertezas de organização política (FAUSTO, 2009). Adiante, verificamos que o Período Regencial foi caracterizado por grandes revoltas populares, compostas pelas classes mais pobres da população, como os escravos, os índios, os trabalhadores rurais. Como exemplo dessa conjuntura, temos a Revolta da Cabanagem, no Pará (1835-1840); a Guerra dos Cabanos, em Pernambuco (1832-1835); a Sabinada, na Bahia (1837-1838); a Balaiada, no Maranhão (1838-1840); a Farroupilha, no Rio Grande do Sul (1837-1845).

Essas revoltas, de certo aspecto, revelam não somente a insatisfação política do povo com a estrutura política desse Estado recentemente divorciado do Período Colonial. Há rupturas, como a consolidação do Brasil como nação, porém, muitas mazelas permanecem à míngua do Estado, entre elas a escravidão negra e a exclusão social, através de uma estrutura baseada no controle da elite sobre a maioria da população. No ano de 1851, já no segundo reinado, foi regulado o consumo e venda de remédios, pela polícia sanitária. Aqui, a medicina aparece como aporte ao Estado brasileiro, objetivando a regulamentação de drogas antes consideradas de consumo legal, como a cocaína, a morfina, o éter, as quais eram utilizadas pelos saberes médicos.

Uma parcela restrita da elite, por sua vez, acabava por acessar essas drogas para uso recreativo o que não comprometia o acordo social entre medicina e Estado. Nesse período,

considerando o primeiro recenseamento, em 1872, a população brasileira foi estimada em 9,93 milhões de pessoas: os mulatos eram 42% da população, 20% eram negros e 38 % eram brancos, enquanto o índice de analfabetismo da população escrava era de 99,9% e, entre a população livre, era de 80%, havendo assim um enorme “poço” que separava as elites letradas das camadas mais baixas da população (FAUSTO 2009).

Já no Estado Republicano, em 1890, com a aprovação do primeiro Código Penal da República, foi tornada crime contra saúde pública a venda de substâncias venenosas e não autorizadas, sendo apenado esse ato através de multa. Nota-se que as políticas daquele período eram voltadas a grupos específicos, conduzindo assim a gestão dos corpos face ao controle dos ilegalismos e das anormalidades, diante de uma conjuntura segregadora e positivista. Nesse sentido, Carvalho (2013, p.58-59) ilustra:

Com a edição do Código de 1890, passou-se a regulamentar os crimes contra a saúde pública, previsão que encontrou guarida no Título III da Parte Especial (*Dos crimes contra a Tranquilidade Pública*). Juntamente com a incriminação do exercício irregular da medicina (art. 156); da prática da magia e do espiritismo (ar. 157); do curandeirismo (art. 158); do emprego de medicamentos alterados (art. 160); do envenenamento das fontes públicas (art. 161); da corrupção da água potável (art.162), da alteração de substâncias destinadas à alimentação (art.163); e da exposição de alimentos alterados ou falsificados (art. 164), o art. 159 previa como delito “*expor à venda, ou ministrar, substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários*”. Submetendo o infrator à pena de multa.

Esse período do começo da República foi caracterizado por grandes transformações socioeconômico-político-culturais, de maneira que o país, que antes era sustentado pelo sistema escravocrata, naquele momento passa a adequar-se ao sistema assalariado. O escravo passou a ser livre, porém, não foi a ele dada nenhuma assistência, vindo a contribuir com o aumento dos conflitos urbanos (MAESTRI, 2011). Assevera Maestri (2011, p. 134):

Esse descaso com o negro gerou problemas sociais sérios. Os poucos que tinham alguma profissão faziam biscates (bicos), comiam e dormiam onde fosse possível. Outros iam sendo forçados à marginalidade, vivendo do roubo ou da caridade pública, embriagando-se. Alguns foram vitimados pela tuberculose ou por outras doenças, favorecendo, dessa forma, a organização de instituições tais como as Santas Casas de Misericórdia, o Hospital Psiquiátrico D. Pedro II, os asilos São Vicente de Paula, entre outros.

No início do século XX, é importante ressaltar que as legislações brasileiras eram também construídas sob a lógica da proibição do uso e da criminalização do comércio das drogas, levando os usuários às prisões ou sanatórios (RAMOS, 2012). Era o chamado higienismo, que, desde 1900, estava na pauta principal da condução do Estado. As epidemias, resultantes ainda de

um desordenado crescimento das cidades, desafiavam os intelectos que se utilizavam de um misto de disciplina militar e médica (WANDERBROOCK JÚNIOR, 2011).

Nesse mesmo período, é importante frisar que houve, no mundo, um aumento do consumo de ópio e haxixe, sobretudo por grupos intelectuais e aristocráticos, incentivando novas regulamentações (CARVALHO, 2013). Por conseguinte, em 1921, por meio do Decreto n. 4.294, houve, no país, a criminalização da venda da cocaína, do ópio e seus derivados. Em seguida, com o advento do Decreto n. 14.969, surgiu a figura do toxicômano, nomeado como o indivíduo dependente de tóxicos, podendo inclusive ocorrer, por meio desse documento, sua internação, requerida pelo mesmo, por sua família ou pelo próprio judiciário (FIORE, 2005).

Verifica-se que paulatinamente a legislação brasileira assume um papel de seletividade com relação ao consumo de drogas, no Brasil. Faz-se constatar que, mesmo com o advento do higienismo e da influência das legislações mundiais, a elite consumidora será excluída, de fato, desse processo de proibição do consumo, o que confirmará o exemplo do tabuleiro de xadrez ilustrado por Foucault. Nesse tabuleiro de xadrez, nesse período, vislumbramos como as classes mais abastadas da população, os cafeicultores, os industriais, os grandes comerciantes, os políticos, o alto funcionalismo público, a elite cultural e seus protegidos terão privilégios perante um ambiente de cumprimento da lei. Fechar-se-ão os olhos sobre os peões no jogo, sobre o negro, sobre o “malandro”, sobre o pobre, sobre o pequeno vendedor, enfim, sobre a parcela marginalizada da população.

Sobre o aspecto da legislação, houve a consolidação das leis penais, em 1932, sendo alterado o *caput* do artigo 159 do código de 1890, acrescentando-lhe doze parágrafos e a previsão de prisão celular. Ocorreu então a substituição do termo *substâncias venenosas* para o termo *substâncias entorpecentes* (o qual perdurou até a revogação da Lei n. 6.368/76), bem como a previsão de pena de prisão (CARVALHO, 2013).

Em 1936, foi criada a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes, com a finalidade de controlar a produção e circulação de drogas, inclusive por meio de pesquisas que objetivassem auxiliar na repressão e punição ao uso. Essas medidas tinham um entrelaçamento com o autoritarismo do Estado Novo de Getúlio Vargas, baseado na normalização de condutas através da moral e do militarismo. Vivia-se o Estado Novo, marcado pelo controle da opinião pública, censura aos meios de comunicação, tortura e perseguição aos opositores ao regime varguista, sobretudo os partidos de esquerda (FAUSTO, 2009).

Foi nesse contexto que, com os Decretos n. 780/38 e n. 2.953/38 e o modelo internacional de controle, através da edição do Decreto-Lei n. 891/38 (de acordo com a Convenção de Genebra, de 1936), que houve a edição de normas criminalizadoras, regulamentando a produção, tráfico, consumo e proibição de um rol de substâncias tidas como entorpecentes (CARVALHO 2013).

A ditadura varguista, entre 1937 e 1945, teve também forte influência moral na construção do imaginário sobre a droga e a marginalidade da população pobre. Com a “dignificação” do trabalho, o adestramento dos corpos pelos padrões de normalidades sociais, as parcelas marginalizadas da população foram facilmente estigmatizadas, originando o exemplo do “crime” de vadiagem, sempre previsto no ordenamento jurídico brasileiro, entretanto, ganhando força nesse período, com sua alocação na lei de contravenções penais, em 1940.⁷ Nesse mesmo sentido, é publicado o Código Penal, através do Decreto-Lei n.2.848/40, sendo previsto na epígrafe do seu artigo 281 o “[...] comércio clandestino ou facilitação do uso de entorpecentes”. Para Carvalho (2013, p. 59):

Assim, é lícito afirmar que, embora sejam encontrados resquícios de criminalização das drogas ao longo da história legislativa brasileira, somente a partir da década de 40 é que se pode verificar o surgimento de política proibicionista sistematizada. Diferentemente da criminalização esparsa, a qual apenas indica preocupação episódica com determinada situação, nota-se que as políticas de controle (das drogas) são estruturadas com a criação de sistemas punitivos autônomos que apresentam relativa coerência discursiva, isto é, modelos objetivando demandas específicas e com processos de seleção (criminalização primária) e incidência de aparatos repressivos (criminalização secundária) regulados com independência de outros tipos de delito.

Há aqui, pois, a emergência de um controle específico, especializado e com certo rigor, com o fito de combater, controlar e proibir as drogas. O Estado brasileiro estabelece frentes, nas quais, de um lado, se criminaliza e se pune o infrator e, de outro, se utiliza de equipamentos específicos repressivos, objetivando coibir o uso. Destaca Carvalho (2013, p. 61): “A década de 50 fomenta o primeiro discurso relativamente coeso sobre as drogas ilegais e a necessidade do controle repressivo”. Essa emergência terá influência da conjuntura legislativa construída até aquele momento, assim como será influenciada por outros aspectos, como a gradual modernização da sociedade brasileira, resquícios do autoritarismo, dentre outros aspectos, como até mesmo a conjuntura internacional de influência repressiva.

⁷ Artigo 59 do Decreto-Lei n. 3.688, de 03 de outubro de 1941.

No mundo, vivia-se o pós-guerra; a Organização das Nações Unidas é criada em 1945 e, no Brasil, a Constituição democrática de 1946 é promulgada. A Guerra Fria entre os Estados Unidos e a União Soviética se inicia, nesse tempo, a dividir o mundo entre socialistas e capitalistas. Há de se ressaltar que o período compreendido entre 1945 a meados de 1964 é marcado pelo restabelecimento da democracia, no Brasil, entretanto, consolidado por resquícios proibicionistas. O Decreto-Lei n. 9.215, de 30 de abril de 1946, sancionado pelo então presidente Eurico Dutra, é exemplo desse tempo. O citado decreto proibiu no país os jogos de azar, por consequência, fechando os cassinos e empreendimentos similares, pelos motivos explicitados no seguinte texto: “[...] considerando a tradição moral jurídica e religiosa do povo brasileiro e contrária à prática e à exploração e jogos de azar”.

Nesse aspecto, é oportuno se investigar o quanto a moral é uma das principais condutoras da vertente proibicionista, no Brasil. Apesar das rupturas com o autoritarismo, haverá permanências que circularão entre os discursos até os dias atuais. Essa forma de se entender a história não visa, assim, a estabelecer comparações de tempos e espaços, mas permear de que modo esses discursos estão construídos, daí a importâncias desses acontecimentos. De outro aspecto, aludir ao pós-guerra nos remete diretamente a abordar o modelo repressivo inaugurado nos Estados Unidos da América, que ganhou força e exerceu grande influência sobre os demais países da América Latina. Escreve Batista (1998, p. 71):

Nos Estados Unidos da América, conflitos econômicos foram transformados em conflitos sociais que se expressaram em conflitos sobre determinadas drogas. A primeira lei federal contra a maconha tinha uma carga ideológica a sua associação a imigrantes mexicanos que ameaçavam a oferta de mão-de-obra no período da Depressão. O mesmo ocorreu com a migração chinesa na Califórnia, desnecessária após a construção das estradas de ferro, que foi associada ao ópio. No Sul dos Estados Unidos, os trabalhadores negros do algodão foram vinculados a cocaína, criminalidade e estupro, no momento de sua luta por emancipação. O medo do negro drogado coincidiu com o auge dos linchamentos e da segregação social legalizada. Esses três grupos étnicos disputaram o mercado de trabalho nos Estados Unidos, dispostos a trabalhar por menores salários que os brancos.

Com efeito, naquele país, os anos de 1950 foram caracterizados pelo grande aumento do consumo da heroína, provocado pela escassez de psicoativos como a cocaína, pelo desabastecimento do mercado, durante a Segunda Guerra Mundial. Os baixos preços da heroína em relação a outras drogas impulsionaram a marginalização do consumo dessa droga nos EUA, o que favoreceu igualmente a repressão aos negros e aos hispânicos e, conseqüentemente, o aumento da violência (RODRIGUES, 2003; RIBEIRO; ARAÚJO, 2006). Segundo Paixão (1999, p. 131),

[a] “epidemia de heroína” nos anos 1950 nos Estados Unidos inicia o moderno “problema público” do tóxico, embora a pesquisa empírica seja deficiente, há indicações de que a heroína encontrou nos jovens desempregados e desmobilizados pelo fim da Segunda Guerra Mundial, concentrados nos guetos urbanos, a base social de sua expansão.

Os guetos e bairros pobres norte-americanos foram um dos objetos principais de moralistas antidrogas, que viam na pobreza e, especialmente nas populações marginalizadas, como a negra e a hispânica, na associação ao uso de drogas, a degradação social e a imoralidade. Por conseguinte, como a maioria dos traficantes e consumidores era formada por esses grupos, o proibicionismo antidrogas se amoldou perfeitamente a essa questão, impulsionando a formulação de novas leis⁸, as quais levaram à criminalização em massa dessas populações (RODRIGUES, 2004). Enfatiza Garland (2014, p. 60):

As idéias criminológicas que moldaram a política durante o período pós-guerra foram uma mistura eclética de psicologia da anormalidade e teorias sociológicas, como a anomia, privação relativa e rotulacionismo. A criminalidade era vista como um problema de indivíduos e de famílias desajustadas, ou como um sintoma da necessidade, da injustiça social e do inevitável conflito de normas culturais numa sociedade plural e ainda hierarquizada.

Por conseguinte, com a criação da Organização das Nações Unidas, o controle de drogas norte-americano passa a ser mantido por meio do sistema multilateral. Essa internacionalização de forte influência imperialista é que determinará parte das políticas proibicionistas, no decorrer do século XX, quando foram criadas a Comissão on Narcotic Drugs (CND) e a Division of Narcotic Drugs (DND), as quais teriam como uma de suas competências a de coletar informações a respeito do tráfico de substâncias entorpecentes (RODRIGUES, 2004). Essa internacionalização da postura proibicionista teve forte influência sobre a política repressiva mundial, em especial no Brasil, que paulatinamente passou a adotar legislações que expressarão não só o contexto internacional, mas um alinhamento direto com a política antidrogas norte-americana.

Na segunda metade dos anos de 1950, o Brasil vivia uma forte euforia desenvolvimentista. Eram os “anos JK”⁹, que, conforme Fausto (2009, p. 422), “[...] foram anos de otimismo, embalados por altos índices de crescimento, pelo sonho realizado da construção de Brasília. Os “[...] cinquenta anos em cinco” da propaganda oficial repercutiram em amplas camadas da população”. Nesse aspecto, apesar do grande aporte à industrialização, no Brasil,

⁸ Boggs Act, de 1951, Narcotics Control Act de 1956.

⁹ Referência aos anos de governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961).

houve incentivos a investimentos de capital, a exemplo da indústria automobilística, representando assim a abertura do país ao grande capital internacional.

De acordo com Fausto (2009, p.427) “entre 1955 e 1961, o valor da produção industrial, descontada a inflação, cresceu em 80%, com altas porcentagens nas indústrias do aço (100%), mecânicas (125%), de eletricidade e comunicações (380%) e de material de transporte (600%).”

No decorrer desse período, a despeito do otimismo com a industrialização, agora aberta ao capital internacional, não houve um projeto social que corrigisse as disparidades sociais e históricas. Como resultado, assistiu-se ao alto endividamento do governo brasileiro e ao aumento da inflação, o que provocou o descontentamento de parcelas da população. Em 1961, tomou posse o presidente Jânio Quadros, e uma das medidas, no início de governo, foi a proibição ao uso do lança-perfume. Essa medida, prevista no decreto n. 51.211, de 18 de agosto de 1961, juntamente com o decreto 50.620, de 18 de maio de 1961, o qual proibia a briga de galos, tiveram amplo apelo moralista, sendo exemplo da conjuntura proibicionista do Estado sobre a cultura e a liberdade.

No plano internacional, o ano de 1961 foi muito importante para a construção proibicionista no mundo, no que se relaciona ao tratamento e ao comércio das drogas ditas ilícitas. Nesse ano, foi aprovada a Convenção Única de Entorpecentes, na ONU, também chamada de Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes, uma das mais importantes quanto à proibição ao uso e ao tráfico de drogas no mundo. Antes dessa Convenção de 1961, houve outras iniciativas e documentos, em nível mundial, porém, com conteúdos restritos, como a Convenção de Shangai, de 1909, a Primeira Conferência do Ópio, de 1911, a Primeira Convenção Internacional do Ópio, de 1912, a Conferência de Genebra, de 1924, a Conferência de Bangkok, dentre outras. Sobre a Convenção de 1961, Rodrigues (2003, p. 39) comenta:

O enrijecimento da proibição interna dos EUA influenciou profundamente a postura diplomática do país nas discussões para a construção da lei internacional unificada que tanto dividira os Estados ao longo dos anos 1950. Quando a reunião foi finalmente realizada, na sede da ONU em Nova Iorque, em 1961, as exigências dos EUA (combate efetivo aos Estados considerados fonte de drogas psicoativas ilícitas, erradicação de colheitas de papoula e coca) não foram contempladas como desejava o chefe do FNB, Harry Anslinger. A Convenção Única sobre Drogas estabeleceu, por fim, determinações que obrigavam os Estados signatários a aumentar o controle sobre o comércio legal de drogas psicoativas (para uso médico) e intensificar o combate ao tráfico e cultivos ilícitos. No entanto, essas diretrizes não eram tão fortes como idealizara a delegação estadunidense. Após a Convenção Única, o controle internacional de drogas ilícitas ou de uso restrito tornou-se mais burocrático e técnico, enfraquecendo a atuação individual de homens como Anslinger. As mudanças no modo de enfrentar a repressão ao tráfico e ao consumo de psicoativos ilegais atingem, inclusive, a estrutura antidrogas estadunidense, resultado, em 1962, no afastamento de Anslinger da chefia do FBN e no

início de uma série de reformas nos mecanismos de repressão ao tráfico nos Estados Unidos.

Nota-se que mesmo os EUA tendo influenciado fortemente o documento exarado pela ONU, foram construídos parâmetros normativos sólidos, em nível internacional. A ONU, assim, levantará a bandeira proibicionista, criando uma burocracia própria e independente, porém, não melhor que a postura assumida por aquele país, ou melhor, pior e mais influenciadora. Embora não tendo os Estados Unidos da América sido contemplados por medidas extremas, foi ele um dos grandes impulsionadores morais e políticos de toda a conjuntura que se construiu e se solidificou, naquele momento. A moral puritana estadunidense, a mesma que também influenciou eventos como a lei seca americana, na década de 1930, aqui se internacionalizou através dos documentos da Organização das Nações Unidas. No preâmbulo da Convenção Única de Entorpecentes, observa-se:

CONVENÇÃO ÚNICA SÔBRE ENTORPECENTES, DE 1961

Preâmbulo

As Partes,

Preocupadas com a saúde física e moral da humanidade,

Reconhecendo que o uso médico dos entorpecentes continua indispensável para o alívio da dor e do sofrimento e que medidas adequadas devem ser tomadas para garantir a disponibilidade de entorpecentes para tais fins,

Reconhecendo que a toxicomania é um grave mal para o indivíduo e constitui um perigo social e econômico para a humanidade,

Conscientes de seu dever de prevenir e combater êsse mal.

Considerando que as medidas contra o uso indébito de entorpecentes, para serem eficazes, exigem uma ação conjunta e universal.

Julgando que essa atuação universal exige uma cooperação internacional, orientada por princípios idênticos e objetivos comuns,

Reconhecendo a competência da Nações Unidas em matéria de contrôlle de entorpecente e desejosas de que os órgãos internacionais a êle afetos estejam enquadrados nessa Organização.

Desejando concluir uma convenção internacional que tenha aceitação geral e venha substituir os trabalhos existentes sôbre entorpecentes, limitando-se nela o uso dessas substâncias afins médicos e científicos estabelecendo uma cooperação a uma fiscalização internacionais permanentes para a consecução de tais finalidades e objetivos.

Concordam, pela presente, no seguinte [...]

Dessa forma, os tratados internacionais, impulsionados igualmente pelos Estados Unidos, de um lado, reforçaram esforços de erradicação com relação às drogas e, de outro, negligenciavam a diversidade sociocultural dos países envolvidos (MACRAE, 1997). Essa preocupação com a saúde física e principalmente moral da humanidade não se solidificou, de

fato, em nível global, pois o grande aparato que se gestou com esse documento não encontrou também guarida em muitos países os quais viviam níveis de consumo, produção e culturas diferentes; basta aqui citar o consumo cultural, como a *cocaína*, na Venezuela, e a própria *cannabis*, no Brasil. Passou-se à criminalização da venda e à patologização do consumo. O combate a esse mal, como verificado no texto ratificado pelo Brasil, demonstrou o reiterado senso moral e normalizador enunciado por uma legislação proibicionista. No artigo 38 da citada Convenção, lê-se:

ARTIGO 38

Tratamento de Toxicômanos

1. As Partes darão especial atenção à concessão de facilidades para o tratamento médico, o cuidado e a reabilitação dos toxicômanos.
2. Se a toxicomania constituir um problema grave para uma das Partes, e se seus recursos econômicos e permitirem é conveniente que essa Parte conceda facilidades adequadas para o tratamento eficaz dos toxicômanos.

Através da citada convenção, o modelo médico patologizante é também impulsionado, em nível mundial. A normalização dos corpos encontra-se aqui ditada, prescrita, enunciada e embasada pela lei. No Brasil, o texto da Convenção de 1961 foi ratificado por meio do Decreto n. 54.216, de 27 de agosto de 1964, desde quando perceberemos um superdimensionamento das forças, no país, as quais irão culminar no enrijecimento das penas, bem como da patologização do uso de drogas.

2.2 As Políticas sobre Drogas a partir da Ditadura Militar de 1964

Em 1964, o país principiava um dos períodos políticos mais autoritários de sua história – a ditadura militar. Assevera Fausto (2009, p. 465):

O movimento de 31 de março de 1964 tinha sido lançado aparentemente para livrar o país da corrupção e do comunismo e para restaurar a democracia, mas o novo regime começou a mudar as instituições do país através de decretos, chamados de Atos Institucionais (AI). Eles eram justificados como decorrência “do exercício do Poder Constituinte, inerente a todas as revoluções”.

Nesse sentido, o AI-1 deu força ao poder executivo, de modo que o presidente reduziria a atuação do Congresso Nacional, enviando projetos de lei para serem apreciados no prazo de 30 dias pela Câmara de Deputados e, no mesmo tempo, no Senado; caso contrário, seriam considerados aprovados. O chefe do executivo poderia, por meio do mesmo, cassar mandatos em qualquer nível, bem como suspender direitos políticos por 10 anos (FAUSTO, 2009).

Nesse clima político é que foi incorporado, em meio ao golpe militar, a Doutrina de Segurança Nacional (DSN), pela qual o país passa a ter um modelo repressivo baseado na lógica militar de eliminação do inimigo interno. Logo, o subversivo passa a ser aquele que não estaria de acordo com o sistema, era o desviante do sistema; nesse aspecto, o traficante encaixava-se perfeitamente (CARVALHO, 2013).

Nesse período, foi promulgada a Lei n. 4.451, de 04 de novembro de 1964, a qual alterou a redação do artigo 281 do Código Penal Brasileiro, incriminando o plantio de substâncias entorpecentes e confirmando o proibicionismo no que concerne ao porte, instigação e comércio de substância entorpecente, em desacordo com a determinação legal ou regulamentar.

Por conseguinte, foi editado o Decreto-Lei n. 159/67, igualando os entorpecentes às substâncias capazes de determinar a dependência física e/ou psíquica. Em seguida, foi publicado o Decreto-Lei n. 385/68, o qual, contrariando a orientação internacional, rompeu como o discurso da diferenciação e criminalizou o usuário, através do acréscimo de novo parágrafo ao artigo 281 do Código Penal Brasileiro (CARVALHO, 2013). Aliada a esse aspecto, a postura proibicionista dos Estados Unidos da América foi fortemente intensificada, com a declaração de guerra às drogas pelo presidente Richard Nixon, em 1973. As drogas, assim, passaram a substituir o anticomunismo como grande inimigo público (MARONNA, 2005).

Nessa escalada proibicionista, passou-se à criminalização do usuário. Aqui não só a patologização de suas condutas foi suficiente, porém, as forças envolvidas pela ditadura militar instalada no país conduziram o ato de porte para uso próprio como crime. Dessa forma, aos peões do tabuleiro de xadrez foi imposto um novo jogo, onde o simples ato de ser peão fosse crime, resultando no usuário criminalizado por sua conduta desviante.

Em 1971, foi firmada a importante Convenção de Viena, em âmbito internacional, a qual, além de reafirmar as bases da Convenção de 1961, versou sobre o controle no que se relaciona à preparação, comércio e uso das substâncias psicotrópicas. O Brasil apenas ratificou essa Convenção anos depois, através do Decreto n.79.388, de 14 de março de 1977, quando era presidente Ernesto Geisel. Na consideração de motivos do documento ratificado, observam-se juízos morais, como a “preocupação para com a saúde e o bem-estar da humanidade”, que “medidas rigorosas são necessárias pra restringir o uso de tais substâncias para fins legítimos”, bem como a “preocupação com os problemas sociais e de saúde pública”.

No Brasil, imediatamente, teve emergência a Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971. Tal legislação preservou o discurso médico, reforçando, mais do que nunca, o estereótipo do usuário como dependente, a saber:

Da recuperação dos Infratores Viciados

Art. 9º Os viciados em substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, que praticarem os crimes previstos no art. 281 e seus §§ do Código Penal, ficarão sujeitos às medidas de recuperação estabelecidas por esta lei.

Art. 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui este a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação.

Art. 11. Se o vício não suprimir, mas diminuir consideravelmente a capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou de autodeterminação do agente, a pena poderá ser atenuada, ou substituída por internação em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação.

§ 1º Se, cumprindo pena, o condenado semi-imputável vier a recuperar-se do vício por tratamento médico, o Juiz poderá, a qualquer tempo, declarar extinta a punibilidade.

§ 2º Se o agente fôr maior de 18 (dezoito) e menor de 21 (vinte e um) anos, será obrigatória a substituição da pena por internação em estabelecimento hospitalar.

Art. 12. Os menores de 18 (dezoito) anos, infratores viciados, poderão ser internados em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação.

A patologização das condutas orientou o embasamento legal no qual se assentou o tratamento dos usuários de drogas no país. Aos “viciados” era imposto o tratamento psiquiátrico em estabelecimento hospitalar, sendo inclusive a recuperação o parâmetro para se extinguir sua punibilidade. Enfatiza Carvalho (2013, p. 67):

A legislação preservou o discurso médico-jurídico da década de sessenta com a identificação do usuário como dependente (estereótipo da dependência) e do traficante como delinquente (estereótipo criminoso). Apesar de trabalhar com esta simplificação da realidade, desde perspectiva distorcida e maniqueísta que operará a dicotomização das práticas punitivas, a Lei 5.726/71 avança em relação ao Decreto-Lei 385/68, iniciando o processo de alteração do modelo repressivo que se consolidará na Lei 6.368/76 e atingirá o ápice com a Lei 11.343/06.

Paralelamente a esse modelo médico-jurídico, o movimento da reforma psiquiátrica ganhava força em muitos países do mundo, principalmente na Itália, onde, nos anos 1960, começou a influenciar os estudos pelo fim das instituições psiquiátricas. Esse movimento, fundamentado nos pressupostos de Franco Basaglia, visou à extinção das instituições psiquiátricas, nas quais as práticas eram baseadas na exclusão social. Tendo amplo apoio dos usuários e familiares, tal movimento de reforma contribuiu para a formulação de novas práticas de cuidado na saúde mental, sendo referência até hoje e reconhecidamente apoiado pela

Organização Mundial da Saúde (AMARANTE, 2005 apud RAMOS, 2012). No dizer de Basaglia (1980, p. 52):

O hospital em si é doente. Todos afirmam que a organização não está bem. É difícil sair dessa gaiola porque a organização da medicina é feita assim. Seria preciso mudar a lógica da medicina para sair desse drama. Não estamos satisfeitos nem com os médicos, nem com os hospitais, nem com a medicina, nem com a maneira pela qual se organizam os serviços de saúde pública. Na verdade, não estamos satisfeitos com nada.

Porém a postura do Brasil, alinhado às convenções da ONU, ao ideário proibicionista instalado pelos Estados Unidos da América e à doutrina de segurança nacional, levantada pela ditadura militar, favoreceu o enrijecimento das legislações, nos anos 70. As instituições paulatinamente passaram a adotar posturas criminalizadoras e patologizantes, de maneira que o debate se estendeu a um nível político, centrado também na lógica de salvação nacional.

De outro aspecto, é oportuno frisar que dois crimes ocorridos no Brasil, em 1973, tiveram também importância para a emergência da legislação subsequente: trata-se do assassinato da menor Araceli Cabrera Crespo, de 9 anos de idade, em 27 de maio de 1973, a qual foi sequestrada em Vitória (ES) por três empresários. O laudo pericial do crime concluiu que, antes da morte, a menina havia sido drogada e posteriormente abusada sexualmente. O outro crime é o assassinato da menina Ana Lídia Braga, de 7 anos, em 11 de setembro de 1973, tendo sido seu corpo encontrado com evidências de abuso sexual. Tal crime, por envolver jovens de famílias conhecidas do Distrito Federal e envolvidos com o uso de drogas, teve as investigações realizadas secretamente a mando de autoridades militares (AMUY, 2005).

Por conseguinte, em 22 de outubro de 1973, o então deputado Peixoto Filho fez encaminhar à Câmara dos Deputados o requerimento n. 47, com 104 assinaturas, requerendo a abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI (AMUY, 2005). Adiante, em 1974, foi instituída em nível da Câmara de Deputados essa CPI, a qual tinha como finalidade, em suma, a investigação das causas do uso e do tráfico de substâncias alucinógenas. A citada Comissão Parlamentar apontou, em seu relatório final, a necessidade de criação de mecanismos mais eficientes quanto à prevenção e à repressão às drogas, no país, o que desencadeou as discussões para a formulação da Lei n. 6.368/76 (RODRIGUES, 2004).

A Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976, promulgada pelo então presidente Ernesto Geisel, representou mais um enrijecimento proibicionista, no que tange ao controle do Estado sobre o uso, a produção e o tráfico de substâncias entorpecentes. O regime militar fazia questão

de manter sua força, esboçada seja na criminalização, seja na patologização das condutas. Assinala Karam (1997, p. 344):

Neste ponto, é significativo, em nossa legislação, a utilização de linguagem característica da antiga doutrina de segurança nacional, que, neste tema das drogas qualificadas de ilícitas, insiste em sobreviver, aparecendo no estabelecimento de um dever legal de colaboração, que expresso no artigo 1º da Lei n. 6368/76, ressurgiu no substitutivo adotado pela Comissão Especial constituída pelo presidente da Câmara de Deputados para apreciar os diversos projetos de lei que dispõem ser “dever de todas as pessoas, nacionais e estrangeiras, com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção do tráfico ilícito, do uso indevido e da produção de substâncias entorpecente e drogas afins”.

Segundo Carvalho (2013, p. 75), “ O discurso do tipo penal militarizado de repressão às drogas ilícitas no Brasil aparece como pano de fundo na construção normativa da Lei 6.368/76”. Essas evidências foram acompanhadas pela nova realidade que o país atravessava. No início dos anos de 1970, vivia-se o “milagre econômico brasileiro”. As políticas desenvolvimentistas do regime militar, através dos grandes projetos, como a construção da Rodovia Transamazônica, a construção da ponte Rio-Niterói e a expansão da malha viária brasileira, eram embaladas por um clima de ordem militar caracterizado também pela docilização dos corpos.

O excesso de dependência ao capital financeiro foi marca desse período, o qual também não conseguiu avançar em maiores investimentos sociais; ao contrário, baseado em obras e projetos grandiosos, relegou à população mais pobre os baixos salários e poucos investimentos sociais. A crise internacional do petróleo, iniciada em 1973, afetou profundamente essa fase econômica, marcando essa década como de grandes paradoxos.

A desproporcionalidade entre o avanço econômico e o retardo e abandono de programas sociais foi uma das características do “milagre brasileiro”. O país teria destaque mundial, no que se relaciona ao crescimento, notadamente o industrial, entretanto, seria caracterizado por baixíssimos indicadores responsáveis pela mensuração da qualidade de vida da população, como os de saúde, de educação e de habitação (FAUSTO, 2009).

Nesse contexto, a Lei 6.368/76 ainda alargou a repressão principalmente às camadas mais estigmatizadas da sociedade. Os binômios dependência-tratamento e tráfico-repressão transitaram por toda a citada legislação e a junção da dependência-delito desencadeou um agravamento da criminalização da adicção, estabelecendo uma intervenção do Estado com a

finalidade de impedir o crime (CARVALHO, 2013).

No que tange ao tratamento, a lei não utilizou mais a nomenclatura do viciado, todavia, substituiu-a pela de dependente, demonstrando certo avanço com relação à legislação anterior, porém, ratificando o modelo hospitalar para a internação e prevendo, quando necessário, o modelo extra-hospitalar com a assistência do serviço social competente. Essa política repressiva e patologizante retornou por quase três décadas com um emaranhado de fórmulas proibicionistas, conectadas a uma postura não somente repressiva, mas também vinculada à condução de um governo militarizado e alinhado à postura dos Estados Unidos da América, bem como às Convenções da ONU.

No plano repressivo, os Estados Unidos continuaram conduzindo suas políticas repressivas ao tráfico de drogas, sobretudo nos anos de 1980. Foi durante o governo de Ronald Reagan que a política de guerra às drogas nos Estados Unidos se intensificou. No ano de 1984, o Congresso norte-americano aprovou o *Omnibus Crime Bill*, autorizando o confisco de bens de pessoas ligadas ao tráfico a ser efetuado Ministério Público (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006). A propósito de uma das ações repressivas daquele país, Delpirou e Labrousse (1988, p. 280) ilustram:

Certamente, na época da campanha *anti-Cannabis*, conduzida pela polícia em 1983, 13 milhões de pés foram destruídos (principalmente na Califórnia, estado que fornece sozinho 30% da produção nacional) e 4941 pessoas foram presas. Mas isto não impediu as áreas semeadas de crescerem 20% entre 1983 e 1984. As campanhas de erradicação se tornaram um rito sazonal depois do qual a *Cannabis* renasce de suas cinzas mais vigorosa que nunca, o que faz os governos dos países latino-americanos rirem quando são acusados pelos Estados Unidos de não se apressarem para acabar com a coca!

Entre 1984 e 1985, há de se ressaltar que emerge o *crack* como droga consumida por populações marginalizadas, particularmente negros e hispânicos, nos bairros pobres de Los Angeles, Miami e Nova Iorque. A referida droga era obtida por um processo de fabricação de baixo custo e foi responsabilizada pela explosão da violência, nas periferias americanas, naquele período; o que acarretou ainda a superlotação das cadeias por porte de *crack* (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

Assim, essas ações, diante das políticas repressivas, irão se reproduzir por longo tempo, nos Estados Unidos, no decorrer das décadas seguintes, de modo a influenciar parte da América

Latina nessa condução da repressão ao tráfico e ao usuário de drogas. Nessa época, o Brasil vivia os anos de abertura política. No final dos anos de 1970, a lei de anistia sinalizava os bons ares da redemocratização que ocorreria na década seguinte. Os anos de 1980 foram marcados pela ebulição por democracia. Do ponto de vista econômico, viviam-se anos de recessão. Explicita Fausto (2009, p. 502):

A recessão de 1981-1983 teve pesadas consequências. Pela primeira vez desde 1947, quando os indicadores do PIB começaram a ser estabelecidos, o resultado em 1981 foi negativo, assinalando queda de 3,1%. Nos três anos, o PIB teve um declínio médio de 1,6%. Os setores mais atingidos foram as indústrias de consumo durável, como, por exemplo, os eletrodomésticos e de bens de capital, concentradas nas áreas mais urbanizadas do país. O desemprego nessas áreas tornou-se um problema sério. Calcula-se que o declínio da renda foi mais grave do que o corrido nos anos seguintes à crise de 1929.

Essa realidade de crise agravou os problemas sociais. Os investimentos, que já eram poucos, foram reduzidos. Os centros urbanos brasileiros cresciam desordenadamente e, com essa perspectiva de crise político-econômica eclodiram graves questões sociais, como a falta de habitação, saneamento e emprego. Adiante, verifica-se que a “devolução” do poder político aos civis não foi marcada por debates sociais sobre o modelo de democracia. Segundo parte dos militares, o país que deveria emergir com a abertura era um Estado comandado pela elite beneficiada pelo militarismo, porém, em sua transição para o regime democrático, teve forte influência de outros setores, como os partidos políticos e as organizações não partidárias (SILVA, 2014).

2.3 As Políticas sobre Drogas com a Redemocratização do País

O movimento das diretas, dentre os vários fatores, teve influência da crise de Estado marcado pela redução da capacidade da gestão econômica, bem como da crise do regime ocasionada também pela mudança nas relações de poder, com o enfraquecimento do poder executivo federal, baseado na fragmentação da base política do governo federal perante o Senado e a Câmara Federal (BERTONCELO, 2009).

Mesmo sendo rejeitadas as eleições diretas para presidente, o movimento teve grande apoio popular. Tancredo Neves e José Sarney, embora eleitos de forma indireta, representaram uma transição política caracterizada pela oposição no poder e, com a morte do primeiro, em 1985, assume seu vice. A crise econômica, a alta inflação, a carestia foram marcas do governo de

José Sarney, entretanto, foi nesse mesmo governo que se firmaram as bases democráticas estabelecidas até hoje, como a Assembleia Nacional Constituinte, iniciada em 01 de fevereiro de 1987, a qual culminou na promulgação da atual Constituição Federal, em 05 de outubro de 1988. A elaboração desse documento contou com ampla participação popular de setores sociais como sindicatos, associações e movimentos sociais, os quais contribuíram na forma de milhares de sugestões encaminhadas à Constituinte.

Esses novos ares da democracia concediam ao cidadão novas garantias, sob o aspecto constitucional. Para termos uma ideia, as garantias constitucionais da Carta Magna anterior eram localizadas no final do texto constitucional, ao passo que, na Constituição de 1988, ganhavam a posição de início do artigo 5º, com a maior quantidade de garantias nunca dantes imaginadas, como igualmente em outros artigos: os direitos sociais, o direito à saúde, à educação, à assistência social, à família, às crianças e aos adolescentes, ao idoso, além das populações indígenas. Afirma Ribeiro (2006, p. 470):

A partir do restabelecimento do Estado Democrático de Direito, notadamente após o advento da Constituição da República de 1988, experimentamos uma breve fase que se apresentava com ares liberalizantes. Isso se deu a reboque das reformas institucionais e legislativas que, à época, a imprensa se referiu como “entulho autoritário”. O debate acerca de outros modelos alternativos à repressão ganha as ruas também em função de que estavam evidentemente revogados os dispositivos legais que impunham a censura prévia a respeito do tema drogas, sendo certo que, até então, sequer era possível a realização de uma conferência sem prévia autorização [...].

Em 15 de novembro de 1989 e em 17 de dezembro do mesmo ano, conforme previsto na nova Constituição Federal de 1988, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em seu artigo 4º, parágrafo primeiro, foram realizadas as eleições diretas para presidente da República, no Brasil. A partir desse momento, o país viveria também mudanças profundas no que tange à sociedade brasileira.

No plano internacional, nesse período, no que se relaciona à “marcha proibicionista” às drogas, a ONU aprovou outra grande e importante Convenção Internacional. O documento refere-se à Convenção de Viena de 1988, também chamada de Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Ribeiro e Araújo (2006, p.461/462) comentam:

A terceira e última das chamadas Convenções-Irmãs da ONU foi a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (VIENA- 1988). Além de ratificar as resoluções aprovadas pelos encontros anteriores, a

terceira convenção preocupou-se com o crescimento do crime organizado. Neste sentido, a convenção chamou os países-signatários a adotarem medidas de combate ao tráfico de drogas e à lavagem de dinheiro. Além disso, os produtos químicos utilizados na obtenção dos princípios ativos das plantas psicoativas (precursores) passaram a sofrer forte controle por parte das nações. A terceira convenção marca também um novo acirramento da repressão ao usuário de drogas, recomendando aos países-signatários a adoção da criminalização do porte e uso de drogas.

A referida convenção foi ratificada pelo Brasil, através do Decreto n. 154, de 26 de junho de 1991, assinado pelo então presidente Fernando Collor de Mello. Este é composto de 34 artigos versando, em suma, sobre o enrijecimento das legislações em nível internacional com relação à produção e ao tráfico e consumo de drogas, assim como medidas de combate ao tráfico internacional.

Percebe-se, por conseguinte, que a conjuntura política e internacional, paulatinamente, influenciou a repressão às drogas, no Brasil. Essa relação tendeu ao agravamento do modo como a questão passou a ser vislumbrada pela população brasileira, pois, desde os anos de 1980, vários fatores se articularão para essa postura proibicionista, entre os quais o crescimento da violência, redimensionada pelas forças proibicionistas. Salienta Batista (1998, p. 122):

Na transição da ditadura para a “democracia” (1978-1988), com o deslocamento do inimigo interno para o criminoso comum, com o auxílio luxuoso da mídia, permitiu-se que se mantivesse intacta a estrutura de controle social, com mais e mais investimentos na “luta contra o crime”. E, o que é pior, com as campanhas maciças de pânico social, permitiu-se um avanço sem precedentes na internalização do autoritarismo. Podemos afirmar sem medo de errar que a ideologia do extermínio é hoje muito mais massiva e introjetada do que nos anos imediatamente posteriores ao fim da ditadura.

É interessante perceber que, nos anos de 1970, eram raros os trabalhos que abordavam o tema da violência sob o prisma da criminalização, não havendo grande repercussão popular e a massificação do tema, o que de fato se intensificou a partir da década de 1980 (ZALUAR, 1999). Para Wiewiorka (2006, p. 223),

Seria absurdo só pensar a violência com referência ao sujeito, quer se trate do ator ou da vítima. As condutas humanas, com efeito, não se desenvolvem no vazio ou apenas no choque de subjetividades, mas no seio de sistemas sociais, políticos, culturais. Porém, ao sair de uma época em que a reflexão em geral, ou relacionada à violência em particular, teve tendência a desinteressar-se do sujeito, a ponto que alguns proclamavam nada menos que sua morte, e quando, manifestamente, assistimos por toda a parte a um retorno do sujeito, parece-me que, ao pensar a violência na perspectiva do sujeito, damos condições para melhor refletir sobre os meios de enfrentá-la.

Tal enfoque da violência no sujeito é de suma importância para se investigar sua criminalização, nesse final de século. Diferentemente da interpretação do autor, passou-se

paulatinamente a analisar este sujeito como inimigo, como indivíduo a ser extirpado da sociedade. Melhor seria interrogar o mesmo do ponto de vista do enfrentamento, porém, a criminalização passou a ser conduzida pelos discursos proibicionistas. Houve, assim, um deslocamento na transição da ditadura, emergindo o *mito da droga*, com forte apelo legal, criminalizador e emocional, propagado pela mídia e fortemente subjetivizado pelo imaginário popular (BATISTA, 1998).

Dessa criminalização desponta igualmente a relação entre a violência e as drogas, que tomou conta dos debates fortemente, a partir desse período, e teve como aspecto importante o de grande atuação da imprensa, no processo de criminalização do usuário e do traficante de drogas. Esse ponto de vista será latente, se vislumbrarmos a reprodução da violência através principalmente das mídias, no final do século XX.

Em estudos realizados por Notto et al. (2003) sobre drogas e saúde na imprensa brasileira, chegou-se a estereótipos diferenciados com relação a diversas drogas: a heroína foi abordada como problema crescente no país; a cocaína, como problemática já instalada e responsável por muitos casos de dependência e pelo crescimento da violência. Notam-se juízos de valor muito próximos à criminalização.

Sobre o aspecto da criminalização, Zaffaroni e Batista (2003, p. 60) ensinam que “[...] por sistema penal entendemos o conjunto das agências que operam a criminalização (primária e secundária) ou que convergem na sua produção”. Segundo os autores, essas agências concorreriam entre si: as agências políticas; as agências judiciais, as quais incluiriam os juízes, os advogados, o ministério público; as agências policiais; as agências penitenciárias; as agências da comunicação social, incluindo as mídias, como o rádio, a televisão, a imprensa escrita; as agências de representação ideológicas, representadas pelas universidades, pelas academias, pelos institutos de pesquisa; as agências internacionais, compostas pelos organismos como a própria ONU.

Logo, a mídia representaria uma dessas forças criminalizadoras, responsáveis pela “condenação antecipatória” do usuário de drogas, o que se coaduna também perfeitamente com o entendimento de Zaluar (1999, p.14), quando declara: “A violência, como qualquer outro instrumento, pode, portanto, ser empregada racional ou irracionalmente, pode ser considerada boa ou má, justificada ou abominada”.

Sobre outro aspecto, no Brasil, em 11 de janeiro de 2002, foi sancionada pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, a Lei n.10.409/02, a chamada nova lei de drogas, a qual não mostrou avanços significativos no que atine à descriminalização. De acordo com Carvalho (2013), ocorreu a revogação parcial da Lei n.10.409/02. No projeto dessa nova Lei, o caráter delitivo do porte de drogas para uso pessoal se manteve, no entanto, foi adotada como medida uma política criminal não encarceradora, com o advento das penas alternativas. A criminalização do comércio de drogas ilícitas igualmente persistiu, o que demonstrou o caráter proibicionista do legislador, inclusive com a mesma espécie e quantidade de pena prevista na lei anterior. Todavia, após a sua aprovação pelo Congresso, alguns artigos dessa nova lei foram vetados pelo Presidente da República, passando a vigorar somente a parte processual. Consequentemente, as penas continuaram a ser regidas pela Lei n. 6.368/76, o que não caracterizou grandes modificações.

Percebe-se, então, que o tabuleiro de xadrez apenas mudou de forma, as peças continuaram as mesmas e o jogo não se modificou, em sua essência. De um lado, a criminalização do porte/tráfico e, de outro, as forças articuladas a, em tese, proteger a sociedade da “violência” gerada por esta. Os índices superlativos do encarceramento no Brasil, neste início do século XXI, são apontados como efeitos diretos da criminalização de drogas, no país. O aprisionamento da juventude vulnerável expressa essa realidade, da qual a norma jurídica expressa o ápice, a partir dos vazios e dobras de legalidade (CARVALHO, 2013b).

A visão seletiva do direito penal reafirmou a exclusão de jovens pobres e alimentou a diferenciação entre jovens pobres e jovens ricos. Aos jovens ricos, o consumo de drogas é tolerado e, aos jovens pobres, é negada a sua cidadania (BATISTA, 1998). O que a prevenção ao crime vem a amearhar é, além da exclusão, o estigma da marginalização. Enfatiza Passeti (2012, p. 21): “A prevenção geral é sempre seletiva. Os perigosos são tidos como anormais, subversivos, assaltantes, pobres, etnias diversas, pessoas, grupos ou classes tidos como intoleráveis”.

Nessa conjuntura, além do processo de criminalização do outro, evidencia-se o crescimento do tráfico de drogas ilegais, o que propicia também um investimento maciço no encarceramento e na violação de direitos humanos, em face dos membros das classes sociais vulneráveis, segundo Batista (1998, p. 123), “[...] sejam eles jovens negros e pobres das favelas do Rio de Janeiro, sejam camponeses colombianos, sejam imigrantes indesejáveis no Hemisfério Norte”.

É nesse apogeu criminalizador que, em 23 de agosto de 2006, foi sancionada pelo

presidente Luiz Inácio Lula da Silva a atual lei de drogas. A Lei n. 11.343/2006, apesar de ser antecedida pela construção de uma política pública de governo sobre drogas, veio reafirmar a postura proibicionista sempre adotada pelo país. Sobre esse aspecto, Karam (2008, p.105) observa:

A Lei 11.343/06 é apenas mais uma dentre as legislações dos mais diversos países que reproduzindo os dispositivos criminalizadores das proibicionistas convenções da ONU, conformam a globalizada intervenção do sistema penal sobre produtores, distribuidores e consumidores das selecionadas substâncias psicoativas e matérias-primas para sua produção, que, em razão da proibição são qualificadas de drogas ilícitas.

Esse recrudescimento da lei torna-se transparente no texto da Lei 11.343/06, da forma seguinte: a) a quantidade de pena para o crime de tráfico foi aumentada de três anos de pena mínima para cinco anos de reclusão; b) A citada lei equiparou o fornecimento gratuito da droga ao tráfico, o que, segundo Karam, viola o princípio jurídico da proporcionalidade; c) A lei manteve a criminalização do porte para uso pessoal de drogas, estabelecendo penas de advertência, prestação de serviços à comunidade, comparecimento a programas ou curso educativo; ocorrendo descumprimento, admoestação e multa. Portanto, faz-se constatar que as políticas de drogas no Brasil ainda transitam por vertentes proibicionistas, mescladas por perspectivas patologizantes (KARAM, 2008).

Esse ideário de avanço é facilmente desmentido pelos tipos penais incriminadores. Questiona-se, por conseguinte, o que a lei teria avançado, do ponto de vista da descriminalização, o que há de se observar como quase nenhum progresso, pois, mesmo o usuário continuou com o estigma do criminoso e, ainda que sua pena seja considerada, em tese, de menor potencial ofensivo, passará pelo crivo de controles. Ressalta Carvalho (2013b, p.43): “Embora o dispositivo seja destinado ao juiz, sabe-se que a primeira agência de controle que é habilitada ao exercício criminalizar é a policial”.

Nesse ínterim, a seletividade penal terá um viés encarcerador crescente, o que se confirma pelos números dos últimos anos.¹⁰ Nesse aspecto, a norma jurídica acaba por legitimar e, assim, alicerçar essa conjuntura à qual o indivíduo é categoricamente submetido. Essa norma,

¹⁰ Segundo Carvalho (2013b, p.50), baseado em dados oficiais divulgados pelo Ministério da Justiça do primeiro semestre de 2012: 1) 24,37 % da população carcerária nacional foram condenados pelo art.33 da Lei n. 11.343/06; 2) 22,73% da população carcerária masculina foram condenados pelo art. 33 da citada lei; 3) 65,04% da população carcerária feminina foram condenados pelo art. 33 da supracitada lei de drogas.

aqui de natureza criminal, acaba tendo um papel de regulação da proibição do consumo e do tráfico, prescrevendo mecanismos de interdições para quem as transgrida (QUINTAS, 2011).

Tal proibicionismo expresso nas várias regulações, no Brasil, está vinculado a um conjunto de forças disparatadas, atentas a fomentar um ambiente livre das drogas. Portanto, a Lei 11.343/2006, apesar da peculiaridade que atine a estrutura e modo de expressão da norma, conduzirá ao mesmo raciocínio das outras legislações. Em consequência, como há poderes e resistências, o tabuleiro de xadrez refletirá o jogo e o *status* de suas peças. Nesse sentido, Foucault (2012, p. 35) observa:

Só uma ficção pode fazer crer que as leis são feitas para ser respeitadas, a polícia e os tribunais destinados a fazê-las respeitar. Só uma ficção teórica pode fazer crer que subscrevemos de uma só vez por todas às leis da sociedade à qual pertencemos. Todos sabem, também que as leis são feitas por uns e impostas aos outros.

Assim, cabe sempre interrogar, questionar e desconfiar da norma jurídica, em seu sentido de preservação do bem comum. Ela é construída por nós e imposta a nós, através de um conjunto de forças e resistências que se digladiam nesse imenso painel de subjetividades. Essa visão totalizante da norma, a despeito de buscar criminalizar, nunca enquadrará o fenômeno apresentado como mal-estar da sociedade, pois o sujeito usuário de droga excluído pela norma se manifesta como resto inapreensível por esse tipo de discurso, produzindo, no real do uso da droga, as verdades do humano que abalam os ideais da normalidade social, e ele denuncia as falhas mesmas desse sistema do fracasso sobre si, causando um “furo”, ou seja, haverá sempre verdades não ditas.

CAPÍTULO III

Biopolítica, Normas Jurídicas e suas Interfaces com a Política de Drogas e as Comunidades Terapêuticas

Nas terras vizinhas, pratica-se a agricultura e a criação; o jardim "produz frutos e legumes em abundância; ao mesmo tempo, oferece a muitos doentes um lugar agradável para a recreação e para o trabalho". O exercício ao ar livre, os passeios regulares, o trabalho no jardim e na fazenda têm sempre um efeito benéfico "e são favoráveis à cura dos loucos" (FOUCAULT, 2010, p.457).

3.1 – Algumas reflexões sobre a Biopolítica

Considero de suma importância, para se analisar os documentos que se entrelaçam ao fortalecimento das comunidades terapêuticas, nos últimos anos, o entendimento da investigação sobre os dispositivos biopolíticos. Um dos principais objetos das pesquisas de Foucault se refere aos dispositivos de poder (FOUCAULT, 2012) e suas relações com o controle social. Assinala Foucault (2014b, p. 119): “Não é, pois o poder, mas o sujeito que constitui o tema geral de minhas pesquisas”.

Essa espécie de precaução metodológica na qual se assenta a preocupação em se deixar transparecer o sujeito assume um caráter basilar para se interrogar os documentos. Do ponto de vista das relações de poder, esses sujeitos atravessarão relações múltiplas e de resistências, as quais não deixam de estar embutidas em cada quadro, pois também se preconiza no pensamento foucaultiano que o poder gera resistências.

Tal campo político, no qual estão inseridos os corpos nas relações de poder, é marcado por um emaranhado de instrumentos múltiplos. O grande trunfo aqui é que haverá uma harmonia simbiótica de relações entre o que se poderia chamar sujeitados e que sujeitam, nesse âmbito, de sorte que os saberes assumirão a base nesses contextos. Para Deleuze (2010, p. 126), “ O poder é precisamente o elemento informal que passa entre as formas do saber, ou por baixo delas. Por isso ele é dito microfísico [...]”.

Assim, enquanto o poder circulará e em cadeia formará um conjunto de matizes invisíveis, como de um arco-íris, o saber será como o conto ou o estudo empírico sobre essa

formação espetacular de cores que se forma no céu. O poder, para Foucault, seria uma espécie de elo, sem forma e visibilidade, compreendido na multiplicidade e no jogo de forças. Afirmo Díaz (2012, p.120): “As relações de poder caracterizam-se pela capacidade de uns para poder ‘conduzir’ as ações de outros. É uma relação entre ações, entre sujeitos de ação. [...]”.

Essa condução de relações, mesmo que invisíveis, para mim é como se assemelhassem às ilusões de ótica, podendo facilmente enganar os olhos. Será representada pelo que se observou, como a definição de cores desse mesmo arco-íris, entretanto, no seu interior, cada cor será outra ou na possibilidade de vir a ser, o que muito se parece com esse poder, pois, dependendo do aspecto a ser investigado, assumirá outras nuances, “formas”, “cores invisíveis”. Deleuze (2013, p. 37) explicita:

Postulado da essência ou do atributo: o poder teria uma essência e seria um atributo, que qualificaria os que o possuem (dominantes) distinguindo-os daqueles sobre os quais se exerce (dominados). Mas o poder não tem essência, ele é operatório. Não é atributo, mas relação: a relação de poder é o conjunto de relações de forças, que passa tanto pelas forças dominadas quanto pelos dominantes, ambos constituindo singularidades [...].

Essas relações circulariam, não estariam localizadas aqui ou ali, arquetariam-se através de um encadeamento entre os corpos e nunca estariam apropriadas, passariam por eles, se exercendo, pois, em rede (FOUCAULT, 2014a). De outro aspecto, para se investigar os dispositivos de poder, segundo Foucault (2014b, p.119), “Precisamos conhecer as condições históricas que motivam tal ou tal tipo de conceituação. Precisamos ter uma consciência histórica da situação na qual vivemos”.

Essa etapa torna-se fértil quando investigamos os dispositivos da biopolítica, a partir do século XVIII. Tal conceito estudado por Foucault preconizou, entre vários aspectos, a gestão da vida e os dispositivos de controle sobre os corpos. Investigando a história ocidental, principalmente desde a baixa Idade Média, compreendida entre os séculos X e XII, apogeu do regime feudal que foi marcado pelo fim das invasões bárbaras, verifica-se que o poder é paulatinamente concentrado nos monarcas, gênese dos Estados nacionais. Salienta Le Goff (2010, p. 81):

No grupo senhorial se distingue, se afirma, após o ano 1000, uma camada superior, a nobreza. A nobreza está ligada ao poder, à riqueza, mas essencialmente, repousa no sangue. É uma classe de prestígio, preocupada em manifestar sua posição, particularmente por um comportamento social e religioso, a liberalidade [...].

Decerto uma das condições que favoreceu a estratégia de dominação da classe

camponesa pelo monarca foi impulsionada também por uma certa concentração de poder centralizado nos domínios da terra, das vilas e das pequenas cidades organizadas militarmente, objetivando a proteção contra o invasor. Esse caráter cooperou para um certo controle sobre aquela população.

Enfatizam Montanelli e Gervaso (1966, p. 100): “O êxodo do campo acelerou o progresso da cidade, que teve que ampliar o cinturão de suas muralhas e adequar os serviços às novas exigências. Aldeias de mil habitantes transformaram-se em metrópoles de 30 mil [...]”. Essa pequena urbanização, dentre outros aspectos, permitiu privilégios à nobreza, pois conduziu a sua maior organização como autoridade central. A tecnologia do poder levou ao desenvolvimento do regime da servidão e, de outro modo, a uma apropriação dos corpos através do artifício político da “proteção” do súdito, do camponês, do artesão.

Nesse período, o poder de vida e morte, relegado ao monarca e resquício do pátrio poder do direito romano, foi traço do controle sobre o campesinato. Adiante e paulatinamente, verificou-se que houve a transformação dessas relações de poder (FOUCAULT, 2005). O monarca, então, era caracterizado como além do traço político do protetor, era ao redor dele que circulava aquela sociedade, seus bens e seus corpos. Tinha a autoridade central sobre todos e, nessa perspectiva, o direito sobre a vida. Foucault (2004, p.422) destaca:

A partir dos séculos XVI-XVII – foi o que lhes procurei mostrar ano passado -, a regulagem do exercício do poder não me parece ser feita segundo a sabedoria, mas segundo o cálculo, isto é, cálculo de forças, cálculo de relações, cálculos das riquezas, cálculos dos fatores de poder. Ou seja, não se procura mais regular o governo pela verdade, procura-se regulá-lo pela racionalidade. Regular o governo pela racionalidade é, parece-me, o que se poderia chamar de formas modernas da tecnologia governamental [...].

Essa nova forma de governar assumiu um caráter importante para a modernização dos Estados nacionais. Emergiram também tecnologias responsáveis pelo fortalecimento desses governos, como os próprios exércitos, os quais foram fortalecidos e responderam por boa parte da expansão das fronteiras nacionais. A disciplina teve, sob esse aspecto, um importante papel nessa racionalidade. Assevera Agamben (2008, p. 155):

Foucault – como vimos – define a diferença entre o biopoder moderno e o poder soberano do velho Estado territorial mediante o cruzamento de duas fórmulas simétricas. *Fazer morrer e deixar viver* resume a marca do velho poder soberano, que se exerce, sobretudo, como direito de matar; *fazer viver e deixar morrer* é a marca do biopoder,

transformando a estatização do biológico e do cuidado com a vida no próprio objetivo primário.

O corpo passou então a ser apropriado, modelado, a ser alvo direto do poder, investiu-se nele para manipulá-lo e controlá-lo. Já nos séculos XVII e XVIII, o poder se transformou, tornou-se diferente da escravidão, da domesticidade, da vassalagem, pois passou a gerir o corpo pela docilização da “anatomia política” (FOUCAULT, 2012). Gradativamente, esse poder de matar para poder viver, assumido pelos Estados, passou a ser conduzido na perspectiva biologizante, pela adoção da gestão da vida e não da morte, como de princípio. Passou-se assim a gerir a vida através da saúde, natalidade, raça, longevidade e da higiene (FOUCAULT, 2008).

Os Estados, já consolidados, começaram a gerir seu campo político sobre as populações baseados em uma série de técnicas de assujeitamentos e parâmetros normalizadores. Para tanto, utilizaram dispositivos disciplinares. Tais disciplinas do corpo e a regulação da população são os binômios nos quais se assentou e se permitiu o desenvolvimento da gestão do poder sobre a vida, demonstradas pelo desenvolvimento, nesse período, da biologia e da anatomia, cujos objetivos também estavam na investigação da vida, para assim melhor geri-la (FOUCAULT, 2005).

Essa docilização dos corpos veio a permitir um orquestramento social a partir da utilidade, em um momento que coincide inclusive com a emergência da classe burguesa, figura motriz do liberalismo e do desenvolvimento do capitalismo, naquele período. Nas palavras de Hobsbawn (2007, p.90):

Não obstante, um surpreendente consenso de idéias gerais entre um grupo social bastante coerente deu ao movimento revolucionário uma unidade efetiva. O grupo era a “burguesia”; suas idéias eram do liberalismo clássico, conforme formuladas pelos “filósofos” e “economistas” e difundidas pela maçonaria e associações informais. Até este ponto os “filósofos” podem ser, com justiça, considerados responsáveis pela Revolução. Ela teria ocorrido sem eles; mas eles provavelmente constituíram a diferença entre um simples colapso de um velho regime e a sua substituição rápida e efetiva por um novo.

Adiante, como o século XVIII é marcado pelas revoluções burguesas, torna-se evidente que essa conjuntura foi influenciada na prática pelas ideias iluministas e pelo ideário econômico. O poder, nesse tempo, orienta a biopolítica sobre as populações, com o objetivo de gerir a vida e suas nuances nesse novo sistema recentemente instalado. Nesse ínterim, igualmente desde o século XVIII, a medicina assumiu um papel muito importante na forma com que os Estados passaram a adotar seus discursos. A condução da vida através de parâmetros medicalizantes,

patologizantes e da normalidade/anormalidade se refletiu no início do contexto biopolítico.

A emergência da medicina como suporte a essa gestão da vida foi produto de um processo singular nos Estados, no desenvolvimento da medicina social: Nota-se que, na Alemanha, será impulsionada pela política médica, polícia e normatização médica; na França, pelo crescimento urbano, o qual desenvolveu a medicina urbana, enquanto, na Inglaterra, através do controle médico da população pobre (FOUCAULT, 2014 a). Foucault (2005, p. 132) ensina:

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas, o capitalismo exigiu mais que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade; foram-lhe necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar; se o desenvolvimento dos grandes aparelhos do Estado, como instituições de poder, garantiu a manutenção das relações de produção, os rudimentos de anátomo e de bio-política, inventados no século XVIII como técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social e utilizadas por instituições bem diversas (a família, o Exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletivas), agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e os sustentam [...].

Esse poder sobre os corpos, naquele momento, mais do que nunca, ordenado, organizado e tecnológico, estendeu-se sobre o modo de produção capitalista. Seu campo de atuação permitiu a criação de controles sobre o indivíduo, o qual começou a ter sua liberdade, sua vida disciplinada e organizada através dos dispositivos biopolíticos.

Isso teve grande influência sobre os modos da sociedade atual, possibilitando o entrelaçamento de forças e resistências do que hoje vivenciamos do ponto de vista do controle das instituições sobre o indivíduo. A norma passou a aferir modos de vida subjetivados, apropriados, normalizados pela população, a exemplo da medicalização da vida, da legitimação dos saberes morais, dentre outros aspectos.

Nesse sentido, os saberes biopolíticos também foram apropriados pelas instituições, no decorrer dos séculos XIX e XX. Os Estados, através deles, principiaram a gerir a vida e criar estratégias de poder objetivando ainda o controle de classes. São fartos os episódios que expressaram esse ideal, nesses séculos, como as normalizações decorrentes das revoluções burguesas do início do século XX, como a consolidação da medicina social, da educação burguesa e da psiquiatrização da vida.

Torna-se elementar destacar que essa estratégia contribui para a emergência dos hospitais, dos manicômios psiquiátricos, do desenvolvimento das tecnologias encarceradoras, do higienismo, assim como o proibicionismo do consumo de drogas. No que toca ao campo de proibição das drogas e conseqüentemente à biopolítica, surgiram no século XX muitas construções normativas que ora patologizaram, ora criminalizaram o usuário de drogas ilícitas, como já esboçado nos capítulos anteriores (cf. CARVALHO, 2013; KARAM, 1997; RODRIGUES, 2003; FIORE, 2005; BRITO NETO et al., 2015).

Essa patologização e criminalização do usuário são elementos fundamentais para se investigar os documentos exarados nessa perspectiva, pois, a partir dessa premissa, conseguimos também interrogá-los e examinar qual seria o contexto político de sua produção e dos saberes. Assim, tais forças, saberes, poderes e subjetividades passaram a ser interrogados por meio dos documentos propostos, visando, portanto, a investigar qual a lógica na qual estão alicerçadas as Comunidades Terapêuticas no Brasil hodierno.

3.2 O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e o Fortalecimento das Comunidades Terapêuticas

Nesta parte, será efetuada a análise dos textos legais e destacadas suas interfaces com os jogos de poder que refletem o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, no Brasil. É digno de nota que essa relação estabelecida na emergência dos documentos não revela um caráter causal, mas único, na perspectiva da norma e da lei. Separo norma e lei, pois, segundo o pensamento foucaultiano, a norma está relacionada à normalidade, diferentemente da concepção jurídica do termo, em que norma significa gênero legal do qual a lei é espécie.

Pelo Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010, assinado pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Ressalto que, sob minha análise, é importante frisar que o Plano Integrado ao Crack trata-se de uma política de governo e, a seu critério, uma escolha quanto à adoção de iniciativas próprias ao seu contexto. Essa peculiaridade quanto a sua natureza é contextualizada a partir de

seu *status* de documento legal, tendo a forma de decreto presidencial¹¹ e não de lei, o que que um decreto pode ser revogado facilmente, bastando a iniciativa do chefe do executivo, diferentemente da lei, que somente pode ser revogada total ou parcialmente por outra lei, tendo esta última critérios mais sólidos e democráticos.

Dessa maneira, se o Plano Crack fosse aprovado por meio de um processo legislativo e que o fizesse sob a forma de uma lei, haveria não uma política de governo, porém, uma política de Estado, construída sobre os ditames da apreciação do Congresso Nacional e sob sua legitimidade legislativa, o que não ocorreu com o Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010.

Tal decreto, contendo 11 artigos, teve seu texto embasado na prevenção, tratamento, reinserção social de usuários e enfrentamento ao *crack* e outras drogas ilícitas, prevendo ações descentralizadas em todos os entes federativos, fundamentando-se ainda na articulação de políticas públicas. O documento enumerou vários objetivos, como: ações voltadas ao tratamento e reinserção social do usuário e ao público vulnerável; a participação dos familiares; o fortalecimento da rede de atenção à saúde e de assistência social; a capacitação dos atores governamentais e não governamentais; a promoção da participação da comunidade e fomento de boas práticas; a disseminação de informações qualificadas relativas ao *crack* e outras drogas; o fomento de ações de enfrentamento ao tráfico de *crack* e outras drogas, principalmente nos municípios de fronteira, além da criação de um comitê de gestão.

Posteriormente, o Decreto n. 7.637, de 08 de dezembro de 2011, assinado pela atual presidenta, Dilma Rousseff, veio a modificar a relação do Decreto n.7.179/2010, acrescentando os artigos 2º A, 4º A, 5º A, 5º B e 7º A. O Plano Crack, aqui entendido como essa política de governo estabelecida pelo citado documento é um importante “divisor de águas” para a política de incremento às Comunidades Terapêuticas, no Brasil, pois foi a partir dele que houve também a adoção de uma postura de apoio financeiro a algumas entidades sob a “tutela” do governo federal, o que refletiu nas demais esferas, como os Estados e Municípios, além do Distrito Federal.

¹¹ Como já explicitado no primeiro capítulo, com base em Meireles (2003, p.178): “Decretos, em sentido próprio e restrito, são atos administrativos da competência exclusiva dos Chefes do Executivo, destinados a prover situações gerais ou individuais, abstratamente previstas de modo expresso ou implícito, pela legislação. Comumente, o decreto é normativo e geral, podendo ser específico ou individual. Como ato administrativo, o decreto está sempre em situação inferior a lei e, por isso mesmo, não a pode contrariar [...]”.

Inicialmente, é oportuno ressaltar que, antes do advento do citado decreto instituidor do plano, a sociedade brasileira, como frisado anteriormente, já se via inserida na série de discussões midiáticas no que envolve a criminalização versus patologização do usuário de drogas e, nesse contexto, obviamente, os estudos sobre violência e mídia (ZALUAR, 1999; NOTO et al., 2003), daí também o Plano Crack ter nascido num contexto de pânico social do uso do *crack*, assim como de carência quanto às estratégias de tratamento comunitário, representando uma fragilidade estrutural das políticas públicas (ANDRADE, 2011).

: Deve-se ainda interrogar, nos documentos, sobre qual o sujeito principal que nele aparece. Essa questão se torna latente, quando reafirmamos que o usuário e o dependente químico permeiam os caminhos da patologização/criminalização nos mesmos, como já ocorreu em normas jurídicas anteriores. O sujeito, nesse processo, é objetivado por várias forças, como os diversos saberes e meandros políticos e morais, representados aqui pelo legislador, pelas forças policiais, pelas religiosas, pelas mídias etc. Barbosa e Bicalho (2014, p. 237) explicitam:

Nesse sentido uma discursão acerca de políticas sobre drogas no Brasil não pode restringir-se aos marcos legais do país, tendo em vista que não é estritamente no campo legal que as relações de poder estão operando forças de existência. É igualmente importante incluir na discursão aquelas outras políticas sobre drogas, que embora não positivadas em documentos oficiais também exercem grande influência em termos de (re)produção de um imperativo dicotomizante. Faz-se referência nesse momento aos discursos espalhados pela grande mídia, discursos recorrentes entre policiais, moradores de favelas e até mesmo entre acadêmicos [...].

O grande cenário superdimensionado pelas forças proibicionistas, tendo a própria mídia como uma das atrizes nesse teatro criminalizador, foi o ideário de “epidemia do *crack*”. Nas grandes cidades, como Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, dentre outras, foi aplicada a lógica estigmatizante do morador de rua usuário e perigoso, a qual muito contribuiu para os programas do governo, alicerçada no pânico social em torno da figura do consumidor do *crack*. Segundo Boiteux (2013, p. 70),

A grande visibilidade das “cracolândias” na mídia é o pano de fundo para justificação dessas medidas extremas pelas autoridades. Observa-se um discurso midiático sem qualquer reflexão, com a construção de uma imagem extremada dos usuários como seres degradados que teriam supostamente perdido sua condição de cidadãos, apoiando e reforçando conclusões não comprovadas cientificamente [...].

A importância dos números, também como estratégia biopolítica, foi essencial para se corporificar uma atmosfera densa da “epidemia” das drogas e em especial do *crack*, no Brasil. Em função da relevância dos dados estatísticos nessa conjuntura, a ONU, quando da divulgação do Relatório Mundial sobre Drogas de 2011, frisou que a falta de dados do Brasil prejudicou uma

análise sistematizada do consumo de drogas, no país, o que igualmente dificultou as pesquisas, realizadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), restritamente aos grupos acadêmicos, no ano de 2001 a 2007 (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013). Escrevem Volcov e Vasconcellos (2013, p.101):

No que diz respeito ao crack, o relatório brasileiro informa que o consumo fora discreto e estável entre 2001 e 2005, sendo que há, “no entanto, fortes evidências de que a partir deste ano o consumo desta substância, bem como sua associação a diversos agravos à saúde, à criminalidade e a violência tem se tornado mais frequente. Ressaltando que não são especificados quais são as evidências tampouco a partir de que dados pressupõe-se a afirmação.

Desse modo, na perspectiva de suprir a necessidade e carência de informações sobre o *crack*, no Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, iniciou em 2010 a Pesquisa Nacional sobre o Uso do *Crack*. Esse trabalho, publicado em 2014, abasteceu os anseios mais repressivos sobre a necessidade ainda maior de intervenção estatal sobre o “problema” do *crack*. A pesquisa realizada em 26 capitais brasileiras e no distrito federal investigou, por meio da exploração etnográfica, as cenas de usos e a formação de um inquérito epidemiológico. Trouxe, assim, uma gama de números e peculiaridades, principalmente no que se relaciona ao consumo público do *crack*.

Frisa-se que a mesma não teve como objetivo o levantamento em espaços privados, clínicas ou sistema prisional (BASTOS; BERTONI, 2014), o que acaba por restringir muito os números aos espaços de consumo de rua. Observando-se por esse aspecto, o documento não é capaz de expressar a realidade sobre o consumo do *crack*, porque, além de ficar adstrito às ruas, acaba por também estereotipar o seu morador. Quanto ao perfil do usuário do *crack* alicerçado por essa pesquisa, esta não conseguiu corporificar em seus números o que a circulação de saberes expressa pela criminalização das mídias, conforme explicita a tabela a seguir:

Tabela 1: Fonte de renda dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Fonte de renda nos últimos 30 dias			
Trabalho por conta própria/autônomo ou trabalho esporádico/bicos	64,9	61,67	67,99
Pedir esmolas	12,8	10,48	15,55
Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)	11,27	9,31	13,59
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas. Como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc)	9,04	7,11	11,42
Trabalho regular sem carteira assinada	8,19	6,53	10,24
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	7,46	5,6	9,88
Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas	6,42	4,28	9,53
Renda de Assistência/Benefício (assistência social, seguro, previdência desemprego, benefício por doença)	5,4	4,15	7,02
Trabalho regular com carteira assinada	4,2	2,89	6,06

(Fonte: Pesquisa Nacional sobre o Uso do *Crack*, 2014)

Nota-se que, mesmo se observadas as estimativas do documento, se indagarmos o seus números paralelamente à lógica midiática criminalizadora, podemos perceber que o percentual das atividades ilícitas do tráfico como fonte de renda não é preponderante sobre o universo pesquisado, o que nos leva a crer na desconstrução da premissa de que a maioria dos usuários de rua engrossa a realidade do crime para sustentar o seu uso/dependência.

Além dessa investigação, em 2010, a Confederação Nacional dos Municípios – CNM – realizou junto a 3.950 cidades brasileiras outra pesquisa sobre a situação do *crack* nos municípios. O documento produzido, carente de metodologia, apontou para a necessidade de investimento público em saúde nos Estados, pois fez transparecer dados como da ausência de equipamentos públicos, no que tange ao enfrentamento ao *crack*, como a inexistência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em vários municípios e a falta de programas municipais voltados ao combate ao *crack*.

Moraes (2008, p.03), sobre as pesquisas relacionadas as drogas, entende que “[...] o saber produzido a partir destes estudos é marcado por profundas incertezas, alimentado pela insuficiência desses dados para uma avaliação global da situação no país e para definição de políticas abrangentes e efetivas”.

Nesse sentido, a eleição do *crack* no plano das políticas de governo expressa muito mais que um viés problematizante, conduzindo a escolhas quanto ao objeto a ser combatido,

criminalizado, patologizado, tal qual o *slogan* da campanha do governo federal: *Crack é Preciso Vencer*. Tais pesquisas, conforme minha compreensão, partem de uma premissa, de um “problema” já instalado, com um viés patologizante e que tenta expressar uma realidade “vista nas ruas” e pouco administrada pelo poder público. A estatística assume papel basilar no plano do que será normalizado, contido, administrado pelo Estado. Esses números, apesar de expressar um saber a ser ilustrado, administrado como um medicamento a personificação de uma sociedade doente, merecem ser perquiridos, indagados sobre sua real produção de subjetividades, para que, por fim, se possa buscar investigar igualmente esse controle sobre os corpos.

Desde o século XVII, a estatística procura normalizar a população, tendo como um de seus objetivos tomar o controle sobre a vida e a morte. Os dispositivos biopolíticos, como a medicina social, tomaram a população como objeto de seu saber, de sua quantificação, do modo como passou a gestar a vida. Foucault (2014, p. 419) observa:

[...] que este esboço da teoria da arte de governar não ficou pairando no ar no século XVI. Não se limitou somente aos teóricos da política. Pode-se situar suas relações com a realidade: em primeiro lugar, a teoria da arte de governar esteve ligada desde o século XVI ao desenvolvimento do aparelho administrativo da monarquia territorial: aparecimento dos aparelhos de governo; em segundo lugar, esteve ligada a um conjunto de análises e de saberes que se desenvolveram a partir do final do século XVI e que adquiriram toda sua importância no século XVII: essencialmente o conhecimento do Estado, em seus diversos elementos, dimensões e nos fatores de sua força, aquilo que foi denominado de estatística, isto é, ciência do Estado.

Essa “ciência” do Estado, imposta pela governamentalidade e baseada no ato de tornar normal o indivíduo, é a base de formulação de algumas das políticas estatais que tendem a desfigurar o traço da subjetividade dos indivíduos inseridos nesse “campo minado” chamado Estado. Os locais de consumo, espaços segregados como as ruas, territórios, estes nomeadas de “cracolândias”, passarão a ser esmiuçados pelos saberes instituídos, pelo higienismo, pela medicina, pelo capitalismo, na forma da gentrificação urbana, assim como pelos olhares criminalizadores da mídia brasileira.

Ensina Caponi (2004, p.447): “Uma característica do biopoder é a importância crescente da norma sobre a lei. A ideia de que é preciso definir e redefinir o normal em contraposição àquilo que se lhe opõe como a figura dos anormais, incorporada logo à categoria de degeneração”. Essa norma irá produzir saberes que se aliarão à medicalização dos corpos e à produção de subjetividades que imporão ao desviante da lei um esmiuçamento de seus padrões de normalidade, suscitando o perfil do usuário de *crack* esboçado nas pesquisas sobre o tema.

O Estado, portanto, atuará de forma múltipla nesse arcabouço de forças, interesses,

necessidades e adequações do indivíduo. Será ele o gestor, o financiador, o apaziguador de anormalidades. De todos os lados serão criadas justificativas que imponham ao usuário de *crack* o tratamento, a internação, a prevenção e a imposição de um padrão a ser seguido, daí as pesquisas se aliaram a esses saberes como forma condutora de fazê-lo normal.

Nesse ínterim, de outro mote, emerge o tema da internação compulsória dos usuários, e suas ressonâncias são superdimensionadas ao apelo de forças. Essas internações forçadas devem ser vistas longe das políticas penais e próximas e impulsionadas no contexto dos megaeventos (Copa do Mundo do Brasil de 2014 e Olimpíadas do Rio de Janeiro de 2016), os quais também influíram nesse tipo de política (BOITEUX, 2013). Nesse mesmo sentido, Bicalho (2013, p. 10), acrescenta:

O país vive um momento de “preparação” de eventos vindouros: a Jornada Mundial da Juventude, em 2013, a Copa do Mundo de Futebol, em 2014, e os Jogos Olímpicos de 2016. “Preparação” não se reduz à implementação de infraestrutura metropolitana, mas, principalmente, da reedição de um higienismo que tem como objetivo tornar a cidade “limpa”. Uma assepsia com foco em uma limpeza urbana que retire dos olhos, ouvidos e narizes da burguesia econômica o “lixo social” que a incomoda.

Vêm corroborar também com esse entendimento Coelho e Oliveira (2014, p. 364), quando afirmam ser “[...] cristalino que o objetivo não é dar o melhor tratamento àquelas pessoas – sim, são pessoas! –, mas ‘higienizar’ a cidade para os futuros eventos internacionais”, tal como se vem fazendo na “revitalização”, i.e., “[...] pinturas, com cores vibrantes, de áreas degradadas [...]”. No caso do Rio de Janeiro, Boiteux (2013, p. 58) exemplifica:

Em relação à distribuição geográfica dessa política nos bairros cariocas, ao todo, 46% das internações se dão na zona sul, 29% no centro e 15% na zona norte. Somando as três porcentagens, temos 90%. Isso confirma que temos um quadro de limpeza social, e não de tratamento de saúde”, afirmou o Promotor de Justiça Rogério Pacheco em Audiência Pública realizada na Câmara Municipal do Rio de Janeiro.

Nesse contexto, essas ações, que foram iniciadas principalmente a partir do ano de 2011, nos grandes centros como Rio de Janeiro e São Paulo, tiveram, aliado à emergência do Plano Crack, um dos seus objetivos, o de corporificar uma espécie de neo-higienismo nesses espaços. Um dos focos aqui encontrados foi a preocupação com a cidade e, paradoxalmente, sem a devida atenção com a humanidade das ações.

As práticas aqui dimensionadas demonstraram um aporte significativo através da cena das cracolândias, do morador de rua, do menor infrator. A internação funcionou como uma medida medicalizante e higienizante, de sorte que os poderes se articularão para esconder a

poeira representada por esses atores sociais estereotipados no tapete de retalhos dos centros de acolhimento e saúde. Afirmam Couto, Lemos e Couto (2013, p. 134):

A prática da internação compulsória, definida legalmente pela Lei n. 10.216/2001, apelidada de Lei Paulo Delgado é alvo de críticas pela maneira como vem sendo aplicada nos grandes centros urbanos do país e também no interior como medida de um processo de medicalização autoritária da indigência.

É essa autorização que, na prática, com aporte irrazoável na Lei n. 10.216/2001, irá conduzir para a violência das ações de práticas da internação compulsória nos espaços nomeados de cracolândias. Paulatinamente o programa *crack* foi sendo fortalecido por essas práticas antagônicas, sendo travadas muitas discussões a respeito de sua autoridade como prática de saúde.

Cabe ressaltar que a Lei 10.216/2001 representou um grande marco da reforma psiquiátrica brasileira, abordando temas como os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de ações e política de saúde mental, a valorização da participação da família e os requisitos para a internação de pessoas acometidas de transtornos mentais.

No mesmo aspecto, no que tange ao dispositivo da internação compulsória, a citada lei trouxe, no seu artigo 9º, a possibilidade de internação à requisição da justiça, o que poderia ser apenas uma medida de exceção, vista a ampliação dessas práticas aplicadas nos grandes centros urbanos. De outro aspecto, a lei Paulo Delgado determinou os parâmetros para o fechamento dos hospitais psiquiátricos, no Brasil, fixando as bases para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS (COUTO; LEMOS; COUTO, 2013).

De acordo com a supracitada lei, os manicômios não encontram nem razão nem base legal de existência. A internação também deve ser empregada como última possibilidade e, conforme o artigo 6º, inciso III, combinado com o artigo 9º da lei Paulo Delgado, a internação compulsória será “[...] determinada de acordo com a legislação, pelo juiz competente que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (BOITEAUX, 2013) e em regime de tratamento aberto, seguindo a lógica de inclusão do portador de sofrimento psíquico na comunidade.

É oportuno frisar que, diante dos moldes com que vem sendo empregada, considerando a requisição por órgãos do poder executivo ao judiciário, a internação compulsória vem violar os

princípios constitucionais, sobretudo da dignidade da pessoa humana e do direito à saúde (COELHO; OLIVEIRA, 2014). Essas ações, por mais que de fundo visem a assegurar a saúde pública e a dignidade do usuário/dependente químico, passam a atingi-lo frontalmente, da forma com que são estabelecidas práticas de normalidade que os estigmatizam e os criminalizam, nesse ambiente urbano. O racismo sobre essa população passa a assumir uma postura segregadora, de maneira que é facilmente colocada à margem dessa sociedade e considerada perigosa.

Por conseguinte, nota-se que o Plano Crack, além de ter contribuído para que houvesse um incremento dos procedimentos das internações compulsórias, favoreceu o fortalecimento das práticas de acolhimento/tratamento por entidades privadas. Esse fenômeno também pode ser analisado com base nas condições dos locais para onde são direcionadas as internações, em nível da dependência química. Enfatiza Boiteux (2013, p.59):

Trata-se de uma estratégia clara de ampliação da atuação (e do financiamento) de comunidades terapêuticas privadas em detrimento do SUS, muito delas ligadas a grupos religiosos, mas outras também a grupos laicos, que se opõem à política de saúde mental que vinha sendo adotada pelo Ministério da Saúde, na priorização do atendimento na rede pública de saúde, no formato preferencialmente ambulatorial, por meio dos CAPS-AD e outras estratégias de redução de danos.

Essa reflexão de saberes é relevante para se investigar a construção do Plano Crack, visto que haverá o incremento de saberes correlacionados ao religioso, aliado às práticas normalizadoras do usuário de drogas. As Comunidades Terapêuticas serão os exemplos mais claros, pois, com o citado plano, foram elas fortalecidas e destacadas nesse contexto de controle dos corpos. É sabido que o Decreto n. 7.179/2010 surgiu como política de governo ainda no mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. É sabido também que as instituições denominadas comunidades terapêuticas nasceram em um período em que o Estado Brasileiro não estabelecia como prioridade as práticas de cuidado com a dependência química (COSTA, 2009).

3.3 A Comunidade Terapêutica: entre a moral, a saúde e a política

Sobre o aspecto histórico da relação entre a religião e a medicina, no Brasil as Santas Casas de Misericórdia são exemplos de como a religião se entrelaçou e competiu historicamente com os saberes médicos. Em fevereiro de 1883, uma grande disputa foi travada entre as religiosas

do Hospital Pedro II e a Faculdade de Medicina, quando esta última solicitou uma ampliação do espaço cedido ao ensino, no Hospital. Tal disputa teve como raiz a competição entre médicos e religiosas sobre os pacientes, naquele recinto (PERES et al., 2011). A propósito dos hospitais, até o século XVIII, Ferla, Oliveira e Lemos (2011, p. 494) destacam:

Os hospitais eram, essencialmente, instituições de assistência de caráter religioso, separação e exclusão dos pobres doentes. A medicina, por sua vez, amparada na noção de crise, consistia numa prática individual, fundamentalmente uma observação médica do “ataque” da doença à natureza sadia dos indivíduos.

Assim, até o século XVIII, existia uma mistura entre a religião e o tratar médico, através do poder disciplinar e das técnicas médicas. A emergência do hospital como suporte a essa gestão da vida foi produzida também por um processo singular nos Estados, no desenvolvimento da medicina social: como exemplo, tem-se a Inglaterra, através do controle médico da população pobre (FOUCAULT, 2014 a). No Brasil, percebe-se que, no final do século XIX e início do XX, as práticas morais religiosas e médicas ainda eram muito presentes nos Hospitais. As Santas Casas são instituições marcantes nesse contexto e auxiliam na demonstração de um certo equilíbrio e relações entre o saber médico e a moral religiosa.

Adiante, nos anos 1970 e início dos anos 1980, o Brasil passava por uma transição, quando práticas patologizantes se entrelaçavam a práticas criminalizantes para com o usuário/dependente químico. Era o regime militar, no qual o ideário de segurança nacional e o combate ao inimigo eram ainda esboçados nas posturas do Estado, que colocava à sua margem os indivíduos ditos perigosos. Algumas entidades religiosas, durante a década de 70/80, semelhantes às casas pias do século XIX, porém, diferentes destas diante de sua singularidade, iniciaram um longo trabalho de construção do acolhimento e “tratamento” moral religioso com os indivíduos os quais tinham um uso problemático com as drogas.

Com o advento da redemocratização e posteriormente com as lutas da sociedade civil, em especial o Movimento da Reforma Psiquiátrica no país, surge a Lei Paulo Delgado, a qual veio a estabelecer uma nova visão sobre a saúde mental. Esses olhares preconizavam, como já esboçado, a formulação de novas práticas de cuidado na saúde mental, a desinstitucionalização dos manicômios, fixando então as bases para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Afirma Oliveira (2009, p. 49):

A atual Política de Álcool e Outras Drogas adotou os dispositivos dos CAPS AD como

equipamentos de saúde fundamentais para o tratamento dos usuários de drogas, por se caracterizarem como serviços flexíveis e abertos, facilitando o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais [...].

O modelo dos CAPS foi regulamentado através da Portaria MS nº 336-02 do Ministério da Saúde, considerando a Lei n. 10.216/01, que dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Esse dispositivo foi uma resposta ao modelo manicomial desenvolvido durante os séculos XIX e XX, o qual tinha na exclusão e na segregação do tratamento uma de suas características basilares.

A lógica do citado modelo teve, como um de seus objetivos, extinguir todo e qualquer espaço de exclusão, o que contribuiu para a gradativa diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos. Veja-se:

A via de mão dupla da Reforma: declínio dos leitos psiquiátricos e ampliação dos serviços de atenção diária

Leitos/CAPS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Leitos HP	72.514	71.041	70.323	66.393	60.868	56.258	56.258
CAPS	154	176	231	237	253	295	424*

Fonte : DATASUS - Área Técnica de Saúde Mental/ASTEC/SAS, 2001
Gestores Municipais e Estaduais de Saúde Mental

* Incluindo os 42 CAPSad implantados em 2002

Esse quadro exemplifica bem o quanto o novo modelo ganhou força até sua regulamentação, no ano de 2002. Gradativamente, os leitos nos hospitais psiquiátricos foram substituídos pelo tratamento territorializado, que é uma das características do modelo CAPS, qual seja, o atendimento no *locus* da comunidade. Em contrapartida, as Comunidades Terapêuticas, as quais tiveram sua emergência anteriormente ao modelo CAPS, continuam a funcionar e foram fundadas em práticas que “vão de encontro” às diretrizes preconizadas com o advento da lei Paulo Delgado e ao equipamento de saúde o qual emergiu neste interim, isto é, o próprio modelo CAPS.

Sem contar que a lógica fundante difere entre os dois modelos e, mesmo afirmando que a minoria das Comunidades Terapêuticas não tem caráter religioso, em sua totalidade, são marcadas por práticas morais as quais transitam pelos dispositivos da educação, do trabalho e da normalização de conduta dos pacientes.

Quadro 2. Diferenças metodológicas e conceituais entre o modelo da Reforma Psiquiátrica e o Movimento de Luta Antimanicomial com o das Comunidades Terapêuticas.

Conceitos básicos	Reforma Psiquiátrica e Movimento de Luta Antimanicomial	Comunidade Terapêutica
<i>Desospitalização</i>	Atendimento ao doente fora do ambiente hospitalar, através dos dispositivos da rede de serviços.	Regime residencial, embora existam modelos de CT ambulatorial.
<i>Tratamentos de curta duração</i>	Nos casos de internação, tempo máximo de 90 dias.	Tratamentos a partir de 6 meses de duração, embora existam projetos de diminuição do tempo mínimo de tratamento.

PERRONE (2014, p. 576).

De outro aspecto, ressalta-se que hoje é difícil estabelecer o número¹² de Comunidades Terapêuticas em funcionamento no Brasil. Vários órgãos têm-se mobilizado no cadastro dessas entidades, como os Conselhos Estaduais e Municipais de Políticas sobre Drogas e até a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, porém, ainda são iniciativas localizadas. Essa dificuldade baseia-se na enorme disseminação desses equipamentos, nos últimos anos, bem como na precariedade e clandestinidade de alguns serviços por elas oferecidos, acabando por prejudicar tanto o controle quanto a fiscalização. Na sequência, consta tabela exemplificativa do levantamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, no Brasil, nos anos de 2006/2007, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas:

¹² Está em andamento, desde janeiro de 2015, um levantamento coordenado pela Senad em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Ampliada (Ipea), uma pesquisa sobre o “Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil. Disponível em http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=107905 Acesso em: 20 de maio de 2015.

Tabela 43: Classificação das instituições que realizam tratamento quanto à natureza

	Não resposta		Governamental		Não-governamental		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Não resposta	1	3,6	12	42,9	15	53,6	28	100
Clínica particular	1	2,4	1	2,4	39	95,1	41	100
Hospital psiquiátrico	2	2,6	10	13,2	64	84,2	76	100
Hospital geral	0	0	8	57,1	6	42,9	14	100
Hospital-dia	0	0	4	36,4	7	63,6	11	100
Comunidade terapêutica	5	1	9	1,9	469	97,1	483	100
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas-CAPS-ad	2	1,3	131	85,6	20	13,1	153	100
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) / Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)	0	0	91	95,8	4	4,2	95	100
Residência terapêutica	0	0	2	4	48	96	50	100
Grupo de auto-ajuda	2	1,6	12	9,7	110	88,7	124	100
Instituição de redução de danos	0	0	10	31,3	22	68,8	32	100
Outra	5	2	124	48,4	127	49,6	256	100
Total	18	1,3	414	30,4	931	68,3	1 363	100

Fonte: BRASIL, 2007, p.93.

A tabela dimensiona bem o crescimento das Comunidades Terapêuticas, correspondendo a 483 unidades, ou seja, quase 40% dos serviços de “tratamento” até o ano de 2007. Por conta disso, também foram saberes que se enraizaram no campo social, político e cultural e, nessa perspectiva, representaram uma espécie de contramodelo questionado no âmbito da saúde pública.

Essa situação conduziu a “jogos políticos” que tiveram como resultado a própria emergência do Plano Crack. Passam a subsistir dois “modelos” e seus saberes autorizados: um, moral e resquício da lógica manicomial, representado pelas Comunidades Terapêuticas; outro, antimanicomial e repleto de saberes transversalizantes, representado pelos CAPS. Assim, a dualidade que expressam os diversos saberes teve suas condições de emergência fruto de inúmeros jogos de forças, sobretudo nas manifestadas em nível político federal. Nesse aspecto, é importante a análise do citado Plano Crack, no qual se relacionam também as forças morais e principalmente as religiosas.

Na reportagem intitulada “Comunidades Terapêuticas Religiosas Lideram Tratamento contra o Crack”, publicada em 18 de novembro de 2013, pela Agência Estado, Dip (2013) afirma:

Relator do substitutivo ao Projeto de Lei de Osmar Terra (PMDB-RS) 7663/2010, que tramita no Senado, sobre o Sistema Nacional de Política sobre Drogas, o ex-gráfico Carimbão (por isso o apelido) propõe não só o tratamento nas comunidades terapêuticas, mas internações involuntárias e penas mais duras para traficantes, como quer ver implantado no País o sistema que apadrinhou em Alagoas: a Secretaria de Promoção da Paz (Sepaz) - órgão especial do governo do Estado que atua através de uma Superintendência de Políticas Sobre Drogas com 40 comunidades terapêuticas e equipes chamadas de “anjos da paz” com a função de convencer dependentes químicos a se internar em uma das instituições. Carimbão, que diz ter ajudado a fundar 98% das comunidades no Estado, indicou diversos secretários da Sepaz, incluindo Jardel Aderico, que pediu exoneração do cargo em outubro após diversos motins, fugas de menores e uma série de denúncias de agressões na Unidade de Internação Masculina, destinada a assistir os menores infratores no Estado - também competência da secretaria.

Essa realidade a qual envolve diretamente as forças morais na política brasileira tendem atualmente a prevalecer no Congresso Nacional. Apesar da existência de uma Constituição Federal em vigor, que preconiza vários princípios, como a laicidade do Estado, o direito à saúde e, sobretudo, o princípio da dignidade da pessoa humana, de outro lado, emergem forças políticas que se articulam na consolidação de seus saberes e comprometem a efetividade desses princípios constitucionais, a exemplo das forças morais configuradas pela bancada “parlamentar” religiosa, de grande maioria evangélica.

Infelizmente, no caso das comunidades terapêuticas, é importante notar que parcelas políticas almejam nas práticas dessas entidades não somente a “resolução imediata” dos “problemas das drogas”, mas, de certo aspecto, como estabelece o jogo político, a sua utilidade como fomento de um eleitorado. Essa concepção retrógrada e com traços de características assistencialistas e populistas acaba por funcionar como nova roupagem, similar ao que no passado constituía o próprio coronelismo. Para Machado (2011, p.28),

[...] com a “especularização” midiática da nomeada (equivocadamente) “epidemia” do crack nos últimos anos, as CTs se tornaram pauta do gabinete presidencial de Luís Inácio Lula da Silva (2003 – 2011), que prometeu transferência de recursos do Ministério da Saúde para as CTs. Sobre isso, chamou atenção, também, os debates realizados pela Rede de TV Bandeirantes e Rede Globo de Televisão, em 2010, entre os candidatos à presidência da República Federativa do Brasil, José Serra, Marina Silva e Dilma Roussef, que também prometeram publicamente oferecer maior apoio às CTs em seus programas de governo. Dentre os tópicos abordados pelos candidatos com relação a esse apoio, destacou-se a capacitação técnica dos dirigentes e profissionais que atuam nas CTs e a garantia de recursos públicos.

Paralelamente a esse aspecto, é latente a grande malha política articulada em torno da defesa dessas entidades. Por exemplo, em 23 de abril de 2015, foi criada, em nível da Câmara dos Deputados, a Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e

APACs, tendo como coordenador o deputado Eros Biondini (PTB-MG)¹³. Tal Frente Parlamentar já iniciou os seus trabalhos contando com cento e oitenta e quatro deputados de numerosos partidos de todas as tendências. Esse fenômeno, segundo Vital e Lopes (2012), não é novo e remete a alianças políticas, principalmente as evangélicas, que têm contribuído para o sucesso deste ou daquele candidato, de modo que o resultado é a dependência do Executivo, cada vez mais, desses grupos no Congresso Nacional.

Esse “coronelismo religioso”, marcado por resquícios do poder, que tem nos seus fiéis o grande eleitorado capaz de, nesse Estado Democrático de Direito, eleger representantes de inúmeras vertentes religiosas e políticas, pode ocasionar “fissuras democráticas” visíveis, no campo dos saberes, a exemplo da intolerância com relação às lutas pelos direitos dos homossexuais, à legalização do aborto e, conseqüentemente, à defesa da criminalização e do proibicionismo de condutas como traços marcantes. Segundo Vital e Lopes (2013, p.180),

[...] a importância de entender que embora reconheçamos o caráter performático dos evangélicos e mais recentemente dos católicos na política nacional, que reconheçamos os limites de suas ações políticas, que reconheçamos, ainda, a diversidade e competição que marcam o segmento evangélico, talvez devêssemos entender que estes religiosos vêm atuando unidos em prol da promoção de uma sociedade moralizada e civilizada a partir de seus termos. Os meios que acionam para isso articulam diferentes técnicas e recursos atuando cada vez mais e de modo cada vez mais efetivo na formulação ou na reformulação de leis e projetos de leis em nível nacional.

Nota-se que o Estado brasileiro cada vez mais é conduzido por posturas morais, cujo resultado se reflete na norma jurídica e nas articulações que reproduzem um discurso ferrenho, o qual vai de encontro aos direitos humanos e aos direitos das minorias. E são fartos os exemplos dessas posturas: a mais recente foi a aprovação, na Câmara dos Deputados, do projeto de emenda constitucional, a PEC n.171/93, que trata da proposta de redução da maioria penal de 18 para 16 anos, o qual teve amplo apoio da bancada conservadora. Paiva Monteiro (2011, p. 136) comenta:

Autoridades brasileiras no campo da segurança pública e das políticas antidrogas perceberam a aceitação social da interferência religiosa no trato com dependentes químicos, mesmo com inúmeras denúncias de abusos cometidos por algumas instituições

¹³ Disponível em: http://www.camara.gov.br/internet/deputado/Frente_Parlamentar/385.asp Acesso em: 20 de maio de 2015.

que se intitulam comunidades terapêuticas e incluem em sua programação atividades que visam ao aproveitamento dessas instituições e dos seus códigos de moral como uma rede “protetora” em relação à aproximação com as drogas. O desamparo e o desencanto face às questões contemporâneas encontram “conforto” na fé, e daí são retiradas referências para colocar em funcionamento um sistema de valores que manteria o jovem “longe” do pecado e, portanto, “longe” das drogas [...].

Sob esse aspecto, o Plano Crack é exemplo do fortalecimento das Comunidades Terapêuticas e, mesmo existindo equipamentos públicos, como os CAPS, tendo como mote a proteção à saúde dos usuários de drogas e a defesa de sua cidadania, forças políticas insistem em manter e “patrocinar” um modelo moral, como é a grande maioria das Comunidades Terapêuticas, o que igualmente se justifica pela aceitação social da religião no “tratamento”. Em outra reportagem, com título de “Indústria da Loucura impede avanços”, publicada na *Revista Caros Amigos*, em 11 de janeiro de 2013, Moncau (2013) assinala:

Gleisi Hoffmann, ministra da Casa Civil nomeada por Dilma Rousseff como liderança do grupo de trabalho que preparou a legislação que incluiu as comunidades terapêuticas no financiamento público, é de família religiosa e quase se tornou freira antes de entrar no PT em 1989. Tornou-se presidente do PT no Paraná e chegou a se candidatar à prefeitura de Curitiba em 2008. Dois anos mais tarde, foi a senadora mais votada. Durante sua campanha, em 2010, fez uma carta pública ao povo cristão em que afirma: "Muitas vidas já foram retiradas do álcool, das drogas, da violência e reaproximadas a Deus. Por isso, penso que as Igrejas podem e devem ser parceiras efetivas do Poder Público nos projetos sociais". "Sou contra a liberalização das drogas. Acredito que prejudicam de forma irreparável as relações humanas", salienta, ressaltando que "os drogados e viciados não têm limites".

Diante dessa fala, compreende-se perfeitamente que os meandros políticos passaram a se apropriar de velhos discursos patologizadores e criminalizadores. O proibicionismo do consumo de drogas e as posturas patologizantes formam, portanto, as grandes bases de discursos moralizantes e estigmatizantes, sem que, ao menos, tenham supedâneo de saberes específicos, a exemplo da prática do cuidado e da norma jurídica. Segundo Barbosa e Bicalho (2014, p. 242),

[...] uma lógica dicotômica nas políticas sobre drogas e alguns mecanismos que a tornam concreta, como também aquele que aqui é afirmado enquanto efeito muito comum de sua aplicação. Trata-se da construção de uma ideia naturalizada para droga como algo ruim em essência, um discurso moralizante que impede o avanço do debate, produto de políticas (que se operam nos campos da religião, da segurança, da saúde,...), jogos de saber-poder, articulados na interdição de algumas substâncias psicoativas.

Por conseguinte, nesse proibicionismo “cego” e à mingua da norma jurídica, como os princípios constitucionais e as demais normas vigentes sobre saúde mental, o jogo político acaba sucumbindo aos interesses particulares, morais e partidários. É que parte da estratégia de controle

dos corpos, através dos dispositivos biopolíticos, como da educação, do trabalho e da medicalização, encontra guarida nos “tratamentos” das comunidades terapêuticas.

Nesse aspecto, o interno dessas comunidades, estando sobre o controle moral e, nessa perspectiva, sua normalização de condutas através dos dispositivos da “educação religiosa”, da capina, do estabelecimento da disciplina de horários, é tão bem aceito socialmente que o Estado se aproveita de seus meandros. É como se a política se apropriasse de uma estratégia de controle dos corpos e tivesse realmente o direito de vida, porém, por uma estratégia de controle do corpo e da alma a qual apoia. A partir do patrocínio político, especialmente do governo para essas entidades, formam-se não somente apoios políticos propriamente ditos, mas contradições e equívocos com relação a práticas de saúde com a dependência química. Os atores morais influirão nesse aspecto, conduzindo a retrocessos latentes e suas “faces” serão diariamente visíveis. Em mesma reportagem da *Revista Caros Amigos*, Monceu (2013) completa:

Em 2011, com a saída de Palocci, Gleisi foi indicada por Dilma para assumir a Casa Civil. Na matéria "Gleisi, Padilha e o Pastor", do *Correio Braziliense*, Hoffmann é flagrada enviando um e-mail para Alexandre Padilha (ministro da Saúde), cobrando uma "flexibilização" para que as comunidades terapêuticas possam se cadastrar com maior facilidade no plano "Crack, é possível vencer". Gleisi havia recebido, meia hora antes, e-mail do pastor evangélico Lori Massolin Filho, liderança de comunidades terapêuticas no Paraná, reclamando o fato de que algumas exigências do edital não foram abandonadas. A "flexibilização" que exigiam, no entanto, não foi conquistada ainda e os recursos do Ministério da Saúde para as comunidades terapêuticas estão parados. Os R\$100 milhões estavam previstos para atender ao menos 920 instituições, mas em dois editais apenas 42 comunidades se inscreveram e cinco foram aprovadas. Entre as exigências para a entrada no SUS estão a necessidade de reportarem-se aos CAPS, a permissão de contato com os familiares, leitos de retaguarda e profissionais de saúde.

Esse aspecto da flexibilização das normas jurídicas que vieram a colaborar com a facilitação de incentivo às CTs é muito importante para se investigar esses processos. Tal flexibilização começou no ano de 2011 e, como certo, beneficiou essas entidades sob o ponto de vista da norma jurídica. Destaca Ramos (2012, p.15):

No Brasil, as comunidades terapêuticas, até o ano de 2010, estavam ligadas somente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), não fazendo parte da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). [...] O Ministério da Saúde estipulou o apoio financeiro com recursos do SUS a projetos de utilização de leitos de acolhimento para usuários de crack e outras drogas nas comunidades terapêuticas, conforme estabelecido no Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS. Em 30 de junho de 2011, a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - aprovou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 29, que veio reforçar o apoio a essas instituições, estabelecendo requisitos mais adequados à realidade das mesmas. E em dezembro de 2011, as comunidades terapêuticas foram oficialmente incluídas na rede de atenção psicossocial, através da Portaria nº 3.088 (2011).

Para demonstrar o fato de como a legislação acabou sendo flexibilizada também em benefício das CTs, é justo indagarmos a Resolução RDC/ANVISA n. 101/2001, a qual foi revogada pela citada RDC n. 29/2011. Aquela foi aprovada pela diretoria colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 30 de maio de 2001, estabelecendo as exigências mínimas para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, tratando ainda de conceituações usuais, recursos humanos, infraestrutura física e monitoramento. A partir dela, todo serviço dessa natureza deveria ser licenciado e ficaria condicionado aos requisitos preestabelecidos, de modo que seu descumprimento seria caracterizado como infração de natureza sanitária.

Segundo Costa (2009, p. 05), “Comunidade Terapêutica” tornou-se uma nomenclatura oficial a partir da Resolução 101 da ANVISA, de 30 de maio de 2001. Essa terminologia aparece no título da Resolução “que estabelece regras para as clínicas e comunidades terapêuticas”. É fato também que tal documento foi elaborado minuciosamente por um Grupo Técnico, instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, tendo a coordenação da Gerência Geral de Serviços de Saúde. O Grupo Técnico foi formado por representantes de várias áreas do Ministério da Saúde, como a Coordenação DST/AIDS da Secretaria de Políticas de Saúde, a Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde, a Unidade de Medicamentos Controlados da Gerência Geral de Medicamentos – ANVISA, a Unidade de Infra-estrutura Física e de Tecnologia da Organização de Serviços de Saúde – ANVISA, além da consultoria de um especialista no assunto. No anexo desse documento, no item 2, a Comunidade Terapêutica é conceituada nos seguintes termos:

2. 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 reinserção social.

Esse dispositivo legal, se interrogado de forma direta, mostra-se tratar de um serviço de atenção a pessoas com transtornos do abuso de substâncias psicoativas em regime de residência, no qual o tratamento funciona como aspecto dicotômico. O que seria tratar, então, nessa

perspectiva? Para tentar elucidar esta questão, é útil a observação de alguns dispositivos legais. O Art. 1º do Decreto n. 7.179/2010, o qual instituiu o Plano Crack, dispõe:

Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e a reinserção social de usuários e ao enfrentamento do crack e outras drogas ilícitas.

O *caput* do citado artigo faz referência aos eixos principais do programa: a) a prevenção do uso; b) o tratamento; c) a reinserção social dos usuários; e d) o enfrentamento do *crack* e outras drogas ilícitas.

Para interrogar o contexto desses eixos, é imperioso salientar que, antes da criação da lei n. 11.343/2006¹⁴, houve a elaboração de um documento muito importante, o qual foi construído com a ajuda dos diversos movimentos sociais: a Política Nacional sobre Drogas. Tal documento foi aprovado por meio da Resolução n. 03, do então Conselho Nacional Antidrogas - CONAD¹⁵, em 27 de outubro de 2005, e assinada pelo Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República¹⁶, Jorge Armando Félix. A Política Nacional sobre Drogas surgiu de uma série de discussões, em nível nacional, compreendendo participação popular e governamental e considerando a realização do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas e de seis seminários regionais, ocorridos nas cinco regiões do país, além da parceria entre os Conselhos Estaduais de Entorpecentes¹⁷, atraindo cerca de 2544 pessoas (FÉLIX, 2008), os quais discutiram os eixos da Políticas Nacional Antidrogas, como a prevenção, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, a redução de danos sociais e a saúde, a redução da oferta – repressão e os estudos, pesquisas e avaliações.

Por conseguinte, houve a realização do Fórum Nacional sobre Drogas, de 24 a 26 de novembro de 2004, quando, segundo Felix (2008), ocorreu a consolidação das discussões regionais para o realinhamento efetivo da Política Nacional, garantindo o diálogo e a legítima participação da população. Adiante, após o final do processo, a Política Nacional sobre Drogas foi apresentada ao Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), que a aprovou, sem ressalvas.

¹⁴ A atual e vigente Lei de Drogas.

¹⁵ Atual Conselho de Políticas sobre Drogas – CONAD.

¹⁶ Durante do Governo Lula (2002-2010), a SENAD esteve ligada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, mas, no governo Dilma Russef (2003-atual), a SENAD foi atrelada ao Ministério da Justiça.

¹⁷ Atuais Conselhos sobre Drogas ou de Políticas sobre Drogas.

O documento da Política Nacional sobre Drogas encontra-se dividido em treze pressupostos, catorze objetivos e cinco eixos, cada qual dividido em orientações gerais e diretrizes: o eixo da Prevenção; o eixo do Tratamento, Recuperação e Reinserção social; o eixo da Redução dos Danos Sociais e à Saúde; o eixo da Redução da Oferta; o eixo de Estudos, Pesquisas e Avaliações. É interessante notar que os eixos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, como a prevenção do uso, o tratamento, a reinserção social dos usuários e o enfrentamento das drogas ilícitas já eram esboçados na Política de Drogas, fazendo parte dos itens 1, 2 e 4 da citada política e encontrando-se bem delineados com orientações e diretrizes a serem seguidas pelo país. Por essa lógica, a meu ver, não haveria necessidade de estabelecer um plano específico para o *crack*, por meio de decreto presidencial, vez que já havia diretrizes e orientações estabelecidas desde 2005. Nota-se que, pelo Decreto n. 7.179/2010, o *crack* foi colocado como prioridade nas políticas públicas e, nesse contexto, houve a necessidade de fortalecer os serviços de saúde. Nesse mote, o eixo patologizante é evidenciado. O item 2 da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2008a) preconiza:

2. TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

2.1 Orientação Geral

2.1.1 O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas.

2.1.2 O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada.

2.1.3 As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais.

2.1.4 Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.

2.1.6 A capacitação continuada, avaliada e atualizada de todos os setores governamentais e não-governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários, dependentes e seus familiares deve ser garantida, inclusive com recursos financeiros, para multiplicar os conhecimentos na área.

Observa-se que o item 2.1.2 tratou como orientação geral do acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional como investimento técnico e financeiro, de forma descentralizada. O item 2.1.3 da citada política estabeleceu, em suma, que as ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas às pesquisas científicas, multiplicando-se aquelas que tenham obtido resultados efetivos.

Já no item 2.1.6, o documento veio tratar da capacitação continuada e atualização de todos os setores governamentais e não governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários, dependentes e seus familiares.

Em primeiro aspecto, é oportuno ressaltar que a Política Nacional sobre Drogas, aprovada, em 2005, constitui documento muito avançado em face da própria Lei n. 11.343/2006. A atual lei de drogas não reproduziu algumas orientações e diretrizes da citada política, por exemplo, não trouxe exaustivamente a temática da redução de danos. Esse aspecto sobre a subtração do termo da redução de danos é muito importante para se interrogar as forças aqui contidas, a saber, o grande “tabu” que o tema enfrenta na consolidação das práticas de saúde e, sobretudo, pelo aspecto da lei.

De outro modo, o tema do tratamento e reinserção social do usuário e dependente químico aparece na Lei n. 11.343/06 de forma frequente. Percebe-se que o modo com o qual a lei aborda o tratamento esboça um viés puramente patologizante/judicializante, prerrogativa do judiciário. O artigo 23 § 7º da citada lei (BRASIL, 2006) estabelece: “O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado”. Por seu turno, o artigo Art. 47 (BRASIL, 2006) preleciona:

Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei.

Não muito diferente (BRASIL, 2006), o artigo Art. 45 da citada lei determina:

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Se analisarmos os três dispositivos conjuntamente, além do aspecto judicializante, verificaremos que a lei estabelece a natureza do serviço médico adequado para o dependente de drogas, qual seja, o tratamento médico especializado gratuitamente, em estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, realizado por profissional de saúde com competência específica na forma da lei. Essa assertiva é essencial para interrogar a natureza dos serviços de tratamento de saúde para a dependência química.

Entretanto, a despeito da natureza do serviço médico esboçado pela Lei 11.343/06, percebe-se que alguns encaminhamentos do judiciário estão sendo realizados justamente às comunidades terapêuticas, as quais não possuem natureza de tratamentos condizentes com os parâmetros legais. Esta é uma questão fundamental para se interrogar o plano *crack*, tido também como estratégia de saúde, pois aqui repousa a letra da lei sobre o aspecto da especialidade médica.

Se observarmos, analogicamente, sob a ótica internacional dos Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e Melhoria da Atenção à Saúde Mental (OMS, 2005, p.23) Princípio 4, nos itens 1 e 2, verificaremos:

Determinação de doença mental

1. A determinação de que uma pessoa tem uma doença mental será feita em conformidade com normas médicas internacionalmente aceitas.
2. A determinação de doença mental nunca será feita na base de condição política, econômica ou social, ou filiação a um grupo cultural, racial ou religioso, ou de nenhum outro motivo não diretamente relevante ao estado de saúde mental.

Ademais, preconiza-se, segundo o art. 4º da Lei n. 10.216/01, que a internação, em qualquer das suas modalidades, somente será admitida quando os recursos extra-hospitalares se tornarem insuficientes, logo, mesmo se admitida, a internação será a exceção. Portanto, questionáveis serão os encaminhamentos às comunidades terapêuticas como medida de internação, pois não reproduzem de forma legal os saberes médicos institucionalizados. Em acréscimo, o *status* religioso, presente na grande maioria dessas entidades, será veementemente rechaçado pelas Nações Unidas para com a definição da doença mental. Segundo Vicentini (2011, p. 38),

[...] mesmo com os avanços alcançados nas últimas décadas, através de um redimensionamento da política brasileira sobre as drogas e novos métodos e princípios de tratamento aos usuários dependentes – implementação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários com transtornos decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS ad), com sua proposta de atenção dia, internações em casos específicos e de curto prazo em CAPS ad III; a reserva de leitos específicos em Hospitais Gerais para desintoxicação e curta internação; fortalecimento do trabalho em Rede; a implementação da Lógica de Redução de Danos, entre outras –, um dos mais procurados recursos de tratamento ao usuário de SPA continuam sendo as internações de longo prazo seja em Hospitais Psiquiátricos ou em Comunidades Terapêuticas de tratamento que cada vez mais se solidificam e ampliam sua rede de estabelecimentos.

Essa cultura da internação, no Brasil, infelizmente ainda é uma diretriz a se ultrapassar, pois continua a ser subjetivada pela população e objetivada mesmo pela legislação e pelos órgãos como o judiciário. Esse aspecto consegue influenciar e fortalecer o modelo das Comunidades Terapêuticas, pois estas são baseadas também e ainda no modelo manicomial. Adiante, é digno de nota que, através da Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a qual instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em seu artigo 5º, inciso IV, alínea b, foi incluído o Serviço de Atenção em Regime Residencial na Rede de Atenção Psicossocial.

Aliado a esse aspecto, mesmo levando em conta que a legislação é esclarecedora quanto ao tratamento de saúde e suas peculiaridades, em 26 de janeiro de 2012, publicou-se a Portaria n. 131, do Ministério da Saúde, a qual instituiu o incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para o apoio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Tal portaria definiu o que seriam os Serviços de Atenção em Regime Residencial, equiparando-os à comunidade terapêutica, nos termos seguintes (BRASIL, 2012, grifo nosso):

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

§ 1º Os Serviços de Atenção em Regime Residencial são os serviços de saúde de atenção residencial transitória que oferecem cuidados para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas.

§ 2º *As Comunidades Terapêuticas são entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial, aplicando-se a elas todas as disposições e todos os efeitos desta Portaria.*

Percebe-se, portanto, que houve um deslocamento com relação à natureza das CTs. Antes, eram concebidas como um serviço de atenção a pessoas com transtornos do abuso de substâncias psicoativas em regime de residência, cujo tratamento funcionava como aspecto dicotômico; a partir da Portaria n. 131 do Ministério da Saúde, as mesmas passaram a ser entendidas como espécie do gênero Serviços de Atenção, em Regime Residencial, incluídas na Rede de Saúde. Esse caráter demonstra, além da dicotomia, uma enorme vantagem dessas entidades perante o SUS.

Essas modificações tiveram o grande impulso de forças políticas, como as apresentadas antes (MONCEU, 2013), fazendo refletir sobre a forma com que as mesmas vêm recebendo incentivos públicos. Frisa-se que a Portaria n. 131 instituiu os requisitos para esses financiamentos às CTs, fixando parâmetros técnicos sobre estrutura do serviço, equipe técnica, acompanhamento clínico do usuário, bem como a saída do usuário residente. O aspecto mais interessante da Portaria refere-se ao atrelamento dos serviços do CAPS a essas entidades beneficiadas. Em verdade, o citado dispositivo legal permitiu que o CAPS tivesse a tutela do saber médico face às CTs, entretanto, acabou por gerar um grande imbróglio quanto às lógicas de práticas de acolhimento/tratamento, pela dicotomia entre os dois modelos, um manicomial e outro antimanicomial.

O artigo 3º, incisos I e II, da citada portaria possibilitou que os entes federados que possuam CAPS solicitassem incentivos financeiros do governo federal para empregar em números definidos de vagas nos serviços de atenção em regime residencial. Nos artigos 15, 16, 18, 19 e 20, nota-se a grande preocupação do dispositivo legal de estabelecer um certo controle do CAPS quanto ao projeto terapêutico implementado pela serviço de atenção em regime residencial, a ser acompanhado pelo primeiro, bem como a gestão do cuidado, do controle do interno pela equipe, e a manutenção do atendimento mensal a ser realizada no próprio CAPS ou em domicílio.

Tal portaria não conseguiu estabelecer uma rotina quanto a esses encaminhamentos, apenas propiciando um fluxo direcionado de acordo com a aplicação dos recursos disponíveis. Em acréscimo, acabou por gerar grande celeuma sobre a natureza dos dois serviços, que ora se verifica serem incompatíveis. De outro aspecto, voltando à análise da Resolução RDC n. 101, de

30 de maio de 2001, da ANVISA, a mesma que definiu inicialmente as Comunidades Terapêuticas (COSTA, 2009, p. 05), perceberemos que estabeleceu regulamento técnico com exigências mínimas para as CTs, como a obtenção de licença fornecida pela autoridade sanitária competente (art. 2º); que toda construção ou reforma fosse comunicada e aprovada pela autoridade sanitária local (art.3º); que os serviços fossem avaliados e inspecionados, no mínimo anualmente (art. 6º); que fosse realizado atendimento médico psiquiátrico pelo menos uma vez ao mês, nos casos de comorbidade (item 4.5 do anexo); que a equipe de recursos humanos fosse composta de profissionais da área da saúde ou serviço social capacitados e com nível superior (item 5 do anexo), dentre outras exigências físicas e procedimentais.

Entretanto, observa-se que a norma legal acabou por ser flexibilizada em benefício das CTs, pois a Resolução RDC n. 29, de 30 de junho de 2011, veio revogar a Resolução RDC n.101, de 30 de maio de 2001. A nova resolução, seguindo a lógica de direcionar também benefícios às CTs, veio “enxugar” muitas exigências estabelecidas pela anterior, dentre as quais revogou, com exceção do registro sanitário, todas as exigências mencionadas acima. Pela nova resolução, basta que o responsável técnico tenha nível superior (art 5º), inclusive em qualquer área, com experiência em atendimento de usuários (conforme Norma Técnica n.55/2013/ANVISA). Quanto à equipe de recursos humanos, a atual resolução silenciou no que concerne à exigência de nível técnico ou superior, devendo apenas manter recursos humanos em período integral (art.9º), podendo inclusive ser reduzido o número de profissionais nos períodos noturnos e finais de semana, mantendo, entretanto, os recursos humanos para atendimento suficiente aos residentes (conforme Norma Técnica n.55/2013-ANVISA).

No mais, a Resolução RDC n. 29, de 30 de junho de 2011, promoveu a facilitação quanto às exigências de funcionamento de uma comunidade terapêutica, representando o momento da emergência do Plano Crack na necessidade de governar condutas. Esse aspecto nos remete igualmente a outra inserção legal repetida em muitos documentos legais no Brasil: trata-se da reinserção social do usuário e do dependente químico.

Cabe-nos, portanto, indagar: quais as lógicas que estariam construídas na noção de reinserção social, nos documentos? E a partir de que dispositivos os mesmos estariam construídos?

Como observado nos capítulos anteriores, o proibicionismo do consumo de drogas alcançou seu ápice na metade do século XX, quando se formularam no Brasil legislações que pendularam por vertentes criminalizantes e patologizantes. As próprias nomenclaturas utilizadas pelas legislações brasileiras expressam esses contextos e estereótipos construídos nesse processo histórico. A Lei n. 5.726/71 usava o termo *viciado* para o usuário, enquanto a Lei n. 6.368/76 passou a usar a terminologia *dependente* e, finalmente, a Lei n. 11.343/06 empregou a separação dos termos *usuário* e *dependente de drogas*.

Primeiramente, cabe-nos interrogar o artigo 7º da Resolução RDC n. 29, de 30 de junho de 2011, quando preconiza:

Art. 7º Cada residente das instituições abrangidas por esta Resolução deverá possuir ficha individual em que se registre periodicamente o atendimento dispensado, bem como as eventuais intercorrências clínicas observadas.

§1º. As fichas individuais que trata o caput deste artigo devem contemplar itens como:
[...]

XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

A Resolução RDC n. 29, de 30 de junho de 2011, como já observado, tinha ainda o intuito de flexibilizar as exigências mínimas para o funcionamento das CTs. Tal regulamento trata da exigência da enumeração de atividades de reinserção social nas fichas individuais de registro do residente. Semelhante à norma acima, o item II do Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas estabelece:

II. DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

A Comunidade Terapêutica deve apresentar uma proposta de recuperação coerente, da qual constem: a) adoção de critérios de admissão; b) o programa terapêutico com fases distintas; c) o estabelecimento de critérios que caracterizem a reinserção social como objetivo final.

Entre as peculiaridades da exigência normativa da ANVISA e dos termos do Código de Ética da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, observa-se um modo de controle que tenha como uma de suas finalidades a reinserção social dos usuários do serviço. Essa questão sobre o controle é também um dos pontos principais nos quais está assentada a lógica desses espaços, pois, a partir desse aspecto da vigilância a lógica da reinserção social das CTs se manifesta e se materializa, através seja do isolamento dos espaços, seja da privação do convívio social amplo ou do estabelecimento de uma rotina moral e restritiva. Assinala Vicentini (2011, p. 62):

As Comunidades Terapêuticas na maior parte dos casos ficam localizadas em locais de

difícil acesso, há uma preferência por local afastado dos centros urbanos até mesmo para dificultar a saída do usuário, acesso às drogas, o contato com outros usuários dos centros e propiciar um local de “recolhimento”, nos moldes de um “retiro espiritual”.

Esse aspecto quanto à localização, controle e isolamento das CTs, se observado do ponto de vista da reinserção social, representa um grande antagonismo. O que caracterizaria a reinserção social, no ambiente das Comunidades Terapêuticas?

No Decreto n. 7179, de 20 de maio de 2010, o qual instituiu o Plano Crack, está previsto:

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:
I – estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua [...]

No citado decreto também vislumbramos o interesse em se fomentar ações voltadas à reinserção social, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua. Se analisarmos assim a natureza do serviço ofertado pelas CTs, no qual serão preconizados o controle moral, a disciplina e o isolamento dos internos, poderemos chegar à premissa de que essa reinserção é relativa, porque, enquanto o indivíduo é privado de sua liberdade, subtraindo-o de seu convívio familiar e conduzindo-o a abstinência de drogas e, em casos extremos, até sexual, haverá orientação moral e não reinserção social.

A visão de corpo familiar, inicialmente sugerida pelo tratamento das CTs, onde o convívio entre usuários que, em princípio, têm o mesmo “problema”, constituem laços fraternos coletivos (VICENTINI, 2011), apesar de ser amealhada como um dos princípios do “tratamento”, qual seja, da convivência entre os iguais, a meu ver, não consegue abranger a completude das relações sociais extramuros, pois idealiza um ambiente apenas ideal, o que coaduna com a ilusão de uma sociedade livre de drogas, o que nunca se teve, no contexto humano.

O certo é que o tema da Reinserção Social deve ser considerado sob as várias óticas sociais e não de forma única, como o esboçado pela maioria das CTs. Ademais, a garantia da implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos são pressupostos da Política Nacional de Drogas e não podem ser interpretados isoladamente. Esse aspecto é muito importante para uma análise conjuntural, porque se verifica que a prática da redução de danos

ainda encontra muitos entraves, no Brasil, e a grande maioria das CTs insiste em “fechar os olhos” para esse aspecto, o que acaba por ser incompatível com a metodologia de tratamento, a qual estabelece a abstinência da droga e o fortalecimento moral como únicos “remédios” para a cura da dependência química.

Voltando ao aspecto da gerência política do Plano Crack, no ano de 2014, durante o período de 07 de novembro a 07 de dezembro, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, com o intuito igualmente de sanar a dicotomia e o imbróglgio normativo que se tornou a busca de um suposta identidade das CTs, assim como pautada por forças políticas dentro do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, abriu consulta pública objetivando a regulamentação das CTs perante o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. Tal consulta pública se deu através do sítio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) e do portal do próprio Ministério da Justiça.

Essa consulta consistia em emendas ao texto da Minuta de Resolução, através do envio de *e-mail* para o endereço eletrônico do CONAD¹⁸. Esse processo teve como prazo o início de dezembro, entretanto, posteriormente, o CONAD decidiu pela sua prorrogação até o dia 28 de fevereiro de 2015. Imediatamente, cientes dessa medida, várias entidades se manifestaram contrariamente a essa tentativa de regulamentação das CTs. Os discursos contrários a tal consulta pública foram divulgados por meio de vários documentos, alguns dos quais exprimem uma fundamentação de grande resistência política aos saberes dessas entidades, conforme se pode observar, na sequência.

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) emitiu nota, em 28 de novembro de 2014, sobre a regulamentação, reafirmando os preceitos da luta manicomial da Lei 10.216/2001 e contestando vários aspectos previstos na minuta, um dos quais relativo ao caráter confessional pelo qual a proposta privilegiaria as CTs. Além disso, o CFESS posicionou-se contra o financiamento público, nos termos seguintes¹⁹:

Por último, gostaríamos de reiterar que é de nosso conhecimento que as comunidades terapêuticas existem desde 1980 e vêm prestando auxílio às pessoas que buscam este tipo de tratamento. Contudo, acreditamos que não é dever do poder público financiar estes serviços e sim reforçar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pública, garantindo um atendimento digno à população. Portanto, na nossa concepção, regulamentar as comunidades terapêuticas, destinando-lhes financiamento público, consiste em um

¹⁸ Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/329807.doc> Acesso em 20 de abril de 2015.

¹⁹ Disponível em: <http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/comunidade-terapeutica-2014timbradocfess.pdf> Acesso em: 20 de maio de 2015.

retrocesso no atendimento prestado às pessoas que consomem drogas abusivamente ou dela são dependentes e que demandam tratamento.

Outro órgão que também se manifestou foi o Conselho Federal de Psicologia (CRF)²⁰. O citado conselho, em suma, baseou-se nos preceitos da Lei 11.216/2001, posicionando-se contrariamente ao financiamento público das CTs, assim como reforçando a necessidade de investimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Salientou, igualmente, a necessidade de uma política de drogas que considere a prática da redução de danos e reafirmou a laicidade do Estado, “[...] posicionando-se criticamente em relação ao fundamentalismo religioso e moral e garantindo o exercício da Psicologia calcada em seus princípios éticos, técnicos e científicos”.

A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), por sua vez, emitiu nota²¹, no dia 19 de novembro de 2014, na qual, em síntese, solicitou o cumprimento, pelo governo, da Resolução da 14ª Conferência Nacional de Saúde e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, objetivando não garantir o financiamento público das CTs. Por fim, ressaltou a prioridade de investimento do governo nos programas públicos, a exemplo dos consultórios na rua e dos CAPS ADs 24h. Importante posicionamento também foi o esboçado pelo Conselho Nacional de Saúde, o qual emitiu uma recomendação²², solicitando que o CONAD considerasse o cumprimento das normativas da saúde na regulamentação das CTs. Por conseguinte, o Conselho sugeriu que se convidasse a Comissão de Saúde Mental para participar dos debates na construção da minuta.

O Ministério Público Federal, por meio da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, encaminhou ofício diretamente à presidência do CONAD, no dia 26 de fevereiro de 2015, no qual alude ao relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, realizada organizada pelo CFP, o qual denuncia supostas violações das CTs, bem como reitera que a internação em qualquer natureza só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostram insuficientes (conforme o artigo 4º da Lei 10.216/01). Por fim, preconiza a desnecessidade de regulamentação das CTs pelo CONAD, tendo em vista que a matéria já se encontra regulada pelo próprio Ministério da Saúde.

Tais discursos exemplificam o quanto do embate político acerca da “regulamentação” das CTs atravessa as instituições e como muitos interesses políticos estão envoltos no campo dos

²⁰ Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/tag/comunidades-terapeuticas/> Acesso em: 20 de maio de 2015.

²¹ Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/tag/comunidades-terapeuticas/> Acesso em: 20 de maio de 2015.

²² Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/tag/comunidades-terapeuticas/> Acesso em: 20 de maio de 2015.

saberes. Essa indagação mostra-se coerente, a partir do conhecimento de que o próprio processo de construção da norma que regulará as CTs, em nível das Políticas de Drogas, está contaminado igualmente por um certo aspecto dado que envolve um certo privilégio as CTs. Ilustra-se que, desde 2011, emergiram normas como resoluções, portarias, além de editais de repasse de verbas e posturas assumidas pelo governo, em benefício dessas instituições de acolhimento, além de o próprio panorama político sinalizar para muitas regalias e proteção a esse tipo de serviço.

CAPÍTULO IV - Ressonâncias no Estado do Pará

Era uma instituição onde havia 400 pessoas que não eram casadas e que deviam levantar-se todas as manhãs às cinco horas; às cinco e cinquenta deveriam ter terminado de fazer a toilette, a cama e ter tomado o café; às seis horas começava o trabalho obrigatório, que terminava às oito e quinze da noite, com uma hora de intervalo para o almoço; às oito e quinze, jantar, oração coletiva; o recolhimento aos dormitórios era às nove horas em ponto. O domingo era um dia especial; o artigo cinco do regulamento desta instituição dizia: "Queremos guardar o espírito que o domingo deve ter, isto é, dedicá-lo ao cumprimento do dever religioso e ao repouso (FOUCAULT, 2012, p. 108).

4.1 – Percurso pelos Documentos

No segundo capítulo, afirmei que a conjuntura do Brasil, alinhado às convenções da ONU, ao ideário proibicionista instalado pelos Estados Unidos da América e à doutrina de segurança nacional levantada pela ditadura militar, levou ao enrijecimento das legislações sobre drogas, nos anos de 1970. Por conseguinte, as instituições passaram a adotar posturas criminalizadoras e patologizantes, estendendo o debate em nível político centrado também na lógica de salvação nacional.

Essa concepção se expandiu perante a construção das políticas públicas de drogas e tentou corporificar nos órgãos do Estado essa conjuntura de controle e criminalização do uso de drogas. O artigo 3º da Lei n. 6.368/76 dispunha, em suma, que as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes seriam integradas em um sistema nacional constituído pelo conjunto de órgãos que exerceriam essas atribuições, nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Somente com o Decreto n. 85.110, de 02 de setembro de 1980, assinado pelo então presidente João Figueiredo, houve a regulamentação do artigo 3º da Lei n. 6.368/76. No artigo 1º do citado decreto, consolidavam-se as mesmas palavras:

Art. 1º. Fica instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que integra as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica, bem como as atividades de recuperação de dependentes.

Nota-se que, nesse artigo, o qual representava uma das “vozes” principais do documento, as práticas patologizantes e medicalizantes foram reforçadas. Essa mesma lógica conduziu à expansão e organização de políticas a serem intensificadas pelos órgãos do Estado e,

nesse intento, surgiram os Conselhos de Entorpecentes. Dentro do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, criado pelo Decreto n. 85.110/80, o qual tinha como objetivos principais a formulação da política de entorpecentes, o fomento do fluxo de informações entre seus órgãos, a estimulação de pesquisas e o fortalecimento do ensinamento de informações sobre entorpecentes, foi implementado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) como órgão central. Tal conselho foi incluído, pelo citado decreto, na estrutura do Ministério da Justiça, como órgão normativo, deliberativo e de segundo grau.

Simetricamente à legislação federal, o Estado do Pará instituiu, através do Decreto n. 4351, de 04 de junho de 1986, assinado pelo então governador Jader Fontenelle Barbalho, o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e, nesse ínterim, o Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN – como órgão central e integrante da Secretaria de Estado de Justiça. Essa norma jurídica estadual passou a representar, na época, grande avanço para a articulação das políticas de entorpecentes entre os órgãos e a sociedade civil; por outro lado, esse período também contribuiu para um alargamento da doutrina de segurança nacional, propagada abertamente desde os anos 70 pelo país. Percebe-se que o citado Conselho Estadual e os demais, criados nos outros Estados, tiveram suas posturas também pautadas no proibicionismo, o que auxiliou na condução de políticas públicas de certo aspecto equivocadas, a exemplo das campanhas de prevenção e ações baseadas no conhecimento “científico” sobre o uso de entorpecentes, bem como na “demonização”, amedrontamento e estereótipo das drogas ilegais propagadas como maléficas à sociedade.

Esse fortalecimento quanto aos discursos proibicionistas, como postulado estatal, teve grande influência da própria composição do CONEN-PA, durante esse período. O Conselho era composto por treze representações: um representante da governadoria do Estado; um representante da Secretaria de Estado de Justiça; um representante da Secretaria de Estado de Segurança Pública; um representante da Secretaria de Estado de Saúde; um representante da Secretaria de Estado da Fazenda; um representante da Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; um representante da Fundação de Bem-Estar Social do Pará; um representante da Polícia Militar do Estado; um comunicador social, com ampla atuação, inclusive na área de jornalismo; um representante da comunidade; um jurista versado em assuntos de entorpecentes e de comprovada experiência no âmbito do Juizado de Menores, especialmente

convidado pela Secretaria de Estado de Justiça; e um educador emérito, de ampla e reconhecida atuação na prevenção indiscriminada de entorpecentes.

Se observarmos a constituição do CONEN, perceberemos que existiam nove representantes do governo e quatro representantes da sociedade civil, o que também acabou por influenciar nas posturas tomadas pelo órgão, caracterizada pelo peso governamental em seus saberes. Ademais, esse caráter demonstrou ainda certo controle estatal sobre a construção coletiva dos conselhos. Adiante, ressalta-se que a noção de controle social da sociedade civil nas ações do governo somente foi fortalecida com o advento da Constituição Federal brasileira de 1988. Atesta Costa Correia (2005, p. 55):

A temática do controle social tomou vulto no Brasil a partir do processo de democratização na década de 80 e, principalmente, com a institucionalização dos mecanismos de participação nas políticas públicas na Constituição de 1988 e nas leis orgânicas posteriores [...]

A possibilidade de se indagar os discursos instituídos, estabelecendo resistências e criando possibilidades outras de construção de políticas de drogas (naquele momento, com a terminologia *entorpecentes*), só foi possível igualmente com a criação dos conselhos paritários, os quais tentassem equilibrar as forças entrelaçadas entre a sociedade civil e o governo. Deluchey (2012, p. 78) acrescenta:

Entre essas novas arenas, encontram-se os Conselhos paritários, que se caracterizam pela presença conjunta de representantes do Estado e da sociedade civil organizada. Aparentemente, o diagnóstico preliminar que levou à fundação desses Conselhos foi o mesmo para os atores governamentais e não governamentais: o reconhecimento de que a participação da sociedade civil organizada na gestão governamental devia ser aumentada e institucionalizada, colocando em perspectiva o argumento da existência de uma crise – talvez estrutural, no caso brasileiro –, da representação qualificada pelo processo eleitoral.

No tocante à representação paritária, esse novo direcionamento a partir da emergência da Constituição Federal de 1988 não encontrou ambiente favorável em alguns conselhos; como eram compostos de maioria de representação do Estado, acabaram, de certo aspecto, por negligenciar os novos ditames democráticos e da representatividade popular. Essa nova conjuntura foi paulatinamente sendo modificada, ao longo da década de 90, quando encontrou ambiente favorável nos discursos principalmente do movimento popular.

Nas palavras de Costa Correia (2005, p. 222): “A participação social nas referidas

políticas foi concebida como instrumento de controle social, ou seja, como participação por parte dos setores organizados da sociedade [...]”. Diante dessa conjuntura de fortalecimento dos atores de representação social e da nova perspectiva democrática nascida no final dos anos de 1980, representada pela redemocratização do Estado brasileiro, poucas foram as modificações efetivadas no nível da Política de Entorpecentes, no Pará.

Em nível nacional, na década de 1990, o Sistema Nacional de Entorpecentes foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), assim como foi criada a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), passando a ser ligada ao Gabinete Militar da Presidência da República. Tal modificação se deveu também à pressão da Organização dos Estados Americanos com a adesão do Brasil aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda, de maneira que a criação da SENAD configurou uma ação política, objetivando mostrar ao mundo a estratégia brasileira de combate às drogas (TEIXEIRA GARCIA et al., 2008).

Tal modificação da legislação, nesse período, não contribuiu para corresponder à demanda de exclusão e fomento a políticas que conduzissem à reinserção social do usuário e do dependente químico. Ademais, mesmo com a modificação da nomenclatura e da transformação do antigo CONFEN em SENAD, não houve mudanças substanciais e continuou em vigor a Lei n. 6.368/76. Ressaltam Teixeira Garcia et al. (2008, p. 270):

No entanto, a centralidade da política focada na droga que deve ser combatida, mantida pelo governo FHC, expressa-se na opção dada pela denominação da política – antidrogas. Tendo como bandeira de luta “a droga”, a atual política da SENAD tira do centro de discussão “a pessoa humana”. Só recentemente (2004) a SENAD iniciou um processo efetivo de debate da Política Nacional Antidrogas, com a realização de fóruns regionais e nacional, com o envolvimento da comunidade científica e de segmentos da sociedade civil (Brasil, 2005). Toda essa dinâmica veio a resultar na mudança de denominação, no governo Lula, para Política Pública Sobre Drogas (PPD).

Foi a partir desses fóruns regionais e estaduais, no primeiro governo do presidente Lula, que se gestou a Política Nacional sobre Drogas. Suas diretrizes, conforme já destacado, além de construídas por um coletivo de várias representações, fomentaram as próprias bases da Lei n. 11.343/06, representando um grande avanço nas reformulações das políticas de drogas, no Brasil.

Em nível estadual, a despeito da Constituição Federal de 1988, da recomendação da paridade nos conselhos e do fortalecimento do controle social, foi somente através do Decreto n. 1.763, de 24 de junho de 2009, da então governadora Ana Julia de Vasconcelos Carepa, que

houve a adequação da Política Estadual sobre Drogas, no Estado do Pará. Isso significa que até 24 de junho de 2009 esteve vigente o Decreto n. 4351, de 04 de junho de 1986; este último, apesar de algumas modificações, “caducava” de acordo com os novos ditames estabelecidos com a Nova Política Nacional sobre Drogas, contando inclusive com uma representação não paritária, que feria frontalmente sua autonomia como órgão de controle social.

Nesse aspecto, ressalta-se ainda que a ideia de readequação da Política de Drogas no Estado chegou a ser ventilada por algumas gestões do antigo Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN, porém, foi em 2009, sob a gestão da presidente do CONEN, Marilda de Nazaré Barbedo Couto, que a iniciativa foi concretizada com minuta construída nas reuniões do Conselho e devidamente encaminhada à governadoria, para as providências legais.

Infelizmente, é digno de nota que a Política de Drogas do Estado do Pará não obteve a forma de lei, mas de um decreto, demonstrando a lacuna no Estado do Pará com a construção de uma política de drogas mais democrática e estável. Não obstante, trata-se de um documento avançado, do ponto de vista das políticas de drogas, pois tentou adequar a norma jurídica às nossas peculiaridades regionais. Por conseguinte, frisa-se que o texto foi baseado na Política Nacional sobre Drogas e nas resoluções aprovadas pelo Conselho Estadual de Entorpecentes do Pará e no Fórum Paraense de Redução de Danos, realizado em 2008. Compreende, nos seus 19 artigos, a estrutura, os objetivos, as diretrizes na área de prevenção, na área de tratamento, da recuperação e reinserção social, na área da redução de danos e à saúde, diretrizes na área da repressão, diretrizes na área da pesquisa, além da criação do Sistema Estadual sobre Drogas, este último visando a articular as ações em nível estadual, sendo composto por representantes do criado Conselho Estadual sobre Drogas, da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos, da Secretaria de Estado de Saúde, da Secretaria de Estado de Segurança Pública, da Casa Civil da Governadoria do Estado, da Secretaria do Estado de Educação, da Polícia Civil e da Polícia Militar do Estado.

O Decreto n. 1.763, de 24 de junho de 2009, estabeleceu também a paridade ao Conselho Estadual sobre Drogas, antigo Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN), passando a ser composto por vinte e duas representações: um representante da Governadoria do Estado, um representante da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos; um representante da Secretaria de Estado de Educação; um representante da Secretaria de Estado de

Segurança Pública; um representante da Secretaria de Estado de Saúde; um representante da Secretaria de Estado da Fazenda; um representante da Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças; um representante da Fundação da Criança e do Adolescente, atual Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (FASEPA); um representante da Polícia Militar do Estado do Pará; um representante da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social; um representante do Ministério Público Estadual; um representante da Comunicação Social; um representante da Associações Comunitárias; um representante da Ordem dos Advogados do Brasil; um professor do ensino fundamental ou médio; um representante do Conselho Regional de Psicologia; um representante de usuários dos serviços de tratamento e reinserção social; um representante de organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuem nas áreas de atenção à saúde e da assistência social, de dependentes químicos, em conformidade com a legislação em vigor; um representante do Conselho Regional de Serviço Social; um representante do Conselho Regional de Enfermagem; um representante do Conselho Regional de Medicina e um professor universitário.

É importante salientar que através dessa nova política de drogas no Estado, foi dada “voz” a importantes representações sociais. Cito aqui duas, dentre outras: a representação de usuários dos serviços de tratamento e reinserção social; a representação das organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuem nas áreas de atenção à saúde e da assistência social de dependentes químicos. Essas duas figuras, como membros do Conselho Estadual sobre Drogas (CONED), significam um grande avanço alcançado pela sociedade civil, pois, a partir de suas representatividades no controle social perante o Estado, poderão ser construídas possibilidades de ações outras e de se estabelecer resistências. O intento de contemplar a representatividade a esses dois atores sociais teve um direcionamento razoável, sob o aspecto do controle social nas políticas de drogas.

De outro mote, em nível municipal, é importante frisar que, pela Lei n. 7927, de 11 de dezembro de 1998, foi implementado o Sistema Municipal de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Uso de Entorpecentes e Substâncias Análogas e a criação do Conselho Municipal de Entorpecentes do Município de Belém – COMEN –, documento este sancionado pelo então Prefeito do Município de Belém, Edmilson Brito Rodrigues,

A citada lei foi construída de acordo com as diretrizes preconizadas na antiga Política

Estadual de Entorpecentes, compreendendo, em sua estrutura, um total de 15 artigos, abordando os objetivos do Sistema Municipal de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao Uso de Entorpecentes e Substâncias Análogas. Adiante, em seus demais artigos, foram indicadas atribuições e competências do criado Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN), além de sua composição paritária: um representante da Prefeitura; um representante da Secretaria Municipal de Saúde; um representante da Secretaria Municipal de Educação; um representante da Guarda Municipal de Belém e quatro representantes da sociedade civil organizada, oriundos de organizações ligadas à área e em regular funcionamento, na cidade de Belém.

O COMEN, embora, hoje, esteja em desacordo com a atual Política Nacional e Estadual sobre Drogas, conseguiu, em sua emergência, estabelecer a paridade entre suas representações e corporificou-se pela forma legal mais representativa dentro do regime democrático, ou seja, na forma de lei municipal. Interessante também analisar documentos que expressam a presença de entidades religiosas, em nível de controle social, o que acaba por representar o contexto no qual os jogos de poder se encontram entrelaçados com esse saber moral, configurado pelas religiões. Esse fenômeno, conforme já explicitado em capítulo anterior, de certo aspecto, simboliza o crescimento não só de representações políticas no contexto democrático, mas também um campo de forças permeado por interesses diversos.

De volta ao COMEN e à análise de suas práticas, ressalta-se que, através do Decreto Municipal n. 71.349 – PMB, de 26 de outubro de 2012 (BELÉM, 2012), houve a nomeação de membros do Conselho Municipal de Entorpecentes de Belém pelo então prefeito, Duciomar Gomes da Costa, inclusive no final de seu mandato. Na consideração dos motivos que fundamentaram o ato, constam os ofícios das entidades da sociedade civil datados de 16/10/12, 17/10/12 e 22/10/12. Por conseguinte, foram nomeados para as vagas da sociedade civil, no mandato para o biênio 2012/2014, três comunidades terapêuticas respectivamente denominadas Desafio Jovem de Belém – DEJOBÉ, Comunidade Terapêutica da Amazônia – CTA, Comunidade Terapêutica Força do Querer e Projeto de Assistência e Recuperação de Crianças e Adolescentes – ARCA.

Esse contexto evidencia a lógica das representações religiosas inseridas nas políticas de drogas, desvelando como clarividência que as forças morais representadas pelas CTs estão cada vez mais próximas do contexto político, sendo inegáveis os seus intentos, de certo aspecto, de

contribuir com a efetivação de políticas públicas, mesmo que sejam questionadas em outros níveis, a exemplo da saúde.

Ainda na análise de documentos relativos ao Conselho Municipal de Entorpecentes, pelo Decreto Municipal n. 79.884 – PMB, de 10 de junho de 2014, assinado pelo atual prefeito de Belém, Zenaldo Rodrigues Coutinho Junior, observa-se que foi realizada a substituição das representações da sociedade civil, passando a ser composto pelas seguintes entidades : Federação das Comunidades Terapêuticas – FECONGAD; Instituto Minha Esperança; Arquidiocese de Belém – Fazenda Esperança, bem como o Centro Comunitário Allan Kardec.

Nesse mote, examinando os dois acontecimentos, podemos fazer aos mesmos a seguinte questão: por que a representação da sociedade civil, nesse Conselho, é ocupada, na maioria, por entidades religiosas?

A resposta não parece tão fácil, se consideramos que a implementação da assistência e do tratamento para com a dependência química esteve relacionada historicamente com as entidades religiosas. Escreve Costa (2009, p.02): “As Comunidades terapêuticas [...] surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país [...]”.

Assim, com base nesse entendimento, poderíamos perceber que essa lógica seria “natural”, pois a representação da sociedade civil, de certo aspecto, historicamente esteve sempre “atrelada” a esse tipo de “prática de cuidado”. Entretanto, esta não seria uma compreensão muito razoável diante da conjuntura que trata da representatividade política nos conselhos, pois, além dessas entidades de cunho moral, hoje, é fato o campo de entidades das mais variadas vertentes políticas que mereceriam compor o controle social das políticas de drogas, dentre as quais as associações de bairros, de usuários, de familiares etc.

De outro aspecto, poderemos investigar a lógica de representatividade de entidades religiosas no COMEN também como resultante do fomento as CTs no contexto, inclusive de seu crescimento em nível de participação nas ações políticas do município, no que concerne à Política de Drogas. Essa particularidade parece clara, diante da própria realidade das ações assumidas pela Prefeitura de Belém, na atualidade.

Com a formulação das normas jurídicas que conduziram a construção das políticas de drogas no Estado, ocorreram acontecimentos, a partir do Plano Crack, que geraram também grande impulso ao crescimento das CTs, no Estado do Pará. Tais fatos, além do aporte político do governo federal, tiveram tanto do Estado quanto do Município a condução necessária para o fortalecimento político dessas entidades. Esse aspecto, como já examinado, teve na mídia uma mobilização significativa quanto ao fomento aos discursos de epidemia do *crack*, que foram superdimensionados, bem como na condução de medidas higienistas configurada igualmente pela nomeação das *cracolândias*, nos espaços urbanos (BOITEUX, 2013; BICALHO, 2013). Conforme reportagem vinculada no *Jornal Diário do Pará* (2014), essa cena é bem representada na capital paraense:

Uma imensa linha vermelha começou a riscar o mapa do centro comercial de Belém por causa da venda e consumo de drogas – principalmente de crack, entorpecente mais utilizado nas cidades brasileiras. Ao contrário do que afirmam as autoridades, a capital paraense possui, sim, áreas conhecidas como “*cracolândia*”. O centro da cidade é um exemplo. Ruas como a Riachuelo, até então conhecida por aglomerar diversos prostíbulos, passaram a ser o corredor de escoamento de drogas e também de consumo. Uma triste realidade que pode ser vista tanto à luz do dia quanto à noite: usuários escondidos atrás de papelões acendendo cachimbo para “*pitar*” (fumar) crack e cheirar cocaína. De acordo com os moradores do local este é o ponto mais crítico.

Sem negar as cenas do consumo de drogas nos centros urbanos, inclusive por moradores de rua, porém, questionando a circunstância de que essa imagem passou a ser redimensionada, no contexto da “*epidemia*” de drogas e principalmente do *crack*, o fato é que não apenas o Estado, mas também o Município aderiram ao projeto esboçado pelo Decreto n.7.179/2010. No contexto do Estado do Pará, o Município de Belém lançou o Edital de Chamamento Público n. 001/2014/FUNPAPA, objetivando o credenciamento e a seleção pública de instituições privadas e não governamentais, na concessão de subvenção social para os anos de 2014/2015, para o acolhimento institucional de adolescentes e adultos em situação de rua, em vulnerabilidade e riscos decorrentes do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas.

A Fundação Papa João XXIII – FUNPAPA – é uma entidade pública do Município de Belém é por “[...] atividades de amparo e proteção de populações que vivem em situação de risco pessoal e social causados pela pobreza, abandono ou isolamento familiar e ações preventivas de

situação de risco, além de amparar, acolher e garantir a proteção à criança, adolescente, famílias ou indivíduos”²³.

Através desse edital, baseado no intitulado “Pacto do Acolhimento e Contra as Drogas”, terminologia esta taxativa no citado documento, a Prefeitura de Belém, através da FUNPAPA, convidou as CTs interessadas a credenciar-se a essa seleção pública. Por conseguinte, segundo o citado edital (BELÉM, 2014), a disponibilidade de serviços em comunidades de acolhimento a serem ofertados para contratação deveria estar limitada a até dez vagas por público específico, nas modalidades de acolhimento de pessoas dos sexos masculino e feminino, a partir dos dezoito anos, em situação de rua, em vulnerabilidade e risco decorrente do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativa e outras drogas, com a subvenção de R\$ 800,00 por mês. Adiante, o mencionado edital preconizava, no seu item 3.1 (BELÉM, 2014):

3.11 As Comunidades Acolhedoras que atenderem a TODOS os requisitos especificados contidos no Edital e seus anexos, que tiverem a aprovação do Conselho Estadual Sobre Drogas do Estado do Pará – CONED/PA serão contratadas pela Fundação Papa João XXIII – FUNPAPA em igualdade de condições. Será equitativa a divisão das 200 (duzentos) vagas, estabelecido o procedimento de partilha isonômica entre as credenciadas, dentro das condições físicas e estruturais de cada Instituição, até o limite de recursos disponíveis.

Essa iniciativa torna evidente a simetria com a conjuntura preconizada pelo Plano Crack, o qual objetivou, entre outros aspectos, o fortalecimento das CTs, com o financiamento de parte de seus serviços. De outro aspecto, se indagarmos os próprios objetivos principais da FUNPAPA, poderemos estabelecer até um certo grau de terceirização de suas atividades, panorama o qual acaba por fragilizar a fundação, do ponto de vista de suas competências institucionais.

Logicamente, a face do aporte das CTs no sentido da Assistência Social parece-nos mais adequada do que seu atrelamento a Rede de Atenção Psicossocial, entretanto, do aspecto moral e religioso, ambiente da maioria dessas entidades, não deve prosperar a concepção puramente assistencial, vez que a metodologia do convívio entre os iguais, a laborterapia e o isolamento preconizado pela maioria das instituições é traço marcado por práticas inapropriadas a própria assistência social.

²³ Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=16&conteudo=3916> Acesso em: 24 de abril de 2015.

De volta ao procedimento estabelecido e iniciado pelo Edital n. 001/2014/FUNPAPA, perceberemos que houve a devida habilitação de um certo número de CTs e, posteriormente, a homologação de algumas entidades. Nessa esteira, frise-se que, em 08 de agosto de 2014 (BELÉM, 2014b), a FUNPAPA homologou o certame, sendo credenciadas as seguintes Entidades de Acolhimento: a Associação Missionária Resgatando Vidas; o Centro de Prevenção, Tratamento e Recuperação de Dependentes Químicos Força do Querer e a Associação Papa João XXIII no Brasil.

No Plano Estadual, percebe-se que o Conselho Estadual sobre Drogas – CONED – tem conduzido suas atividades com grande atenção no controle das Comunidades Terapêuticas. Sua estrutura paritária também contribuiu para com a inserção de alguns atores importantes, como o Conselho Regional de Psicologia, a Ordem dos Advogados do Brasil, o Conselho Regional de Medicina e a representação de usuários dos serviços de tratamento e reinserção social, paralelamente à representação das organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas de atenção à saúde e da assistência social de dependentes químicos.

No que se relaciona ao controle das entidades, como as CTs, ressalta-se que, através da Portaria n. 13/2014 – CONED/SEJUDH, de 10 de outubro de 2014, o Conselho Estadual sobre Drogas do Pará (PARÁ, 2014) iniciou um processo de registro de entidades que atuam nos serviços de tratamento e reinserção social de dependentes químicos. Tal registro assume grande importância, no momento em que as CTs proliferam à margem da legislação sanitária e à mingua de parâmetros de tratamento. Além do caráter fiscalizador, o CONED conta com o caráter normativo, o que lhe imputa, dentro da articulação de Políticas Públicas sobre Drogas, um papel no qual os diversos saberes se fazem necessários para se conduzir a uma razoável construção normativa. Daí a necessidade de os saberes das diversas representações envolvidas, quer públicas, quer da sociedade civil, serem equitativamente contrabalanceados e respeitados, no nível das políticas públicas.

De outro aspecto, frisa-se que a atual gestão do CONED tem como presidente o representante das organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas de atenção à saúde e à assistência social de dependentes químicos, na figura do representante da Federação das Comunidades Terapêuticas e demais ONGs Antidrogas do Pará – FECONGAD (PARÁ, 2015).

Esse dado, assim, acaba por assumir um caráter muito simbólico na presente análise, pois representa também o resultado do fortalecimento e da organização dessas entidades nos últimos anos. Tal assertiva vem corroborar toda a conjuntura política na qual o Estado brasileiro se encontra inserido, qual seja, o de valorização das instituições religiosas no nível político. Nesse mesmo aspecto, cabe ressaltar que, como esboçado anteriormente, em 23 de abril de 2015, foi criada na Câmara dos Deputados a Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas²⁴, Acolhedoras e APACs, contando, em sua composição, com cento e oitenta e quatro deputados de vários partidos.

A referida Frente Parlamentar encontra-se também composta por alguns deputados do Pará de diferentes vertentes políticas: a deputada Elcione Barbalho (PMDB); o deputado Lira Maia (DEM); o deputado Luiz Otávio (PMDB); o deputado Wladimir Costa (SD), o deputado Zé Geraldo (PT), bem como o deputado Josué Bengtson (PTB). Portanto, há de se afirmar que os serviços oferecidos pelas CTs encontram grande base política sedimentada no Congresso Nacional. No Pará, isso não é diferente e externa posições políticas centradas no amplo apoio social, estando centradas em medidas de internação e confinamento, as quais ainda permeiam o imaginário popular, quando da reinserção social.

Esses discursos surgem no momento político em que várias articulações têm amplo apoio também de uma bancada conservadora e corporificada em ações que vão de encontro aos direitos humanos, ao princípio da laicidade do Estado, como já explanado no capítulo anterior. Em nível estadual, documentos muito importantes se formularam por meio de contratos firmados entre Comunidades Terapêuticas e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Essa estratégia de repasse de verbas aos serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de drogas tomou essa forma após a grande resistência dos serviços de saúde em cumprir a Portaria do Ministério da Saúde n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, bem como a Portaria n. 131/2012, esta última a qual equiparou as Comunidades Terapêuticas como espécie do gênero Serviços de Atenção em Regime Residencial. Segundo informativo da SENAD, datado de 16 de novembro de 2012, o:

²⁴ Disponível em: http://www.camara.gov.br/internet/deputado/Frente_Parlamentar/385.asp Acesso em: 20 de maio de 2015.

[...] Programa Crack deve gerar mais de 10 mil vagas para acolher gratuitamente usuários e dependentes de drogas em todo o país com a publicação do chamamento público para comunidades terapêuticas voltadas para o acolhimento dessas pessoas. Os recursos para ação são provenientes do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), com o pagamento mensal de R\$ 1 mil pelos serviços de acolhimento de adultos e R\$ 1,5 mil para crianças, adolescentes e mães em fase de amamentação.

Essa iniciativa, em particular, provocada pela SENAD e Ministério da Justiça, acabou por gerar contratos com algumas Comunidades Terapêuticas no Estado do Pará, como o contrato n. 56/2013, figurando como contratada a Obra Social Nossa Senhora da Glória – Fazenda da Esperança Dom Eliseu Maria Coroli, e o contrato n. 42/2014, firmado com a Associação de Pastores Evangélicos de Parauapebas (APEP).²⁵

Os referidos contratos, em suma, têm como objeto a prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso e dependência química, as quais deverão ser acolhidas por um período máximo de doze meses, garantindo a atenção de saúde às mesmas, seja através do SUS, seja por meio particular, porém, às apensas da contratada. Com relação aos valores, pelos contratos são pagos R\$1.000,00 mensais, por adulto, e R\$1.500,00, por criança ou adolescente. A fiscalização é igualmente preconizada, no citado documento, devendo ser efetuada pelos conselhos locais, pela SENAD ou por empresa contratada para esse fim.

Imprescindível também é salientar que foram instituídas diretrizes para a celebração de cooperação técnica entre a SENAD e os órgãos gestores estaduais, com o objetivo de descentralizar o acompanhamento da execução, fiscalização e controle das vagas das entidades contratadas para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. Trata-se da Portaria n. 79, de 18 de outubro de 2013, emanada por meio da própria SENAD. No artigo 2º, pode-se ler:

Art. 2º. Os atos e os procedimentos relativos ao acesso, acompanhamento e o controle das vagas das entidades contratadas pela SENAD, bem como a fiscalização da execução dos contratos firmados, poderão ser realizados pelos Órgãos Gestores Estaduais Temáticos, responsáveis pela coordenação das políticas sobre drogas, e acompanhados necessariamente pelos Conselhos Estaduais, observado o disposto no art. 18 do edital de chamamento público nº 001/2012 e art. 17 do edital de chamamento público nº 001/2013-SENAD/MJ.

Nesse aspecto colocado pelo dispositivo, a importância do Conselho Estadual sobre Drogas – CONED – é tida como fundamental, pois, a partir dele é efetivado, além do controle

²⁵ Contrato n. 42/2014 – SENAD/MJ e Contrato n. 56/2013, anexos G e H.

social sobre os atos da SENAD, o controle das vagas das entidades contratadas, o que acaba por viabilizar uma maior visibilidade a propósito dos contratos dessa natureza.

4.2 Resistências Locais

É impossível abordar a resistência ao modelo manicomial e às CTs sem tratar primeiramente das lutas dos Conselhos Regionais de Psicologia. Esse contexto assume hoje importância basilar para se interrogar as práticas e modelos instituídos pela norma jurídica. Carvalho (2013, p. 46) assevera:

No campo da política (criminal) brasileira os profissionais e pesquisadores da psicologia social estão ocupando um espaço que durante muito tempo foi de titularidade exclusiva dos atores do direito. Com raras exceções, a lacuna provocada pela inércia política que se instalou no campo jurídico nas últimas décadas, em grande parte decorrente da formação burocrática e conservadora dos seus profissionais (operadores jurídicos), permitiu que novos atores sociais reivindicassem o protagonismo nas lutas pela efetivação dos direitos humanos no sistema de justiça criminal. Dentre estes atores políticos, os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Psicologia merecem especial destaque.

Com efeito, a inserção do profissional da psicologia na luta pelos direitos humanos, nos últimos anos, é fundamental para se questionar e indagar não só os saberes instituídos, mas, na prática, para se contribuir pra um controle social efetivo através de seus saberes. Verifica-se que essa lógica tem sido a tônica das atividades das últimas gestões do Conselho Federal de Psicologia (CFP), o que não só inaugurou uma nova concepção de lidar com o outro, mas também na feitura de uma clínica política e comprometida com os excluídos.

Nesse ínterim, desde os primeiros arranjos políticos do governo federal, na tentativa de consolidar o Plano Crack e, conseqüentemente, cooperar na subvenção às CTs, o CFP sempre esteve à frente do questionamento dessas práticas, bem como reafirmando sua posição contrária a posicionamentos que reproduzissem a lógica dos manicômios. Por conseguinte, em setembro de 2011, quase um ano depois da emergência da norma jurídica a qual instituiu o Plano de Enfrentamento ao Crack, o CFP realizou uma inspeção nacional coordenada por sua Comissão Nacional de Direitos Humanos, tendo visitado, conjuntamente com vários parceiros, 68 unidades de internação localizadas em 25 unidades federativas.

Dessa inspeção, resultou um relatório o qual esboçou de forma pormenorizada a

descrição dos ambientes inspecionados, como a capacidade de funcionamento, o número de internos, sua faixa etária e sexo, bem como a composição da equipes envolvidas, a descrição da proposta de cuidado, a informação sobre financiamento público, gerando, por fim, recomendações para que fossem apuradas as possíveis irregularidades apontadas na proposta de cuidado. Os Estados inspecionados foram Acre, Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Distrito Federal. Sobre a inspeção, Bicalho observou (2013, p. 17 e 18):

É preciso refletir para que serve um dispositivo como a inspeção. No primeiro momento, podemos pensar que a inspeção serve para promover denúncias ou para promover a lógica do denunciamento. Antes, porém, é necessário determinar o que está sendo denunciado. Certamente o objetivo da inspeção não foi, simplesmente, denunciar as 68 unidades visitadas; mas, principalmente, denunciar a lógica presente no tema álcool e outras drogas, a qual também está presente em toda e qualquer discussão que envolva direitos humanos. Dessa forma, o que nós queremos discutir aqui é a lógica que faz essas unidades funcionarem tal como funcionam.

No Estado do Pará, a inspeção foi realizada na Comunidade Terapêutica da Amazônia – CTA, localizada no Município de São Caetano de Odivelas (PA). Sua escolha baseou-se principalmente por ter recebido recursos estaduais, por meio do Convênio n. 08/2006, firmado entre o CTA e a Fundação da Criança e do Adolescente (FUNCAP)²⁶, tendo como “[...] objetivo *a necessidade de tratamento contra a drogadição*”²⁷.

A citada inspeção foi realizada contando com o apoio dos parceiros e representantes dos órgãos formados pela Ordem dos Advogados do Brasil, pela Defensoria Pública do Estado do Pará, pelo Conselho Regional de Serviço Social (CRESS-PA), pela Sociedade Paraense de Direitos Humanos e pelo Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Segundo o relatório CFP (2011, p.89), o CTA é uma instituição da sociedade civil sem fins lucrativos e também mantida por instituição evangélica.

Tal Comunidade Terapêutica é afastada do perímetro urbano e com capacidade máxima de 40 pessoas. Naquele momento, contava com 33 internos do sexo masculino. Quanto à proposta

²⁶ Atual Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (FASEPA).

²⁷ Conforme palavras do termo aditivo n.04/2009, publicado em extrato no *Diário Oficial do Pará* de 10 de fevereiro de 2009, grifo nosso.

de cuidado, foram verificadas atividades de laborterapia e, segundo o monitor (CFP, 2011, p.89), o tratamento tem por base a “[...] palavra de Deus e a experiência que temos e passamos para eles, por meio das partilhas, nas reuniões diárias entre as orações”.

Esse particular com relação ao “tratamento” moral foi igualmente verificado na grande maioria dos espaços inspecionados em nível nacional, o que reflete a marca e o traço do modelo adotado pela maioria das CTs. Esse aspecto nos pareceu, à época, preocupante, pois, considerando que a citada entidade tinha tido anteriormente convênio com o Estado, pressupomos que a mesma apresentava uma proposta de cuidado que abrangesse a diversidade quanto ao “tratamento”.

Por conseguinte, algumas possíveis incorreções que vão de encontro à norma jurídica e aos direitos humanos foram vislumbradas na instituição inspecionada, como a utilização de mão de obra não remunerada; a adoção de castigos (inclusive físicos); a violação de privacidade; as restrições à vida sexual ativa; a violação de correspondências; o desrespeito à orientação sexual (não aceitação de homossexuais); o desrespeito à escolha e ausência de credo; o afastamento dos estudos; a retenção de documentos dos internos; a imposição de horários para atividades; a restrição de monitoramento de visitas, dentre outras (CRF, 2011). Sobre a inspeção, Perrone (2013, p. 577) comenta:

Muitos outros exemplos poderiam ser citados para ilustrar o grau de desrespeito para com o ser humano que demonstram muitas destas instituições, que erroneamente se autodenominam CT, mas com certeza estes já retratam uma realidade alarmante, muitas vezes desconhecida para aqueles que procuram pela primeira vez um serviço desta espécie.

Essa realidade observada na citada Comunidade Terapêutica foi ainda verificada em grande parte dos ambientes de internação. O relatório oriundo dessa inspeção corporificou uma interrogação quanto às realidades instituídas e sustentadas por grande parte do poder público, através das subvenções, paralelamente à repetição dos discursos patologizantes, medicalizantes e criminalizantes dirigidos ao usuário de drogas. Simultaneamente a essa iniciativa do CRF e CRPs, iniciaram-se os debates e o alicerce das lutas políticas contrárias a esse modelo, o que acabou tendo também influência na emergência de alguns coletivos, em nível estadual, dentre os quais acabaram por promover o debate e fomentar a investigação a aspectos envolvendo as políticas de drogas. Podemos citar, nesse contexto, a criação da Frente Paraense sobre Drogas e

Direitos Humanos.

A Frente Paraense surgiu dentro da Universidade Federal do Pará, mais precisamente no grupo de pesquisa Transversalizando, este último coordenado pela professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Dr^a Flávia Cristina Silveira Lemos. Tal coletivo foi mobilizado pelo citado grupo de pesquisa, o qual também articulou a adesão de vários outros integrantes e apoiadores. Solenemente, no dia 22 de novembro de 2013, no auditório da Ordem dos Advogados do Brasil – Seccional do Pará, foi lançada a Frente Paraense sobre Drogas e Direitos Humanos, a qual é integrada pela OAB-PA, pelo CRP, pelo MLA, pela Sociedade Paraense de Defesa dos Direitos Humanos, contando com o apoio de vários grupos de pesquisa sediados na UFPA, como o próprio Grupo Transversalizando, o Grupo de Pesquisa Direito Penal e Democracia, o Grupo de Pesquisa Saúde na Amazônia e o coletivo Marcha da Maconha – Belém.

Esse conjunto de instituições acabou por eleger alguns princípios que direcionam suas atividades²⁸, quais sejam: 1) Defender o pacto voluntário por adesão de entidades e movimentos da sociedade civil, com a finalidade de organizar o debate e construir estratégias de luta em prol das políticas públicas sobre drogas baseada na dignidade e direitos humanos; 2) Defender o Estado laico; 3) Defender a consolidação e a ampliação do SUS, do SUAS e de todas as políticas públicas com participação popular e respeito às decisões das conferências; 4) Denunciar as ações conservadoras, policialescas, higienistas e criminalizadoras contra as populações fragilizadas, em nossa região; 5) Defender uma política de segurança pública em uma perspectiva de garantia de direitos e não da repressão policial; 6) Lutar contra a inclusão das comunidades terapêuticas e afins, na rede de serviços do SUS; 7) Ampliar o debate público nos meios de comunicação e com a sociedade sobre o tema das drogas, defendendo a garantia dos direitos humanos; 8) Assumir os princípios da luta antimanicomial e da redução de danos que tem norteado a reforma psiquiátrica brasileira, reivindicando que sejam adotados na política sobre drogas; 9) Por uma política inclusiva e integral de atenção às pessoas que usam drogas, contemplando ações de trabalho, habitação, educação, cultura, arte, esporte, acesso à justiça, segurança pública, saúde e assistência social; 10) Contra a atual política proibicionista de drogas, artífice da criminalização da pobreza. Em defesa de mudança na atual lei (ou política) de drogas, com transformação fundada no respeito aos direitos humanos de toda a população brasileira; 11) Problematizar as práticas

²⁸ Informações adquiridas por meio de consulta no Blog da Frente Paraense sobre Drogas e Direitos Humanos. Disponível em: <http://drogasdireitoshumanos.blogspot.com.br/p/principios.html>. Acesso em: 20 de maio de 2015.

racistas articuladamente à crítica ao encarceramento e à execução sumária das pessoas que traficam e, finalmente, 12) Pensar as dimensões de gênero, faixa etária, classe e escolaridade que atravessam o comércio, o uso e a política de drogas.

Nota-se que a relevância da emergência da frente seguiu igualmente a lógica de outras, como a própria Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos²⁹. Esta última foi criada no ano de 2012 e é composta por 53 entidades, em nível nacional, como o próprio CFP, que foi um dos seus incentivadores, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o Movimento Nacional da luta Antimanicomial, a Federação Nacional dos Psicólogos – FENAPSI, vários CRPs, dentre outras.

A citada Frente Nacional conta também com uma Carta de Princípios, dentre os quais podemos citar³⁰: 1) Defender o pacto voluntário por adesão de entidades e movimentos da sociedade civil, com a finalidade de organizar o debate e construir estratégias de luta em prol das políticas públicas sobre drogas, baseada na dignidade e direitos humanos; 2) Defender o Estado laico; 3) Defender a consolidação e ampliação do SUS, do SUAS e de todas as políticas públicas com participação popular e respeito às decisões das conferências; 4) Denunciar as ações conservadoras, policialescas, higienistas e criminalizadoras contra as populações fragilizadas; 5) Defender uma política de segurança pública em uma perspectiva de garantia de direitos e não da repressão policial; 6) Lutar contra a inclusão das comunidades terapêuticas e afins, na rede de serviços do SUS; 7) Ampliar o debate público nos meios de comunicação e com a sociedade sobre o tema das drogas, defendendo a garantia dos direitos humanos; 8) Assumir os princípios da luta antimanicomial e da redução de danos, que tem norteado a reforma psiquiátrica brasileira, reivindicando que sejam adotados na política sobre drogas; 9) Por uma política inclusiva e integral de atenção às pessoas que usam drogas, contemplando ações de trabalho, habitação, educação, cultura, arte, esporte, acesso à justiça, segurança pública, saúde e assistência social; 10) Contra a atual política proibicionista de drogas, artífice da criminalização da pobreza. Em defesa de mudança na atual lei (ou política) de drogas, com transformação fundada no respeito aos direitos humanos de toda a população brasileira.

Faz-se notar que ambas as frentes convergem em quase os mesmos princípios e se coadunam, em suma, politicamente, contra os discursos institucionais em defesa das CTs, bem

²⁹ Informações adquiridas por meio de consulta ao site da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos. Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/entidades-que-compoem-a-frente/> Acesso em: 20 de maio de 2015.

³⁰ Informações adquiridas por meio de consulta ao site da Frente Nacional de Drogas e Direitos Humanos. Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/principios/> Acesso em: 20 de maio de 2015.

como em favor dos princípios estabelecidos pela luta antimanicomial, manifestando-se contra as políticas proibicionistas. Suas posturas vêm utilizar como base o viés dos direitos humanos e, nessa perspectiva, desenvolvem suas atividades através da mobilização e da luta política.

No Estado, a Frente Paraense sobre Drogas e Direitos Humanos vem alcançando paulatinamente visibilidade política. Suas ações, principiadas no ambiente acadêmico da UFPA, através de cursos, oficinas e mesas redondas, em conjunto com o Centro Acadêmico de Psicologia e o Grupo Transversalizando, nos anos de 2013/2014, começam a galgar o espaço social.

Esses espaços de fala e ativismo da Frente Paraense têm sido conquistados através de muitas articulações de cunho político, sendo fortalecidas sobretudo pela rede de integrantes e apoiadores a qual a sedimenta. Dentre esses espaços, cabe citar, como mais recentes, a participação e organização de eventos como no IV Fórum Nacional sobre a Produção da Vitimização de Mulheres no Sistema de Justiça Criminal, ocorrido entre os dias 22 a 24 de abril de 2015; a participação na Conferência Nacional de Direitos Humanos da OAB, entre os dias 27 e 29 de abril de 2015, com uma importante participação na mesa da Audiência Pública sobre Políticas de Drogas, bem como também como integrante na recente Comissão de Monitoramento das Comunidades Terapêuticas, a qual, sob a Coordenação da Comissão de Direitos Humanos da OAB-PA, tem realizado inspeções a esses espaços de acolhimento conjuntamente com o CRP, o MLA, o Conselho Regional de Medicina – CRM e a Vigilância Sanitária Municipal e Estadual.

Por fim, verifica-se que esses espaços de resistência têm produzido, através de suas lutas, embates e demarcações de espaços políticos, uma grande contribuição para com o controle e avanços das políticas de drogas no Pará, porque a partir deles que conseguimos paulatinamente conduzir a outros pensamentos sobre a norma jurídica, os saberes morais e suas construções e desconstruções. Acredito que, como frisa Foucault (2014, p. 360), “ Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele. Que, como ele, venha de ‘baixo’ e se distribua estrategicamente.”

No mais, enquanto existir a esperança e a força do resistir, haverá possibilidades transformadoras da realidade e sua condução partirá também da luta individual alicerçada na comunhão de objetivos, os quais levem em consideração a proteção e a liberdade da dignidade da pessoa humana, o que vem a fundar grande parte dos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos intentos deste trabalho foi indagar as normas, no sentido de refletir de que forma o fenômeno do crescimento das CTs está relacionado aos movimentos de saber/poder que emergiram nos últimos anos, através do Plano de Enfrentamento ao Crack. Logicamente, outros acontecimentos pretéritos também tiveram grande relevância para que esse “fenômeno” pudesse alcançar o patamar político no qual se encontra inserido.

As políticas proibicionistas que se refletiram no Brasil, no século XX, são alguns dos analisadores para se indagar sobre a patologização, a medicalização e a criminalização do usuário de drogas. Ressalta Batista (1998, p.123): “O ‘mito da droga’ se estabelece nesse período de transição da ditadura, a partir dos anos setenta. Há uma determinação estrutural regulada por leis de oferta e de demanda concomitante a uma carga ideológica e emocional disseminada pela mídia”.

Adiante, nesse processo de condução das políticas de drogas no país, desde os anos de 1970, sobretudo embasado na concepção militarizante de construção de um inimigo em afirmação a “doutrina de segurança nacional”, verifica-se que a própria norma jurídica acabou por criar estereótipos para com o usuário de drogas. Nesse sentido, surgiram figuras típicas desse período, como a do viciado dependente, a do maconheiro, a do drogado – nomenclaturas que expressaram também uma forma de lidar com o tema das drogas, acabando, assim, por marginalizar os atores do consumo e do tráfico.

Tais discursos, que permearam e permeiam essas práticas, expressam jogos de poder nos quais são verificados, além dos discursos, lógicas que pendulam entre a patologização e a criminalização dos usuários de drogas e, principalmente, refletidas nas populações negras, pobres e estigmatizadas por marcas que expressem sua sexualidade, seus modos anormais de vida e sua resistência às normas jurídicas.

Sobre as relações de poder, Foucault (2013, p. 165) afirma: “Você sabe, as relações de poder são aquelas que os aparelhos do Estado exercem sobre os indivíduos, mas é aquela, igualmente, que o pai de família exerce sobre sua mulher e suas crianças, o poder que o médico

exerce [...]”.

Imerso nessa relação de poder, o Estado exerceu forte repressão sobre as figuras dos usuários de drogas, através da patologização/criminalização de suas condutas, de sorte que práticas de cuidado foram implementadas, com o fito de normalizar condutas pelo “tratamento”, levando em consideração a valorização de saberes, especialmente os morais religiosos. Nessa esteira, emergiram as comunidades terapêuticas, na década de 1970 e 1980, coincidindo com o período em que o Estado não oferecia acolhimento e práticas de saúde às pessoas envolvidas no uso problemático com as drogas.

Esse modelo de acolhimento no qual se estruturou a “proposta terapêutica” das CTs repetiu experiências muito questionadas, no decorrer da história, por representar um modelo manicomial, excludente e que elegeu os dispositivos da disciplina e da moral religiosa como fundantes na “recuperação” do indivíduo. Tal modelo representa também grande retrocesso quanto aos avanços das práticas de tratamento após a reforma psiquiátrica, pois acaba por balizar a abstinência do uso e o controle intramuros como prioridade, em detrimento do convívio extramuros, durante o “tratamento”, e de práticas preconizadas pela Política de Drogas, como a própria redução de danos.

Foucault (2003, p. 114) assinala: “Na época atual, todas essas instituições – fábrica, escola, hospital psiquiátrico, hospital, prisão – têm por finalidade não excluir, mas ao contrário, fixar os indivíduos [...]”. Essa afirmação pode ser utilizada analogicamente para com as CTs, porque as mesmas, a partir de suas práticas, visam a corrigir e a normalizar indivíduos, através de seus dispositivos morais de controle.

Entretanto, hodiernamente, observamos que esses modos morais de “tratamento” e “reinserção social” vão de encontro ao que já se encontra sedimentado pelos princípios da Lei Paulo Delgado, a qual foi construída com o aporte nas lutas do movimento pela reforma antimanicomial. Esses princípios, preconizados com o advento da citada lei, estabelecem os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, instaurando um novo modelo de cuidado para com esses indivíduos, baseado na humanização do cuidado e práticas não excludentes e totalizantes.

Diante da conjuntura da luta antimanicomial, ocorreu um amadurecimento das políticas públicas de drogas, de saúde e de assistência social, as quais foram fortalecidas pelos saberes e práticas que levaram em conta os direitos humanos, aqui representados e também preconizados por diversos movimentos e posicionamento de importantes instituições, como o MLA, o CRP, o CFESS, dentre outros.

No entanto, percebe-se que, com o Decreto Presidencial n. 7.179/2010, o qual instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, além de “rupturas” quanto ao modelo da Rede de Atenção Psicossocial –RAPS, o governo iniciou um longo processo de inclusão das CTs junto às políticas de saúde e acolhimento, inclusive na área do financiamento público. Essa conjuntura de crescimento das CTs pode ser exemplificada nos dispositivos implementados pela proposta política de apoio a essas entidades, como a flexibilização de normas, a exemplo da Resolução – RDC n. 29/2011, da ANVISA, dentre outros dispositivos normativos legais.

Tentou-se criar, nesse sentido, um cenário político e social, de grandes acontecimentos simbólicos e renomeados como a “epidemia do crack” que tem como próprio *slogan* do citado programa “Crack é Preciso Vencer” corporificado na busca por erradicação da droga e do inimigo, isto é, vencer este último.

Assim superdimensionaram-se os vários espaços do consumo de drogas e, nessa perspectiva patologizante e neo-higienista, foram nomeadas de cracolândias, espaços esses perigosos e ameaçadores às cidades. Essa estratégia teve como impulso também os discursos pautados nos grandes eventos que vêm ocorrendo desde o ano de 2014, como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas do Rio de Janeiro. Tais eventos acabaram criando e forjando um inimigo em potencial a ser retirado e tratado, que, por essa ótica, representa-se no consumidor de drogas e morador de rua. Para combater esses inimigos, foram objetivadas medidas repressivas de tratamento, inclusive através das internações compulsórias.

Essa conjuntura fundamentou boa parte dos discursos de valorização do modelo manicomial de “tratamento” moral das CTs, as quais estavam inseridas também em um contexto de força política junto ao governo, o qual acaba por fortalecer-se em nível de defesa desse modelo. Tal discurso de valorização desses espaços, bem como da internação, acaba por, sem sombra de dúvidas, ser igualmente subjetivado pela população como ideal, ante inclusive a escassez dos hospitais psiquiátricos devido aos investimentos no modelo CAPS, após a reforma

psiquiátrica.

Salienta Foucault (2011, p. 307): “Hoje, o mundo está evoluindo rumo a um modelo hospitalar e o governo adquire uma função terapêutica. A função dos dirigentes é adaptar os indivíduos aos processos de desenvolvimento, segundo uma verdadeira ortopedia social”.

Nesse ínterim, o governo federal, baseado em uma política de valorização desses espaços, considerados por sua lógica como os “novos manicômios” do século XXI, articula-se no controle social sobre os indivíduos desviantes, acabando por entrelaçar-se a jogos de poder desarmonizados com a lógica dos direitos humanos.

Com o advento das forças morais, representadas pela emergência de uma bancada parlamentar fundamentalista, poderemos estar passíveis da futura concretização de um “coronelismo religioso”, o que poderá ocasionar grandes “fissuras” democráticas, caracterizadas pelas posições e a construção normativa jurídica que caminhe na contramão aos direitos humanos e à revelia das bases democráticas preconizadas pela Constituição Federal de 1988.

É fato que as CTs têm cada vez mais conquistado espaços políticos importantes, como nas representações junto aos Conselhos Municipais e Estaduais sobre Drogas. Alguns atores buscam o fortalecimento do modelo das CTs, o que acaba por gerar “irracionalidades” e ações desarrazoadas as quais exemplificam muito mais apoio político que necessariamente o acolhimento do usuário de drogas.

Tal qual a insanidade dos loucos de outrora, a insanidade moral da política de hoje, materializada pelos meandros do Plano *Crack*, corporifica-se, mais perigosa, porque, a partir dela, não só ocorreu o fortalecimento das CTs como também a desqualificação de saberes, entrelaçados com as práticas de direitos humanos, como o respeito ao usuário de drogas e as possibilidades outras do acolher. No entanto, na perspectiva foucaultiana de que todo poder contempla a resistência, conclamada está a sociedade a se impor a modelos normalizadores como os das CTs.

Desse modo, diante desses acontecimentos, é importante que a sociedade, por meio dos movimentos sociais e as entidades do campo das políticas de drogas, busque o controle social das ações e decisões tomadas nesses órgãos colegiados. No Brasil, verifica-se que se avançou na

implementação de políticas de drogas que se coadunem com a proposta fundada na Reforma Antimanicomial, a exemplo do modelo CAPS e seu fortalecimento, sobretudo em nível municipal.

No Pará, com a paridade das representações conquistada junto ao Conselho Estadual sobre Drogas – CONED, emergiu um ambiente propício à resistência e ao controle social, o que necessita ser implementado a partir do engajamento das representações envolvidas nesse processo. A resistência pode ser pautada, portanto, na construção de sentidos outros para a persecução de uma política de drogas aliada aos ditames mais preciosos na efetivação dos direitos humanos.

Findando esta análise, ressalto que as resistências, como as surgidas com o advento da Frente Paraense sobre Drogas e Direitos Humanos, em 2013, no Estado do Pará, que comungam de instituições e movimentos como integrantes e apoiadores, permitem que as lutas, discussões e iniciativas em prol dessa efetivação sejam corporificadas.

Essas lutas se assemelham a uma árvore que se enraíza desordenadamente sobre as calçadas de uma cidade e, por mais que seja podada, sempre atravessará naturalmente o limite imposto pelo corte, se enraizará novamente após algum período e outra vez preocupará o jardineiro. Portanto, nesse fenômeno de resistência, sejamos então essas raízes: por mais que tolhidos e reprimidos em nossas ações de lutas, brotemos sempre e ofereçamos resistência até o fim de nossas vidas.

REFERÊNCIAS

AGAMBEM, Giorgio. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha (Homo Sacer III)**. São Paulo: Bontempo, 2008.

AMUY, Liliane Maria Prado. **A Lei antitóxicos (nº 6.368/76): os critérios científicos utilizados em sua elaboração e a execução do álcool**. 2005, 103f. Dissertação (História da Ciência) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Revista Ciência e saúde coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

BARBOSA, Roberta Brasileiro; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. O modo indivíduo nas políticas públicas sobre drogas no Brasil e as encomendas endereçadas à psicologia. **Revista polis e psique**, v. 4, n. 2, p. 230-249, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/51096>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 52-75.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática, Conferências no Brasil**. São Paulo: Brasil Debates, 1980.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. Capítulo 1: O cenário do consumo de crack e o inquérito nacional sobre crack, 2012. In: BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Org.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: Quem são os usuários e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1998.

BELÉM. **Lei n. 7927, de 11 de dezembro de 1998**. Disponível em: <<http://cm-belem.jusbrasil.com.br/legislacao/579708/lei-7927-98>>. Acesso em: 27 jan. 2002.

BELÉM. Decreto nº 1.763, de 24 de junho de 2009. **Diário Oficial do Município de Belém**, Ano LV, n. 12.513. Sexta-feira, 14 de fevereiro de 2014.

BELÉM. Prefeitura Municipal. **Decreto Municipal n. 71.349, de 26 de outubro de 2012**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/87357566/dom-belem-09-11-2012-pg-2>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

BELÉM. Prefeitura Municipal. **Decreto Municipal n. 79.884, de 10 de junho 2014**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/87357566/dom-belem-09-11-2012-pg-2>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

BOITEUX, Luciana. Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa

de usuários de drogas. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais-RBEC**. Belo Horizonte, ano 1, n.25, p. 53-80, jan./abr.2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm>. Acesso em: 05 set. 2013.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3688.htm>. Acesso em: 20 nov. 2012.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 9.215, de 30 de abril de 1946**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del9215.htm>. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964a**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-54216-27-agosto-1964-394342-norma-pe.html>>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. **Lei nº 4.451, de 04 de novembro de 1964b**. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1964/4451.htm>>. Acesso em: 05 set. 2013.

BRASIL. **Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. **Lei nº 6.368/76 de 21 de outubro de 1976**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRASIL. **Decreto n. 85.110, de 02 de setembro de 1980**. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-norma-pe.html>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

BRASIL. **Constituição Federal em 05 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 154 de 26 de junho de 1991**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0154.htm>. Acesso em: 13 dez. 2014.

BRASIL. **Código de ética das comunidades terapêuticas de 1995 e 1999**. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=codigo-etica>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

BRASIL. ANVISA. **Resolução RDC nº 101, de 30 de maio de 2001a**. Disponível em: <<http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2174.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001b**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. **Lei 10.409 de 11 de janeiro de 2002a**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/11074912/lei-n-10409-de-11-de-janeiro-de-2002>>. Acesso em: 15 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 336-2002b**. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 03 set. 2012.

BRASIL. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil-2006/2007**. Relatório Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho. Universidade de Brasília. Brasil: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

BRASIL. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil**. 2008a, p.106.

BRASIL. Resolução n. 03 Conselho Nacional Antidrogas – CONAD – de 27 de out. 2005. In: **Legislação e políticas públicas sobre drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008b.

BRASIL. **Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. ANVISA. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011a**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011b**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011c**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de intervenção para usuários de drogas. 2011d, p.200.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de intervenção para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011e, p.200.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dez. de 2011f**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 18 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 12

maio 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. **MJ abre novo edital para comunidades terapêuticas**. 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-abre-novo-edital-para-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 03 jul. 2014.

BERTONCELO, Edison Ricardo Emiliano. “Eu quero votar para presidente”: Uma análise sobre a Campanha das Diretas. **Lua Nova: Revista de Cultura e política**, São Paulo, n. 76, p. 01-13, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010264452009000100006>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. Capítulo 1: Em nome da proteção do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. 1. ed. Brasília: CFP, 2013. p.17-21.

BLOCH, Marc Leopold Benjamin. **Apologia da História ou o Ofício de Historiador**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 159.

CAPONI, Sandra. A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n.2, p. 445-455, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232004000200020&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 nov. 2014.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARVALHO, Salo de. Política de drogas: Mudanças e paradigmas (Nas trincheiras de uma política criminal com derramamento de sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocado pela guerra às drogas. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.63 (edição especial), p. 46-69, out-dez, 2013.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: Um desserviço à saúde pública. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.101, p. 359-367, abr-jun, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042014000200359&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jul. 2014.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. Pesquisa sobre a situação do crack nos municípios brasileiros. Brasília, s/d. Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_Mapeamento_do_Crack_nos_municipios_br_asil_geral.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. In: **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, 2011.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social:** subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, Selma Frossard. As políticas públicas e as comunidades terapêuticas nos atendimentos à dependência química. **Serviço social em revista**, v.11, n. 2, jan/jun 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v11n2.htm>>. Acesso: 05 maio 2013.

COUTO, Artur Barbedo do Nascimento; LEMOS, Flávia Cristina Silveira; COUTO, Mariane Batista Bittencourt. Biopoder e práticas reguladoras do uso de drogas no Brasil: Algumas análises de Projetos de Lei. **Revista polis e psique**, v. 3, n. 2, p. 132-150, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/43680>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. São Paulo: Ed.34, 2000.

_____. **Conversações**. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2010.

_____. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2013.

DELPIROU, Alain; LABROUSSE, Alain. **Coca coke:** produtores, consumidores, traficantes e governantes. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELUCHEY, Jean-François. A sociedade civil organizada e a administração governamental dos interesses: o exemplo dos conselhos paritários. **Revista Estudos Políticos**, v. 5, n. 2, p. 77-101, 2012. Disponível em: <<http://revistaestudospoliticos.com/wp-content/uploads/2012/12/5p77-101.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

DIÁRIO DO PARÁ. **Centro de Belém cede espaço para cracolândia**. Disponível em: <<http://diariodopara.diarioonline.com.br/N-166273-centro>>. Publicado em: 17 fev. 2013.

DIP, Andrea. **Comunidades terapêuticas religiosas lideram tratamento contra o crack**. Agência Estado, 2013. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/comunidades-terapeuticas-religiosas-lideram-tratamento-contra-ocrack,b0d73c3b99862410VgnVCM5000009ccceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

DÍAZ, Esther. **A filosofia de Michel Foucault**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

ESCÓSSIA; Liliana da; TEDESCO; Silvia. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana; DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs**. São Paulo: Ed.34, 2000.

ESCÓSSIA; Liliana da; TEDESCO; Silvia. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. 13. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

FEBRACT. Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. **Código de Ética**. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=codigo-etica>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Medicina e hospital. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 3, p. 487-500, set./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/389>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

FIGLIARO, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005, p. 257-290.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

_____. Não ao sexo rei. In: _____. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977/2014. p.344-362.

_____. **Segurança, penalidade e prisão**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. p. 32-36.

_____. **Estratégia, poder-saber**. 3. ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. p. 218-235; p. 247-260.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Nascimento da biopolítica: curso dado Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 397-425.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Conferência 5. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p.103-126.

_____. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. p. 236.

_____. **Segurança, Território, População: curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes. 2008. p. 572.

_____. O asilo ilimitado. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a. p. 324-327 (Coleção Ditos & Escritos).

_____. O saber como crime. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b. p. 62-77. (Coleção Ditos & Escritos, v. 7).

_____. Diálogo sobre o poder. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Estratégia, Poder-Saber**. Rio de

Janeiro: Forense Universitária, 2012. p. 247-260 (Coleção Ditos & Escritos, v. 11).

_____. Nietzsche, a Genealogia, a história. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a. p. 273-295 (Coleção Ditos & Escritos, v. 2).

_____. Sobre a Arqueologia das Ciências. Resposta ao Círculo de Epistemologia. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Arqueologia das Ciências e História dos Sistemas de Pensamento**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013b. p. 85-123 (Coleção Ditos & Escritos, v. 2).

_____. **Microfísica do Poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. p.430.

FUNPAPA. Fundação João Papa XXII. **Edital de Chamamento Público n. 001/2014/FUNPAPA**. Disponível em: <<http://www.cinbesa.com.br/diario/arquivos/dom-08-08-2014.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: Velhos dilemas. **Psicologia e sociedade**, v. 20, n. 2, p.267-276, 2008.

GARLAND, David. **A cultura do controle: crime e ordem social na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

GOMES, Geise do Socorro Lima. **Análise de documentos que compõe as noções acerca das práticas de exploração de trabalhadores rurais: um estudo genealógico**. 2011. 167 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

GINZBURG, Carlo. **O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GUERRA, Gregório de Matos. Crônica do viver baiano seiscentista. In: **Obra Poética Completa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999. v. 1, p.176.

HOBSBAWN, Eric J. **A era das revoluções: Europa 1789-1848**. Tradução de Maria Tereza Lopes Teixeira e Marcos Penchel. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

JORNAL O GLOBO. **Comunidades terapêuticas mantidas por parlamentares podem ganhar verba federal**. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/comunidades-terapeuticas-mantidas-por-parlamentares-podem-ganhar-verba-federal-8237104>>. Acesso em: 29 abr. 2013.

KARAM, Maria Lúcia. Drogas: O Processo Legislativo. In: RIBEIRO, Maurides de Melo; SEIBEL, Sérgio Dario (Org.). **Drogas: a hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

LE GOFF, Jacques. **História e Memória**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

_____. **As raízes medievais da Europa**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebello. A Genealogia em Foucault: uma trajetória. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 353-357, 2009.

LEMOS, Cristina Silveira et al. A análise documental como instrumento estratégico para Michel Foucault. In: PIMENTEL, Adelma; LEMOS, Flávia; SOUZA, Maurício de; NICOLAU, Roseane. (Org.). **Itinerários de Pesquisas em Psicologia**. Belém: Amazônia Editora, 2010. p. 95-118.

MACHADO, Laura Paes. **Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa**. 2011, 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MACRAE, Edward. A excessiva simplificação da questão das drogas nas abordagens legislativas. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p.327-333.

MAESTRI, Marcos. As campanhas antialcoólicas nas escolas primárias nas décadas de 20 e 30 do século XX no Brasil. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org.). **Raça, higiene social e nação forte: mitos de uma época**. Maringá: Eduem, 2011. p. 129-156.

MEIRELES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 28. ed. São Paulo: Malheiros, 2003. p.792.

MONCAU, Gabriela. 'Indústria da loucura' impede avanços. **Revista Caros Amigos**, 11 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.carosamigos.com.br/index.php/politica-2/2892-industria-da-loucura-impede-avancos>>. Acesso em: 05 de maio de 2015.

MONTANELLI, Indro; GERVASO, Roberto. **Itália: os séculos decisivos. A Idade Média do ano 1000 a 1250 O nascimento das comunas**. São Paulo: IBRASA, 1966.

MONTEIRO, Rita Maria Paiva. A 'carreira moral' de jovens internos em instituições de recuperação para dependentes químicos. **Dilemas: Revista de estudos de conflito e controle social**, v, 5, n.1, p. 131-155, jan/fev/mar 2012. Disponível em: <<http://revistadil.dominiotemporario.com/doc/DILEMAS-5-1-Art5.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio e Janeiro, v.13, n.1, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100017>. Acesso em: 28 mar. 2015.

NOTTO, Ana Regina; BAPTISTA, Murilo C.; FARIA, Sirlene T.; NAPPO, Solange A.; GALDURÓZ, José Carlos F.; CARLINI, Elisaldo A. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 69-79, jan.-fev. 2003.

OLIVEIRA, Mariana. Governo vai financiar comunidades para atender viciados em crack. G1. Disponível em <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/08/governo-vai-financiar-comunidades-para-atender-viciados-em-crack.html>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. 2009, 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

ONU. **Convenção única sobre entorpecentes**, 1961 (emendada em 1972). Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

ONU. **Convenção de Viena, 1971**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

ONU. **Convenção de Viena, 1988**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

PAIXÃO, Antônio Luiz. Problemas sociais, políticas públicas. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 129-145.

PASSETTI, Edson. A atualidade do abolicionismo penal. In: PASSETTI, Edson (Coord.). **Curso livre de abolicionismo penal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2012. p. 13-33.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PARÁ. **Decreto Estadual n. 4.351, de 04 de junho de 1986**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/6624341/pg-7-executivo-6-diario-oficial-do-estado-do-para-doepa-de-21-05-2009>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos. **Decreto nº 1. 763, de 24 de junho de 2009**. Belém, 2009. p. 6.

_____. CONED. Conselho Estadual de Drogas. **Portaria nº 13/2014**. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276729>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

_____. SEJUDH. Secretaria de Justiça e Direitos Humanos. **Portaria nº 01/2015**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/55371205/doepa-caderno-8-11-06-2013-pg-1>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

PERES, Maria Angélica de Almeida; BARREIRA, Ieda de Alencar; SANTOS, Tânia Cristina Franco; ALMEIDA FILHO, Antônio José de; OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. O ensino da psiquiatria e o poder disciplinar da enfermagem religiosa: o hospício de Pedro II no segundo

reinado. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, out.-dez., v. 20, n.4, p. 700-708, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072011000400008&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 ago. 2014.

PERRONE, Pablo Andrés Kurlander. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: Mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência e saúde coletiva**, v.19, n. 2, p, 569-580, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200569&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jan. 2015.

POLÍTICA ANTI-CRACK. Epidemia do desespero ou do mercado anti-droga? Disponível em: <<http://cebes.org.br/2011/12/politica-anti-crack-epidemia-do-desespero-ou-do-mercado-anti-droga/>>. Publicado em: 22 dez.2011 às 10h12. Acesso em: 25 mar. 2015.

PRADO FILHO, Kleber; LOBO, Lilia Ferreira; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. A história do presente em Foucault e as lutas atuais. **Fractal, Rev. Psicol**, v. 26, n. 1, p. 29-42, 2014.

QUINTAS, Jorge. **Regulação legal do consumo de drogas**: Impactos da experiência portuguesa da descriminalização. Porto: Fronteira do caos, 2011.

RAMOS, Renata Cristina Marques Bolonheis. **Comunidades Terapêuticas**: “novas” perspectivas e propostas higienistas. 2012, 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2012.

RIBEIRO, Maurides de Melo; ARAÚJO, Marcelo Ribeiro. Política mundial de drogas ilícitas: Uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 457-468.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico**: uma guerra na guerra. São Paulo: Desatino, 2003.

_____. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2004.

SILVA, Márcia Pereira da. Autoritarismo, abertura política e movimentos sociais: Uma contribuição ao debate sobre as possibilidades e os limites da democracia no Brasil contemporâneo. **Revista FSA**, Teresina, v.11, n.1, N. 13, p, 242-254, jan./mar. 2014.

Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/334>>. Acesso em: 15 set. 2014.

VEYNE, Paul Marie. **Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história**. 4. ed. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 2008, 285 p.

VICENTINI, Nielson Ernobis. **Drogas e vida**: A alteração (des)controlada pelos dispositivos biopolíticos. 2011, 105F. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

VITAL, Christina; LOPES, Paulo Victor Leite. **Religião e política**: uma análise da atuação de

parlamentares evangélicos sobre direitos das mulheres e de LGBTs no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Henrich Böll, 2012.

VOLCOV, Katerina; VASCONCELOS, Maria da Penha. “Crack, é possível vencer” ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. **Revista Saúde e Transformação social**, Florianópolis, v.4, n. 2, p. 99-105, 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2245>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

WIEVIORKA, Michel. **Em que mundo viveremos?** São Paulo: Perspectiva, 2006.

ZAFFARONI, E. R; BATISTA, N. **Direito Penal Brasileiro**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ZALUAR, Alba. A criminalização das drogas e o reencantamento do mal. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania**: Repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999a. p. 97-127.

_____. Um debate disperso: Violência e crime no Brasil da redemocratização. **São Paulo em perspectiva**, v. 13, n. 3, p. 3-17, 1999b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v13n3/v13n3a01>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ANEXO A – Política Nacional sobre Drogas

RESOLUÇÃO No 03/GSIPR/CH/CONAD, DE 27 DE OUTUBRO DE 2005.
Aprova a Política Nacional sobre Drogas.

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS – CONAD, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto nos arts. 5º do Decreto no 3.696, de 21 de dezembro de 2000 e 18 do Regimento Interno e em decorrência do processo que realinhou a Política Nacional Antidrogas até então vigente,

RESOLVE:

Art. 1º Fica aprovada a Política Nacional Sobre Drogas, na forma do anexo a esta resolução, tendo em vista deliberação do Conselho Nacional Antidrogas em reunião de 23 de maio de 2005.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JORGE ARMANDO FELIX

Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança
Institucional da Presidência da República
Presidente do Conselho Nacional Antidrogas

PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de lícitas ou ilícitas.
- Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção.
- Intensificar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, participando de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, respeitando a soberania nacional.
- Reconhecer a corrupção e a lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao dismantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.
- Elaborar planejamento que permita a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, a produção, a armazenagem, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas.
- Garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.
- Garantir ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, em níveis federal e estadual,

visando realizar ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.

- Fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre o diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das consequências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.
- Incentivar, orientar e propor o aperfeiçoamento da legislação para garantir a implementação e a fiscalização das ações decorrentes desta política.
- Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados.
- Garantir que o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo e que esses possuam caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando a composição paritária entre sociedade civil e governo.
- Reconhecer o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.
- Garantir dotações orçamentárias permanentes para o Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, a fim de implementar ações propostas pela Política Nacional sobre Drogas, com ênfase para aquelas relacionadas aos capítulos da PNAD: prevenção, tratamento e reinserção social, redução de danos, redução da oferta, estudos e pesquisas e avaliações.

OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

- Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas consequências.

- Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade.
- Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia.
- Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis.
- Reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.
- Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e coibindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.
- Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo território nacional, dando ênfase às áreas de fronteiras terrestres, aéreas e marítimas, por meio do desenvolvimento e implementação de programas socioeducativos específicos, multilaterais, que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade.
- Assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas.
- Manter e atualizar, de forma contínua, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID, para fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados.

- Garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica.
- Garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade.

1. PREVENÇÃO

1.1 Orientação geral

- 1.1.1 A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde.
- 1.1.2 A execução desta política, no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas.
- 1.1.3 As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos.
- 1.1.4 As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações.
- 1.1.5 As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem

ser claras, atualizadas e fundamentadas cientificamente, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia.

1.2 Diretrizes

- 1.2.1 Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada.
- 1.2.2 Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido.
- 1.2.3 Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção.
- 1.2.4 Manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre o uso indevido de drogas, integrado, amplo e interligado ao OBID, acessível a toda a sociedade, que favoreça a formulação e implementação de ações de prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de “boas práticas” existentes no Brasil e em outros países.
- 1.2.5 Incluir processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos, Federal, Estaduais, Municipais, observando-se as especificidades regionais.
- 1.2.6 Fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.
- 1.2.7 Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas.
- 1.2.8 Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.
- 1.2.9 Recomendar a criação de mecanismos de incentivo para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo e educativo sobre drogas.

2. TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

2.1 Orientação Geral

2.1.1 O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas.

2.1.2 O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada.

2.1.3 As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais.

2.1.4 Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.

2.1.5 No Orçamento Geral da União devem ser previstas dotações orçamentárias, em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Política Nacional sobre Drogas, que serão distribuídas de forma descentralizada, com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, estimulando o controle social e a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade.

2.1.6 A capacitação continuada, avaliada e atualizada de todos os setores governamentais e não-governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários, dependentes e seus familiares deve ser garantida, inclusive com recursos financeiros, para multiplicar os conhecimentos na área.

2.2 Diretrizes

2.2.1 Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição

descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

2.2.2 Desenvolver e disponibilizar banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e avaliação das práticas de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não-governamentais, devendo essas informações ser de abrangência regional (estaduais e municipais), com ampla divulgação, fácil acesso e resguardando o sigilo das informações.

2.2.3 Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitando o âmbito de atuação de cada instituição.

2.2.4 Estabelecer procedimentos de avaliação por uma comissão tripartite e paritária para as diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, para usuários dependentes e familiares, com base em parâmetros comuns, adaptados às realidades regionais, permitindo a comparação de resultados entre as instituições, aplicando para esse fim recursos técnicos e financeiros.

2.2.5 Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-morbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.

2.2.6 Propor, por meio de dispositivos legais, incluindo incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, na recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional.

2.2.7 Propor a criação de taxas específicas para serem arrecadadas em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) sobre as atividades da indústria de bebidas alcoólicas e do tabaco, para financiar tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social e ocupacional de dependentes químicos e familiares.

2.2.8 Garantir a destinação dos recursos provenientes das arrecadações do Fundo Nacional Antidrogas (composto por recursos advindos da apropriação de bens e valores apreendidos em decorrência do crime do narcotráfico) para tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional.

2.2.9 Estabelecer parcerias com universidades para implementação da capacitação continuada, por meio dos pólos permanentes de educação, saúde e assistência social.

2.2.10 Propor que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regule o atendimento assistencial em saúde para os transtornos psiquiátricos e/ou por abuso de substâncias psicotrópicas, de modo a garantir tratamento tecnicamente adequado previsto na Política Nacional de Saúde.

3. REDUÇÃO DOS DANOS SOCIAIS E À SAÚDE

3.1 Orientação Geral

3.1.1 A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

3.2 Diretrizes

3.2.1 Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos.

3.2.2 Garantir o apoio à implementação, divulgação e acompanhamento das iniciativas e estratégias de redução de danos desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, assegurando os recursos técnicos, políticos e financeiros necessários, em consonância com as políticas públicas de saúde.

3.2.3 Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas.

3.2.4 Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social.

3.2.5 Garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos.

3.2.6. Viabilizar o reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica.

3.2.7 Estimular a formação de multiplicadores em atividades relacionadas à redução de danos, visando a um maior envolvimento da comunidade com essa estratégia.

3.2.8 Incluir a redução de danos na abordagem da promoção da saúde e prevenção, no ensino formal (fundamental, médio e superior).

3.2.9 Promover estratégias de divulgação, elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos por meio do trabalho com as diferentes mídias.

3.2.10 Apoiar e divulgar as pesquisas científicas submetidas e aprovadas por comitê de ética, realizadas na área de redução de danos para o aprimoramento e a adequação da política e de suas estratégias.

3.2.11 Promover a discussão de forma participativa e subsidiar tecnicamente a elaboração de eventuais mudanças nas legislações, nas três esferas de governo, por meio dos dados e resultados da redução de danos.

3.2.12 Assegurar às crianças e aos adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei n.º 8.069/1990).

3.2.13 Comprometer os governos federal, estaduais e municipais com o financiamento, a formulação, implementação e avaliação de programas e de ações de redução de danos sociais e à saúde, considerando as peculiaridades locais e regionais.

3.2.14 Implementar políticas públicas de geração de trabalho e renda como elementos redutores de danos sociais.

3.2.15 Promover e implementar a integração das ações de redução de danos com outros programas de saúde pública.

3.2.16 Estabelecer estratégias de redução de danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias.

4. REDUÇÃO DA OFERTA

4.1 Orientação Geral

4.1.1 A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas.

4.1.2 Meios adequados devem ser assegurados à promoção da saúde e à preservação das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública, incluindo assistência jurídica.

4.1.3 As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes dessas substâncias produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao Mercado internacional, da identificação e do desmantelamento das organizações criminosas.

4.1.4 A coordenação, promoção e integração das ações dos setores governamentais, responsáveis pelas atividades de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas, nos diversos níveis de governo, devem orientar a todos que possam apoiar, aprimorar e facilitar o trabalho.

4.1.5 A execução da Política Nacional sobre Drogas deve estimular e promover, de forma harmonica com as diretrizes governamentais, a participação e o engajamento de organizações não-governamentais e de todos os setores organizados da sociedade.

4.1.6 As ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, do Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional - DRCI/MJ, da Secretaria da Receita Federal- SRF, do Departamento de Polícia Federal - DPF, do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, da Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP, da Polícia Rodoviária Federal - DPRF, das Polícias Cíveis e Militares e demais setores governamentais, com responsabilidade na redução da oferta, devem receber irrestrito apoio na execução de suas atividades.

4.1.7 Interação permanente com o Poder Judiciário e Ministério Público, por meio dos órgãos competentes, visando agilizar a implementação da tutela cautelar, com o objetivo de evitar a deterioração dos bens apreendidos.

4.2 Diretrizes

4.2.1 Conscientizar e estimular a colaboração espontânea e segura de todas as pessoas e instituições com os órgãos encarregados pela prevenção e repressão ao tráfico de drogas, garantido o anonimato.

4.2.2 Centralizar, no Departamento de Polícia Federal, as informações que permitam promover o planejamento integrado e coordenado das ações repressivas dos diferentes órgãos, disponibilizando-as para as unidades da federação, bem como atender as solicitações de organismos nacionais e internacionais com os quais o país mantém acordos.

4.2.3 Estimular operações repressivas, assegurando condições técnicas e financeiras, para ações integradas entre os órgãos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal, responsáveis pela redução da oferta, coordenadas pelo Departamento de Polícia Federal, sem relação de subordinação, com o objetivo de prevenir e combater os crimes relacionados às drogas.

4.2.4 Incrementar a cooperação internacional, estabelecendo e reativando protocolos e ações coordenadas, fomentando a harmonização de suas legislações, especialmente com os países vizinhos.

4.2.5 Apoiar a realização de ações dos órgãos responsáveis pela investigação, fiscalização e controle nas esferas federal, estadual e municipal e do Distrito Federal, para impedir que bens e recursos provenientes do tráfico de drogas sejam legitimados no Brasil e no exterior.

4.2.6 Planejar e adotar medidas para tornar a repressão eficaz, cuidando para que as ações de fiscalização e investigação sejam harmonizadas, mediante a concentração dessas atividades dentro de jurisdição penal em que o Judiciário e a Polícia repressiva disponham de recursos técnicos, financeiros e humanos adequados para promover e sustentar a ação contínua de desmonte das organizações criminosas e de apreensão e destruição do estoque de suas mercadorias.

4.2.7 Manter, por intermédio da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) informado sobre os bens móveis, imóveis e financeiros apreendidos de narcotraficantes, a fim de agilizar sua utilização ou alienação por via da tutela cautelar ou de sentença com trânsito em julgado, bem como a consequente aplicação dos recursos.

4.2.8 Priorizar as ações de combate às drogas ilícitas que se destinam ao mercado interno, produzidas ou não no país, sem prejuízo das ações de repressão àquelas destinadas ao mercado externo.

4.2.9 Controlar e fiscalizar, por meio dos órgãos competentes dos ministérios da Justiça, da Saúde e da Fazenda, bem como das Secretarias de Fazenda estaduais e municipais e do Distrito Federal, todo o comércio e transporte de insumos que possam ser utilizados para produzir drogas, sintéticas ou não.

4.2.10 Estimular e assegurar a coordenação e a integração entre a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), as Secretarias de Segurança e Justiça Estaduais e do Distrito Federal, o Departamento de Polícia Federal e o Departamento de Polícia Rodoviária Federal, no sentido do aperfeiçoamento das políticas, estratégias e ações comuns de combate ao narcotráfico e aos crimes conexos.

4.2.11 Promover e incentivar as ações de desenvolvimento regional de culturas e atividades alternativas, visando à erradicação de cultivos ilegais no país.

4.2.12 Assegurar recursos orçamentários no âmbito da União, dos Estados e do Distrito Federal para o aparelhamento das polícias especializadas na repressão às drogas e estimular mecanismos de integração e coordenação de todos os órgãos que possam prestar apoio adequado às suas ações.

4.2.13 Intensificar a capacitação dos profissionais de Segurança Pública, dos membros do Poder Judiciário e do Ministério Público, com funções nas áreas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito de drogas em todos os níveis de governo e no Distrito Federal, bem como estimular a criação de departamentos especializados nas atividades de combate às drogas.

4.2.14 Assegurar dotações orçamentárias para a Política de Segurança Pública, especificamente para os setores de redução da oferta de drogas, com vinculação de percentual, nos moldes das áreas de educação e saúde, com o fim de melhorar e implementar atividades, bem como criar mecanismos incentivadores ao desempenho das funções dos profissionais dessa área.

5. ESTUDOS, PESQUISAS E AVALIAÇÕES

5.1 Orientação Geral

5.1.1 Meios necessários devem ser garantidos para estimular, fomentar, realizar e assegurar, com a participação das instâncias federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal, o desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações que permitam aprofundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos.

5.1.2 Meios necessários devem ser garantidos à realização de estudos, análises e avaliações sobre as práticas das intervenções públicas e privadas, nas áreas de prevenção, tratamento, reabilitação,

redução de danos, reinserção social e ocupacional, redução da oferta, considerando que os resultados orientarão a continuidade ou a reformulação dessas práticas.

5.2 Diretrizes

5.2.1 Promover e realizar, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando e fomentando a realização de pesquisas dirigidas a parcelas da sociedade, considerando a enorme extensão territorial do país e as características regionais e sociais, além daquelas voltadas para populações específicas.

5.2.2 Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados.

5.2.3 Assegurar, por meio de pesquisas, a identificação de princípios norteadores de programas preventivos.

5.2.4 Avaliar o papel da mídia e seu impacto no incentivo e/ou prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas e os danos relacionados, divulgando os resultados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID.

5.2.5 Garantir que sejam divulgados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas- OBID e por meio impresso, pesquisas referentes ao uso indevido de álcool e outras drogas, que permitam aperfeiçoar uma rede de informações confiáveis para subsidiar o intercâmbio com instituições regionais, nacionais e estrangeiras e organizações multinacionais similares.

5.2.6 Apoiar, estimular e divulgar estudos, pesquisas e avaliações sobre violência, aspectos socioeconômicos e culturais, ações de redução da oferta e o custo social e sanitário do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas e seus impactos na sociedade.

5.2.7 Definir e divulgar critérios de financiamento para os estudos, pesquisas e avaliações.

5.2.8 Apoiar, estimular e divulgar pesquisas que avaliem a relação custo/benefício das ações públicas vigentes, para subsidiar a gestão e o controle social da Política Nacional sobre Drogas.

ANEXO B – Política Estadual sobre Drogas

DECRETO Nº 1.763, DE 24 DE JUNHO DE 2009

Institui a Política Estadual sobre Drogas, cria o Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas e dá outras providências.

A GOVERNADORA DO ESTADO DO PARÁ no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 135, inciso V, da Constituição Estadual,

DECRETA:

Art. 1º A Política Estadual sobre Drogas, que ora se institui, fundamenta-se na Política Nacional sobre Drogas e nas resoluções aprovadas pelo Conselho Estadual de Entorpecentes e pelo Fórum Paraense de Redução de Danos, realizado nos dias 25 e 26 de junho de 2008.

Art. 2º A Política Estadual sobre Drogas será estruturada, tendo em vista:

I - o respeito aos princípios éticos, a pluralidade cultural e as peculiaridades da Região Amazônica, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos;

II - o ideal de construção de uma sociedade consciente e protegida do uso indevido de drogas ilícitas assim como do uso abusivo de drogas lícitas;

III - as peculiaridades da Região Amazônica e da diversidade cultural de seus habitantes, principalmente as populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas;

IV - a correta distinção entre usuário, o dependente e o traficante;

V - a prevenção do uso indevido de drogas como intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade;

VI - o acesso universal e equânime às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde;

VII - o reconhecimento que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e as organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros;

VIII - a cooperação em todos os níveis de governo e sociedade como estratégia para intensificar as relações multilaterais, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações;

IX - a importância de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de: educação, esporte e lazer, assistência social, saúde, segurança pública e direitos humanos, em todos os campos relacionados às drogas;

X - a necessidade de fundamentação em evidências científicas de programas, projetos e ações;

XI - a necessidade de dotações orçamentárias permanentes e específicas;

XII - a municipalização das ações sobre drogas com a efetiva participação da sociedade.

Art. 3º São objetivos da Política Estadual sobre Drogas:

I - sensibilizar a sociedade paraense sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso e abuso de álcool e outras drogas;

II - reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade;

III - garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento e reinserção social) e redução dos danos sociais e à saúde, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos, sociais e culturais;

IV - avaliar e acompanhar, sistematicamente, os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de facilitar o acesso do usuário de álcool e outras drogas a esses serviços;

V - educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda (prevenção, tratamento e reinserção social), redução da oferta e dos danos sociais e à saúde, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas, adequadas à nossa realidade social;

VI - ampliar as suas ações à Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico;

VII - sensibilizar a sociedade e o usuário sobre as razões que envolvam o uso de drogas, buscando compreender seu significado nas estruturas políticas, econômicas e sociais do nosso Estado e da Região Amazônica;

VIII - criar mecanismos de cooperação municipal, estadual, regional, nacional e internacional, entre órgãos de governo e sociedade como estratégias para intensificar as relações multilaterais;

IX - instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde;

X - conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia;

XI - garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos sociais e à saúde, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, abalizados por órgão de referência da comunidade científica;

XII - fomentar a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde;

XIII - assegurar, em todos os níveis de governo, dotações orçamentárias permanentes, específicas e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, incentivando a participação de toda a sociedade;

XIV - estimular a criação de Conselhos Municipais sobre Drogas e o desenvolvimento de ações locais específicas.

Art. 4º São Diretrizes da Política Estadual sobre Drogas na Área de Prevenção:

I - promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde, de prevenção e de reinserção social;

II - direcionar as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e não na substância psicoativa, considerando seu contexto sociocultural, ampliando os fatores de proteção e minimizando os fatores de riscos e danos associados ao uso e abuso de álcool e outras drogas;

III - propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas, em suas várias implicações;

IV - priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, facilitando a prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador;

V - ampliar e estimular a divulgação dos incentivos fiscais que promovam os programas sobre a prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas por intermédio de parcerias entre sociedade e governo;

VI - fomentar redes integradas de prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas, por intermédio da cooperação de políticas públicas, privadas e da sociedade, objetivando o engajamento e apoio das atividades preventivas, com base na filosofia da responsabilidade compartilhada;

VII - articular com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, para a elaboração de planos estratégicos do Estado e municípios,

ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas às populações de difícil acesso;

VIII - fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas e suas consequências, conforme a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero, raça, cultura e etnia;

IX - incluir processo de análise permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, observando os limites legais e as especificidades regionais;

X - propor às diversas instâncias do poder público a promoção de eventos sociais, culturais, esportivos e educacionais que estimulem a qualidade de vida da população em geral;

XI - acompanhar a política de fiscalização das ações da vigilância sanitária na cadeia de produção e comercialização de medicamentos.

Art. 5º São Diretrizes da Política Estadual sobre Drogas na Área de Tratamento, Recuperação e Reinserção Social:

I - promover e garantir a articulação e integração em rede estadual das intervenções para tratamento, redução de danos sociais e à saúde, reinserção social e ocupacional entre o Sistema Único de Saúde, o Sistema Único de Assistência Social, o Sistema de Garantia de Direitos e a Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico;

II - desenvolver e disponibilizar banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e avaliação das práticas de tratamento, reinserção social e ocupacional e redução de danos sociais e à saúde, sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não-governamentais, devendo essas informações ser de abrangência regional (estadual e municipal), com ampla divulgação, fácil acesso e resguardando o sigilo das informações;

III - definir, monitorar e acompanhar a aplicação de diretrizes mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, reinserção social e ocupacional e redução de danos sociais e à saúde;

IV - desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, reinserção social e ocupacional e redução de danos sociais e à saúde dos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, considerando as características específicas dos diferentes grupos por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros;

V - propor parcerias e convênios entre o Estado e instituições não-governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, redução de danos sociais e à saúde, reinserção social e ocupacional;

VI - garantir a destinação de recursos para o Fundo Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes - FESPREN, gerenciado de forma colegiada, objetivando o financiamento de programas de prevenção, de tratamento, redução de

danos sociais e à saúde, reinserção social e ocupacional na rede pública, privada e organizações não-governamentais;

VII - estabelecer parcerias com instituições de ensino e os pólos permanentes de educação, para a implementação de capacitação continuada na Política Estadual sobre Drogas;

VIII - inserir no orçamento anual do Estado e articular com a União e municípios recursos para prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas;

IX - promover a atenção e o acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, extensivos aos seus familiares, após o tratamento por uma equipe interdisciplinar, preferencialmente no seu município de origem;

X - estimular a criação de Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas - CAPS-AD, nos municípios paraenses, para tratamento de álcool e outras drogas;

XI - definir políticas de fiscalização para o cumprimento de uso dos protocolos de tratamento ao usuário de álcool e outras drogas na rede de assistência do SUS, garantindo a padronização dos medicamentos;

XII - estabelecer estratégias junto aos municípios objetivando:

a) fomentar a articulação das ações do Estado e dos municípios para a integração da Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas;

b) estimular a capacitação das equipes do Programa Estratégia Saúde da Família - NASF - com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas - CAPS-AD, com a adoção de métodos de redução de danos;

c) fortalecer o atendimento dos serviços hospitalares de desintoxicação nos hospitais gerais.

XIII - promover a reinserção social dos usuários, mediante diversos programas de instituições governamentais e não-governamentais que envolvam trabalho, cultura, lazer e educação, utilizando recursos intersetoriais e estratégias conjuntas;

XIV - divulgar e conscientizar a comunidade para a responsabilidade compartilhada nas ações continuadas de reinserção social do usuário de álcool e outras drogas.

Art. 6º São diretrizes da Política Estadual sobre Drogas na Área de Redução de Danos Sociais e à Saúde.

I - reconhecer a estratégia de redução de danos, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, e não como incentivo ao uso indevido de drogas;

II - garantir o apoio à implementação, divulgação e acompanhamento das iniciativas e estratégias de redução de danos desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais;

III - diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas;

IV - orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características da Região Amazônica, o contexto de vulnerabilidade e o risco social;

V - garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos;

VI - reconhecer a importância do agente redutor de danos no contexto da Política de Drogas, garantindo sua capacitação e supervisão técnica;

VII - estimular a formação de multiplicadores em atividades relacionadas à redução de danos, objetivando um maior envolvimento da comunidade com essa estratégia;

VIII - promover estratégias de divulgação, elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos por meio do trabalho com as diferentes mídias;

IX - apoiar e divulgar as pesquisas científicas submetidas e aprovadas por comitê de ética, realizadas na área de redução de danos para o aprimoramento e a adequação da política e de suas estratégias;

X - promover a discussão de forma participativa e subsidiar tecnicamente a elaboração de eventuais mudanças nas legislações, por meio dos dados e resultados da redução de danos;

XI - promover e implementar a integração das ações de redução de danos com outros programas de saúde pública.

Art. 7º São diretrizes da Política Estadual sobre Drogas nas Áreas da Repressão:

I - planejar e adotar medidas para tornar a repressão ao tráfico de drogas ilícitas eficaz, mediante ações coordenadas, harmônicas e concentradas articuladas com o Judiciário, o Ministério Público e as Forças Policiais;

II - promover, sustentar e aprimorar em ação contínua o desmantelamento de organizações criminosas e de seus respectivos patrimônios;

III - potencializar a formação, qualificação e valorização das forças policiais que atuam no setor, buscando o aprimoramento permanente das ações de inteligência e operacionalização, objetivando, sempre que possível, o conhecimento conjunto e as operações articuladas, disponibilizando, para tanto, recursos financeiros;

IV - propiciar o pronto conhecimento e acesso aos sistemas de controle de fabricação e comercialização de produtos, reagentes químicos ou quaisquer outros, comumente empregados na fabricação e refino de substâncias entorpecentes pelos órgãos competentes;

V - propor, sempre que possível, sob a ótica da segurança pública, mecanismos que corroborem a política de urbanização dos municípios, sobretudo nos aglomerados, coibindo a ação do tráfico de drogas nas zonas urbanas;

VI - instrumentalizar e modernizar as forças policiais com recursos materiais e humanos aprimorados, observada a esfera de competência de cada instituição, para nortear as ações de combate às organizações criminosas e crimes conexos;

VII - prover as forças policiais de recursos orçamentários específicos destinados à realização de ações de inteligência para ações repressivas;

Art. 8º São diretrizes da Política Estadual sobre Drogas na Área de Pesquisas:

I - analisar os serviços de tratamentos oferecidos em cada município e o tipo de atuação dos mesmos, seu alcance na comunidade e a atuação dos profissionais bem como os resultados obtidos;

II - diagnosticar a prevalência do uso e abuso de substâncias psicoativas pela população, visando à implantação e implementação de programas e políticas públicas nos municípios;

III - criar incentivos para que a iniciativa privada invista em pesquisas sobre os efeitos e as consequências do uso de álcool e outras drogas;

IV - fomentar pesquisas e articular com a União e municípios recursos destinados à sua realização;

V - propor a criação de protocolos unificados para registros de dados relacionados ao uso de substâncias psicoativas nas diversas instâncias: polícias (militar, civil e federal), serviços de saúde e secretarias estaduais e municipais;

VI - pesquisar o impacto de atividades como esportes, cultura, lazer e artes na prevenção e tratamento do uso de substâncias psicoativas;

VII - fomentar parceria entre instituições de ensino e comunidade, com o propósito vital do incentivo à coleta de dados sobre o uso de substâncias psicoativas que sirvam, conseqüentemente, como fonte para realização de pesquisas e elaboração de projetos de ação.

Art. 9º Fica criado o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas - SIED, integrando as atribuições dos diversos órgãos estaduais no que se refere à implementação de ações públicas de prevenção, tratamento, reinserção social, redução dos danos sociais e à saúde e pesquisa no campo do uso e abuso de álcool e outras drogas.

Art. 10. São objetivos do SIED:

I - compatibilizar as ações do Plano Estadual com ações nacionais e municipais, bem como fiscalizar a respectiva execução;

II - estabelecer parceria nas ações com o Poder Legislativo, Judiciário e Ministério Público no que se refere à execução das Políticas do Estado;

III - articular as ações do Estado com as entidades representativas das associações de prevenção, tratamento, reinserção social e ocupacional, redução de danos sociais e à saúde e pesquisa.

Art. 11. Integra o SIED um representante dos seguintes órgãos:

I - Conselho Estadual sobre Drogas - CONED, como órgão central;

II - Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH, através da Coordenadoria de Prevenção e Redução de Danos, como executor da política a nível estadual;

III - Secretaria de Estado de Saúde - SESPA;

IV - Secretaria de Estado de Segurança Pública - SEGUP;

V - Casa Civil da Governadoria do Estado;

VI - Secretaria de Estado de Educação - SEDUC;

VII - Polícia Civil do Estado do Pará;

VIII - Polícia Militar Estado do Pará.

Art. 12. Compete ao Conselho Estadual sobre Drogas - CONED:

I - propor a política estadual sobre drogas, em consonância com a política nacional estabelecida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, compatibilizando o plano estadual com o nacional e acompanhando a sua respectiva execução;

II - estabelecer prioridades entre as atividades que lhe são próprias, por meio de critérios técnicos, econômicos e administrativos, tendo em vista as necessidades e peculiaridades regionais próprias;

III - propor a adequação das estruturas e dos procedimentos da Administração Estadual nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social, fiscalização e redução da oferta;

IV - fomentar pesquisas e levantamentos sobre os aspectos de saúde, educacionais, sociais, culturais e econômicos decorrentes do consumo e da oferta de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, que propiciem uma análise capaz de nortear as políticas públicas na área de drogas;

V - promover, nos termos da lei, junto aos órgãos competentes, a inclusão de ensinamentos referentes a substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, que determinem dependência física ou psíquica, nos cursos de formação de profissionais de ensino, a fim de que esses conhecimentos possam ser transmitidos, com base em princípios científicos, éticos e humanísticos;

VI - mobilizar o corpo docente, discente e funcionários de escolas públicas e privadas, para a

realização de atividades de prevenção às drogas, contemplando ações de ensino e de atenção especializadas aos usuários;

VII - orientar e acompanhar a implantação e execução das normas técnicas e critérios estabelecidos para as instituições que lidam com o diagnóstico e tratamento da dependência química;

VIII - fiscalizar o funcionamento de entidades que se dediquem ao tratamento e recuperação de dependentes químicos, assim como prevenção;

IX - apoiar iniciativas e avaliar campanhas pedagógicas de prevenção ao uso indevido de drogas, a fim de autorizar sua veiculação nos meios de comunicação, bem como fiscalizar a respectiva execução;

X - propor e apoiar legislação pertinente à área de drogas nas instâncias estadual e municipal;

XI - avaliar e dar parecer quanto a viabilidade e execução de projetos e programas de prevenção, redução de danos, tratamento e reinserção social no âmbito do Estado do Pará;

XII - estimular e apoiar a criação de Conselhos Municipais sobre Drogas;

XIII - propor critérios para a celebração de convênios com entidades públicas ou privadas, que visem a otimizar resultados pertinentes às políticas ditadas pelo CONED.

Art. 13. O Conselho Estadual sobre Drogas - CONED é instituído com os membros a seguir relacionados, nomeados pelo Secretário de Estado de Justiça e Direitos Humanos, dentre cidadãos com experiência, preferencial, nas questões relacionadas ao consumo de drogas:

I - um representante da Governadoria do Estado;

II - um representante da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH;

III - um representante da Secretaria de Estado de Educação - SEDUC;

IV - um representante da Secretaria de Estado de Segurança Pública - SEGUP;

V - um representante da Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA;

VI - um representante da Secretaria de Estado da Fazenda - SEFA;

VII - um representante da Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Finanças - SEPOF;

VIII - um representante da Fundação da Criança e do Adolescente do Pará - FUNCAP;

- IX - um representante da Polícia Militar do Estado;
- X - um representante da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social - SEDES;
- XI - um representante do Ministério Público Estadual;
- XII - um representante da Comunicação Social;
- XIII - um representante de Associações Comunitárias;
- XIV - um representante da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB-PA;
- XV - um Professor do Ensino Fundamental ou Médio;
- XVI - um representante do Conselho Regional de Psicologia - PA;
- XVII - um representante de usuários dos serviços de tratamento e reinserção social;
- XVIII - um representante de organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuem nas áreas de atenção à saúde e da assistência social, de dependentes químicos, em conformidade com a legislação em vigor;
- XIX - um representante do Conselho Regional de Serviço Social - PA;
- XX - um representante do Conselho Regional de Enfermagem - PA;
- XXI - um representante do Conselho Regional de Medicina - PA;
- XXII - um Professor Universitário.

Art. 14. Fica instituído como órgão normativo de deliberação coletiva na estrutura da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos, o Conselho Estadual sobre Drogas - CONED, que terá sua competência detalhada, assim como suas condições de funcionamento determinadas pelo Regimento Interno elaborado pelo plenário e aprovado por ato da Governadora do Estado.

Art. 15. A Coordenadoria de Prevenção e Redução de Danos, criada pela Lei nº 7.029, de 30 de julho de 2007, a qual integra a estrutura da Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH fica responsável pela execução da política estadual de atividades voltadas à prevenção e redução de danos do consumo de álcool e outras drogas, competindo-lhe o planejamento e execução de ações voltadas à educação, fomento de campanhas estaduais, capacitação de agentes multiplicadores, atendimento psicossocial, oficinas e atividades culturais, técnicas e esportivas.
Parágrafo único. A Coordenadoria de Prevenção e Redução de Danos é responsável pela implementação e execução das ações aprovadas pelo Conselho Estadual sobre Drogas - CONED.

Art. 16. Cabe à Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos - SEJUDH dotar a coordenadoria de Prevenção e Redução de Danos com recursos para a implementação da política a nível estadual.

Art. 17. É assegurado o mandato dos atuais membros do Conselho Estadual de Entorpecentes - CONEN, como membros do Conselho Estadual sobre Drogas - CONED, sucessor daquele, até 30 de janeiro de 2011, devendo de imediato ser designados os membros que irão completar a composição do criado Conselho Estadual sobre Drogas - CONED.

Art. 18. Revogam-se todas as disposições em contrário, inclusive o Decreto n° 4.351, de 4 de junho de 1986, assim como o Decreto n° 726, de 15 de outubro de 1992.

Art. 19. Este Decreto entra em vigor na data de publicação.

PALÁCIO DO GOVERNO, 24 de junho de 2009.

ANA JÚLIA DE VASCONCELOS CAREPA

Governadora do Estado

ANEXO C - Lei Municipal n. 7927/98, de 11 de dezembro de 1998.

INSTITUI O SISTEMA MUNICIPAL DE PREVENÇÃO FISCALIZAÇÃO E REPRESSÃO AO USO DE ENTORPECENTES E SUBSTÂNCIAS ANÁLOGAS, CRIA O CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

A CÂMARA MUNICIPAL DE BELÉM, estatui e eu sanciono a seguinte Lei:

**TÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º - Fica instituído o sistema municipal de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso indevido de entorpecentes e substâncias análogas, que determinem dependência física ou psíquica, integrado aos sistemas federal e estadual correspondentes, destinado a auxiliar as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso indevido de entorpecentes ou substâncias análogas, bem como nas de recuperação de dependentes.

Art. 2º - São objetivos do sistema municipal de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso indevido de entorpecentes:

I - formular a política local de entorpecentes, observadas as diretrizes dos Conselhos Federal e Estadual de Entorpecentes, compatibilizando-a com os órgãos do Governo Federal para sua implementação;

II - estabelecer prioridades nas atividades do sistema, através de critérios técnicos, financeiros e administrativos fixados pelo Conselho Municipal de Entorpecentes, que se coadunem com as necessidades e peculiaridades locais;

III - firmar convênio com o Conselho Estadual de Entorpecentes, para execução, no âmbito municipal, da política de entorpecentes;

IV - manter a estrutura administrativa de apoio à política de prevenção, fiscalização e repressão a entorpecentes, buscando seu constante aperfeiçoamento e eficiência;

V - manter intercâmbio permanente de informações com os demais órgãos dos sistemas federal e estadual de entorpecentes, a fim de facilitar os processos de planejamento e execução da política municipal de entorpecentes e recuperação de dependentes;

VI - estimular pesquisas, visando ao aperfeiçoamento do controle e fiscalização do tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou de efeitos análogos, que causem dependência física ou psíquica;

VII - promover cursos periódicos de especialização destinados a habilitar professores, de todos os níveis de ensino, a transmitir conhecimentos sobre a matéria, ministrados por especialistas e

profissionais da área, segundo os princípios e propósitos do sistema;

VIII - postular, junto ao Conselho Estadual de Educação e órgãos correlatos, bem como à Secretaria Municipal de Educação, a efetiva inclusão dos cursos de formação de professores e introdução de disciplinas curriculares, ligados à prevenção do uso de entorpecentes;

IX - outras atribuições estabelecidas em normas complementares, ou que lhe sejam delegadas pelos órgãos competentes, federais e estaduais, ou ainda as que decorram diretamente da atuação de seus órgãos.

Art. 3º - Compõem o sistema municipal de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso indevido de entorpecentes todos os órgãos e entidades da administração municipal ou com ela conveniadas.

Parágrafo Único - São integrantes originários do sistema:

I - O Conselho Municipal de Entorpecentes - COMEN, como órgão central;

II - a Secretaria Municipal de Educação;

III - a Secretaria Municipal de Saúde;

IV - a Guarda Municipal de Belém.

TÍTULO II DO CONSELHO MUNICIPAL DE ENTORPECENTES

CAPÍTULO I DAS ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO

Art. 4º - Fica criado o Conselho Municipal de Entorpecentes - COMEN, responsável pela formulação, proposição e propulsão da política municipal de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e ao uso indevido de substâncias análogas, que determinem dependência física ou psíquica, em harmonia com as políticas federal e estadual.

Art. 5º - Incumbe ao Conselho Municipal de Entorpecentes, nos limites de sua competência, de acordo com os objetivos definidos nesta Lei:

I - estabelecer as diretrizes e propor a política municipal de prevenção, fiscalização e repressão de entorpecentes, bem como promover, pelos meios necessários, a integração ao sistema dos órgãos do Estado e do Município para a realização dos objetivos visados;

II - cadastrar, fiscalizar, orientar e apoiar as entidades e órgãos que, no âmbito do Município, desempenhem atividades de recuperação e reajustamento social do dependente, com as quais firmará convênios de cooperação para a fiel consecução dos objetivos desta Lei;

III - apoiar e auxiliar os órgãos encarregados de promover a ação fiscalizadora na forma da lei,

sobre os produtos e substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica;

IV - promover a execução, através de todos os meios hábeis, dos planos e objetivos estabelecidos no art. 2º desta Lei, inclusive solicitando de quaisquer órgãos as informações que julgar necessárias.

CAPÍTULO II DA COMPOSIÇÃO DO CONSELHO

Art. 6º - O Conselho Municipal de Entorpecentes - COMEN será composto por oito membros, com mandato de dois anos, permitida uma recondução, a critério dos órgãos que representem, sendo:

I - um representante da Prefeitura, diretamente designado pelo Prefeito;

II - um representante da Secretaria Municipal de Saúde;

III - um representante da Secretaria Municipal de Educação;

IV - um representante da Guarda Municipal de Belém;

V - quatro representantes da sociedade civil organizada, oriundos de organizações ligadas à área e em regular funcionamento na cidade de Belém.

§ 1º - Os membros referidos nos incisos II e III serão indicados pelos órgãos que representam e nomeados pelo Prefeito Municipal.

§ 2º - O representante da Secretaria Municipal de Saúde deverá ter formação superior nas áreas de assistência social, medicina, farmácia, bioquímica, enfermagem, psicologia ou biologia.

§ 3º - A fim de assegurar a participação da sociedade civil, o Conselho Municipal de Entorpecentes manterá cadastro de entidades não governamentais ligadas aos objetivos desta Lei, que manifestem interesse de integrar o Conselho, servindo referido cadastro de habilitação, para escolha dos membros, que será feita pelo Gestor Municipal, segundo critérios definidos pelos interessados.

§ 4º - Os representantes das entidades mencionadas no parágrafo anterior deverão ter suplentes, que os substituirão em suas ausências e impedimentos.

Art. 7º - Os membros do Conselho Municipal de Entorpecentes serão nomeados, até quarenta e cinco dias após a indicação do último nome, através de Decreto do Poder Executivo, que se incumbirá de empossá-los e dar, ao Conselho, a infra-estrutura básica para o começo de suas atividades.

§ 1º - A não indicação de representantes por qualquer uma das entidades mencionadas no art. 6º desta Lei não afetará o regular funcionamento do Conselho, mas não poderão as vagas ser preenchidas por pessoas de qualquer outro setor.

§ 2º - Caso o Prefeito Municipal não edite o Decreto de nomeação dos conselheiros regularmente indicados pelos órgãos e entidades respectivos, considerar-se-ão os mesmos automaticamente empossados, no gozo dos deveres e direitos atribuídos nesta Lei e no [Regimento Interno](#) do Conselho.

Art. 8º - O Conselho Municipal de Entorpecentes poderá ser presidido por qualquer de seus membros, mediante eleição interna, admitida a recondução por deliberação dos demais conselheiros.

CAPÍTULO III DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO

Art. 9º - O Conselho Municipal de Entorpecentes terá como órgãos a plenária e a coordenação executiva.

§ 1º - A plenária, composta por todos os conselheiros, é o órgão deliberativo máximo do Conselho.

§ 2º - A coordenação executiva, escolhida pela plenária, dentre seus membros, destina-se a coordenar e executar as atividades necessárias à consecução dos objetivos do Conselho, bem como outras que lhe forem atribuídas pelo [Regimento Interno](#), devendo compor-se de um presidente, um vice-presidente e um secretário-executivo.

Art. 10 - O Conselho Municipal de Entorpecentes reger-se-á pelas seguintes disposições, além das que forem estatuídas em seu [Regimento Interno](#):

I - As funções do conselheiro não serão remuneradas a qualquer título e reputam-se serviço de relevante utilidade pública;

II - As sessões plenárias serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês, conforme calendário pré-definido, e extraordinariamente, quando convocadas na forma regimental;

III - As sessões da plenária instalam-se com a maioria absoluta de seus membros e deliberam pela maioria simples dos presentes;

IV - Cada conselheiro tem direito a somente um voto, cabendo ao presidente, além do voto comum, o de desempate;

V - Os atos do Conselho, salvo os de expediente, revestir-se-ão da forma de Resoluções, cuja eficácia dependerá de homologação do Prefeito Municipal;

VI - As sessões da plenária serão públicas, devendo ser assegurada a divulgação das pautas e respectivas datas através de meios idôneos;

VII - Perderá automaticamente suas funções o conselheiro que, sem motivo justificado, deixar de

comparecer a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas, no período de um ano;

VIII - Os conselheiros, durante seus mandatos, poderão ser substituídos mediante solicitação da entidade ou órgão responsável pela indicação;

IX - Os pedidos de substituição e exclusão de conselheiro serão encaminhados pelo sistema.

Art. 11 - Os órgãos componentes do sistema municipal de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso indevido de entorpecentes, sem prejuízo da subordinação administrativa a que estão vinculados, sujeitam-se à orientação normativa e supervisão técnica do Conselho Municipal de Entorpecentes, no que tange as atividades disciplinadas pelo sistema.

Parágrafo Único - As decisões do Conselho Municipal de Entorpecentes deverão ser cumpridas pelos órgãos da ADMINISTRAÇÃO Municipal, sob pena de responsabilidade de seus dirigentes.

Art. 12 - Compete ao órgão específico da Secretaria Municipal de Saúde auxiliar e amparar a recuperação e ressocialização do dependente.

Art. 13 - O Conselho Municipal de Entorpecentes, como órgão de deliberação coletiva, terá sua competência desdobrada e suas condições de funcionamento determinadas em [Regimento Interno](#).

Art. 14 - Poderá o Conselho Municipal de Entorpecentes, em caráter permanente ou temporário, convocar especialistas da Administração Municipal com conhecimentos específicos ligados à área de entorpecentes, bem como outros servidores necessários à sua implantação e funcionamento, mediante prévia autorização do Prefeito Municipal.

Art. 15 - Poderá o Conselho Municipal de Entorpecentes, ainda, convidar entidades, órgãos, autoridades, cientistas ou técnicos, nacionais ou estrangeiros, para participar de suas reuniões e auxiliar seus estudos, debates e deliberações.

TÍTULO III DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 16 - Após a sua instalação, o Conselho Municipal de Entorpecentes terá o prazo máximo de quarenta e cinco dias para elaborar e aprovar seu [Regimento Interno](#).

Art. 17 - As despesas decorrentes da presente Lei correrão por conta de previsão orçamentária dos órgãos municipais nela mencionados, suplementadas se necessário, e passarão a ser consignadas no orçamento do Município como dotações próprias.

Parágrafo Único - Os recursos para manutenção do Conselho poderão, ainda, resultar de convênios e doações. Qualquer que seja a origem, deverão as mesmas ser aplicadas exclusivamente na consecução dos objetivos previstos nesta Lei.

Art. 18 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO, 11 de Dezembro de 1998.

EDMILSON BRITO RODRIGUES
Prefeito Municipal de Belém

ANEXO E – Decreto n. 7.179/2010

DECRETO Nº 7.179, DE 20 DE MAIO DE 2010.

Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso VI, alínea “a”, da Constituição,
DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

§ 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas:

I - estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

II - estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;

III - capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas;

IV - promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;

V - disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e

VI - fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira.

Art. 2o-A. Ficam instituídas as seguintes instâncias de gestão do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

I - Comitê Gestor; e (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

II - Grupo Executivo. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 1o As instâncias de gestão serão coordenadas pelo Ministro de Estado da Justiça. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 2o Caberá ao Ministério da Justiça prover apoio técnico-administrativo e os meios necessários ao funcionamento das instâncias de gestão. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 3o Poderão ser convidados, para participar das reuniões, representantes de órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos Poderes Judiciário e Legislativo, do Ministério Público, da Defensoria Pública e de entidades privadas sem fins lucrativos, bem como especialistas.” (NR) (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 4o As instâncias de gestão se reunirão periodicamente, mediante convocação do Ministro de Estado da Justiça. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 5o A participação nas instâncias de gestão será considerada prestação de serviço público relevante, não remunerada. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

Art. 3o Fica instituído o Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, composto por um representante, titular e suplente, de cada órgão a seguir indicado:

Art. 3o O Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas sera composto pelo Ministro de Estado e pelo Secretário-Executivo, respectivamente titular e suplente, de cada um dos seguintes órgãos: (Redação dada pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

I - Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República;

II - Casa Civil da Presidência da República;

III - Secretaria-Geral da Presidência da República;

IV - Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República;

V - Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República;

VI - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República;

VII - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República;

VIII - Ministério da Justiça;

IX - Ministério da Saúde;

X - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

XI - Ministério da Defesa;

XII - Ministério da Educação;

XIII - Ministério da Cultura;

XIV - Ministério do Esporte; e
 XV - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

§ 1o Compete ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e a Ministério da Justiça a coordenação do Comitê Gestor.

§ 2o Os membros do Comitê Gestor serão indicados pelos titulares dos órgãos nele representados, no prazo de quinze dias contado da publicação deste Decreto, e designados pelo Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

§ 1o Compete ao Ministério da Justiça a coordenação do Comitê Gestor. (Redação dada pelo Decreto nº 7.426, de 2010) (Revogado pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 2o Os membros do Comitê Gestor serão indicados pelos titulares dos órgãos nele representados e designados pelo Ministro de Estado da Justiça. (Redação dada pelo Decreto nº 7.426, de 2010) (Revogado pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 3o O Comitê Gestor reunir-se-á periodicamente, mediante convocação de seus coordenadores. (Revogado pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 4o Os coordenadores Comitê Gestor poderão convidar para participar de suas reuniões, representantes de outros órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, dos Poderes Judiciário e Legislativo, de entidades privadas sem fins lucrativos, bem como especialistas. (Revogado pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 5o Ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República caberá prover apoio técnico-administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Gestor.

§ 5o Ao Ministério da Justiça caberá prover apoio técnico-administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Gestor. (Redação dada pelo Decreto nº 7.426, de 2010) (Revogado pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

Art. 4o Compete ao Comitê Gestor:

I - estimular a participação dos entes federados na implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;

II - acompanhar e avaliar a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; e

III - consolidar em relatório periódico as informações sobre a implementação das ações e os resultados obtidos.

Art. 4o-A. O Grupo Executivo do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas será composto pelo Ministro de Estado e pelo Secretário-Executivo, respectivamente titular e suplente, de cada um dos seguintes órgãos: (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

I - Ministério da Justiça; (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

- II - Casa Civil da Presidência da República; (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)
- III - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)
- IV - Ministério da Fazenda; (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)
- V - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)
- VI - Ministério da Saúde; e (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)
- VII - Ministério da Educação. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

Parágrafo único. Caberá ao Grupo Executivo: (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

- I - promover a implementação e gestão das ações do Plano; (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)
- II - propor ao Comitê Gestor medidas de aprimoramento das ações do Plano. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

Art. 5o O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas será composto por ações imediatas e estruturantes.

§ 1o As ações Imediatas do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas contemplam:

- I - ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas;
- II - ampliação da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social;
- III - ação permanente de comunicação de âmbito nacional sobre o crack e outras drogas, envolvendo profissionais e veículos de comunicação;
- IV - capacitação em prevenção do uso de drogas para os diversos públicos envolvidos na prevenção do uso, tratamento, reinserção social e enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas;
- V - ampliação das ações de prevenção, tratamento, assistência e reinserção social em regiões de grande vulnerabilidade à violência e ao uso de crack e outras drogas, alcançadas por programas governamentais como o Projeto Rondon e o Projovem;
- VI - criação de sítio eletrônico no Portal Brasil, na rede mundial de computadores, que funcione como centro de referência das melhores práticas de prevenção ao uso do crack e outras drogas, de enfrentamento ao tráfico e de reinserção social do usuário;
- VII - ampliação de operações especiais voltadas à desconstituição da rede de narcotráfico, com ênfase nas regiões de fronteira, desenvolvidas pelas Polícias Federal e Rodoviária Federal em articulação com as polícias civil e militar e com apoio das Forças Armadas; e
- VIII - fortalecimento e articulação das polícias estaduais para o enfrentamento qualificado ao

tráfico do crack em áreas de maior vulnerabilidade ao consumo.

§ 2o As ações estruturantes do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas contemplam:

I - ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas;

II - realização de estudos e diagnóstico para o acúmulo de informações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção do uso, tratamento e reinserção social do usuário e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas;

III - implantação de ações integradas de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social nos Territórios de Paz do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI, e nos territórios de vulnerabilidade e risco;

IV - formação de recursos humanos e desenvolvimento de metodologias, envolvendo a criação de programa de especialização e mestrado profissional em gestão do tratamento de usuários de crack e outras drogas;

V - capacitação de profissionais e lideranças comunitárias, observando os níveis de prevenção universal, seletiva e indicada para os diferentes grupos populacionais;

VI - criação e fortalecimento de centros colaboradores no âmbito de hospitais universitários, que tenham como objetivos o ensino, a pesquisa e o desenvolvimento de metodologia de tratamento e reinserção social para dependentes de crack e outras drogas;

VII - criação de centro integrado de combate ao crime organizado, com ênfase no narcotráfico, em articulação com o Centro Gestor e Operacional do Sistema de Proteção da Amazônia - CENSIPAM, com apoio das Forças Armadas;

VIII - capacitação permanente das polícias civis e militares com vistas ao enfrentamento do narcotráfico nas regiões de fronteira; e

IX - ampliação do monitoramento das regiões de fronteira com o uso de tecnologia de aviação não tripulada.

§ 3o O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas promoverá, ainda, a articulação das ações definidas neste artigo com outras ações desenvolvidas em âmbito federal, estadual, distrital e municipal.

Art. 5o-A. A participação dos Estados, Distrito Federal e Municípios no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas ocorrerá por meio de termo de adesão. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 1o A adesão dos entes federados implica responsabilidade pela implementação das ações de acordo

com os objetivos previstos neste Decreto e com as cláusulas estabelecidas no termo de adesão. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

§ 2o No termo de adesão os entes federados se comprometerão a estruturar instâncias estaduais de articulação federativa com Municípios e instâncias locais de gestão e acompanhamento da execução do Plano, assegurada, no mínimo, a participação dos órgãos responsáveis pelas áreas de saúde, assistência social, educação e segurança pública. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

Art. 5o-B. Os órgãos e entidades que aderirem ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão assegurar a disponibilização, em sistema específico, de informações sobre as políticas, programas e ações a serem executados, suas dotações orçamentárias e os resultados da execução no âmbito de suas áreas de atuação. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

Art. 6o As despesas decorrentes da implementação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias dos órgãos nele representados, consignadas anualmente nos respectivos orçamentos, observados os limites de movimentação, de empenho e de pagamento da programação orçamentária e financeira anual.

Art. 7o A execução das ações previstas neste Plano observará as competências previstas no Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006 .

Art. 7o-A. Para a execução do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderão ser firmados convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, ajustes ou instrumentos congêneros com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos ou com entidades privadas. (Incluído pelo Decreto nº 7.637, de 2011)

Art. 8o Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 20 de maio de 2010; 189o da Independência e 122o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto

Fernando Haddad

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli

Márcia Helena Carvalho Lopes

Jorge Armando Felix

Este texto não substitui o publicado no DOU de 21.5.2010

ANEXO F – Decreto n. 4.351, de 04 de junho de 1986



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DECRETO Nº 4351, DE 4 de Junho DE 1986

INSTITUI o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO PARÁ, no uso de suas atribuições legais, que lhe são conferidas pelo Artigo 91, item IX, da Constituição estadual,

DECRETA:

Art. 1º - Fica instituído o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que integra as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, obedecido o disposto no Artigo 8º, inciso VIII, da Constituição Federal, bem como as atividades de recuperação de dependentes.

§ 1º - Compõem o Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes todos os órgãos e entidades da administração pública estadual que exerçam as atividades referidas neste artigo.

§ 2º - A Secretaria de Estado de Justiça compete exercer as funções de órgão central do Sistema instituído por este decreto.

Art. 2º - São objetivos do Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes:

I - formular a política estadual de entorpecentes, em obediência às diretrizes do Conselho Federal de Entorpecentes, compatibilizando os planos estaduais com os planos nacionais e municipais, bem como fiscalizando a respectiva execução;

II - estabelecer prioridades entre as atividades do Sistema



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

- fls. 2 -

através de critérios técnicos, econômicos e administrativos fixados pelo Conselho Federal de Entorpecentes, tendo em vista as necessidades e peculiaridades regionais próprias;

III - modernizar a estrutura e procedimento da administração nas áreas de prevenção, fiscalização e repressão, buscando o seu constante aperfeiçoamento e eficácia;

IV - estabelecer fluxos contínuos e permanentes de informações entre seus órgãos, bem como entre o órgão central do sistema estadual e o Conselho Federal de Entorpecentes, a fim de facilitar os processos de planejamento e decisão;

V - estimular pesquisas, visando ao aperfeiçoamento do controle e fiscalização do tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica;

VI - promover, junto aos órgãos competentes, a inclusão de ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, nos cursos do sistema estadual de ensino, a fim de que possam ser transmitidos com base em princípios científicos;

VII - promover, junto aos órgãos competentes, a inclusão de itens específicos nos currículos do sistema estadual de ensino, nas áreas de Ciências e Estudos Sociais, com a finalidade de esclarecer aos alunos quanto à natureza e efeitos das substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 3º - O Sistema Estadual de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes compreende:

I - o Conselho Estadual de Entorpecentes, como órgão central;

II - os órgãos da Secretaria de Estado de Educação dedicados



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

- fls. 3 -

às atividades de prevenção ao abuso de drogas;

III - os órgãos de fiscalização sanitária e de assistência hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde Pública;

IV - os órgãos de repressão a entorpecentes da Secretaria de Estado de Segurança Pública;

V - o Conselho Estadual de Educação;

VI - os órgãos da Governadoria do Estado que se dediquem a trabalhos de ressocialização, representados pela Ação Social Integrada do Palácio do Governo e coadjuvados pela Secretaria de Estado de Educação; pelo órgão médico do Sistema Penal, gerido pela Secretaria de Estado de Justiça; e pela Fundação do Bem Estar Social do Estado do Pará.

§ 1º - Os órgãos mencionados nos incisos II e seguintes ficam sujeitos à orientação normativa e supervisão técnica do Conselho Estadual de Entorpecentes, no que tange às atividades disciplinares do Sistema, sem prejuízo da subordinação administrativa aos órgãos em cuja estrutura estiverem integrados.

§ 2º - Incumbe ao órgão central mencionado no inciso I deste artigo integrar ao Sistema os órgãos dos Estados e dos Municípios que exerçam atividades concernentes à prevenção, fiscalização e repressão de entorpecentes ou substâncias que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 4º - Compete ao Conselho Estadual de Entorpecentes propor a política estadual de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, prevenção, controle e fiscalização de atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e de substâncias que determinem dependência física ou psíquica, bem como exercer outras funções, tudo em concordância com os objetivos definidos no artigo 2º.

RS



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

- fls. 4 -

Art. 5º - O Conselho Estadual de Entorpecentes é constituído com os membros a seguir relacionados, indicados pelo Secretário de Estado de Justiça e nomeados pelo Governador do Estado:

I - um representante da Governadoria do Estado, na pessoa da esposa do Governador do Estado, que é a presidente natural da Ação Social Integrada do Palácio do Governo;

II - um representante da Secretaria de Estado de Justiça;

III - um representante da Secretaria de Estado de Educação;

IV - um representante da Secretaria de Estado de Segurança Pública;

V - um representante da Secretaria de Estado de Saúde Pública;

→ VI - um representante da Secretaria de Estado da Fazenda;

→ VII - um representante da Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral;

VIII - um representante da Fundação do Bem Estar Social do Estado do Pará;

IX - um representante da Polícia Militar do Estado;

→ X - um comunicador social, com ampla atuação, inclusive, na área de jornalismo;

XI - um representante da comunidade;

XII - um jurista versado em assuntos de entorpecentes e de comprovada experiência no âmbito do Juizado de Menores, especialmente convidado pela Secretaria de Estado de Justiça;

PO



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

- fls. 5 -

XIII - um educador emérito, de ampla e reconhecida atuação na prevenção ao uso indiscriminado de entorpecentes.

§ 1º - O Conselho será presidido por um de seus membros, escolhido e designado pelo Secretário de Estado de Justiça.

§ 2º - Os membros do Conselho e seus respectivos suplentes terão mandato de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 6º - Compete ao órgão específico da Secretaria de Estado de Educação exercer, na forma estabelecida em lei, ação preventiva ao abuso de entorpecentes ou de substâncias que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 7º - Compete ao órgão de fiscalização sanitária da Secretaria de Estado de Saúde Pública exercer ação fiscalizadora, na forma estabelecida em lei, sobre os produtos e substâncias entorpecentes, que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 8º - Compete aos órgãos de repressão a entorpecentes da Secretaria de Estado de Segurança Pública reprimir o tráfico e o uso ilícito de entorpecentes ou substâncias que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 9º - Compete à Secretaria de Estado de Educação, ouvido o Conselho Estadual de Educação, exercer orientação concernente aos currículos dos cursos do sistema estadual de ensino, de acordo com a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, a fim de se dar cumprimento ao exposto nos incisos VI e VII do artigo 2º.

Art. 10º - Compete aos órgãos específicos da Governadoria do Estado, através da Ação Social Integrada do Palácio do Governo; da Secretaria de Estado de Saúde Pública; e da Fundação do Bem Estar Social do Estado do Pará, vinculada à Secretaria de Estado de Justiça, prestar assistência médica e social a dependentes físicos ou psíquicos, de acordo com os dispositivos legais. *hr*



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

- fls. 6 -

Art. 110 - Fica instituído como órgão normativo de deliberação coletiva na estrutura da Secretaria de Estado de Justiça o Conselho Estadual de Entorpecentes, que terá sua competência desdobrada e suas condições de funcionamento determinadas em Regimento Interno, elaborado pelo planário e aprovado por ato do Governador do Estado.

Art. 120 - As decisões do Conselho Estadual de Entorpecentes deverão ser cumpridas pelos órgãos da administração estadual integrantes do Sistema, sob pena de responsabilidade de seus dirigentes.

Art. 130 - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado, revogadas as disposições em contrário.

Belém, de de 1986

Jader Fontenelle Barbalho
JADER FONTENELLE BARBALHO
Governador do Estado

ALDO DA COSTA E SILVA
Secretário de Estado de Administração

ANEXO G – Contrato n.42/2014 – SENAD/MJ



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

CONTRATO N° 42/2014 - SENAD/MJ

(Habilitação procedida a partir do Edital de Chamamento Público n.º 001/2013 - SENAD/MJ)

Processo n.º 08129.012030/2013-57.

Contrato de prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.

A **UNIÃO**, por intermédio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, órgão da Administração Pública Federal que compõe a estrutura do **MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**, com sede na Esplanada dos Ministérios, bloco T, 2º andar, sala 208, CEP 70.064-900, Brasília/DF, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.645.310/0001-99, representada pelo Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas **VITORE ANDRE ZILIO MAXIMIANO**, nomeado pela Portaria n.º 296, de 19/04/2013, publicada no DOU n.º 76, de 22/04/2013, portador da Carteira de Identidade n.º 8.861.766-X/SSP-SP e inscrito no CPF/MF sob o n.º 110.581.738-55, domiciliado e residente em Brasília - DF, doravante denominada **CONTRATANTE** e **APEP – ASSOCIAÇÃO DE PASTORES EVANGÉLICOS DE PARAUAPEBAS**, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 08.952.018/0001-03, com sede na Rua A, n.º 239, Bairro Cidade Nova, Parauapebas - PA, CEP 68.515-000, doravante denominada **CONTRATADA**, representada por **ENILIA PEREIRA DE MELO SÁ**, portadora da Carteira de Identidade 729.321 SSP/TO e inscrita no CPF sob o n.º 38.244.241.187, domiciliada e residente em Parauapebas - PA, têm, entre si, acordados os termos deste Contrato, objeto da Habilitação procedida a partir do Edital de Chamamento Público n.º 001/2013 - SENAD/MJ, mediante inexigibilidade de licitação fundamentada no caput do art. 25 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, consoante consta dos processos n.º 08129.009636/2013-13 e n.º 08129.012030/2013-57, sujeitando-se à Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, bem como às demais normas correlatas, mediante as cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público n.º 001/2013 - SENAD/MJ, e seus anexos, bem como da habilitação e pré-qualificação da **CONTRATADA**, que se constituem em parte integrante deste instrumento, independentemente de sua transcrição.



7

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS

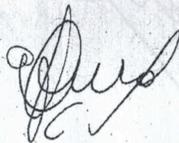
1. Os serviços de acolhimento destinam-se a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, que necessitem de afastamento, por período prolongado, do ambiente no qual se iniciou/desenvolveu/estabeleceu o uso/dependência de substância psicoativa, como o crack e outras drogas.
2. A utilização dos serviços de acolhimento contratados tem caráter essencialmente voluntário, ressalvados os casos previstos em lei.
3. Os serviços destinam-se ao atendimento da demanda local ou de outros municípios e/ou estados, devendo ser prestados de acordo com a disponibilidade de créditos.
4. A disponibilidade de serviços ofertados para contratação deve estar limitada a até 50% da capacidade de ocupação da contratada, não ultrapassando o total de 60 (sessenta) vagas por público específico.
5. Não poderá ser exigido qualquer tipo de contrapartida financeira, ou em bens, da pessoa acolhida e/ou de seus familiares quando da utilização dos serviços contratados no âmbito deste instrumento.
6. Cada pessoa com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa poderá ser acolhida, pelas entidades contratadas, pelo período máximo de doze meses.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

1. Das obrigações da contratada.

Além das obrigações estabelecidas nas normas que regem este instrumento, são obrigações da entidade contratada:

- 1.1. Nortear as ações de cuidados por proposta de acolhimento individualizada;
- 1.2. Realizar avaliação diagnóstica prevista no artigo 16 da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, antes do acolhimento;
- 1.3. Comunicar, formalmente, cada acolhimento à unidade de saúde e ao equipamento de proteção social de referência, no prazo de até 05 (cinco) dias;
- 1.4. Comunicar, imediatamente, ao Conselho Tutelar local, o acolhimento de crianças e adolescentes, assim como qualquer intercorrência prevista na RDC 29/2011 - ANVISA, em seu artigo 21;
- 1.5. Garantir a integralidade da atenção à saúde da pessoa acolhida, seja por meio de articulação com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, ou seja com recursos próprios;
- 1.6. Não praticar ou permitir ações de contenção física, isolamento ou qualquer restrição à liberdade da pessoa acolhida;
- 1.7. Informar aos familiares ou ao responsável pela pessoa acolhida, qualquer uma das intercorrências descritas no artigo 21 da RDC 29/2011-ANVISA (alta terapêutica; desistência; desligamento e evasão);
- 1.8. Articular junto à unidade de referência de assistência social a preparação para a alta e o processo de reinserção social da pessoa acolhida;
- 1.9. Comunicar, formalmente, às unidades de referência de saúde e de assistência social quando da alta terapêutica, desistência, desligamento ou evasão da pessoa acolhida;




02

1.10. Informar à pessoa acolhida e/ou responsável, as normas da entidade, bem como o caráter gratuito do serviço prestado, o que deverá ser consignado em Termo de Adesão;

1.11. Preservar como direitos da pessoa acolhida:

- a) Assistência integral em saúde, incluindo a busca de atendimento junto ao Sistema Único de Saúde, quando necessário;
- b) Visitação de familiares, conforme rotina da entidade;
- c) Acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares durante o acolhimento, conforme rotina da entidade; e
- d) Privacidade, uso de vestuário próprio e de objetos pessoais.

1.12. Manter as mesmas condições requeridas na fase de habilitação.

1.13. Informar à SENAD, até o décimo quinto dia útil do mês subsequente, a relação das pessoas que utilizaram efetivamente os serviços, na forma disciplinada para prestação de tais informações;

1.14. Encaminhar à SENAD a nota fiscal/fatura e a relação das pessoas acolhidas nos termos deste contrato, até o quinto dia útil do mês subsequente ao respectivo mês, devidamente assinada pelo responsável pela entidade; e

1.15. Permitir o acompanhamento da execução dos contratos, diretamente, pela SENAD, e, indiretamente, pelos conselhos locais de políticas sobre drogas e/ou por empresa contratada para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria e fiscalização, e do controle social.

2. Das obrigações da contratante.

Além das obrigações estabelecidas nas normas que regem este instrumento, são obrigações da entidade contratante:

2.1. Efetuar o pagamento relativo aos serviços prestados por mês, até quinze dias úteis após o ateste da nota fiscal/fatura; e

2.2. Acompanhar a execução dos contratos diretamente e/ou indiretamente, por meio dos conselhos locais de políticas sobre drogas e/ou por empresa contratada para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria e fiscalização, e do controle social.

Subcláusula primeira - Para processamento do pagamento, a entidade deverá encaminhar à SENAD a nota fiscal/fatura e a relação das pessoas acolhidas nos termos deste contrato, até o quinto dia útil do mês subsequente ao respectivo mês, devidamente assinada pelo responsável pela entidade.

Subcláusula segunda - Na hipótese de atraso na entrega da relação dos acolhidos no mês, por parte da entidade, ficará o pagamento da nota fiscal/fatura correspondente suspenso até a sua regularização.

CLÁUSULA QUARTA - DOS PREÇOS

1. O valor anual estimado do presente contrato é de R\$ 144.000,00 (cento e quarenta e quatro mil reais).

2. Os preços a serem pagos pela prestação dos serviços de acolhimento serão:

- a) R\$ 1.000,00 (mil reais), por mês, por serviços de acolhimento de adulto; e



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

- b) R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais), por mês, por serviços de acolhimento de criança, adolescente ou mãe, nutriz acompanhada do lactente.

Subcláusula primeira - Os valores devem fazer face à integralidade dos custos de acolhimento, tais como hospedagem, alimentação, cuidados de higiene e atividades contempladas no projeto terapêutico.

Subcláusula segunda - O valor a ser pago será proporcional à quantidade de dias em que os serviços de acolhimento foram efetivamente prestados durante o mês pelo valor mensal estabelecido para cada público definido nas letras "a" e "b" desta cláusula, observadas as demais normas estabelecidas pela CONTRATANTE.

Subcláusula terceira - Os preços, quando verificada a necessidade e a disponibilidade de créditos, serão reajustados por meio de portaria editada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

CLÁUSULA QUINTA - DOS PAGAMENTOS

1. Os pagamentos ocorrerão mensalmente, até quinze dias úteis após o ateste da nota fiscal/fatura.

2. A nota fiscal/fatura deve ser encaminhada à SENAD, para processamento do pagamento, juntamente com a relação das pessoas acolhidas nos termos deste contrato, até o quinto dia útil do mês subsequente ao respectivo mês, devidamente assinada pelo responsável pela entidade.

3. Os pagamentos serão creditados em nome da CONTRATADA, mediante ordem bancária em conta corrente por ela indicada ou por meio de ordem bancária para pagamento de faturas com código de barras, uma vez satisfeitas as condições estabelecidas neste contrato, após cada período mensal de prestação dos serviços, contados do final do período de adimplemento, no prazo de até cinco dias úteis a partir da data de assinatura da ordem bancária respectiva.

Subcláusula Primeira - O pagamento, mediante a emissão de qualquer modalidade de ordem bancária, será realizado desde que a CONTRATADA efetue cobrança de forma a permitir o cumprimento das exigências legais, principalmente no que se refere às retenções tributárias.

Subcláusula Segunda - Para execução do pagamento de que trata esta Cláusula, a CONTRATADA deverá fazer constar da nota fiscal correspondente, emitida sem rasuras, em letra legível, em nome da CONTRATANTE, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.645.310/0001-99, o número de sua conta bancária, o nome do Banco e a respectiva Agência, constando da discriminação dos serviços o nome do usuário acolhido, a data do início do acolhimento, o período de acolhimento objeto da nota fiscal.

Subcláusula Terceira - Caso a CONTRATADA seja optante pelo Sistema Integrado de Imposto e Contribuições das Microempresas de Pequeno Porte (SIMPLES) deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal/fatura, a devida comprovação, a fim de evitar a retenção, na fonte, dos tributos e contribuições estabelecidos na legislação em vigor.

Subcláusula Quarta - A nota fiscal/fatura correspondente deverá ser encaminhada pela CONTRATADA ao endereço a seguir especificado a seguir, e será atestada e liberada para pagamento quando cumpridas todas as condições pactuadas neste instrumento.

Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Esplanada dos Ministérios, bloco T, Edifício sede, sala 210
CEP 70.064-900



06

Subcláusula Quinta - Havendo erro ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, a nota fiscal/fatura será restituída à **CONTRATADA** e o pagamento ficará suspenso até que sejam providenciadas as medidas saneadoras, hipótese em que o prazo para pagamento iniciar-se-á após a regularização da situação ou reapresentação do documento fiscal, não acarretando qualquer ônus para a **CONTRATANTE**.

Subcláusula Sexta - No caso de eventual atraso de pagamento, provocado exclusivamente pela Administração, mediante pedido da **CONTRATADA**, o valor devido será atualizado financeiramente desde a data referida nesta Cláusula, até a data do efetivo pagamento, pelo IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo, mediante aplicação da seguinte fórmula:

$AF = [(1 + IPCA/100)^{N/30} - 1] \times VP$, onde:
IPCA = Percentual atribuído ao Índice de Preços ao Consumidor Amplo, com vigência a partir da data do adimplemento da etapa;
AF = Atualização financeira;
VP = Valor da etapa a ser paga, igual ao principal mais o reajuste;
N = Número de dias entre a data do adimplemento da etapa e a do efetivo pagamento.

Subcláusula Sétima - Os pagamentos serão realizados após comprovação da regularidade perante o INSS, FGTS e Fazenda Federal mediante consulta *On-line* ao sistema SICAF e/ou sites oficiais ou mediante a apresentação de dita documentação.

Subcláusula Oitava - Quaisquer alterações nos dados bancários deverão ser comunicadas à **CONTRATANTE**, ficando sob responsabilidade da **CONTRATADA** os prejuízos decorrentes de pagamentos incorretos devido à falta de informação.

Subcláusula Nona - O pagamento efetuado pela **CONTRATANTE** não isenta a **CONTRATADA** de suas obrigações e responsabilidades assumidas.

Subcláusula Décima - No caso de atraso na entrega da relação dos acolhidos no mês, por parte da entidade, ficará o pagamento da nota fiscal/fatura correspondente suspenso até a sua regularização.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

A vigência será de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, podendo ser prorrogada mediante termo aditivo, se verificada a necessidade e com vantagens para a **CONTRATANTE** na continuidade do contrato, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei n.º 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste instrumento correrão à conta da funcional programática 14422206020IE0001, sob a natureza de despesa 339039, tendo sido emitida a Nota de Empenho n.º 2014NE800051 datada de 06/06/2014, no valor de R\$ 144.000,00 (cento e quarenta e quatro mil reais).

CLÁUSULA OITAVA - DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

1. A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada diretamente pela **CONTRATANTE** e/ou indiretamente, por meio de conselhos de políticas sobre drogas e/ou por empresa contratada para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria e fiscalização, e do controle social.



[Handwritten signature]



[Handwritten mark]

2. A CONTRATANTE designará representantes da Administração, titular e suplente, para realizar o acompanhamento e a fiscalização da execução deste contrato, o qual registrará as ocorrências e as deficiências verificadas em relatório, cuja cópia será encaminhada à CONTRATADA, objetivando o saneamento das desconformidades apontadas.

3. A existência e a atuação de acompanhamento e de fiscalização pela CONTRATANTE em nada restringem as responsabilidades únicas, integrais e exclusivas da CONTRATADA, no que concerne à execução do objeto contratado.

CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES

1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela CONTRATADA, sem justificativa aceita pela CONTRATANTE, resguardados os preceitos legais pertinentes, poderá acarretar as seguintes sanções:

- 1.1. advertência;
- 1.2. multa, de 5% do valor do contrato celebrado com inexistência de licitação;
- 1.3. suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos; e
- 1.4. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

Subcláusula Primeira - A aplicação das sanções previstas neste Contrato não exclui a possibilidade de aplicação de outras, previstas na Lei n.º 8.666/93, inclusive responsabilização da CONTRATADA por eventuais perdas e danos causados à Administração.

Subcláusula Segunda - A multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela CONTRATANTE.

Subcláusula Terceira - O valor da multa poderá ser descontado da nota fiscal ou crédito existente na CONTRATANTE, em favor da CONTRATADA, sendo que, caso o valor da multa seja superior ao crédito existente, a diferença será cobrada na forma da lei.

Subcláusula Quarta - As multas e outras sanções aplicadas só poderão ser relevadas, motivadamente e por conveniência administrativa, mediante ato do Ordenador de Despesa da CONTRATANTE, devidamente justificado.

Subcláusula Quinta - A CONTRATADA que falhar ou fraudar na execução deste Contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedida de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, e será descredenciada no SICAF, ou nos sistemas de cadastramento de fornecedores a que se refere o inciso XIV do art. 4º da Lei n.º 10.520/2002, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas neste Contrato e das demais cominações legais.

Subcláusula Sexta - Em qualquer hipótese de aplicação de sanções serão assegurados à CONTRATADA o contraditório e ampla defesa.



[Handwritten signature]



CLÁUSULA DÉCIMA - DA DENUNCIÇÃO E DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser denunciado por iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação formal, com antecedência mínima de trinta dias ou rescindido em razão das hipóteses previstas nos artigos 77 e 78 da Lei n.º 8.666, de 1993, em especial quando caracterizada a subcontratação total ou parcial dos serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

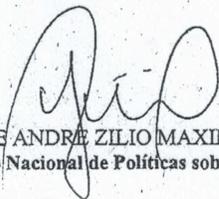
A CONTRATANTE providenciará a publicação resumida do presente instrumento, nos termos do art. 61, parágrafo único, da Lei n.º 8.666/93.

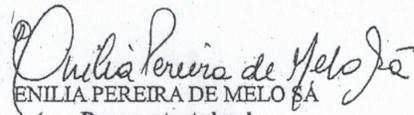
CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

As questões decorrentes da execução deste Contrato, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro Foro, por mais privilegiado que seja.

Para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, foi lavrado o presente Contrato, que, depois de lido e achado de acordo, é assinado em 03 (três) vias de igual teor e forma pelas partes Contratantes, tendo sido arquivado com registro de seu extrato e dele extraídas as cópias necessárias.

Brasília/DF, 17 de Junho de 2014.


VITORE ANDRÉ ZILIO MAXIMIANO
Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas


ENILIA PEREIRA DE MELO SÁ
Representante legal





6ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL

EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS

PROCESSO: 59560.001378/2012-70 ESPÉCIE: Primeiro Termo Aditivo ao Convênio nº 6.005.00/2012. CONVENIENTE: Companhia de Desenvolvimento e Ação Regional - CAR. CPNJ/MF nº 13.221.247/0001-60. INTERVENIENTE: Estado da Bahia, CPNJ/MF nº 13.937.032/0001-60. OBJETO: Prorrogar o prazo de vigência do Convênio nº 6.005.00/2012 por mais 365 dias corridos, contados a partir de 20 de junho de 2014, ficando seu termo final previsto para o dia 19 de junho de 2015, bem como redesignar novo Foro para dirimir quaisquer questões judiciais da avença, o qual passa a ser o da Subseção Judiciária da Justiça Federal de Juazeiro/BA. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Art. 57, § 1º, II, § 2º, c/c art. 116 da Lei nº 8.666/1993, c/c Dec. nº 6.170/2007, Dec. 93.872/1986, e a Portaria Interministerial MPOG/MF/CGU nº 507/2011. DATA DE ASSINATURA: 20/06/2014. ASSINAM: Pela CODEVASF: Elmo Vaz Bastos de Matos - Presidente, Eduardo Jorge de Oliveira Moita - Diretor da Área de Revitalização das Bacias Hidrográficas - e Alair Grangon de Siqueira - Superintendente da 6ª SR-CODEVASF; Pela CAR: José Vivaldo Souza de Mendonça Filho - Diretor Executivo - e Wilson Alves de Brito Filho - Secretário de Desenvolvimento e Integração Regional; Pelo Estado da Bahia - Governador Jaques Wagner.

PROCESSO: 59560.001764/2010-08 ESPÉCIE: Sétimo Termo Aditivo ao Convênio nº 6.007.00/2010. CONVENIENTE: Município de Juazeiro/BA, CPNJ/MF: 13.915.632/0001-27. OBJETO: Aprovar o novo Plano de Trabalho e prorrogar o prazo de execução do Convênio nº 6.007.00/2010 por mais 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir de 11 de maio de 2014, ficando seu termo final previsto para o dia 09 de julho de 2014. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Art. 57, § 1º, II, § 2º, c/c art. 116 da Lei nº 8.666/1993 c/c Dec. nº 6.170/2007, e a Portaria Interministerial MPOG/MF/CGU nº 507/2011. DATA DE ASSINATURA: 09/05/2014. ASSINAM: Alair Grangon de Siqueira, Superintendente da 6ª SR-CODEVASF, e Isaac Cavalcante de Carvalho, Prefeito Municipal de Juazeiro/BA.

7ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL

RETIFICAÇÃO

No D.O.U. de 17/07/2014, nº 135, Seção 3, referente ao Processo nº 39570.001302/2013-14, onde se lê: "Contrato nº 7.011.00/2013", leia-se: "Contrato nº 7.001.00/2014".

DEPARTAMENTO NACIONAL DE OBRAS CONTRA AS SECAS

RESULTADO DE JULGAMENTO TOMADA DE PREÇOS Nº 1/2014

Resultado final Tomada de Preços 01/2014-CEST/PITECS/SRH/DNOCs: Empresa Vencedora - RICARDO DIAS - INTERIORES & ARQUITETURA LTDA - EPP, CNPJ Nº 099657750001-52 - NOTA FINAL 9,405 PONTOS. VALOR GLOBAL R\$ 273.118,23 (DUZENTOS E SETENTA E CINCO MIL CENTO E QUATORZE REAIS E VINTE E TRÊS CENTAVOS).

RAIMUNDO JOSE DO REGO NETO Presidente da Comissão de Licitação

(SIDE - 17/07/2014) 193001-11203-2014NE800108

SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Espécie: Termo Aditivo Nº 00001/2014 ao Convênio Nº 792466/2013. Convenientes: Concedente: SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA, Unidade Gestora: 533013. Gestor: 53202. Conveniente: ESCOLA DO SERVIDOR PÚBLICO DO ACRE, CNPJ nº 05.629.304/0001-36. Ampliação do objeto com a inclusão do município de Cruzeiro do Sul e aumento do número de pessoas atendidas pelo convênio. Valor Total: R\$ 421.375,50. Valor de Contrapartida: R\$ 21.375,50. Vigência: 31/12/2013 a 31/12/2014. Data de Assinatura: 16/07/2014. Signatários: Concedente: DJALMA BEZERRA DE MELLO, CPF nº 000.928.382-53. Conveniente: HELOISA ALDENORA OLIVEIRA PANTOJA, CPF nº 195.775.402-87. (SICONV(PORTAL) - 17/07/2014)

SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DO CENTRO-OESTE

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 771304/2012-SUDECO. Processo nº 59800.001262/2012-53. Convenientes: A Superintendência do Desenvolvimento do Centro-Oeste do SUDECO, CNPJ/MF 13.802.028/0001-94, a Secretária de Estado de Desenvolvimento Agrário, da Produção, da Indústria, do Comércio e do Turismo - SEPROTUR/MS, CNPJ/MF nº 02.926.712/0001-61, com a intervenção do Governo do Estado do Mato Grosso do Sul - MS, CNPJ/MF nº 15.412.257/0001-28. Objeto: constitui objeto do presente Termo Aditivo a alteração da cláusula quarta, referente ao prazo de vigência do convênio. A Cláusula Quarta do Termo de Convênio nº 771304/2012-SUDECO passa a vigorar com a seguinte redação:

Cláusula Quarta - DA VIGÊNCIA O presente convênio terá vigência de 726 (setecentos e vinte e seis) dias, contados a partir de sua assinatura, até o dia 03 de dezembro de 2014, podendo ser prorrogada, mediante termo aditivo, por solicitação do CONVENIENTE, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do seu término, desde que aprovado pelo CONCEDENTE. Cleber Ávila Diretor - Superintendente, CPF nº 581.398.261-20, Paulo Engel Secretário - SEPROTUR, CPF nº 593.631.421-91 e Amréd Puccinelli Governador, CPF nº 005.983.059-04.

Ministério da Justiça

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

EXTRATO DE CONTRATO Nº 37/2014 - UASG 200246

Nº Processo: 08129015771201390. INEXIGIBILIDADE Nº 42/2014. Contratante: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ Contratado: 01559201000198. Contratado: ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA A -TOXICOMANOS ALCOOLATRAS. Objeto: Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento do FUNAD, observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público nº 001/2013 -SENAD/MI, e seus anexos. Fundamento Legal: Caput do art. 25 da Lei 8.666/21 de junho de 1993. Vigência: 17/07/2014 a 16/07/2015. Valor Total: R\$180.000,00. Fonte: 100000000 - 2014NE800058. Data de Assinatura: 17/07/2014.

(SICON - 17/07/2014) 200246-00001-2014NE800014

EXTRATO DE CONTRATO Nº 42/2014 - UASG 200246

Nº Processo: 08129012030201357. INEXIGIBILIDADE Nº 39/2014. Contratante: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ Contratado: 08952018000103. Contratado: APEP - ASSOCIAÇÃO DE PASTORES -EVANGELICOS DE PARAUPEBA. Objeto: Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento do FUNAD, observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público nº 001/2013 -SENAD/MI, e seus anexos. Fundamento Legal: Caput do art. 25 da Lei 8.666/21 de junho de 1993. Vigência: 17/07/2014 a 16/07/2015. Valor Total: R\$144.000,00. Fonte: 100000000 - 2014NE800051. Data de Assinatura: 17/07/2014.

(SICON - 17/07/2014) 200246-00001-2014NE800014

EXTRATO DE CONTRATO Nº 44/2014 - UASG 200246

Nº Processo: 08129012081201389. INEXIGIBILIDADE Nº 41/2014. Contratante: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ Contratado: 061127300146. Contratado: ASSOCIAÇÃO PROJETO VIDA. Objeto: Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento do FUNAD, observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público nº 001/2013 -SENAD/MI, e seus anexos. Fundamento Legal: Caput do art. 25 da Lei 8.666/21 de junho de 1993. Vigência: 17/07/2014 a 16/07/2015. Valor Total: R\$180.000,00. Fonte: 100000000 - 2014NE800053. Data de Assinatura: 17/07/2014.

(SICON - 17/07/2014) 200246-00001-2014NE800014

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 1/2014 - UASG 200246

Número do Contrato: 28/2013. Nº Processo: 08129012326201297. INEXIGIBILIDADE Nº 29/2013. Contratante: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ Contratado: 0633622000166. Contratado: CENTROHERO - CENTRO HOLÍSTICO DE ESTUDO E RECUPERAÇÃO E. Objeto: Prorrogação da vigência, nos termos previstos em sua Cláusula Sexta. Fundamento Legal: Art. 25 inciso II da Lei 8.666 de 21 de junho de 1993. Vigência: 17/07/2014 a 16/07/2015. Valor Total: R\$264.000,00. Fonte: 100000000 - 2014NE800098. Data de Assinatura: 17/07/2014.

(SICON - 17/07/2014) 200246-00001-2014NE800014

ESPÉCIE: Quinto Termo Aditivo ao Contrato nº 3.106.00/2012, que tem por objeto a execução das obras e serviços de perfuração, montagem e instalação de poços tubulares em solo predominantemente cristalino, em comunidades difusas de diversos Municípios do sertão pernambuco, na área de atuação da 3ª Superintendência Regional da CODEVASF. PROCESSO: 59530.001395/2012-64. CONTRATANTE: Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba - CODEVASF. CONTRATADA: AGRIMÁQUINAS EMPREENDIMENTOS AGRÍCOLAS LTDA. OBJETO: Prorrogar seu prazo e ratificar as demais cláusulas e condições. PRAZO: 90 dias, contados a partir de 24 de junho de 2014, ficando seu termo final previsto para o dia 21 de setembro de 2014. DATA DE ASSINATURA: 23/06/2014. ASSINAM: João Bosco Lacerda de Alercar, Superintendente Regional da 3ª SR - CODEVASF e Erivaldo Alves Moura, pela Contratada.

ESPÉCIE: Sexto Termo Aditivo ao Contrato nº 3.088.00/2011, que tem como objeto a prestação de serviços de apoio à fiscalização e supervisão técnica de contratos e convênios das obras e ação social no âmbito do Programa Água para Todos, no Estado de Pernambuco. PROCESSO: 59530.001215/2011-63. CONTRATANTE: Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba - CODEVASF. CONTRATADA: JM ENGENHEIROS CONSULTORES LTDA. OBJETO: Prorrogar o seu prazo e acrescer o valor do contrato, ratificando as demais cláusulas e condições. VALOR: Em face do novo período aditado, acre-se ao contrato o valor de R\$ 3.886.449,30. Dotação Orçamentária: Programa de Trabalho 10.53101.18.544.2069.12CQ - Implantação de Obras e Equipamentos para Oferta de Água - Plano Brasil sem Miséria, categoria econômica 4, sob gestão da 3ª SR - CODEVASF. DATA DE ASSINATURA: 19/07/2014. ASSINAM: João Bosco Lacerda de Alercar, Superintendente Regional da 3ª SR - CODEVASF e Erioliton da Silva, pela Contratada.

ESPÉCIE: Quarto Termo Aditivo ao Contrato nº 3.009.00/2010, que tem como objeto contratação dos serviços de certificação e atualização cadastral do Projeto Pontal por georreferenciamento, a ser executado na área de implantação do Projeto Pontal, a uma distância média de 50 Km da Cidade de Petrolina, no Estado de Pernambuco, área de atuação da 3ª SR - CODEVASF. PROCESSO: 59530.000974/2009-94. CONTRATANTE: Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba - CODEVASF. CONTRATADA: CCL - CONSTRUÇÕES E CONSULTORIA LTDA. OBJETO: Para prorrogar o prazo de vigência e ratificar as demais cláusulas e condições. PRAZO: 90 dias contados a partir de 27 de junho de 2014, ficando o seu termo final previsto para 24 de setembro de 2014. DATA DA ASSINATURA: 27/06/2014. ASSINAM: José Bosco Lacerda de Alercar - Superintendente Regional da 3ª SR - CODEVASF e Boaventura Alves de Oliveira, pela Contratada.

AVISOS DE HOMOLOGAÇÃO CONVITE Nº 11/2014

A Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba - CODEVASF, através da sua 3a Superintendência Regional em Petrolina - PE, comunica aos seus interessados que a licitação referente ao Convite Nº 011/2014 foi homologada para a empresa APIS CONSULTORIA ASSESSORIA & PROJETOS LTDA., CNPJ Nº 09.409.476/0001-55, no valor global de R\$ 77.332,11 (setenta e sete mil, trezentos e trinta e dois reais e onze centavos).

CONVITE Nº 12/2014

A Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba - CODEVASF, através da sua 3a Superintendência Regional em Petrolina - PE, comunica aos seus interessados que a licitação referente ao Convite Nº 012/2014 foi homologada para a empresa AUTOBYE AUTOMACÃO E SERVIÇOS LTDA-ME., CNPJ Nº 13.158.418/0001-73, no valor global de R\$ 46.576,00 (quarenta e seis mil, quinhentos e setenta e seis reais).

JOÃO BOSCO LACERDA DE ALENCAR Superintendente

5ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Espécie: Termo Aditivo Nº 00005/2014 ao Convênio Nº 708860/2009. Convenientes: Concedente: COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO VALE DO SAO FRANCISCO, Unidade Gestora: 195001. Gestor: 11201. Conveniente: MAJOR IZIDORO PREFEITURA, CNPJ nº 12.228.904/0001-58. Ajustar a planilha orçamentária e o plano de trabalho, alterando o valor convencionado de R\$ 226.156,69 para R\$ 243.976,18; alterar o valor correspondente à participação financeira da concedente de R\$ 221.633,56 para R\$ 239.096,66 e alterar o valor da contrapartida da conveniente de R\$ 4.523,13 para R\$ 4.879,52. Valor Total: R\$ 243.976,18. Valor de Contrapartida: R\$ 4.879,52. Vigência: 21/12/2009 a 31/12/2014. Data de Assinatura: 18/06/2014. Signatários: Concedente: IVAN CRAVEIRO BARROS, CPF nº 411.336.724-53. Conveniente: MARIA SANTANA MARIANO SILVA CAMPOS, CPF nº 533.837.964-34.

(SICONV(PORTAL) - 17/07/2014)

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/visualizar/act.html>, pelo código 00032014071800125

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

ANEX **Contrato n.º 56/2013 – SENAD/MJ**

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

CONTRATO N.º 56/2013 - SENAD/MJ

(Habilitação procedida a partir do Edital de Chamamento Público n.º 001/2012 - SENAD/MJ)

Processo n.º 08129.000057/2013-05

Contrato de prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa.

A UNIÃO, por intermédio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, órgão da Administração Pública Federal que compõe a estrutura do MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, com sede na Esplanada dos Ministérios, bloco T, 2º andar, sala 208, CEP 70.064-900, Brasília/DF, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.645.310/0001-99, representada pelo Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas VITORE ANDRE ZILIO MAXIMIANO, nomeado pela Portaria n.º 296, de 19/04/2013, publicada no DOU n.º 76, de 22/04/2013, portador da Carteira de Identidade n.º 8.861.766-X/SSP-SP e inscrito no CPF/MF sob o n.º 110.581.738-55, domiciliado e residente em Brasília-DF, doravante denominada CONTRATANTE e OBRA SOCIAL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - FAZENDA DA ESPERANÇA DOM ELISEU MARIA COROLI, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 48.555.775/0046-51, com sede na Estrada Bragança, s/n, bairro Vila Sinhá, Comunidade Ferreira Bragança/PA CEP 68.600-000, doravante denominada CONTRATADA, representada por Luigi Ferrando, portador da Carteira de Identidade RNE n.º W 168881-A, e inscrito no CPF sob o n.º 105.717.872-15, domiciliado e residente em Bragança/PA, têm, entre si, acordados os termos deste Contrato, objeto da Habilitação procedida a partir do Edital de Chamamento Público n.º 001/2012 - SENAD/MJ, mediante inexigibilidade de licitação fundamentada no caput do art. 25 da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, consoante consta dos processos n.º 08129.009916/2012-32 e n.º 08129.000057/2013-05, sujeitando-se à Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, bem como às demais normas correlatas, mediante as cláusulas e condições seguintes.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público n.º 001/2012 - SENAD/MJ, e seus anexos, bem como da habilitação e pré-qualificação da CONTRATADA, que se constituem em parte integrante deste instrumento, independentemente de sua transcrição.





CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS

1. Os serviços de acolhimento destinam-se a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, que necessitem de afastamento, por período prolongado, do ambiente no qual se iniciou/desenvolveu/estabeleceu o uso/dependência de substância psicoativa, como o crack e outras drogas.
2. A utilização dos serviços de acolhimento contratados tem caráter essencialmente voluntário, ressalvados os casos previstos em lei.
3. Os serviços destinam-se ao atendimento da demanda local ou de outros municípios e/ou estados, devendo ser prestados de acordo com a disponibilidade de créditos.
4. A disponibilidade de serviços ofertados para contratação deve estar limitada a até 50% da capacidade de ocupação da contratada, não ultrapassando o total de 60 (sessenta) vagas por público específico.
5. Não poderá ser exigido qualquer tipo de contrapartida financeira, ou em bens, da pessoa acolhida e/ou de seus familiares quando da utilização dos serviços contratados no âmbito deste instrumento.
6. Cada pessoa com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa poderá ser acolhida, pelas entidades contratadas, pelo período máximo de doze meses.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

1. Das obrigações da contratada.

Além das obrigações estabelecidas nas normas que regem este instrumento, são obrigações da entidade contratada:

- 1.1. Nortear as ações de cuidados por proposta de acolhimento individualizada;
- 1.2. Realizar avaliação diagnóstica prevista no artigo 16 da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n.º 29, de 30 de junho de 2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, antes do acolhimento;
- 1.3. Comunicar, formalmente, cada acolhimento à unidade de saúde e ao equipamento de proteção social de referência, no prazo de até 05 (cinco) dias;
- 1.4. Comunicar, imediatamente, ao Conselho Tutelar local, o acolhimento de crianças e adolescentes, assim como qualquer intercorrência prevista na RDC 29/2011 - ANVISA, em seu artigo 21;
- 1.5. Garantir a integralidade da atenção à saúde da pessoa acolhida, seja por meio de articulação com a rede do Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja com recursos próprios;
- 1.6. Não praticar ou permitir ações de contenção física, isolamento ou qualquer restrição à liberdade da pessoa acolhida;
- 1.7. Informar aos familiares ou ao responsável pela pessoa acolhida, qualquer uma das intercorrências descritas no artigo 21 da RDC 29/2011-ANVISA (alta terapêutica; desistência; desligamento e evasão);
- 1.8. Articular junto à unidade de referência de assistência social a preparação para a alta e o processo de reinserção social da pessoa acolhida;
- 1.9. Comunicar, formalmente, às unidades de referência de saúde e de assistência social quando da alta terapêutica, desistência, desligamento ou evasão da pessoa acolhida;

S

CP



10
13/11

1.10. Informar à pessoa acolhida e/ou responsável, as normas da entidade, bem como o caráter gratuito do serviço prestado, o que deverá ser consignado em Termo de Adesão;

1.11. Preservar como direitos da pessoa acolhida:

- a) Assistência integral em saúde, incluindo a busca de atendimento junto ao Sistema Único de Saúde, quando necessário;
- b) Visitação de familiares, conforme rotina da entidade;
- c) Acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares durante o acolhimento, conforme rotina da entidade; e
- d) Privacidade, uso de vestuário próprio e de objetos pessoais.

1.12. Manter as mesmas condições requeridas na fase de habilitação.

1.13. Informar à SENAD, até o décimo quinto dia útil do mês subsequente, a relação das pessoas que utilizaram efetivamente os serviços, na forma disciplinada para prestação de tais informações;

1.14. Encaminhar à SENAD a nota fiscal/fatura e a relação das pessoas acolhidas nos termos deste contrato, até o quinto dia útil do mês subsequente ao respectivo mês, devidamente assinada pelo responsável pela entidade; e

1.15. Permitir o acompanhamento da execução dos contratos, diretamente, pela SENAD, e, indiretamente, pelos conselhos locais de políticas sobre drogas e/ou por empresa contratada para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria e fiscalização, e do controle social.

2. Das obrigações da contratante.

Além das obrigações estabelecidas nas normas que regem este instrumento, são obrigações da entidade contratante:

2.1. Efetuar o pagamento relativo aos serviços prestados por mês, até quinze dias úteis após o ateste da nota fiscal/fatura; e

2.2. acompanhar a execução dos contratos diretamente e/ou indiretamente, por meio dos conselhos locais de políticas sobre drogas e/ou por empresa contratada para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria e fiscalização, e do controle social.

Subcláusula primeira - Para processamento do pagamento, a entidade deverá encaminhar à SENAD a nota fiscal/fatura e a relação das pessoas acolhidas nos termos deste contrato, até o quinto dia útil do mês subsequente ao respectivo mês, devidamente assinada pelo responsável pela entidade.

Subcláusula segunda - Na hipótese de atraso na entrega da relação dos acolhidos no mês, por parte da entidade, ficará o pagamento da nota fiscal/fatura correspondente suspenso até a sua regularização.

CLÁUSULA QUARTA - DOS PREÇOS

1. O valor anual estimado do presente contrato é de R\$ 156.000,00 (cento e cinquenta e seis mil reais)

2. Os preços a serem pagos pela prestação dos serviços de acolhimento serão:

- a) R\$ 1.000,00 (mil reais), por mês, por serviços de acolhimento de adulto;



- b) R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais), por mês, por serviços de acolhimento de criança, adolescente ou mãe nutriz acompanhada do lactente.

Subcláusula primeira - Os valores devem fazer face à integralidade dos custos de acolhimento, tais como hospedagem, alimentação, cuidados de higiene e atividades contempladas no projeto terapêutico.

Subcláusula segunda - O valor a ser pago será proporcional à quantidade de dias em que os serviços de acolhimento foram efetivamente prestados durante o mês pelo valor mensal estabelecido para cada público definido nas letras "a" e "b" desta cláusula, observadas as demais normas estabelecidas pela CONTRATANTE.

Subcláusula terceira - Os preços, quando verificada a necessidade e a disponibilidade de créditos, serão reajustados por meio de portaria editada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

CLÁUSULA QUINTA - DOS PAGAMENTOS

1. Os pagamentos ocorrerão mensalmente, até quinze dias úteis após o ateste da nota fiscal/fatura.

2. A nota fiscal/fatura deve ser encaminhada à SENAD, para processamento do pagamento, juntamente com a relação das pessoas acolhidas nos termos deste contrato, até o quinto dia útil do mês subsequente ao respectivo mês, devidamente assinada pelo responsável pela entidade.

3. Os pagamentos serão creditados em nome da CONTRATADA, mediante ordem bancária em conta corrente por ela indicada ou por meio de ordem bancária para pagamento de faturas com código de barras, uma vez satisfeitas as condições estabelecidas neste contrato, após cada período mensal de prestação dos serviços, contados do final do período de adimplemento, no prazo de até cinco dias úteis a partir da data de assinatura da ordem bancária respectiva.

Subcláusula Primeira - O pagamento, mediante a emissão de qualquer modalidade de ordem bancária, será realizado desde que a CONTRATADA efetue cobrança de forma a permitir o cumprimento das exigências legais, principalmente no que se refere às retenções tributárias.

Subcláusula Segunda - Para execução do pagamento de que trata esta Cláusula, a CONTRATADA deverá fazer constar da nota fiscal correspondente, emitida sem rasuras, em letra legível, em nome da CONTRATANTE, inscrita no CNPJ sob o n.º 02.645.310/0001-99, o número de sua conta bancária, o nome do Banco e a respectiva Agência, constando da discriminação dos serviços o nome do usuário acolhido, a data do início do acolhimento, o período de acolhimento objeto da nota fiscal.

Subcláusula Terceira - Caso a CONTRATADA seja optante pelo Sistema Integrado de Imposto e Contribuições das Microempresas de Pequeno Porte (SIMPLES) deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal/fatura, a devida comprovação, a fim de evitar a retenção, na fonte, dos tributos e contribuições estabelecidos na legislação em vigor.

Subcláusula Quarta - A nota fiscal/fatura correspondente deverá ser encaminhada pela CONTRATADA ao endereço a seguir especificado a seguir, e será arastada e liberada para pagamento quando cumpridas todas as condições pactuadas neste instrumento.

Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Esplanada dos Ministérios, bloco T, Edifício sede, sala 210
CEP 70.064-900





Subcláusula Quinta - Havendo erro ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, a nota fiscal/fatura será restituída à CONTRATADA e o pagamento ficará suspenso até que sejam providenciadas as medidas saneadoras, hipótese em que o prazo para pagamento iniciar-se-á após a regularização da situação ou reapresentação do documento fiscal, não acarretando qualquer ônus para a CONTRATANTE.

Subcláusula Sexta - No caso de eventual atraso de pagamento, provocado exclusivamente pela Administração, mediante pedido da CONTRATADA, o valor devido será atualizado financeiramente desde a data referida nesta Cláusula, até a data do efetivo pagamento, pelo IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo, mediante aplicação da seguinte fórmula:

$$AF = [(1 + IPCA/100)^{N/30} - 1] \times VP, \text{ onde:}$$

IPCA = Percentual atribuído ao Índice de Preços ao Consumidor Amplo, com vigência a partir da data do adimplemento da etapa;
AF = Atualização financeira;
VP = Valor da etapa a ser paga, igual ao principal mais o reajuste;
N = Número de dias entre a data do adimplemento da etapa e a do efetivo pagamento.

Subcláusula Sétima - Os pagamentos serão realizados após comprovação da regularidade perante o INSS, FGTS e Fazenda Federal mediante consulta *On-line* ao sistema SICAF e/ou sites oficiais ou mediante a apresentação de dita documentação.

Subcláusula Oitava - Quaisquer alterações nos dados bancários deverão ser comunicadas à CONTRATANTE, ficando sob responsabilidade da CONTRATADA os prejuízos decorrentes de pagamentos incorretos devido à falta de informação.

Subcláusula Nona - O pagamento efetuado pela CONTRATANTE não isenta a CONTRATADA de suas obrigações e responsabilidades assumidas.

Subcláusula Décima - No caso de atraso na entrega da relação dos acolhidos no mês, por parte da entidade, ficará o pagamento da nota fiscal/fatura correspondente suspenso até a sua regularização.

CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA

A vigência será de 12 (doze) meses, a contar da assinatura deste instrumento, podendo ser prorrogada mediante termo aditivo, se verificada a necessidade e com vantagens para a CONTRATANTE na continuidade do contrato, nos termos do inciso II, do art. 57, da Lei n.º 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste instrumento correrão à conta da funcional programática 14422206020EV0001, sob a natureza de despesa 339039, tendo sido emitida a Nota de Empenho n.º 2013NE800076 datada de 01/08/2013, no valor de R\$ 156.000,00 (cento e cinquenta e seis mil reais).

CLÁUSULA OITAVA - DO ACOMPANHAMENTO E DA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

1. A execução do contrato será acompanhada e fiscalizada diretamente pela CONTRATANTE e/ou indiretamente, por meio de conselhos de políticas sobre drogas e/ou por empresa contratada

S

et





para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria e fiscalização, e do controle social.

2. A CONTRATANTE designará representantes da Administração, titular e suplente, para realizar o acompanhamento e a fiscalização da execução deste contrato, o qual registrará as ocorrências e as deficiências verificadas em relatório, cuja cópia será encaminhada à CONTRATADA, objetivando o saneamento das desconformidades apontadas.

3. A existência e a atuação de acompanhamento e de fiscalização pela CONTRATANTE em nada restringem as responsabilidades únicas, integrais e exclusivas da CONTRATADA, no que concerne à execução do objeto contratado.

CLÁUSULA NONA - DAS SANÇÕES

1. O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas pela CONTRATADA, sem justificativa aceita pela CONTRATANTE, resguardados os preceitos legais pertinentes, poderá acarretar as seguintes sanções:

- 1.1. advertência;
- 1.2. multa, de 5% do valor do contrato celebrado com inexigibilidade de licitação;
- 1.3. suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos; e
- 1.4. declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que o contratado ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada.

Subcláusula Primeira - A aplicação das sanções previstas neste Contrato não exclui a possibilidade de aplicação de outras, previstas na Lei n.º 8.666/93, inclusive responsabilização da CONTRATADA por eventuais perdas e danos causados à Administração.

Subcláusula Segunda - A multa deverá ser recolhida no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data do recebimento da comunicação enviada pela CONTRATANTE.

Subcláusula Terceira - O valor da multa poderá ser descontado da nota fiscal ou crédito existente na CONTRATANTE, em favor da CONTRATADA, sendo que, caso o valor da multa seja superior ao crédito existente, a diferença será cobrada na forma da lei.

Subcláusula Quarta - As multas e outras sanções aplicadas só poderão ser relevadas, motivadamente e por conveniência administrativa, mediante ato do Ordenador de Despesa da CONTRATANTE, devidamente justificado.

Subcláusula Quinta - A CONTRATADA que falhar ou fraudar na execução deste Contrato, comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude fiscal, ficará impedida de licitar e contratar com a União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, e será descredenciada no SICAF, ou nos sistemas de cadastramento de fornecedores a que se refere o inciso XIV do art. 4º da Lei n.º 10.520/2002, pelo prazo de até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas neste Contrato e das demais cominações legais.

Subcláusula Sexta - Em qualquer hipótese de aplicação de sanções serão assegurados à CONTRATADA o contraditório e ampla defesa.

[Handwritten signature]



JMA G.L.
14
CF

CLÁUSULA DÉCIMA - DA DENUNCIÇÃO E DA RESCISÃO

O presente contrato poderá ser denunciado por iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação formal, com antecedência mínima de trinta dias ou rescindido em razão das hipóteses previstas nos artigos 77 e 78 da Lei n.º 8.666, de 1993, em especial quando caracterizada a subcontratação total ou parcial dos serviços.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

A CONTRATANTE providenciará a publicação resumida do presente instrumento, nos termos do art. 61, parágrafo único, da Lei n.º 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

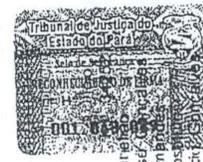
As questões decorrentes da execução deste Contrato, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas na Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, com exclusão de qualquer outro Foro, por mais privilegiado que seja.

Para firmeza e como prova de assim haverem, entre si, ajustado e contratado, foi lavrado o presente Contrato, que, depois de lido e achado de acordo, é assinado em 03 (três) vias de igual teor e forma pelas partes Contratantes, tendo sido arquivado com registro de seu extrato e dele extraídas as cópias necessárias.

Brasília/DF, 6 de agosto de 2013.

VITORE ANDRE ZILIO MAXIMIANO
Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas

LUIGI FERRANDO
Representante legal



reconheço por semelhança a assinatura

Luigi Ferrando

Bragança
 Paulo José
 Fernando
 Subst. Lucr.
 Pedro
 Ferrando

dois fe
Bragança - PA 24/08/13



EXTRATO DE CONTRATO Nº 512013 UASG 100146

Nº Processo: 081290012378201263. INEXIGIBILIDADE Nº 52/2013. CONTRATO: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ. Contratado: 48355775002950. Contratada: OBRA SOCIAL N S DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANCA. Objeto: Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento da Funad, observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público nº 001/2012 - SENAD/AL, e seus anexos. Fundamento Legal: caput do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Vigência: 06/05/2013 a 05/08/2014. Valor Total: R\$100.000,00. Data de Assinatura: 06/08/2013.

(SICOM - 23/08/2013) 200246-00001-2013NE80001

EXTRATO DE CONTRATO Nº 56-2013 UASG 100146

Nº Processo: 0812900050701361. INEXIGIBILIDADE Nº 52/2013. CONTRATO: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ. Contratado: 48355775004651. Contratado: OBRA SOCIAL N S DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANCA. Objeto: Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento da Funad, observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público nº 001/2012 - SENAD/AL, e seus anexos. Fundamento Legal: caput do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Vigência: 06/05/2013 a 05/08/2014. Valor Total: R\$156.000,00. Data de Assinatura: 06/08/2013.

(SICOM - 23/08/2013) 200246-00001-2013NE80001

EXTRATO DE CONTRATO Nº 59-2013 UASG 100146

Nº Processo: 08129000219201378. INEXIGIBILIDADE Nº 65/2013. CONTRATO: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ. Contratado: 04828950000174. Contratado: COMUNIDADE TERAPÊUTICA MESSAO SHELTON. Objeto: Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento da Funad, observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público nº 001/2012 - SENAD/AL, e seus anexos. Fundamento Legal: caput do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Vigência: 06/08/2013 a 05/08/2014. Valor Total: R\$168.000,00. Data de Assinatura: 06/08/2013.

(SICOM - 23/08/2013) 200246-00001-2013NE80001

EXTRATO DE CONTRATO Nº 60-2013 UASG 100146

Nº Processo: 08129012391201212. INEXIGIBILIDADE Nº 48/2013. CONTRATO: FUNDO NACIONAL ANTIDROGAS - FUNAD-CNPJ. Contratado: 48355775003094. Contratado: OBRA SOCIAL N S DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANCA. Objeto: Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, conforme demanda específica e condicionada à disponibilidade de créditos no orçamento da Funad, observados os detalhamentos técnico e operacional, especificações e condições constantes do Edital de Chamamento Público nº 001/2012 - SENAD/AL, e seus anexos. Fundamento Legal: caput do art. 23 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Vigência: 06/08/2013 a 05/08/2014. Valor Total: R\$120.000,00. Data de Assinatura: 06/08/2013.

(SICOM - 23/08/2013) 200246-00001-2013NE80001

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 91/2013 - UASG 100146

Nº Processo: 08129000504201352. Objeto: Habilitação e pré-qualificação de entidades com vistas à celebração de contratos para a prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Total de itens licitáveis: 00001. Fundamento Legal: Art. 23º, Caput da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: Art. 23º, Caput da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Declaração de Inexigibilidade em 23/08/2013. MAURO RONI LOPES DA COSTA, Coordenador de Depressão. Reticulação em 23/08/2013. VITÓRIO ANDRÉ ZILIO MAXIMIANO, Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas. Valor Global: R\$ 247.000,00. CNPJ CONTRATADA: 48.555.775/00034-18 OBRA SOCIAL N S DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANCA.

(SICOM - 23/08/2013) 200246-00001-2013NE80001

EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 92/2013 - UASG 100146

Nº Processo: 0812900042901311. Objeto: Habilitação e pré-qualificação de entidades com vistas à celebração de contratos para a prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. Total de itens licitáveis: 00001. Fundamento Legal: Art. 23º, Caput da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: Art. 23º, Caput da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Declaração de Inexigibilidade em 23/08/2013. MAURO RONI LOPES DA COSTA, Coordenador de Depressão. Reticulação em 23/08/2013. VITÓRIO ANDRÉ ZILIO MAXIMIANO, Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas. Valor Global: R\$ 247.000,00. CNPJ CONTRATADA: 48.555.775/00034-18 OBRA SOCIAL N S DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANCA.

(SICOM - 23/08/2013) 200246-00001-2013NE80001

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.gov.br/ama/diario_oficial, pelo código 00032013082600109

MAURO RONI LOPES DA COSTA, Coordenador de Depressão. Reticulação em 23/08/2013. VITÓRIO ANDRÉ ZILIO MAXIMIANO, Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas. Valor Global: R\$ 247.000,00. CNPJ CONTRATADA: 48.555.775/00034-18 OBRA SOCIAL N S DA GLORIA FAZENDA DA ESPERANCA. (SICOM - 23/08/2013) 200246-00001-2013NE80001

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 10-2013 - UASG 100334

Nº Processo: 0820000112013117. Objeto: Cotejamento de serviço continuado de distribuição de publicidade legal. Total de itens licitáveis: 00001. Fundamento Legal: Art. 23º, Caput da Lei nº 8.666 de 21/06/1993. Justificativa: A escolha da empresa BEC está embasada no atendimento ao art. 8º, Inc. VII da Lei 11.652/2008. Diretor Geral. Valor Global: R\$ 100.000,00. CNPJ CONTRATADA: 09.168.704/0001-42 EMPRESA B RASIL DE COMUNICACAO S.A. - EBC.

(SICOM - 23/08/2013) 200334-00001-2013NE80007

EXTRATO DE TERMO ADITIVO Nº 12013 UASG 100334

Ministry of Culture. 9/2013 Nº Processo: 0820001234201012. PREGÃO SISP Nº 35/2012 Contratante: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - CNPJ Contratado: 3343399000123. Contratado: RALZEN COMÉRCIO DE VÍDEO S.A. - Objeto: Licitação em 2º lote para aquisição de material de consumo, em parâmetros de R\$2.803.164,13 para R\$2.102.373,10, sendo R\$1.927.175,26 para o material de vídeo e R\$175.197,84 para o material de áudio. Fundamento Legal: Lei 8.666/93 e suas alterações. Vigência: 26/08/2013 a 15/01/2014. Valor Total: R\$70.079,03. Data de Assinatura: 13/08/2013.

(SICOM - 23/08/2013) 200334-00001-2013NE80081

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAL

EDITAL Nº 12 - DGP/DFP, DE 13 DE AGOSTO DE 2013 CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE 126 VAGAS NO CARGO DE DELEGADO DE POLÍCIA FEDERAL

O DIRETOR DE GESTÃO DE PESSOAL, em virtude de erro material na planilha de correção da questão 2 da prova discursiva, torna sem efeito o resultado provisório na prova discursiva constante do Item 1 de Edital nº 10 - DGP/DFP, de 15 de agosto de 2013.

Torna pública, ainda, a retificação da nota provisória na questão 2, da nota provisória no conjunto das três questões discursivas e da nota provisória nas provas discursivas divididas pelo Edital nº 11 - DGP/DFP, de 16 de agosto de 2013.

DA RETIFICAÇÃO DA NOTA PROVISÓRIA NA QUESTÃO 2, DA NOTA PROVISÓRIA NO CONJUNTO DAS TRÊS QUESTÕES DISCURSIVAS E DA NOTA PROVISÓRIA NAS PROVAS DISCURSIVAS DIVIDIDAS PELO EDITAL Nº 11 - DGP/DFP, DE 16 DE AGOSTO DE 2013

1 - DO RESULTADO PROVISÓRIO NAS PROVAS DISCURSIVAS

1.1 Resultado provisório nas provas discursivas, na seguinte ordem: número de inscrição, nome do candidato em ordem alfabética, sua província na questão 1, sua província no conjunto das três questões discursivas, sua província na prova profissional e sua província nas provas discursivas.

- 10029095 - Aldegar Roberto de Silva, 1.63, 1.68, 3.29, 6.50, 4.62, 11.22 / 10027416 - Adair Gregório, 1.03, 3.98, 3.28, 8.29, 6.31, 14.60 / 10026188 - Ademir Ezequiel Junior, 1.96, 1.73, 3.40, 7.09, 5.53, 12.64 / 10035165 - Ademir Batista Chaves, 2.95, 2.15, 2.73, 8.84, 3.18, 16.02 / 10014154 - Adilson do Nascimento Borges, 1.97, 3.36, 3.76, 9.29, 5.49, 14.78 / 10018661 - Adriano dos Santos Fernandes, 1.64, 3.83, 1.78, 7.25, 4.90, 12.13 / 10019294 - Airivany Rocha, 1.20, 2.61, 1.40, 5.21, 7.13, 12.36 / 10035427 - Ailton Maranhão Junior, 1.63, 3.19, 1.49, 6.31, 6.72, 13.03 / 10055249 - Axel de Andrade Lima, 3.55, 3.90, 0.00, 7.43, 4.95, 14.40 / 10020452 - Ailton Santos Leite, 2.50, 3.62, 3.28, 9.50, 3.42, 14.92 / 10025404 - Ailm Wagner Nascimento Givigi, 1.86, 3.91, 3.22, 8.99, 7.86, 16.82 / 10057324 - Ailton de Araújo Fernandes Filho, 3.63, 3.91, 1.21, 8.76, 4.77, 13.33 / 10039938 - Alexandre Gomes Leite, 2.16, 3.95, 2.67, 8.78, 4.96, 13.74 / 10029310 - Alexandre Camargo Rodrigues, 2.03, 3.79, 3.74, 9.56, 5.66, 15.22 / 10025016 - Alexandre Campos de Souza, 3.02, 3.98, 3.37, 10.37, 8.27, 18.64 / 10011149 - Alexandre Ferreira Brabo, 1.55, 3.45, 2.55, 7.55, 6.07, 13.62 / 10004538 - Alexandre Gomes, 2.65, 3.97, 2.49, 9.31, 6.83, 16.14 / 10019457 - Alexandre Negreiros da Cunha Barbosa, 1.75, 3.98, 3.30, 9.03, 6.66, 15.67 / 10027442 - Alexandre Ribeiro Pereira da Silva, 1.62, 3.91, 2.63, 8.16, 4.52, 12.68 / 10025227 - Alexandre Teixeira dos Santos, 2.06, 3.92, 2.73, 8.71, 6.35, 15.08 / 10012530 - Alfredo Nunes, 1.22, 1.65, 0.00, 2.87, 6.59, 9.46 / 10000868 - Aline Pauline Bueno Souto, 1.05, 3.78, 0.00, 4.83, 4.94, 5.77 / 10015538 - Altívio Alves da Silva, 2.13, 3.87, 3.33, 9.23, 5.86, 15.19 / 10019049 - Altamir Neto de Almeida, 1.92,

- 3.81, 2.59, 8.35, 5.59, 13.94 / 10002072 - Allan Teixeira Cruz, 2.20, 4.00, 3.82, 10.03, 6.62, 16.64 / 10009246 - Amanda Nascimento Alves de Barros, 2.46, 3.81, 0.00, 6.47, 5.15, 11.67 / 10024136 - Amaraury Ribeiro Gonçalves Neto, 2.56, 4.00, 1.33, 7.89, 4.27, 12.46 / 10000772 - Ana Carolina Magalhães Cabral, 2.07, 3.81, 0.00, 5.89, 6.39, 19.20 / 10017861 - Anáelis Graça de Barros, 1.34, 3.89, 1.56, 7.39, 5.13, 12.52 / 10020604 - Anderson Alves Dias, 2.07, 3.88, 2.60, 8.60, 6.33, 14.93 / 10021608 - Anderson Christian Barbosa Apóstolo, 1.61, 3.92, 0.00, 3.54, 2.36, 10.90 / 10009224 - Anderson Duarte, 1.75, 1.70, 1.27, 4.72, 5.87, 10.54 / 10001275 - Anderson Almeida de Arcevedo Ribeiro, 1.70, 3.78, 3.90, 9.58, 5.46, 16.04 / 10038954 - André Otávio Edreira, 2.07, 3.93, 3.20, 9.23, 8.33, 17.55 / 10000600 - André Gustavo Feltes, 1.78, 3.88, 3.93, 9.77, 6.83, 16.04 / 10014370 - André Luiz Duarte Costa, 1.71, 3.93, 3.78, 9.42, 3.68, 13.90 / 10037027 - André Luiz Machado, 2.39, 3.93, 2.14, 8.66, 4.24, 14.90 / 10002478 - André Périco Ramires dos Santos, 2.50, 3.40, 2.34, 8.64, 6.30, 14.94 / 10018047 - André Macedo de Almeida Neto, 1.93, 4.09, 3.89, 1.37, 9.19, 3.07, 14.26 / 10044287 - Angélio Macedo Dantas, 2.00, 3.30, 2.75, 8.45, 5.67, 14.32 / 10033457 - Anísio Araújo Siqueira, 2.14, 2.85, 3.25, 9.39, 6.64, 16.04 / 10029811 - Anísio Trindade Jorge Leite, 1.95, 3.98, 3.92, 7.85, 5.03, 12.90 / 10012735 - Antonio Henrique Maia Vilela, 1.92, 3.87, 1.49, 7.29, 6.34, 13.73 / 10035482 - Antonio Leonardo Ribeiro Neto, 2.16, 4.00, 3.22, 9.38, 4.07, 13.24 / 10005201 - Antonio Sampaio dos Santos Junior, 2.57, 1.68, 3.26, 7.61, 5.70, 13.31 / 10040932 - Antônio Leandro Fernandes Cunha Leite, 1.69, 4.00, 0.00, 5.99, 4.52, 10.61 / 10015546 - Aquino Lakato Patigum, 2.15, 3.06, 1.68, 7.79, 3.38, 13.37 / 10025983 - Avner Rocha Santos, 2.06, 3.95, 3.32, 9.31, 7.35, 15.68 / 10002360 - Benvindo Adair Abranches, 2.12, 3.58, 2.81, 7.01, 6.24, 11.92 / 10005775 - Bismundo Guerra Amaral, 2.70, 3.31, 2.48, 7.75, 6.85, 14.64 / 10023375 - Bruno Alves de Oliveira, 3.51, 3.30, 3.30, 10.71, 7.69, 18.08 / 10007937 - Bruno Augusto Lima Oliveira, 2.00, 3.80, 3.80, 2.14, 3.98, 2.94, 9.35, 4.77, 14.12 / 10017807 - Bruno França Tavares, 2.14, 4.00, 2.72, 8.86, 7.05, 15.91 / 10049369 - Bruno Rêder Barros de Almeida, 1.68, 1.66, 3.25, 6.64, 4.74, 13.46 / 10016202 - Bruno Roberto Pinheiro, 2.15, 4.00, 1.03, 7.18, 5.00, 12.14 / 10012609 - Bruno Soares Neto, 1.28, 4.00, 3.80, 9.96, 3.96, 13.00 / 10012204 - Bruno Soares Neto, 1.84, 3.93, 0.00, 5.91, 4.31, 10.01 / 10012415 - Bruno Gatti Ceará, 2.56, 3.97, 0.00, 6.53, 7.05, 13.58 / 10019271 - Bruno Menezes Gonçalves, 2.20, 4.09, 3.15, 9.36, 4.98, 14.31 / 10015737 - Bruno Monteiro Ribeiro Neto, 2.17, 3.98, 3.22, 9.27, 4.27, 15.64 / 10015282 - Bruno Roberto Barreto Henri, 1.78, 3.83, 3.33, 8.54, 6.30, 15.24 / 10024721 - Bruno Zair Sênior, 1.53, 3.78, 3.33, 6.54, 2.83, 12.71 / 10032921 - Caio César Coimbra de Oliveira Silva, 1.42, 3.83, 3.16, 8.41, 6.00, 14.41 / 10002903 - Caio Souza de Araújo, 1.73, 3.74, 3.21, 8.16, 6.18, 12.14 / 10013889 - Caio Mendes de Lima, 3.90, 3.90, 2.32, 10.32, 6.30, 16.32 / 10030871 - Camilo Leocádio Costa, 1.93, 3.71, 3.75, 7.89, 5.40, 13.29 / 10033377 - Carlos Schwelber de Aguiar, 2.65, 3.29, 7.18, 3.33, 14.32 / 10012415 - Carlos Eduardo Chaves Lourenço, 1.28, 3.00, 0.00, 4.23, 6.00, 4.23 / 10032288 - Carlos Eduardo de Moraes e Silva, 2.54, 3.90, 1.38, 7.82, 4.07, 12.77 / 10016202 - Carlos Eduardo Lima, 1.92, 3.98, 3.98, 3.98, 0.00, 6.92, 6.72, 13.63 / 10023296 - Carlos Eduardo Mendes Silveira, 2.14, 1.68, 0.00, 3.84, 4.20, 8.04 / 10002748 - Carlos Emerson Oliveira, 1.68, 16.12 / 10003641 - Cassio Maguiera Junqueira, 1.74, 1.68, 2.32, 6.40, 3.45, 11.61 / 10000802 - Celsio Junior de Sousa, 2.16, 4.00, 3.00, 10.14, 4.77, 14.91 / 10027697 - Cláudio Amador de Oliveira, 3.98, 3.87, 2.39, 10.44, 5.77, 16.21 / 10060311 - Cláudio de Almeida Pinheiro, 1.67, 3.94, 3.16, 8.71, 6.24, 15.05 / 10020204 - Cláudio Mendes Santos Junior, 1.81, 3.86, 2.87, 8.43, 8.95, 16.02 / 10016202 - Cláudio Cássio, 3.85, 3.93, 2.20, 9.98, 5.40, 15.48 / 10029340 - Cláudio Araújo da Silva, 2.11, 3.98, 3.28, 7.41, 4.71, 12.12 / 10005654 - Cláudio Alves Mendes Junior, 2.05, 4.00, 3.70, 9.76, 3.47, 12.53 / 10022233 - Cláudio Lima Soares, 2.11, 3.92, 2.74, 8.74, 3.00, 8.74 / 10044682 - Cláudio Edson de Almeida, 2.13, 3.98, 2.54, 9.65, 4.95, 13.34 / 10018870 - Cláudio Braziani Neto, 3.55, 0.51, 3.91, 7.51, 6.74, 14.77 / 10007222 - Danilo Carvalho Brand Nascimento, 3.00, 3.87, 2.48, 10.15, 7.14, 17.29 / 10018361 - Daniel Duarte Ferreira Almeida, 2.18, 2.93, 2.84, 7.93, 6.01, 11.95 / 10019113 - Daniel Marcelo Leite, 2.18, 3.95, 3.92, 10.03, 3.84, 15.69 / 10004262 - Daniel Marçal dos Santos, 2.13, 3.92, 2.44, 8.99, 5.36, 13.75 / 10019396 - Daniel Mendes Oliveira, 1.71, 3.98, 2.11, 7.80, 2.81, 13.41 / 10019719 - Daniel Moura Costa, 2.20, 3.92, 2.72, 8.88, 6.11, 14.99 / 10011438 - Daniel Oresteiras Albuquerque, 1.69, 4.02, 2.94, 3.46, 5.37, 14.03 / 10004798 - Daniel Rezende, 2.11, 3.91, 2.60, 8.82, 6.07, 14.89 / 10003117 - Daniela Luqui Schwelber, 1.68, 3.95, 2.47, 9.87, 7.92, 14.15 / 10020594 - Danielle Ribeiro Travençolo Cavalcanti, 2.46, 3.89, 2.00, 8.49, 5.82, 15.10 / 10027195 - Daniele de Andrade Ribeiro, 1.75, 3.91, 3.79, 8.83, 7.78, 16.63 / 10015538 - Daniele Dantas Vasconcelos de Almeida, 1.78, 4.20, 3.27, 7.15, 6.31, 15.67 / 10015226 - Davi de Oliveira Reis, 1.10, 3.99, 2.90, 7.79, 6.67, 14.92 / 10011044 - Davi Jacobi de Souza, 3.10, 3.92, 3.88, 10.93, 6.20, 13.13 / 10001338 - Davi de Souza Reis, 2.12, 1.62, 2.76, 6.52, 7.48, 13.98 / 10010165 - Diego Melo de Almeida, 2.11, 3.98, 3.35, 9.34, 9.25, 18.59 / 10056377 - Diego Bruno Marinho Alves, 2.77, 3.93, 8.07, 6.53, 14.60 / 10041944 - Diego Campos de Almeida, 2.59, 3.84, 3.25, 9.58, 3.27, 14.75 / 10005190 - Diego Fernandes Junger, 1.61, 3.07, 0.00, 3.18, 4.23, 9.31 / 10014045 - Diego Feltes Campos Neto, 2.11, 3.92, 3.87, 9.93, 3.12, 17.02 / 10039669 - Diego José Pereira Franco, 2.69, 3.91, 2.70, 9.30, 6.42, 13.72 / 10021160 - Diego Meneses Peres, 2.12, 3.85, 3.91, 2.31, 4.20, 13.93 / 10028383 - Diego Silva Ramos Lopes, 2.10, 3.82, 2.00, 7.92, 6.26, 14.20 / 10029276 - Dismar Fernando Costa, 1.92, 3.89, 3.35, 5.16, 5.52, 13.68 / 10012139 - Dismar Alves Castro Neto, 3.68, 3.93, 3.33, 10.84, 6.74, 17.70 / 10011561 - Douglas Dellatorre, 3.94, 3.90, 3.38, 9.22, 3.52, 12.74 / 10011061 - Dulce Maria Costa Guedes, 3.55, 3.92,

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/08/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil