

COMUNIDADE TERAPÊUTICA: ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA, PERSPECTIVAS, PERCEPÇÕES E MOTIVOS PARA A RECAÍDA DE RESIDENTES DO ESQUADRÃO DA VIDA DE BAURU - SP.

GEHRING, Marcos Roberto¹

Resumo: O presente artigo intitulado “Comunidade Terapêutica: análise sócio demográfica, perspectivas, percepções e motivos para a recaída de residentes do Esquadrão da Vida de Bauru – SP”, fruto de pesquisa para dissertação de mestrado em Ciências Sociais, tem por objetivo analisar os dados de entrevistas realizadas com residentes da Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida de Bauru. As entrevistas foram feitas entre os meses de fevereiro e outubro de 2013 com 50 residentes que estavam internados a partir da segunda internação. A razão da escolha desse público foi conhecer os motivos da recaída após um período de tratamento e reinserção social. Além dos motivos para a recaída, os objetivos da pesquisa são: conhecer o perfil sócio demográfico do residente, verificar a relação entre uso de drogas e violência, tanto sofrida (por traficantes e policiais) quanto perpetrada, bem como, conhecer sua percepção sobre Comunidade Terapêutica.

Palavras-chave: comunidade terapêutica, recaída, droga, violência, polícia.

Abstract: This paper entitled “Therapeutic Community: Socio Demographic Analysis, Outlook, Perceptions, and Reasons for the Relapse of the ‘Esquadrão da Vida de Bauru – SP’ Residents”, result from a research to a Social Sciences master’s degree thesis, aims to analyze data from interviews conducted with ‘Esquadrão da Vida de Bauru’ residents. The interviews were made between February and October of 2013, with 50 residents who were interned by the second time. The reason for which this public have been chosen is the opportunity to learn the reasons of the relapse after a period of treatment and social reinsertion. Furthermore, other goals of the research are: to learn the resident’s socio demographic profile, to check the correlation between drugs and violence, either suffered violence (by the police or by the traffickers) or perpetrated violence, as well as to learn the resident’s perception about the therapeutic community.

Key-words: therapeutic community, relapse, drugs, violence, police.

¹Mestre em Ciências Sociais pela UNESP/Marília. Graduação: Bacharel em Teologia pelo Seminário Teológico Batista de Ijuí - RS; Normal Superior – Habilitação para Séries Iniciais do Ensino Fundamental pela Unopar; Pós graduação *latu senso* Em Dependência Química pela Unifesp - SP. Graduando em Ciências Sociais pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra). E-mail: p.marcosroberto@hotmail.com. Origem do texto: dissertação. Orientadora: Sueli Andruccioli Felix.

Introdução

As pesquisas sobre dependência química têm crescido especialmente nas áreas da saúde (medicina psiquiátrica, enfermagem, psicologia), entretanto são poucas as contempladas pelas Ciências Sociais. Dessa maneira, o presente artigo, fruto de pesquisa para dissertação de mestrado, tem por objetivo analisar os dados de entrevistas feitas com 50 pessoas internadas no Esquadrão da Vida de Bauru a partir da segunda internação. As entrevistas foram realizadas entre os meses de fevereiro e outubro de 2013, e o objetivo ao selecioná-los, além de verificar determinados aspectos sócio demográficos, foi a tentativa de compreender os motivos da recaída após um período de internação e reinserção social.

A análise dos resultados contemplará além de informações objetivas (sexo, idade, escolaridade, nº de filhos etc.), as subjetivas e a associação entre elas. Além de informações subjetivas envolvendo a percepção do entrevistado sobre a Comunidade Terapêutica em que se encontrava, abordamos aspectos da sua vida em sociedade, as suas relações pessoais com familiares, os motivos que o levaram ao uso de drogas, violência cometida ou sofrida, seja por policial ou traficante em decorrência do uso de drogas, etc.

Comunidade Terapêutica

As Comunidades Terapêuticas são ambientes de internação especializados e estão presentes em mais de 60 países. Seus programas são estruturados e intensivos, cujos objetivos são: obtenção e manutenção da abstinência em ambiente protegido com posterior encaminhamento para internação parcial e/ou ambulatorial, de acordo com a necessidade da pessoa. O modelo proposto nas Comunidades Terapêuticas (CTs) segue a abordagem de mútua ajuda, em que a convivência entre pares promoverá mudanças e, conseqüentemente, o desenvolvimento de hábitos e valores importantes para uma vida saudável (FRACASSO e LANDRE, 2012).

As CTs surgiram no Brasil em razão de um vácuo deixado pelo governo, o qual oferecia apenas o tradicional modelo de hospital psiquiátrico como alternativa de tratamento para o dependente de substâncias psicoativas. Nessa modalidade o atendimento era o mesmo, tanto para pessoas com transtornos mentais, como para os

chamados “viciados”² em álcool e outras drogas (CHAVES e CHAVES, 2007).

As primeiras instituições filantrópicas brasileiras denominadas Comunidades Terapêuticas para tratamento de dependentes de substâncias psicoativas por ordem de criação são: “Movimento Jovens Livres”, fundado no ano de 1968 pela Missionária Ana Maria Brasil em Goiânia- Goiás; S 8, fundado pelo Pastor Jeremias Fontes, na cidade de Niterói no Rio de Janeiro, em 22 de setembro de 1971; Esquadrão da Vida de Bauru, fundado por Edmundo Muniz Chaves em 26 de junho de 1972, em Bauru, São Paulo; Desafio Jovem de Brasília, fundado pelo Pastor Galdino Moreira Filho, em 30 de setembro de 1972, em Brasília, Distrito Federal; Desafio Jovem Peniel, fundado pelo Pastor Reuel Feitosa, no ano de 1972, em Belo Horizonte, Minas Gerais; Desafio Jovem de Rio Claro, fundado por Sra. Vera Lúcia Silva em 1975; MOLIVE, fundado pelo Pastor Nilton Tuller em 1975 em Maringá, Paraná; PINEL – Hospital Psiquiátrico em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que passou, em 1975, a atender separadamente os dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais; Associação Promocional Oração e Trabalho – APOT - Fazenda do Senhor Jesus, fundada pelo Padre Haroldo J. Rahm em 28 de maio de 1978, em Campinas, São Paulo; Centro de Tratamento Bezerra de Menezes, o qual foi fundado em 1968 como Hospital Psiquiátrico, mas passou a atender separadamente dependentes de substâncias psicoativas das pessoas com transtornos mentais em 1979 (CHAVES e CHAVES, 2007).

Atualmente as CTs são regulamentadas pela RDC 29/2011 em substituição à primeira regulamentação, a RDC 101/2001, e organizadas em federações e uma confederação: Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENANCT), criada em agosto de 2012. As principais federações são: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB) e Cruz Azul no Brasil.

² Segundo CHAVES e CHAVES (2007), o termo “dependente de substâncias psicoativas” é uma evolução dos antigos termos que designavam às pessoas com comportamentos abusivos em relação às drogas: viciados, toxicômanos, drogaditos, adictos, dependentes químicos, etc...

Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida de Bauru

De acordo com Eugênia M. S. Chaves³, o Esquadrão da Vida de Bauru/SP foi a terceira CT fundada no Brasil. Os trabalhos começaram em 1971, quando cinco jovens ajudaram um dependente a se recuperar das drogas. Este grupo ficou conhecido como Esquadrão da Vida. Em 26 de junho de 1972 a entidade ganhou personalidade jurídica. O Esquadrão da Vida de Bauru localiza-se a 16 km da cidade, numa propriedade de quatorze alqueires e tem como público alvo dependentes de crack e outras drogas, do sexo masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, encaminhados pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-AD/Bauru); Secretaria de Saúde do município de Agudos e do município de Duartina; com possibilidade de atendimento a todo território nacional em conformidade com a disponibilidade de vagas. Conta atualmente com sessenta (60) vagas para internação voluntária.

O Programa Terapêutico é elaborado para um período de seis meses em que se desenvolve todo o processo terapêutico dividido em três fases (integração – 15 dias; reestruturação pessoal – 90 dias; reestruturação social – 75 dias) em regime residencial, e a quarta fase por período de um ano em regime de Grupo de Apoio fora da CT. As atividades compõem-se de acolhida e escuta, atividades externas, atividades funcionais, atividades lúdico-terapêuticas, cantina, comemorações, desenvolvimento interior, esporte, grupo de metas, prevenção da recaída, princípios do Programa de Tratamento, reinserção Familiar e Social, reunião matinal, seminários temáticos, terapia coletiva e/ou individual, TV/notícias, vídeo/palestras, visita familiar, grupo de Apoio à Família.

A equipe é formada por: um psiquiatra, dois assistentes sociais, dois psicólogos, um terapeuta ocupacional, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, cinco monitores, cinco auxiliares de monitores, um secretário executivo, um contabilista, uma cozinheira, um motorista e cinco voluntários.

Análise de dados

Idade

Do total dos entrevistados, a imensa maioria (86%) tinha menos de 40 anos, sendo

3 CHAVES, E. M. S. Texto [mensagem pessoal] recebida por <p.marcosroberto@hotmail.com> em 11 jul. 2013.

que mais da metade (54%) tinha até 29 anos. A menor idade era 21 anos e a maior, 58 anos.

Tabela 1- Faixa etária dos residentes

Faixa etária	Nº	%
20 – 29	27	54%
30 - 39	16	32%
40 – 49	3	6%
51 – 60	4	8%
TOTAL	50	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

A situação conjugal do recuperando pode evidenciar a dificuldade que a dependência de droga promove na manutenção de relacionamentos amorosos. É predominante a condição de solteiro e separado: 66% declararam-se solteiros e 14%, divorciados, perfazendo um total de 80% sem nenhum vínculo conjugal. Entretanto, 64% (32) admitiram ter filhos, embora apenas 20% tenham se declarado casados (nove casados e um amasiado).

A condição conjugal prioritariamente solteira (80%) do dependente, paralelamente ao fato da grande maioria (64%) ter filhos parece corroborar as interpretações teóricas de que a dependência às drogas leva ao esgarçamento da vida social, das relações pessoais mais íntimas e à ausência de responsabilidade civil. Ribeiro, Napo e Sanchez (2012) advertem para a ruptura de vínculos sociais relacionados ao consumo de crack. Mediante a falta de recursos financeiros para suportar o consumo contínuo de drogas, o usuário de crack envolve-se com atividades ilícitas, como roubo, sequestros e outras atividades ligadas ao tráfico de drogas.

Vida profissional

As relações profissionais (ou a sua ausência) também parecem confirmar as interpretações de esgarçamento da vida social do dependente: apenas 34% (17 pessoas) responderam que tinham um emprego formal⁴ antes da internação e apenas um deles afirmou ser aposentado pelo INSS.

⁴ Entende-se por emprego formal o empregado que está registrado no INSS. Dos que responderam que tinham um emprego formal, estavam pessoas que trabalhavam como chefe de gabinete de prefeitura, pintor, serralheiro, servente de obra, comerciante, autônomo, etc.

Escolaridade e uso de drogas

O nível de escolaridade é um indicador amplamente discutido em relação ao dependente de drogas. Há diversas abordagens das suas dificuldades de concentração e em prosseguir nos estudos formais. Tiba (2007) defende que a maconha tira a motivação para os estudos, pois reduz a concentração. Segundo ele, dificilmente um usuário consegue manter a disciplina para estudar.

Como o tetrahydrocannabinol (THC), que é um dos princípios ativos da maconha, interfere no ritmo do sono e no ciclo da fome, é bastante comum o usuário não conseguir acordar de manhã para ir à escola ou para cumprir qualquer outro compromisso, assim como não consegue mais se alimentar nos horários de costume (TIBA, 2007, p. 87).

Entretanto, avaliar o nível de escolaridade dos residentes, sem contextualizar com o nível geral de outros contextos seria uma leviandade. Desse modo, na tabela 2 contrastamos os níveis de escolaridade nacional e do estado de São Paulo em paralelo aos dos entrevistados. Analisando, então, as informações dos três segmentos, percebe-se que na somatória do grau primário de instrução (fundamental incompleto) e sem instrução, os dependentes são em número relativo bem inferiores aos das demais áreas geográficas em análise (Brasil, 51% e estado de SP, 42%), perfazendo 30% dos entrevistados com essa formação. Um fato interessante é não haver um único analfabeto entre os dependentes entrevistados.

Tabela 2 - Contraste entre níveis de escolaridade: Brasil, São Paulo e residentes.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE			
	Brasil	São Paulo	Entrevistados
Sem instrução e fundamental incompleto	51%	42%	30%
Fundamental completo e médio incompleto	18%	19%	40%
Médio Completo e Superior Incompleto	24%	27%	28%
Superior completo	8%	12%	2%
TOTAL	100%	100%	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Situação inversa encontra-se entre os que ocupam o segundo nível de escolaridade considerado nessa análise (Fundamental completo e Médio incompleto): enquanto a média do país e do Estado não atinge 20% da população, 40% dos entrevistados dependentes têm essa escolaridade, o que significa mais que o dobro do país e de SP (18% e 19%, respectivamente).

No terceiro nível (Médio completo e Superior incompleto) a participação dos três segmentos em análise é muito semelhante: o número relativo de dependentes é muito aproximado do número de pessoas com esse grau de instrução no estado de São Paulo: 28% e 27%, respectivamente.

De todos os níveis, o Superior completo é o mais significativo pela baixa participação de dependentes com esse grau de instrução. Comparando-se às demais instâncias geográficas, 2% dos entrevistados têm nível superior, o que, em números relativos, representa $\frac{1}{4}$ da população do país (8% dos brasileiros tinham curso superior em 2010, segundo o IBGE) e $\frac{1}{6}$ da estadual, com 12% da população com nível superior.

De posse dessas informações, sendo possível relacionar escolaridade com a dependência de drogas, pode-se inferir que nas séries iniciais de estudo estão as maiores concentrações de dependentes, o que leva a outras e diversas especulações, como:

- A dependência de drogas afastaria o usuário da vida social e a escola é um ambiente de convívio social intenso?
- A droga reduz a sua capacidade de concentração, exigida pelo ensino formal, o que o incapacitaria para prosseguir nos estudos?
- Quanto mais alto o seu grau de escolaridade, maior o nível de conhecimento sobre o problema e menor o consumo?

Desagregando as informações de escolaridade dos entrevistados, tem-se: 16% (8 pessoas) com o Ensino Fundamental completo, 30% (15 pessoas) com o Ensino Fundamental incompleto, 22% (11 pessoas) com o Ensino Médio completo, 24% (12 pessoas) com o Ensino Médio incompleto, 6% (3 pessoas) com o Ensino Superior incompleto e apenas uma pessoa declarou possuir o Ensino Superior completo, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 - Escolaridade dos residentes

Escolaridade	Nº	%
Fundamental Incompleto	15	30%
Fundamental Completo	8	16%
Médio Incompleto	12	24%
Médio Completo	11	22%
Superior Incompleto	3	6%
Superior Completo	1	2%
TOTAL	50	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

O entrevistado que afirmou ter o Ensino Superior completo é homem, casado, com 31 anos no momento da entrevista (2013), com formação superior em engenharia agrônoma e ciências biológicas. Exercia a função de professor de biologia em uma escola estadual. Começou a usar o álcool com 18 anos por influência de colegas de trabalho, mas o motivo das suas duas internações era o uso de crack, consumindo, em média, 10 pedras diárias. Quando questionado sobre os motivos de usar drogas, respondeu que o descontrole com o tempo foi o fator motivador (entrevista 44).

Análise sobre consumo de drogas na fase inicial

Informações sobre a idade da primeira experiência com drogas (lícitas e ilícitas), influências iniciais e tipos de drogas são fundamentais para que se criem políticas sociais de prevenção.

O início

A idade tenra de início do uso das drogas é alarmante – 88% (44 pessoas) iniciaram entre os 10 e 19 anos, sendo que 60% (30 pessoas) iniciaram o uso antes mesmo de completar 15 anos. A partir dos 20 anos de idade, o número cai para 10% (5 pessoas) até os 29 anos e em apenas 1 caso o início foi após os 30 anos, no caso, aos 44 anos (crack).

Tabela 4 -Idade de início de uso de drogas.

INÍCIO DO USO	Nº	%
Entre 10 e 19 anos	44	88%
Entre os 20 e 29 anos	5	10%
Acima dos 30 anos	1	2%
Total	50	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Mesmo sem referência ao álcool e ao tabaco como drogas, quatro entrevistados os reconheceram enquanto tal, declinando que haviam começado o uso de drogas com substâncias lícitas e, só mais tarde, tiveram experiência com drogas ilícitas.

Influências iniciais

Amigos e familiares são as maiores influências citadas pelos entrevistados para o início do uso de drogas: 78% (39 pessoas) experimentaram a droga por influência e na companhia de amigos e, dentre eles, 5 declararam que foi na escola ou em festas de escola

onde havia bebidas alcoólicas. Os demais (22%) responderam que foi na companhia de irmãos, primos, e pais em festa familiares. Uma pessoa não respondeu e uma pessoa não soube explicar. Um dos entrevistados deu a seguinte resposta: “Vendo os outros beber. O pai era alcoólatra e despertou o interesse de experimentar”. Tratava-se de homem divorciado, 58 anos, 4 filhos, que teve contato com bebida alcoólica aos 10 anos. Era usuário de crack desde os 55 anos e fumava em média 28 pedras por dia. Estava internado há três meses no dia da entrevista, sendo a terceira internação em Comunidade Terapêutica (entrevista nº 6). O resultado de nossa pesquisa sobre pessoas que tiveram contato com drogas em geral, incluindo álcool, é semelhante ao da pesquisa conduzida pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) em 1997, quando constataram que 21,8% dos estudantes entrevistados tiveram a primeira experiência com bebidas alcoólicas no próprio lar, oferecidas pelos pais (BORDIN, FLIGLIE, LARANJEIRA, 2004). Outra pessoa respondeu: “tinha parentes que bebiam e nas festas que os parentes promoviam eu bebia escondido”. Tratava-se de um homem divorciado, 29 anos, que usou bebida alcoólica a primeira vez aos 16 anos. Teve contato com crack pela primeira vez aos 22 anos, estava internado há quatro meses e estava em sua quarta internação em Comunidade Terapêutica. Foi internado a primeira vez aos 25 anos (entrevista 23).

Tipos de drogas

O primeiro tipo de droga mais citado foi a maconha em 34% dos casos (17 pessoas). Em 6 casos, a maconha foi a primeira droga associada ao álcool, ao cigarro ou à cola, elevando para 23 o número de pessoas que tiveram a maconha como primeira experiência.

A segunda droga mais citada como primeiro uso foi o álcool, em 24% dos casos (12). O tabaco foi a terceira droga inicial, dentre as mais citadas, em 10% dos casos (5). Houve poliuso inicial de duas ou mais drogas em 16% dos casos (8): álcool e maconha; álcool, cigarro e maconha; tabaco e álcool; cola, álcool, maconha e tabaco. Outras drogas citadas como as de primeiro uso foram: cola de sapateiro, cocaína, crack e merla.

Ao serem questionados sobre o tipo de droga que lhes trouxeram problemas mais sérios e os levaram à internação atual, 88% (44) atribuíram a internação à dependência de crack. Apenas uma pessoa havia sido internada por uso de oxi (derivado da cocaína). Duas

pessoas estavam internadas em razão da cocaína e duas por álcool.

Percebemos que, entre o primeiro uso da droga que motivou a atual internação e o uso regular dessa droga, o intervalo foi de poucos meses a um ano em 70% dos casos. O maior intervalo encontrado entre o primeiro uso de crack e o uso regular foi de 8 anos.

Problemas decorrentes do uso de drogas

Quando questionados sobre quais foram os maiores problemas enfrentados em decorrência do uso de drogas, 62% relataram problemas familiares como: brigas, perda da família, perda da confiança da família, rompimento ou quase rompimento do casamento, conflito com os pais. Problemas com justiça ou prisão foram relatadas por 16% (8 pessoas) dos entrevistados. Outros problemas relatados foram: perda da autoconfiança, roubo da própria casa, perda da família, perda do caráter, brigas, internação, preconceito da sociedade, humilhação, perda do trabalho, problemas financeiros e problemas de saúde.

Quase a metade dos entrevistados, 46% (23 pessoas), relatou ter sofrido mais de um problema em decorrência das drogas: problemas com a família e trabalho, problemas com a justiça e problemas financeiros, perda de bons amigos e perdas materiais, etc. Um dos entrevistados respondeu: “Perda da namorada e amizade, conflito com os pais e não ter completado o curso. As pessoas com quem comecei a faculdade estão todas formadas e eu fiquei para traz” (homem, solteiro, 23 anos, curso superior incompleto). Começou a beber aos 14 anos em festas escolares que tinham álcool. Passou a usar crack aos 21 anos, mantendo uma regularidade de 2 pedras por dia. Ele havia sido internado aos 21 anos a primeira vez. Estava na 3ª internação havia 2 meses e 11 dias na época da entrevista, sendo que nas vezes anteriores, as internações tinham sido involuntárias. Sua internação deveu-se à dependência cruzada: álcool e crack (entrevista 42).

Merece questionamento o fato de que se todos entrevistados são reincidentes, os problemas sofridos em decorrência das drogas não seriam fatores motivadores para o dependente descontinuar o uso de drogas?

Motivos para o uso

Apesar dos problemas advindos das drogas, parece que os motivos para repetir o

uso são mais fortes. A solidão foi o que motivou o uso de drogas por 10% (5 pessoas) dos entrevistados. Entretanto, problemas familiares e o prazer proporcionado pelas drogas foram os motivos citados e admitidos pela maioria (44%), sendo: 22% (11) problemas relacionados à família, como separação ou brigas em casa, morte de algum familiar; 22% (11 pessoas) usavam “por prazer”, “por gostar”, “pela sensação” que a droga causa.

Novamente, as relações familiares ocupam lugar de destaque também na motivação da reincidência: porque alguém da família bebia ou usava drogas (pai, mãe ou irmã), por problemas emocionais, curiosidade ou ser contrariado.

Relação entre crença na recuperação e reincidências

Um fato interessante é a grande maioria (80%) acreditar na sua recuperação (cura), especialmente alta conforme aumentam as reincidências, excetuando as internações da faixa que compreende da 7ª a 9ª vez, cujos motivos não temos informações. O que poderia explicar a crença na recuperação é a esperança que a pessoa nutre, mesmo após várias tentativas. Esperança essa que é cultivada no dia-a-dia dos residentes.

Tabela 5 - Crença na cura

Internação	Acredita na cura
2ª	75%
3ª	67%
4ª	88%
5ª e 6ª	100%
7ª a 9ª	75%
10ª a 14ª	100%
17ª e 20ª	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Entretanto, analisando o período de internação, a descrença na cura vai diminuindo gradativamente, conforme aumenta o tempo de internação:

Tabela 6 - Descrença na cura

Não acreditam na cura	
Até 29 dias	25,0%
30 a 59 dias	18,2%
60 a 89 dias	16,7%
90 a 119 dias	14,3%
120 dias e mais	12,5%

Fonte: elaborada pelo autor.

• Os que ainda não completaram um mês de permanência no sistema são os que menos confiam na sua cura, fato constatado em 1/4 dos entrevistados.

• Em contrapartida, os que estavam na instituição há mais tempo (4 meses ou mais) foram os que se mostraram mais confiantes na possibilidade da sua recuperação: apenas 12,5% não acreditavam que se curariam, a despeito do tempo de permanência ser grande.

Esse fato merece uma análise mais profunda, diante de possíveis especulações, como:

- Ao chegar, o forte efeito da abstinência fragiliza as suas esperanças de sucesso no tratamento?
- Por que, então, a reincidência constante não promove o mesmo efeito?
- Ainda mais, por que as tantas recaídas não são suficientes para mais de 87% ainda acreditar na recuperação?

Outras análises sobre a recuperação estão no item específico quando analisaremos uma das questões apresentadas na entrevista, relacionada à credibilidade do entrevistado em relação à sua cura da dependência das drogas.

Reincidências

Tabela 7 - Quantidade de internações

Situação no momento da entrevista		
	Nº	%
2ª internação	10	20
3ª internação	12	24
4ª internação	14	28
5ª internação	3	6
6ª internação	3	6
9ª internação	3	6
12ª internação	1	2
13ª internação	1	2
14ª internação	1	2
17ª internação	1	2
20ª internação	1	2
TOTAL	50	100

Fonte: elaborada pelo autor.

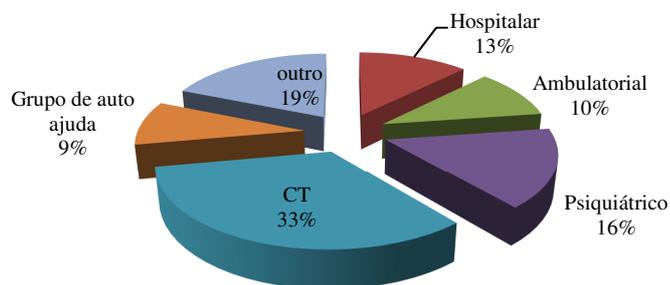
Uma análise nas reincidências de internações da Tabela 7 demonstra que a grande

maioria (72%) está buscando a recuperação até pela 4ª vez (20% está na segunda internação, 24% na terceira e 28% na quarta). Um pequeno número de 5 pessoas (10%) buscavam a recuperação por mais de 10 vezes, sendo que 1 deles estava internado pela 20ª vez.

Além das internações recorrentes em Comunidade Terapêutica, 36% (18 pessoas) já haviam utilizado outros serviços de atendimento: Hospital psiquiátrico e Clínica psiquiátrica.

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa de vitimização realizada em Marília – SP em 2010. Foi perguntado qual era o encaminhamento dado pelos familiares aos dependentes de drogas e a taxa de recuperação. A maioria das pessoas encaminharam seus familiares para tratamento médico (hospitalar, ambulatoriais e psiquiátrico). Isolando os dados, as CTs foram os locais mais procurados para a recuperação dos dependentes, totalizando 1/3 dos meios de tratamento (FELIX, 2013).

Figura 1 - Encaminhamento de usuários de drogas pela família



Fonte: elaborada pelo autor, adaptada de Felix, 2013.

Em relação à reincidência, 70% dos entrevistado na pesquisa de vitimização afirmaram que os familiares encaminhados para algum tipo de serviço (hospitalar, ambulatorial, psiquiátrico, grupo de auto-ajuda, CT), reicidiram no uso de drogas após o tratamento (FELIX, 2013).

Diante desse panorama de reincidência, alguns questionamentos são inevitáveis: o tratamento não está respondendo às necessidades de cura? Por qual motivo diminuem os números de recuperandos conforme aumenta o número de internações? Estão se recuperando ou abandonados à própria sorte?

Motivos para a recaída

Na tentativa de responder a essas questões, perguntamos sobre os motivos da recaída. Como já observado anteriormente, 80% (40 pessoas) afirmaram acreditar na cura para a dependência de drogas apesar das recaídas. Dos que afirmaram não acreditar (10 pessoas), dois justificaram suas respostas ao dizer que creem na manutenção do tratamento. Em razão de recaídas e sucessivas internações, perguntamos sobre quais eram os motivos que os impediam de ficar sóbrios: 14% (7 pessoas) apresentaram mais de um motivo; 6% (3 pessoas) não souberam responder, 6% (3 pessoas) responderam que não haviam motivos. As demais respostas foram variadas, porém, as que mais predominaram foram as seguintes:

- 20% (10 pessoas) atribuíram o fato de não conseguir manter a sobriedade às questões relacionadas ao vício: o vício em si, doença, abstinência, o fato de não querer ficar sóbrio, o prazer que a droga causa;
- 12% (6 pessoas) atribuíram a dificuldade de manter a abstinência das drogas aos problemas familiares, como saudade dos filhos, falta de apoio da família e falta de acompanhamento da família durante o tratamento;
- 10% (5 pessoas) alegaram problemas emocionais: emocional fraco, descontrole emocional, ansiedade, não saber lidar com frustração;
- 12% relacionaram a dificuldade de se manter sóbrios com o retorno às antigas amizades;
- 10% (5 pessoas) atribuíram à solidão ou falta de companheirismo;
- 4% (duas pessoas) atribuíram a recaída à ausência de Deus em suas vidas;
- 4% (duas pessoas) atribuíram a si mesmas, sem mencionar qual questão em suas vidas as impedia de permanecer sóbrias;
- 4% (duas pessoas) atribuíram a recaída à ingestão de bebida alcoólica.
- 20% (10 pessoas) atribuíram o fato de não conseguir manter a sobriedade às questões relacionadas ao vício: o vício em si, doença, abstinência, o fato de não querer ficar sóbrio, o prazer que a droga causa;

- 12% (6 pessoas) atribuíram a dificuldade de manter a abstinência das drogas aos problemas familiares, como saudade dos filhos, falta de apoio da família e falta de acompanhamento da família durante o tratamento.

Outras respostas foram: não dar crédito ao tratamento até o fim; ter dinheiro na mão; deixar de frequentar grupo de apoio, igreja, não praticar o que aprendeu, teimosia; viver na rua e ter que fumar pra ficar acordado e atento; ociosidade, cigarro; falta de manutenção do tratamento; falta de vigilância; não ter a opinião valorizada; achar que podia usar drogas de forma controlada.

Violência cometida por policiais e traficantes contra dependentes químicos

A violência policial tem sido tema de vários estudos. Ao escrever sobre mortes provocadas por policiais, Adorno (2002) afirma que essa forma de violência é perceptível em vários estados da federação, mas principalmente no Rio de Janeiro, onde as investidas de policiais nos morros, favelas ou em regiões de habitações populares a fim de prender traficantes ou conter o tráfico de drogas, resultam em mortes de delinquentes sob o pretexto de resistência à prisão.

Nas entrevistas, ao serem questionados se sofreram violência policial por questões relacionadas às drogas, 70% (35 pessoas) responderam positivamente. Os relatos de violência sofrida por parte da polícia vão da humilhação verbal, chantagem psicológica, acusação injusta, coação, ameaça de morte até violência física: tapas, empurrões, chute, ameaça com arma, coronhada na cabeça, agressão com cassetete, cabo de madeira, soco, chute no rim, paulada, espancamento com barra de ferro. Houve relatos de pessoas que tiveram braços e costelas quebradas devido aos espancamentos sofridos dos policiais.

Em contrapartida, dos 50 entrevistados, 24% (12 pessoas) relataram ter sofrido violência por parte de traficantes em função de dívidas de drogas. Um entrevistado relatou que sofria violência psicológica, “eu não dormia, pois eu tinha o prazo... "se não pagar, vou te matar!", ameaçava o traficante (homem, 31 anos, solteiro, internado há 2 meses). Outro entrevistado deu a seguinte resposta quando questionado se havia sofrido violência de traficante por questões relacionadas às drogas: “Graças a Deus não... sempre paguei certinho!” (homem solteiro, 26 anos, internado há 2 meses).

Percebe-se, assim, que a violência policial tem multifatores que vão da falta de informação do agente da lei sobre as questões envolvidas na dependência química até o

abuso de poder. A violência praticada pelo traficante tem uma relação mais direta com as dívidas de drogas. Se o usuário pagar “certinho”, não sofrerá retaliação.

O desequilíbrio nos índices de violência sofrida por policiais (70%) e sofrida por traficantes (24%) levanta um questionamento: é possível que grande parte dos dependentes químicos não considerem como violência certas abordagens sofridas por traficantes na mesma medida que consideram violência quando essa mesma abordagem provém de policiais, em razão desses últimos serem funcionários públicos que deveriam zelar pelo bem estar da pessoa, ainda que esta se encontre em uma situação de descompromisso com a lei? Ou de fato, apenas 24% reconheceram violência na abordagem do traficante?

Percepções dos dependentes químicos em relação à ação policial

A fim de verificar a percepção que os entrevistados tinham da ação policial em relação ao usuário de drogas, foi feita a seguinte pergunta: como você vê a ação policial em relação ao usuário de drogas? Somente 16% (8 entrevistados) qualificaram como positiva a ação da polícia, 54% (27 entrevistados) qualificaram como negativa e 26% (13 entrevistados) relativizaram a ação do policial. Uma pessoa não soube responder (2%) e uma pessoa (2%) argumentou: “Eu acho que eles são impotentes porque eles não têm como combater com eficácia a quantidade de usuários e pela lei que protege o usuário” (Homem, 54 anos, internado por uso de crack). Na perspectiva desse entrevistado, embora qualifique como negativa a atuação policial, argumenta que a eficácia da mesma está relacionada ao sistema que protege o usuário.

Os entrevistados que qualificaram de maneira positiva a ação dos policiais justificaram suas respostas dizendo: eles estão fazendo o serviço deles. A ação dos policiais é correta, importante no combate ao crack; devem enquadrar e levar para a delegacia. O relato de um dos entrevistados foi: “Estável. Antigamente era mais pesado. Agora tem as leis”. Para ele, um fator que medeia a relação dos policiais com o usuário de drogas são as leis. Possivelmente, se não houvesse leis que sistematizam a ação policial, haveria mais violência, como “antigamente”.

Os residentes entrevistados que qualificaram negativamente a ação dos policiais justificaram suas respostas com as seguintes afirmações: eles próprios usam drogas, agem como carrascos, são medievais, não entendem que é uma doença e não estão preparados

para lidar com o doente; tratam como lixo; abusam do poder; são violentos; são despreparados em relação ao flagrante, principalmente quando for algum conhecido da polícia; são incapazes e desqualificados na abordagem.

Para alguns entrevistados, a polícia deveria ir atrás dos traficantes. Um entrevistado respondeu: “eu vejo que eles acham que somos culpados pelos crimes do país. Não somos nós os culpados, eles mesmos são culpados por deixarem as drogas 'vazarem' da Bolívia e trazer para cá” (homem, 28 anos, separado, internado há 3 meses). Na percepção desse entrevistado, a culpa do problema das drogas é inteiramente da polícia⁵ que permite que a droga “vaze” da Bolívia para o Brasil. Outro entrevistado justificou sua resposta ao afirmar: “Muitos não respeitam, pois não são flexíveis. Eles não compreendem o usuário de drogas” (homem, 29 anos, solteiro, internado há 30 dias).

Percebe-se, assim, que apesar da lei diferenciar o usuário do traficante de drogas, a ação policial é bastante repressora. Nesse caso, parece necessário criar alternativas de tal maneira que o policial consiga compreender o problema das drogas como uma questão de saúde pública, não apenas como uma questão policial. Um usuário respondeu: “Eles são muito moles. Deveriam ser mais severos. A cidade que não havia drogas, a polícia deu a chance e encheu de drogas” (homem, 52 anos, internado pela 14ª vez em CT). Para esse entrevistado, que declarou jamais ter sofrido agressão policial, é a falta de severidade policial a causa da existência de drogas nas cidades.

Dentre os que relativizaram as suas percepções sobre a violência policial, assim justificaram-nas: muitos são violentos e abusam da autoridade, mas outros cumprem com o dever, aconselham e respeitam muito. Apesar de essas pessoas terem sido alvo de agressão, são capazes de distinguir entre o bom e o mau policial. Um entrevistado afirmou “Estão mais brandos. Não é igual antigamente. A polícia sabe que a gente usa crack, mas são mais tolerantes. Quando bate é por que o sujeito rouba demais. Usam mais violência verbal e não física” (homem, 34 anos, casado, internado há 4 meses e 14 dias na época da entrevista). Na fala dessa pessoa a agressão verbal não se deve necessariamente ao uso do crack, mas em razão do sujeito roubar demais. O relato de outro entrevistado foi: “Depende de alguns fatores. Se for pego com maconha, vou tomar um esculacho. Se for pego com crack é agressão física e verbal e não tem conversa” (homem, casado, 37 anos,

⁵ A polícia a quem o entrevistado se refere é a polícia de fronteira. O policiamento de fronteira no Brasil é exercido pelo Departamento Federal de Segurança Pública.

internado há 3 meses). Na sua percepção, o fato de ser pego apenas com a maconha é um atenuante, passível de um “esculacho”. Entretanto, não há atenuantes para o fato de ser pego com crack. Nesse caso, é agressão verbal e física.

Quando questionados se foram presos por porte de drogas, 40% (20 pessoas) responderam positivamente e apenas 6% (3 pessoas) estavam respondendo a algum processo relacionado às drogas.

Violência motivada por drogas cometida por dependentes químicos

A violência fez parte das estratégias dos reincidentes para conseguir drogas. Ao serem questionados se haviam usado de alguma forma de violência para conseguir drogas, 42% (21 pessoas) afirmaram positivamente. As formas mais presentes de violência foram roubo e furto em 66,66% dos casos (7 casos e furto em 7 casos). Agressão verbal e física com pessoas da família (pai, mãe, esposa, irmão) também foram situações de violência citadas.

Quando questionados se haviam sido violentos por estar sob efeito de drogas, 58% (29 pessoas) responderam positivamente. As formas mais presentes de violência citadas foram agressão física em 55% (16 pessoas) dos casos. Outras formas de violência citadas foram: agressão verbal, roubo e briga de rua.

Violência motivada por drogas cometida contra familiares

Embora o esgarçamento social seja flagrante, as relações familiares são percebidas (ou declaradas) de forma muito positiva: quase $\frac{3}{4}$ classificaram como ótima (24%) e boa (50%) as suas relações familiares. Essa percepção pode ser um forte indício de união familiar, a despeito de 56% admitirem que já cometeram atos de violência contra os familiares mais próximos (pai, mãe, esposa, filhos e irmãos). As formas de violência foram: agressão verbal em 50% (14 pessoas) e agressão física em 46,43% (13 pessoas). Uma pessoa classificou de violência psicológica o sofrimento que a mãe passava por ter um filho usuário de drogas.

Retirando a classificação mediana (regular, 12%), a avaliação muito negativa restou para apenas 13%: ruim (8%), péssima (4%) e uma delas afirmou não ter qualquer relação com a família.

Das pessoas que praticaram violência sob efeito de drogas, 32% ocorreram fora de

casa e com familiar.

Acidente de trânsito e drogas

Ao serem questionados se haviam provocado acidente de trânsito por estar sob efeito de drogas, 28% (14 pessoas) afirmaram positivamente. Apenas 6 pessoas relataram o tipo de acidente. Dentre estas, 3 pessoas relataram que provocaram acidente em ação por roubo de carro. Uma pessoa afirmou que caiu de uma moto por ter ficado “encanado” com pessoas que vinham atrás (homem solteiro, 32 anos). O referido começou a usar maconha aos 15 anos, passando logo em seguida para o crack. Fumava em média 30 pedras de crack por dia. No dia da entrevista estava em sua 17ª internação, sendo que uma delas havia sido em hospital psiquiátrico. (Entrevista 13).

Percepções dos residentes sobre Comunidade Terapêutica

A opinião dos entrevistados sobre a Comunidade Terapêutica deve ser analisada de forma cautelosa, pois as entrevistas se realizaram nas dependências de uma das instituições, e isso pode ter alterado as suas percepções tanto pelo fato de estarem em tratamento quanto por receio das consequências, no caso de avaliarem negativamente. Em função da dificuldade de se testar a veracidade das opiniões, o contrário também pode ser verdadeiro: sinceridade na manifestação de suas ideias, como se verá nas observações seguintes.

Em relação à percepção do que consideravam os maiores problemas em comunidade terapêutica, 24% (12 pessoas) responderam que não percebiam nenhum problema, sendo que a metade justificou da seguinte forma as suas respostas: tudo o que me pedem eu faço; o problema sou eu mesmo; não vejo problema grave; todos estão aqui para ajudar.

Uma pequena parte, 16% (8 pessoas), considera que o maior problema está no despreparo da equipe técnica (funcionários), no fanatismo, no excesso de cobrança e de trabalho. Avaliaram que os baixos salários da equipe promovem atitudes reprováveis de alguns (desconta no residente) e que o fato de alguns funcionários nunca terem passado pelo mesmo problema, por isso nunca irão dar razão ao residente. Outros problemas citados nas entrevistas foram: opressão e coação verbal, uso exagerado do poder, autoritarismo, manipulação que os membros da equipe técnica fazem com os familiares

dos doentes e falta de respeito com o residente ao falar.

Quase $\frac{1}{4}$ dos entrevistados (24%, 12 pessoas) relataram que o maior problema são os próprios residentes: problemas de relacionamento entre internos, internos recém-chegados que ainda estão em abstinência, internos que levam o tratamento na brincadeira. Um dos entrevistados afirmou: “Às vezes falta interesse no tratamento dos outros residentes, porque a vontade de usar a droga vem e uns ficam comentando sobre o efeito, e ficar ouvindo dá vontade de ir embora. O tratamento é individual, mas desde que não atrapalhe o tratamento do outro. Na música do Raul seixas: por quem os sinos dobram diz, “nunca vence uma guerra lutando sozinho”. A gente precisa um do outro aqui” (homem, solteiro, 31 anos, curso médio completo, iniciou o consumo de droga lícita (cigarro) aos 13 anos e experimentou droga ilícita a primeira vez aos 18 anos. Passou a usar crack de maneira regular entre os 19 e 20 anos e de forma descontrolada após o falecimento do pai. Estava em sua segunda internação no dia da entrevista, há dois meses).

Cinco entrevistados (10%) afirmaram que o maior problema era a falta de equipe, de psicólogos ou médicos psiquiatras. Apenas 4% (2 pessoas) consideraram que o maior problema das Comunidades Terapêuticas é o longo tempo de tratamento.

As demais deram respostas variadas: falta de acompanhamento familiar que é muito importante no tratamento; televisão – os filmes exibidos e que mostram pessoas usando drogas são muito pesados para quem está em recuperação; alguns lugares são muito fechados, dando pouca liberdade para o residente sair, falta de cursos profissionalizantes, estar isolado, falta de reinserção social, estar num lugar que não queria estar, falta de ocupação para os residentes e não poder fumar cigarro. Esse último justificou sua resposta ao dizer: “É difícil parar com tudo. Tá bem difícil... se eu estou na rua eu fumo mesmo. Tem que ter uma fumaça no pulmão... eu entro na mata, pego mato ou folha de chuchu e faço cigarro. Tenho que fumar alguma coisa... não dá não” (homem solteiro, 27 anos, curso médio completo, auxiliar de serviços gerais). Ele iniciou o uso de drogas com maconha aos 12 anos, e crack aos 15 anos. Fumava mais de 15 pedras por dia. Havia sido internado pela primeira vez aos 15 anos por causa da mãe enquanto ainda usava somente maconha. Estava internado há 3 meses no dia da entrevista em sua sexta internação, sendo uma delas em hospital psiquiátrico. Afirmou que esta era a primeira vez que estava internado por vontade própria. Apenas uma pessoa não soube responder.

Perspectivas dos residentes sobre o futuro

Em relação às perspectivas quanto ao futuro, 86% (43 pessoas) afirmaram ter mais de um sonho, 8% (4 pessoas) afirmaram ter apenas um sonho e 6% (3 pessoas) responderam que não sonham com nada para o futuro.

A resposta mais frequente, como parece óbvio para quem está internado voluntariamente, é o sonho em parar com as drogas, largar o vício ou viver uma vida de sobriedade, respostas dadas por 22% (11 pessoas).

Cinco pessoas (10%) relataram os seus sonhos de formação profissional: curso de enfermagem, de padeiro, terminar os estudos e fazer faculdade. Duas delas mencionaram o sonho de cursar faculdade de direito e 36% (18 pessoas) relacionados a ter emprego, simplesmente.

A grande maioria (64%, 32 pessoas) confessou sonhos relacionados à família: fazer a família feliz; ser um bom pai; construir família; ter uma esposa que se dê bem com o filho; unir novamente com os familiares; ter o perdão dos filhos; restaurar a família, retomar a posição de chefe de família; estar do lado da família (mulher, filhos); ter uma esposa; casar com a namorada, formar uma família diferente, mais estruturada; ter a família e amigos de volta; reconciliar com a família; ter filhos, esposa que seja mulher de Deus que me ajude a me levantar espiritualmente; ter os filhos de volta; seguir a vida normal com a namorada, ter um filho e conseguir bens materiais; dar o melhor para os filhos e proporcionar para meus filhos um futuro melhor; se envolver em relacionamento; voltar com a mãe do meu filho; continuar o trabalho com o pai, ter uma vida normal, casamento normal e viver sem drogas; retornar à família; ver os netos crescer; poder dar mais atenção a minha família em primeiro lugar; viver em paz com a família.

Todos os sonhos relacionados à família parecem compor um conjunto de ações de resgate das relações pessoais, afetivas, de um comportamento que ficou no passado, antes das drogas.

Os demais sonhos relatados foram: terminar o tratamento; ser feliz; pôr em prática as lições aprendidas na Comunidade Terapêutica; corrigir os erros com atitudes diferentes das anteriores; aproveitar o salário com coisas úteis, ajudar os irmãos menores, dar credibilidade aos outros porque ninguém acredita em adicto; trabalhar registrado; ser um bom empresário. Um entrevistado respondeu: “Muitos não conseguem parar com as

drogas porque não têm sonhos, objetivos. Os meus objetivos são: primeiro, cuidar da minha filha e dar um bom exemplo para ela. Segundo, ser dono de um posto de gasolina, e eu tenho capacidade para isso. Uma pessoa adicta tem capacidade, porque nós somos inteligentes. Eu não me limito, vou além e para eu alcançar meu objetivo tenho que ir passo a passo. Parar com as drogas e começar do zero” (Homem divorciado, 28 anos, pai de uma filha de nove meses). Essa declaração é de uma pessoa que começou a beber e a fumar cigarros aos 12 anos, a usar cocaína aos 17 anos e está em sua 4ª internação por cocaína, há dois meses, sendo duas internações em Comunidade Terapêutica e duas internações em clínica psiquiátrica. A primeira internação ocorreu aos 18 anos para se esconder por ter matado “um cara” (Entrevista 28). Outros sonhos citados foram: Sair daqui, arrumar serviço, trabalhar e servir a Deus; ficar longe das drogas; ter casa própria; retornar como monitor; ganhar os 10 Kg perdidos quando usava drogas e ser exemplo e ajudar as pessoas que estão em fase difícil; conseguir bens materiais; limpar o nome e restaurar o caráter; ser uma pessoa bem sucedida financeiramente.

Considerações finais

Para atender os objetivos dessa pesquisa, analisamos a efetividade da Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida de Bauru enquanto política social para tratamento de dependentes químicos, bem como a relação entre violência e drogas por meio entrevistas com residentes.

Diante disso, são necessárias algumas considerações: primeiramente, vincular sucesso na recuperação da dependência química no sentido de cura para o problema é incoerente se levarmos em consideração que ainda não se descobriu a cura. Em segundo lugar, a eficácia poderia ser baseada no número de pessoas que concluem o tratamento. Nesse caso, concluir um tratamento não significa necessariamente que a pessoa esteja pronta para resistir à vontade de usar drogas, mesmo que um tratamento feito até o final pode significar maiores chances de manutenção da abstinência. Por fim, a recaída ou o retorno ao uso, seja esporádico ou por períodos prolongados de tempo, não é necessariamente um sinal de insucesso ou ineficácia da CT, tendo em vista que há pessoas que retornaram ao uso de drogas após um longo período de abstinência, para após, retornarem à sobriedade, conforme observamos em outra pesquisa com pessoas recuperadas.

Com base nessas considerações, a efetividade do tratamento em CT deve levar em conta não apenas o serviço prestado pela entidade ou outra modalidade de tratamento, mas outra variável importante que é o indivíduo na sua totalidade: aspectos familiares, sociais, relacionais, de saúde etc. Por outro lado, mesmo sendo o indivíduo uma variável importante no processo de recuperação, atribuir-lhe toda a culpa da recaída, utilizando-se da frase recorrentemente citada: bebe ou se droga por que quer!, além de não ser verdadeira em grande parte dos casos, não responde à nossa pergunta: por que a pessoa volta a usar drogas apesar dos danos causados, seja na família ou na saúde?

Em nossa pesquisa, 54% dos entrevistados atribuíram a recaída às questões relacionadas ao vício em si, aos problemas familiares, problemas emocionais e retorno às antigas amizades. Diante dessas questões é possível afirmar que o dependente químico não tem responsabilidade sobre sua recaída? No caso do Esquadrão da Vida de Bauru, notamos a existência de um programa articulado de tratamento, com terapia e técnicas de prevenção à recaída, fato que aumenta a responsabilidade do residente que aprendeu estratégias de prevenção à recaída (evitar situações e locais de risco, ferramentas para evitar o uso em situações de risco e participar de grupos de apoio no pós-tratamento). A responsabilidade que o dependente químico tem sobre sua doença é muito semelhante à responsabilidade do hipertenso ou diabético. Embora sejam doenças incuráveis, permitem boa qualidade de vida aos que são por elas acometidos, desde que obedeçam às recomendações médicas.

A percepção de sucesso de tratamento vinculada à abstinência total e por toda a vida nos parece influenciada pela ideia utilitarista do mundo capitalista que exige resultados cada vez mais positivos de produção na medida em que os processos de fabricação são melhorados para evitar desperdícios de tempo e matéria prima, e na medida em que mais pessoas aderem a determinado produto. Tem a ver ainda com o status que um artista ou jogador de futebol atinge em função do seu desempenho.

Se por um lado, a eficácia do tratamento não tem relação exclusiva com a CT, não se pode isentar a entidade pela baixa eficácia. A CT tem grande parcela de responsabilidade na recuperação em razão da qualidade de serviços que ela oferece, tendo em vista os métodos e profissionais (a equipe técnica é composta por coordenadores, monitores, psicólogos e outros) engajados no processo. Esse engajamento deve ser um fator suficiente para a responsabilização de todos pelo sucesso ou insucesso do

tratamento. Se o método for deficitário, ou se a equipe não estiver bem treinada, ou ainda, se não houver estrutura física condizente com as determinações legais e necessidades das pessoas, certamente os resultados não serão positivos, tanto em termos de continuidade e término de tratamento, como de manutenção de abstinência.

Embora a possibilidade de recaída seja entendida como um dos elementos na vida da maioria dos que tentam parar com as drogas, ela ainda é um fator preocupante para a equipe e para a família, assim como poderá desestabilizar o próprio residente em tratamento. A recaída não tem um fim em si mesmo, uma vez que, junto com o antigo padrão de uso de drogas que poderá ser reinstalado rapidamente, uma gama de problemas ressurgirá como conflitos com a lei, violência sofrida e cometida contra familiares, problemas de saúde, etc...

Entretanto, mesmo com todas as ponderações acima, acreditamos que a concepção de que a efetividade do tratamento pode ser avaliada pela quantidade de recuperados deve continuar presente na filosofia das CTs, forçando-as na busca e implementação de novas abordagens de tratamento.

Edmundo M. Chaves, um dos fundadores do Esquadrão da Vida de Bauru, argumenta que mesmo uma pessoa que completou o ciclo de tratamento em uma CT, mas com uma família disfuncional, ou morador de rua, dificilmente permanecerá “limpo” se não tiver condições de reinserção social. Em muitos casos, por não possuir uma profissão e/ou nunca ter trabalhado, dificilmente terá condições de uma vida dentro da normalidade social. Diante disso, Chaves considera que a CT deve ser um lugar de treinamento profissionalizante, e esse é um desafio para os próximos anos. Para ele, os dependentes químicos precisam saber fazer algo quando estiverem livres das drogas, do contrário voltarão para o vício (CHAVES, 2012).

A relação entre uso de drogas e violência foi confirmada em nossa pesquisa, tanto a violência cometida pelo usuário de drogas contra familiares ou outras pessoas, como a sofrida de policiais. A maioria dos entrevistados (70%) afirmou que sofreu violência policial. Quando questionados sobre a sua percepção sobre a ação policial em relação ao usuário de drogas, apenas 16% a percebiam de maneira positiva. Certamente, esse baixo percentual, possivelmente influenciado pela violência sofrida, não condiz com a percepção que a população em geral tem da polícia. Na pesquisa de vitimização realizada em 2010 em Marília, verificou-se que 60% da população tinham sentimentos positivos em

relação à polícia: admiração, 5%; confiança, 36% e respeito, 18% (FELIX, 2013). Uma vez que as políticas de repressão fazem parte do rol de políticas implantadas pelos governos para diminuir a disponibilidade de droga, essa repressão deve levar em consideração o aspecto da dependência química enquanto doença. O policial é treinado para reprimir o crime, entretanto, cada vez mais é necessário que o agente da lei leve em consideração os aspectos da doença envolvendo o uso de drogas, especialmente após a mudança de paradigmas que foi alterada a partir da Lei 11.343 de 2006 que passou a diferenciar o usuário do traficante.

Diante dos resultados apresentados nessa pesquisa, percebemos que a idade tenra de primeiro uso, o alto poder viciante de determinadas drogas, o alto índice de reincidências após sucessivos tratamentos, os prejuízos financeiros e emocionais causados pela dependência química e os prejuízos sociais resultados de violências praticadas em razão das drogas, demonstram que as CTs cumprem uma importante função social, que é prover um ambiente livre de drogas e violência, oportunizando ao dependente químico um período de tempo em que poderá tentar reorganizar a própria vida sem as drogas. Apesar da importância das CTs, a prevenção ainda é a estratégia mais barata. Ainda que a política de prevenção deva ter uma metodologia, público alvo, recursos etc., ela pode ser qualquer iniciativa que diminua a possibilidade de envolvimento do indivíduo com drogas, diminuindo assim os prejuízos causados pelo abuso delas.

A idade da primeira experiência com drogas é um dos elementos indicativos que devem nortear as políticas sociais de prevenção. Segundo os dados de nossas entrevistas, 60% tiveram a primeira experiência com drogas antes dos 15 anos. Com o objetivo de serem mais eficazes, as influências iniciais para o uso de drogas também devem ser contempladas pelas políticas sociais. Verificamos que 78% dos entrevistados tiveram a primeira experiência na companhia de amigos, sendo 22% na companhia de algum familiar. A família em específico, independentemente de qual seja o arranjo familiar (pai, mãe, irmãos; netos e avós, tios e sobrinhos etc.) deve ser alvo de políticas sociais de prevenção, tanto pelo fato de ser ela, em muitos casos, a promotora do primeiro uso, como pelo fato de ser quem mais sofre as consequências diretas dos problemas decorrentes do uso de drogas, desde agressões até rompimento de vínculos familiares, incluindo o casamento.

O tipo de droga inicial é outro indicativo importante para a prevenção,

principalmente se levarmos em consideração o forte apelo de parte da população e parte da comunidade científica que lutam pela legalização da maconha. Em nossa pesquisa, verificamos que 34% dos entrevistados tiveram a primeira experiência com essa droga, embora tenham sido internadas, em sua maioria (88%), em razão do uso de crack. Embora o álcool seja uma substância destinada a pessoas acima dos 18 anos, nada tem impedido, conforme demonstram pesquisas e observações, que adolescentes façam o uso de bebidas alcoólicas. O que impediria que menores de 18 anos fizessem o uso da maconha, caso essa droga fosse liberada?

Ainda que a legalização de drogas, em especial a maconha, não seja tema de nossa pesquisa, acreditamos que esse assunto merece algumas considerações: a) a legalização ainda divide opiniões, até entre os membros da comunidade científica, o que demonstra que não há maturidade ou coesão sobre o assunto; b) pessoas que não fariam uso da droga em razão de sua ilegalidade, possivelmente passariam a consumir, abrindo precedente para o consumo de outras drogas, como o crack; c) quais seriam os mecanismos de proteção da criança e do adolescente em relação a uma substância indicada para pessoas maiores de 18 anos? São perguntas relevantes e que precisam ser respondidas.

Concluimos que verificar a efetividade do tratamento em Comunidade Terapêutica é uma tarefa árdua que demanda outros olhares. A fim de compor uma avaliação integral, necessitaríamos verificar a percepção de outras variáveis sobre o tratamento em CT: percepção da equipe técnica, desde funcionários gerais e monitores, os quais, em sua maioria foram residentes e permaneceram no tratamento, até de médicos, psicólogos, assistentes sociais e diretoria; a percepção da família do residente em relação à CT, assim como o envolvimento dela no processo terapêutico, uma vez que ela é beneficiada dos serviços da entidade.

Referências Bibliográficas

ADORNO, S. **Exclusão sócio econômica e violência urbana**. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, n. 8, p. 84-135, jul./dez. 2002. Disponível em: <http://www.nevusp.org/portugues/index.php?option=com_content&task=view&id=1060&Itemid=96>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Álcool. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004a.p. 30-54.

CHAVES, E. M. Edmundo Chaves. **Vivendo Bauru: Portal da cidade**. Bauru, 2012. Disponível em: <<http://www.vivendobauru.com.br/noticias/artigos/edmundo-chaves>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

CHAVES, E. M. S.; CHAVES, E. M. **Descortinando a realidade das comunidades terapêuticas como serviços de atenção ao dependente de substâncias psicoativas: dos amparos legais aos amparos reais**. 2007. 89 f. Monografia (Pós graduação Latu Sensu em Serviço Social) – Instituição Toledo de Ensino de Bauru, Bauru, 2007.

FELIX, S. A. **Vitimização: limites e possibilidades de contato com a criminalidade oculta para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção**. Relatório Científico. Marília: LEVS/Unesp, 2013.

FRACASSO, L.; LANDRE, M. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 503-313.

RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. M. **Aspectos socioculturais do consumo de crack**. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 50-56.

TIBA, I. **Juventude e drogas: anjos caídos**. São Paulo: Integrare Editora, 2007.