

MARCOS ROBERTO GEHRING

**DROGAS, VIOLÊNCIA E POLÍTICAS SOCIAIS:  
ESTUDO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Marília  
2014

MARCOS ROBERTO GEHRING

**DROGAS, VIOLÊNCIA E POLÍTICAS SOCIAIS:  
ESTUDO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Área de Concentração: Ciências Sociais

Orientadora: Prof. Dra. Sueli Andruccioli Felix

Marília  
2014

Gehring, Marcos Roberto.

G311d Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma comunidade terapêutica / Marcos Roberto Gehring. – Marília, 2014.

161 f; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2014.

Bibliografia: f. 148-155

Orientador: Sueli Andruccioli Felix

1. Drogas. 2. Violência. 3. Política social. 4. Alcoolismo - Tratamento. 5. Comunidade terapêutica. I. Autor. II. Título.

CDD 362.29

MARCOS ROBERTO GEHRING

**DROGAS, VIOLÊNCIA E POLÍTICAS SOCIAIS:  
ESTUDO DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista – UNESP – Campus de Marília, para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, na área de concentração em Ciências Sociais.

**BANCA EXAMINADORA**

Orientadora \_\_\_\_\_

Dra. Sueli Andruccioli Felix

2º Examinador: \_\_\_\_\_

Dr. Jayme Wanderley Gasparoto

3º Examinador: \_\_\_\_\_

Dra. Viviane de Souza Galvão

Marília, 31 de janeiro de 2014

## DEDICATÓRIA

À minha mãe Mercedes Gehring que foi e continua sendo uma guerreira. Encorajou-me e lutou pela minha educação diante das piores adversidades;

Às minhas irmãs, Veridiana e Luana - duas grandes mulheres;

À minha esposa Margarete que me fortaleceu durante momentos difíceis dessa jornada acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me proporcionou o dom da vida e capacidade para pensar;

À minha orientadora, Sueli Andruccioli Felix. Sua dedicação, experiência e generosidade foram fundamentais para essa pesquisa;

Aos professores que compartilharam suas maiores riquezas - humildade e conhecimento;

Aos colegas de mestrado que contribuíram com suas experiências dentro e fora da sala de aula;

Ao meu amigo Davi Piangers. Suas contribuições nas traduções foram imprescindíveis para a condução dos trabalhos;

À professora Clerismar dos Santos Silva. Apesar da perda da mãe durante o processo de correções ortográficas, não mediu esforços para dar seguimento ao trabalho;

Ao Pastor Marcos Henrique de Araújo. Sua amizade e amor pelo conhecimento sempre me inspiraram;

Ao diretor da Comunidade Esquadrão da Vida de Bauru, Sr. Edmundo M. Chaves que permitiu a realização da pesquisa com os residentes da entidade;

À Assistente Social do Esquadrão da Vida de Bauru, Sra. Eugênia M. S. Chaves que contribuiu muito com sua experiência em pesquisa sobre Comunidade Terapêutica.

Aos meus colegas de trabalho que contribuíram com suas experiências e suportaram minha ausência durante a fase final da pesquisa. São eles: Washington Braz de Oliveira, Bruno de Oliveira Corrêa, Milton A. de Oliveira, Priscilla Nazareth O. de Lazzari.

Por fim, sou imensamente grato à minha esposa Margarete. Sua paciência e encorajamento durante todo o processo de mestrado foram mais que necessários.

*"Beber começa como um ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade"*

*(Benjamin Rush 1745 - 1813).*

## RESUMO

O consumo abusivo de álcool e drogas ilícitas é um problema que atinge o indivíduo pela ação direta da droga em seu organismo e pelos demais problemas familiares e sociais advindos desse abuso, como distanciamento ou separação familiar, rompimento de vínculo formal de trabalho, problemas judiciais decorrentes de delitos cometidos para o financiamento do consumo (roubo, furto, tráfico etc.), dentre outros que serão tratados nessa pesquisa. Até pouco tempo, o tratamento destinado ao usuário de drogas era basicamente repressivo. Com o passar do tempo, outras formas menos violentas de abordagem foram ganhando espaço com as políticas de prevenção ao uso e tratamentos. A Comunidade Terapêutica entrou no cenário brasileiro como uma das alternativas de tratamento no final dos anos de 1960, mas somente em 2001 recebeu amparo legal (RDC 101/2001). Ainda se sabe pouco sobre esse modelo de tratamento, cada vez mais procurado por dependentes químicos, bem como sobre o funcionamento dessas comunidades, especialmente no campo das Ciências Sociais. Por esse motivo, há uma grande carência bibliográfica na área, o que nos instigou a desenvolver essa pesquisa intitulada “Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma Comunidade Terapêutica”. Para o desenvolvimento do tema, realizamos uma pesquisa bibliográfica sobre os principais assuntos que o norteiam: Comunidade Terapêutica, drogas, violência, políticas internacionais e nacionais; elegendo o Esquadrão da Vida de Bauru - SP como objeto empírico para avaliar a efetividade de um centro de apoio não-governamental. Para isso foram feitas análises documental e de pesquisa de campo com residentes e egressos. A relação entre drogas e atos de violência e/ou criminais também mereceu a nossa atenção. A falta de estudos prévios no campo das Ciências Sociais nos permite dizer: mais que resultados, essa pesquisa trouxe inquietações que deverão gerar muitas outras pesquisas. E isso é ciência.

**Palavras-chave:** Comunidade Terapêutica, drogas, violência, políticas sociais, tratamento.

## **ABSTRACT**

The abuse of alcohol and illicit drugs is a problem that affects the individual by the drug's action in his organism and by other family and social problems coming from this abuse, like family detachment or separation, disruption of formal job bond, judicial problems coming from crimes committed in order to finance the drug use (theft, traffic, etc.), among others that will be addressed in this research. Until recently, treatment for drug users was basically repressive. Over time, softer ways of dealing with it started to take place, with drug use prevention policies and treatments. The Therapeutic Community started showing up on Brazilian scene in late 1960's as a treatment alternative, but only in 2001 it gained legal support (RDC 101/2001). Little is known until now about this treatment model, increasingly sought after by drug addicts, as well as about the operation of these communities, especially in the social sciences field. For this reason, there's a lack of bibliographic material about the subject, which prompted us to make this research entitled: "Drugs, violence and social policies: a study of a Therapeutic Community". For the development of the topic, we conducted a literature search on the key issues that guide it: Therapeutic Community, drugs, violence, international and national policies; choosing Esquadrão da Vida de Bauru – SP, as an empirical object to evaluate the effectiveness of a non governmental treatment center. For this were run documental and field research analysis with residents and ex-residents. The correlation between drug use and violence and criminal acts also caught our attention. The lack of previous studies in the field of Social Science enables us to say: more than results, this research brought us concerns that will demand many other researches. And this is science.

**Keywords:** Therapeutic Community, drugs, violence, social policies, treatment.

## LISTA DE FIGURAS

|            |                                                        |     |
|------------|--------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1 - | Encaminhamento de usuários de drogas pela família..... | 101 |
| Figura 2 - | Faixa etária dos internos.....                         | 114 |
| Figura 3 - | Com quem vivem os filhos?.....                         | 116 |
| Figura 4 - | Idade de início do uso de drogas.....                  | 120 |
| Figura 5 - | Influências iniciais.....                              | 120 |
| Figura 6 - | Droga inicial.....                                     | 121 |
| Figura 7 - | Motivos para o uso de drogas.....                      | 122 |

## LISTA DE QUADROS

|            |                                                                      |     |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 - | Marcos históricos.....                                               | 30  |
| Quadro 2 - | Diferenças entre RDC 101 e RDC29.....                                | 30  |
| Quadro 3 - | Ingestão de bebida e concentração de álcool.....                     | 79  |
| Quadro 4 - | Quantidade de internações, anos de abstinência e medo de recair..... | 133 |

## LISTA DE TABELAS

|             |                                                                                                         |     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 -  | Faixa etária dos residentes.....                                                                        | 90  |
| Tabela 2 -  | Contraste entre níveis de escolaridade: Brasil, São Paulo e residentes.....                             | 93  |
| Tabela 3 -  | Escolaridade dos residentes.....                                                                        | 94  |
| Tabela 4 -  | Idade de início de uso de drogas.....                                                                   | 95  |
| Tabela 5 -  | Crença na cura.....                                                                                     | 99  |
| Tabela 6 -  | Descrença na cura.....                                                                                  | 99  |
| Tabela 7 -  | Quantidade de internações.....                                                                          | 101 |
| Tabela 8 -  | Faixa etária dos residentes entre 2007 – 2012.....                                                      | 114 |
| Tabela 9 -  | Estado civil dos residentes no dia da triagem.....                                                      | 115 |
| Tabela 10 - | Com quem vivem os filhos?.....                                                                          | 117 |
| Tabela 11 - | Comparativo entre o nível escolar de São Paulo e dependentes químicos internados entre 2007 – 2012..... | 118 |
| Tabela 12 - | Formas de sustento do vício.....                                                                        | 123 |
| Tabela 13 - | Situação legal.....                                                                                     | 123 |
| Tabela 14 - | Motivos da prisão.....                                                                                  | 124 |
| Tabela 15 - | Costuma andar armado? .....                                                                             | 124 |
| Tabela 16 - | Porte de armas de fogo.....                                                                             | 125 |
| Tabela 17 - | Relação entre porte de armas e agressão física.....                                                     | 125 |
| Tabela 18 - | Tipos de tratamento.....                                                                                | 126 |
| Tabela 19 - | Faixa etária de ex-residentes.....                                                                      | 128 |
| Tabela 20 - | Situação conjugal de residentes <i>versus</i> recuperados.....                                          | 129 |
| Tabela 21 - | Comparativo entre níveis de escolaridade: Brasil, São Paulo, residentes e egressos.....                 | 129 |
| Tabela 22 - | Início de uso de drogas: egressos.....                                                                  | 130 |
| Tabela 23 - | Violência sofrida por policiais.....                                                                    | 131 |
| Tabela 24 - | Violência praticada contra a família.....                                                               | 132 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|         |                                                             |
|---------|-------------------------------------------------------------|
| ANVISA  | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                    |
| CAPS-AD | Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas            |
| CEBRID  | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas |
| CICAD   | Comissão Interamericana de Controle de Abuso de Drogas      |
| CONAD   | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas                 |
| CONFEN  | Conselho Federal de Entorpecentes                           |
| CT      | Comunidade Terapêutica                                      |
| FEBRACT | Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas            |
| FETEB   | Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas      |
| LENAD   | Levantamento Nacional de Álcool e Drogas                    |
| ONU     | Organização das Nações Unidas                               |
| PNAD    | Plano Nacional sobre Drogas                                 |
| SENAD   | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas               |
| SISNAD  | Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas                  |
| SNC     | Sistema Nervoso Central                                     |
| UNODC   | Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime          |

## SUMÁRIO

|            |                                                                                                 |           |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                                                                          | <b>14</b> |
| <b>2</b>   | <b>COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....</b>                                                              | <b>17</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Comunidade Terapêutica: conceito, história, organização, método e leis.....</b>              | <b>20</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Comunidade Terapêutica no Brasil.....</b>                                                    | <b>25</b> |
| <b>2.3</b> | <b>Principais Federações de Comunidades Terapêuticas.....</b>                                   | <b>26</b> |
| <b>2.4</b> | <b>Diretrizes para Comunidades Terapêuticas no contexto do Plano Nacional sobre Drogas.....</b> | <b>28</b> |
| <b>2.5</b> | <b>Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida de Bauru.....</b>                                   | <b>31</b> |
| <b>3</b>   | <b>DROGAS.....</b>                                                                              | <b>34</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Conceitos.....</b>                                                                           | <b>35</b> |
| <b>3.2</b> | <b>Drogas depressoras.....</b>                                                                  | <b>36</b> |
| 3.2.1      | Álcool.....                                                                                     | 36        |
| 3.2.2      | Solventes inalantes.....                                                                        | 38        |
| 3.2.3      | Benzodiazepínicos.....                                                                          | 39        |
| 3.2.4      | Barbitúricos.....                                                                               | 39        |
| 3.2.5      | Analgésicos opióides.....                                                                       | 40        |
| <b>3.3</b> | <b>Drogas estimulantes .....</b>                                                                | <b>40</b> |
| 3.3.1      | Tabaco.....                                                                                     | 41        |
| 3.3.2      | Cocaína/crack.....                                                                              | 42        |
| 3.3.3      | Anfetaminas.....                                                                                | 43        |
| <b>3.4</b> | <b>Drogas perturbadoras/alucinógenas.....</b>                                                   | <b>44</b> |
| 3.4.1      | Maconha.....                                                                                    | 45        |
| 3.4.2      | LSD.....                                                                                        | 46        |
| 3.4.3      | Ecstasy.....                                                                                    | 47        |
| <b>3.5</b> | <b>Uso, abuso e dependência.....</b>                                                            | <b>47</b> |
| <b>3.6</b> | <b>CrITÉRIOS diagnÓsticos.....</b>                                                              | <b>48</b> |

|              |                                                                                                              |           |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4</b>     | <b>DROGAS E VIOLÊNCIA.....</b>                                                                               | <b>53</b> |
| <b>4.1</b>   | <b>Possíveis causas para a violência.....</b>                                                                | <b>54</b> |
| <b>4.2</b>   | <b>Relação entre drogas e violência.....</b>                                                                 | <b>57</b> |
| <b>4.3</b>   | <b>Relação entre drogas e mortes violentas .....</b>                                                         | <b>59</b> |
| <b>5</b>     | <b>O BRASIL NO CONTEXTO DOS PRINCIPAIS ACORDOS INTERNACIONAIS PARA A REPRESSÃO DO TRÁFICO DE DROGAS.....</b> | <b>62</b> |
| <b>5.1</b>   | <b>Os principais tratados internacionais para o combate do narcotráfico.....</b>                             | <b>62</b> |
| <b>5.2</b>   | <b>Características e razões para o incremento do narcotráfico no Brasil.....</b>                             | <b>67</b> |
| <b>5.3</b>   | <b>Repressão ao tráfico de drogas ilícitas no Brasil.....</b>                                                | <b>70</b> |
| <b>6</b>     | <b>POLÍTICAS SOCIAIS NACIONAIS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....</b>                                         | <b>74</b> |
| <b>6.1</b>   | <b>Políticas sociais sobre o álcool.....</b>                                                                 | <b>74</b> |
| <b>6.2</b>   | <b>Política regulatória nacional sobre o álcool.....</b>                                                     | <b>77</b> |
| <b>6.3</b>   | <b>Políticas sociais sobre drogas ilícitas.....</b>                                                          | <b>82</b> |
| <b>6.4</b>   | <b>Política de enfrentamento ao crack.....</b>                                                               | <b>86</b> |
| <b>7</b>     | <b>ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA, PERSPECTIVAS E PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES, POR MEIO DE ENTREVISTAS.....</b>     | <b>90</b> |
| <b>7.1</b>   | <b>Idade.....</b>                                                                                            | <b>90</b> |
| <b>7.2</b>   | <b>Vida profissional.....</b>                                                                                | <b>91</b> |
| <b>7.3</b>   | <b>Escolaridade e uso de drogas.....</b>                                                                     | <b>91</b> |
| <b>7.4</b>   | <b>Análise sobre consumo de drogas na fase inicial.....</b>                                                  | <b>94</b> |
| <b>7.4.1</b> | <b>O início.....</b>                                                                                         | <b>95</b> |
| <b>7.4.2</b> | <b>Influências iniciais.....</b>                                                                             | <b>96</b> |
| <b>7.4.3</b> | <b>Tipos de drogas.....</b>                                                                                  | <b>96</b> |
| <b>7.5</b>   | <b>Problemas decorrentes do uso de drogas.....</b>                                                           | <b>97</b> |
| <b>7.6</b>   | <b>Motivos para o uso.....</b>                                                                               | <b>98</b> |
| <b>7.7</b>   | <b>Relação entre crença na recuperação e reincidências.....</b>                                              | <b>99</b> |

|       |                                                                                  |     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7.8   | Reincidências.....                                                               | 100 |
| 7.9   | Motivos para a recaída.....                                                      | 102 |
| 7.10  | Considerações sobre a recaída.....                                               | 103 |
| 7.11  | Violência cometida por policiais e traficantes contra dependentes químicos.....  | 104 |
| 7.12  | Percepções dos dependentes químicos em relação à ação policial.....              | 105 |
| 7.13  | Violência motivada por drogas cometida por dependentes químicos.....             | 107 |
| 7.14  | Violência motivada por drogas cometida contra familiares.....                    | 108 |
| 7.15  | Acidente de trânsito e drogas.....                                               | 108 |
| 7.16  | Percepções dos residentes sobre Comunidade Terapêutica.....                      | 108 |
| 7.17  | Perspectivas dos residentes sobre o futuro.....                                  | 110 |
| 8     | ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA POR MEIO DE FICHAS DE TRIAGEM.....                     | 113 |
| 8.1   | Idade de início.....                                                             | 113 |
| 8.2   | Relações familiares.....                                                         | 115 |
| 8.3   | Vida profissional.....                                                           | 118 |
| 8.4   | Escolaridade.....                                                                | 118 |
| 8.5   | Consumo de drogas.....                                                           | 119 |
| 8.5.1 | Idade de início.....                                                             | 119 |
| 8.5.2 | Influências iniciais.....                                                        | 120 |
| 8.5.3 | Tipos de drogas.....                                                             | 121 |
| 8.6   | Motivos para o uso de drogas.....                                                | 121 |
| 8.7   | Formas de sustento do vício.....                                                 | 123 |
| 8.8   | Violência e porte de arma.....                                                   | 124 |
| 8.9   | Tentativas de suicídio.....                                                      | 126 |
| 8.10  | Quantidade e formas de tratamento.....                                           | 126 |
| 9     | ANÁLISE DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE EX-RESIDENTES DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA..... | 128 |
| 9.1   | Faixa etária.....                                                                |     |
| 9.2   | Situação familiar.....                                                           |     |
| 9.3   | Situação educacional e profissão.....                                            | 129 |
| 9.4   | Relação com trabalho formal.....                                                 | 130 |

|      |                                                                |     |
|------|----------------------------------------------------------------|-----|
| 9.5  | O início.....                                                  | 130 |
| 9.6  | Situações de violência envolvendo drogas.....                  | 131 |
| 9.7  | Número de internações.....                                     | 132 |
| 9.8  | Tempo de abstinência.....                                      | 132 |
| 9.9  | Motivos para recaída.....                                      | 133 |
| 9.10 | Possíveis motivos para recaída.....                            | 135 |
| 9.11 | Motivos para permanecer em abstinência.....                    | 135 |
| 9.12 | Aspectos que contribuíram e prejudicaram o tratamento.....     | 138 |
| 9.13 | O que deveria ser diferente nas Comunidades Terapêuticas.....  | 139 |
| 10   | Considerações Finais.....                                      | 141 |
|      | Referências.....                                               | 148 |
|      | Anexo – Parecer do Comitê de Ética.....                        | 156 |
|      | Apêndice 1: Questionário para entrevista com reincidentes..... | 158 |
|      | Apêndice 2: Questionário para entrevista com egressos.....     | 160 |

## 1 INTRODUÇÃO

As drogas sempre foram usadas, seja para o uso recreativo ou em rituais religiosos, e o seu uso nem sempre produziu resultados pessoais ou sociais negativos. Com o avanço da tecnologia a partir da revolução industrial, as drogas atingiram um novo status – o de uma substância ilícita que corrói tanto o usuário quanto o tecido social. Esse é um problema do nosso tempo. É uma questão que tem seu ponto de partida nos modernos mecanismos de produção que permitem a elaboração de drogas cada vez mais viciantes e letais.

Embora a humanidade sempre tenha feito uso de substâncias psicoativas, esse fato se torna grave quando o consumo se descontrola e gera dependência em larga escala. Tal assunto tem sido objeto de pesquisa e preocupação em todo o mundo, sendo encarado como um problema social, de segurança e de saúde pública. Desarticular a dependência química de considerações meramente legais é uma das metas de nossa pesquisa, levando em consideração que esse problema não é apenas de natureza legal, mas atinge outras áreas da vida do indivíduo conforme observamos em nossa pesquisa. Além das drogas degradarem o consumidor, destroem vínculos familiares, diminuem a capacidade laborativa do país e favorecem a criminalidade. Em alguns aspectos, é nítida a associação entre as drogas e a violência, tanto em relação ao tráfico de substâncias ilícitas quanto à manutenção do vício que se agrava com os problemas sociais como o desemprego, contribuindo para a inserção da pessoa no mundo do crime.

Partindo desses pressupostos, pretendemos por meio da presente pesquisa intitulada “Drogas, violência e políticas sociais: estudo de uma Comunidade Terapêutica”, traçar o perfil do residente e egresso (dados demográficos, escolaridade e sócio-econômicos); verificar a efetividade da Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida enquanto política social de tratamento ao dependente químico, e verificar se existe relação entre drogas e violência (sofrida e promovida).

A fim de dar sustentação científica à pesquisa de campo, fizemos um levantamento bibliográfico dos seus principais temas: Comunidade Terapêutica, Drogas, Violência e Políticas Sociais. Na seção 2 descrevemos o conceito e a história da Comunidade Terapêutica (CT) para situar o Esquadrão da Vida de Bauru

(objeto de pesquisa empírica) no contexto. O termo “droga”, assim como a expressão “dependência química”, são alvos de distorções ou más conceituações. Dessa maneira, com o objetivo de conceituar cientificamente o tema, na seção 3 abordamos o conceito geral de drogas, relacionando as principais drogas de abuso usadas no Brasil, diferenciando-as pelo uso, abuso e dependência química. A partir dessa diferenciação, discutimos alguns critérios que classificam, ou não, o usuário como dependente químico. Na quarta seção abordamos a relação entre uso abusivo de drogas e violência, por meio de fontes especializadas sobre o assunto. Essa seção norteou nossas percepções para a análise dos dados da pesquisa de campo. Tendo em vista que nem toda a droga que é consumida no Brasil é produzida no país, na quinta seção tratamos dos acordos internacionais de repressão ao tráfico de drogas e situamos o Brasil no contexto. Na sexta seção discutimos sobre as políticas sociais nacionais de prevenção às drogas. A análise dos dados coletados nas fichas de inscrição (triagem), no questionário e nas entrevistas compõem as seções 7-9.

Para a realização da pesquisa de campo, elegemos a Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida enquanto política social de tratamento ao dependente químico, a fim de avaliar a efetividade dessa ação social por meio de análise documental de fichas de triagem e entrevistas com residentes e egressos dessa entidade. A comunidade Terapêutica foi considerada no campo de pesquisa das Ciências Sociais em razão de ser uma organização formal, composta por um ambiente norteado por normas, regras e metodologia de ação, tendo como objetivo manter o dependente químico internado por seis meses e apenas mediante o seu consentimento. Distante da sociedade organizada e com todos os riscos a ela pertinentes, o dependente químico poderá reorganizar sua vida nas questões básicas de pontualidade, alimentação, estudos, atividades religiosas, laborativas e compromisso consigo e com o grupo. Compreendemos que a Comunidade Terapêutica é uma sociedade artificial, embora seja um ambiente que reproduz todas as responsabilidades do mundo externo, com o mínimo de risco possível, especialmente no que concerne às drogas e à violência, tendo a convivência entre pares o seu principal método.

O método utilizado na pesquisa foi misto, quantitativo e qualitativo: levantamento documental de fichas de triagens de pessoas internadas entre 2007-2012 e entrevistas com residentes e egressos. Realizamos as entrevistas entre 28 de fevereiro a 28 de novembro de 2013, após receber autorização do diretor da

Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida de Bauru, Sr. Edmundo Muniz Chaves, e após ter parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Filosofia e Ciências do Campus de Marília, sob número 0600/2012. A homologação do parecer se deu em 27 de fevereiro de 2013.

Ao final, na seção 10, traçamos as nossas considerações finais com destaque para a relação entre drogas e atos de violência e/ou criminais, bem como para a Comunidade Terapêutica escolhida, uma análise relativamente inédita, particularmente no campo das Ciências Sociais.

Esclarecemos que ao longo do texto foram empregados termos diferentes para definir os mesmos elementos da pesquisa, alternando-se com certa frequência como, por exemplo: residente e interno; dependente de drogas ou dependente químico; reincidência ou recaída; cura ou manutenção da abstinência. A razão para essa alternância se dá em razão desses termos serem usados em Comunidades Terapêuticas de maneira associada.

## 2 COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO MODELO DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE QUÍMICO

As preocupações com o beber excessivo fizeram e ainda fazem parte tanto do clero como da comunidade científica. O papel da igreja foi marcante nas atitudes com relação ao álcool<sup>1</sup> desde os primórdios. Em séculos passados a igreja já havia imposto aos cristãos europeus uma estrutura de pensamentos e valores que condenava os excessos e os comportamentos aberrantes de tal maneira que não causa surpresa o fato do álcool ter sido enquadrado nessa estrutura e ser tema de pregação ao denunciar a embriaguez como pecaminosa. Ao denunciar o pecado da embriaguez em seus sermões, o pecador tinha a oportunidade de se arrepender e parar de pecar (embriagar-se) sem precisar buscar o auxílio de um médico. No campo científico, os primeiros textos que tratavam sobre a embriaguez e os problemas decorrentes do consumo excessivo do álcool surgiram nos séculos 18 e 19. Em 1790, o médico americano Benjamin Rush (1743-1813) publicou um panfleto intitulado “*An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits - Investigação sobre os Efeitos de Bebidas Alcoólicas Destiladas*”<sup>2</sup>. Em 1804 o médico britânico Thomas Trotter publicou um ensaio sobre o mesmo tema. Para esses médicos o beber excessivo não era um pecado, mas um hábito a ser desaprendido (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Por meio dessas primeiras publicações esses médicos vão contra o modelo moral defendido pela igreja e denunciam a falta de envolvimento médico com o ébrio (MILAN; KETCHAM, 1986).

Nesse mesmo período (séc. 19) surgiu nos Estados Unidos o “Movimento da Temperança”. Esse movimento havia sido criado por leigos, os quais eram ligados, em sua maioria, a igrejas cristãs. Eles pregavam às massas a abstinência, embora eventualmente oferecessem apoio individual ao bebedor. O bebedor recuperado, ao dar seu depoimento de degradação produzida pelo consumo excessivo da bebida alcoólica e posterior salvação, passava a ser a “peça-chave” nos encontros públicos. A *Washington Temperance Society*, fundada em Baltimore em 1840, apresentava

---

<sup>1</sup> O álcool é mencionado no texto em razão de ser, do ponto de vista médico, uma substância psicoativa, classificado como uma droga depressora do Sistema Nervoso Central (SNC). A outra razão é a ênfase que se tem no álcool como a droga mais combatida, em especial, nos círculos religiosos.

<sup>2</sup> O estudo de Rush foi utilizado como texto fundamental pelo movimento de temperança (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

um forte elemento de autoajuda. Os seis fundadores desse movimento firmaram o seguinte compromisso certa noite em uma taverna de Baltimore (EUA):

Nós, cujos nomes estão em anexo, desejosos de formar uma sociedade para nosso benefício mútuo e para nos guardar contra uma prática perniciosa que é prejudicial a nossa saúde, reputação e família, nos comprometemos como cavalheiros a não ingerir qualquer bebida destilada ou de malte, vinho ou sidra. (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005, p. 21).

De acordo com Edwards, Marshall e Cook (2005), esse é o marco que definiu a mutualidade no auxílio da recuperação da dependência do álcool, em que um podia auxiliar e encorajar o outro na manutenção da abstinência. A autoajuda ainda é um dos principais elementos utilizados nas Comunidades Terapêuticas (CTs) para dependentes de substâncias psicoativas.

Uma variação de autoajuda leiga surgiu em Londres, na Inglaterra, em 1865 quando William Booth (1829-1912) fundou o Exército da Salvação. Booth era pastor metodista e um reformista social cristão. Ele entendia que as muitas bebedeiras daquele período eram produto das difíceis condições de vida dos pobres urbanos. A ênfase dos “Salvacionistas” para a recuperação do “beberrão” era a abordagem evangélica, bem como a oferta de ajuda prática e melhorias ambientais. Eles ofereciam ao alcoolista uma saída literal das armadilhas urbanas que lhe induziam à bebida. Essa saída se consistia na oferta de um alojamento em um albergue ou uma passagem para uma colônia agrícola (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Embora fossem essencialmente cristãos, os Salvacionistas compreendiam que as bebedeiras, em muitos casos, eram motivadas por problemas sociais e que podiam ser solucionadas por meio de ajuda prática.

De acordo com Edwards, Marshall e Cook (2005), na década de 1870 foi lançado nos Estados Unidos um movimento para o estabelecimento de asilos para embriagados. Os bebedores problemáticos poderiam ser internados por um período que variava de cinco a dez anos ou, em alguns casos, por toda a vida. Esse modelo que havia sido defendido e lançado pela “Sociedade Americana para Estudo e Cura da Embriaguez (*American Society for the Study and Cure of Inebriety*)” tinha o seguinte direcionamento:

[...] os grandes centros de miséria e criminalidade serão quebrados. Isso será conseguido com o estabelecimento de hospitais com moradia e trabalho onde o ébrio poderá ser tratado e refreado. Tais instalações devem

estar localizadas no interior, fora dos grandes centros e cidades, e dirigidas em estilo militar. Devem ser hospitais de treinamento militar, onde todas as redondezas estejam sob os cuidados meticulosos do médico e todas as condições de vida sejam reguladas constantemente. (CROTHERS<sup>3</sup>, 1893<sup>4</sup> apud EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005, p. 21).

Percebe-se nesse manifesto um forte apelo à institucionalização do bebedor problemático. Um fato que deve ser considerado é que esse movimento também estabeleceu um contraponto com a igreja. Se por um lado a igreja exagerava ao tratar do alcoolismo apenas pelo viés do “pecado”, esse modelo de tratamento médico tratou do assunto por meio de uma rigidez militar sem precedentes, em que o médico tinha a palavra de ordem. Ainda que tenha sido um forte movimento guiado pelo viés da ciência e da medicina, foi mais “punitivo” do que “curativo” para as classes trabalhadoras do que qualquer atitude que a Igreja tivesse tomado anteriormente. Essa forma de tratamento institucional não resistiu à época da Primeira Guerra Mundial em razão de não haver clientes suficientes para as instituições particulares, enquanto que os reformatórios públicos, por ser ineficazes, estavam lotados de casos irrecuperáveis (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Criada no final dos anos 60 e experimentando uma expansão a partir de 1970, as CTs no Brasil vêm se destacando como um recurso no tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, embora divididas as opiniões dos profissionais da saúde, em especial os médicos psiquiatras e psicólogos. Algumas das razões para esse impasse são históricas e se encontram na forma como as CTs foram concebidas e na própria maneira como o governo encarou a dependência de drogas, ao deixar por conta dos hospitais psiquiátricos e da iniciativa privada a responsabilidade pelo tratamento dos usuários de drogas.

Diante dos fatos apresentados, essa seção se propõe a compreender a origem do termo “Comunidade Terapêutica”, bem como sua aplicação ao método de tratamento para dependentes de substâncias psicoativas; resgatar a história das CTs do exterior e do Brasil e, a partir disso, estabelecer uma compreensão dos motivos para os embates em torno dessa temática; relacionar as principais leis que

---

<sup>3</sup> Crothers foi autor americano que produziu um renomado livro sobre o tratamento institucional do alcoolismo. Nesse mesmo período Norman Kerr (1897) escreveu um texto enciclopédico britânico sobre o mesmo assunto, que teve 3 edições (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005)

<sup>4</sup> CROTHERS, T. **The Disease of Inebriety from Alcohol, Opium, and other Narcotic Drug, its Etiology, Pathology, Treatment and Medical-Legal Relations.** Arranged and compiled by the American Association for the Study and Cure of Inebriety. Bristol: John Wright and Co, 1893.

regulamendam esse modelo de tratamento; relacionar as federações que compõem as comunidades terapêuticas.

## 2.1 Comunidade Terapêutica: conceito, história, organização, método e leis

A versão moderna de CT<sup>5</sup> surgiu a partir de duas vertentes: modelo psiquiátrico de CT para tratamento de pessoas com transtornos mentais e modelo de CT para tratamento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. O primeiro modelo, voltado para o campo da psiquiatria social, consistia em unidades e instalações inovadoras, as quais eram destinadas ao tratamento psicológico e à guarda de pacientes psiquiátricos socialmente desviantes. O segundo modelo era voltado aos programas de tratamento residencial, destinado aos dependentes de substâncias psicoativas<sup>6</sup> (LEON, 2009).

Segundo Leon (2009), o conceito de CT foi cunhado pelo psiquiatra inglês Thomas Main (Tom) em 1946. O termo era usado para descrever CTs psiquiátricas, surgidas nos anos de 1940 na Grã-Bretanha<sup>7</sup>, e costuma ser visto como a “terceira revolução da psiquiatria”<sup>8</sup>, cujo tratamento passou do uso de terapias individuais

---

<sup>5</sup> Embora o termo seja relativamente moderno, a ideia é muito antiga. Há quem tenha sugerido que o protótipo de CT já estivesse presente em todas as formas de cura e de apoio comunitário, conforme exemplos relatados nos manuscritos do mar Morto, de *Qûmran*, os quais detalham práticas comunitárias de uma seita religiosa ascética, provavelmente dos essênios, incluindo uma seção sobre a “Regra da Comunidade”. Entre outras regras, condenavam o agir do espírito de falsidade, e abordava problemas como: ganância, mentira, crueldade, insolência flagrante, luxúria, e andar no caminho das trevas e do engano. Exortava à adesão a tais regras, bem como aos ensinamentos como forma de levar uma vida reta e saudável (SLATER, 1984 *apud* LEON, 2009 p. 16). SLATER, M.R. **An Historical Perspective of Therapeutic Communities**. Proposta de tese apresentada ao programa M.S.S., University of Colorado em Denver, 1984.

<sup>6</sup> Entende-se por substância psicoativa qualquer substância que produz algum efeito no organismo, inclui álcool e outras drogas.

<sup>7</sup> O protótipo de CT foi desenvolvido em uma unidade de reabilitação social do *Belmont Hospital* (posteriormente foi chamado de *Henderson Hospital*), na Inglaterra, na metade de 1940, e tratava-se de uma unidade de 100 leitos destinados ao tratamento de internos com problemas psiquiátricos e que apresentavam distúrbios de personalidade duradouros. Quem esboçou com profundidade as várias características da CT psiquiátrica nesse hospital, tornando-se o principal modelo de comunidade terapêutica psiquiátrica, foi o psiquiatra sul-africano Maxwell Jones e seus colegas em 1947 (LEON, 2009).

<sup>8</sup> De acordo com Picinini (2011), a primeira revolução psiquiátrica é atribuída ao médico francês Philippe Pinel (1745-1826). Essa revolução tem como marco o lançamento do livro “Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação ou a mania”, em 1801. Pinel propôs um tratamento “moral” que consistia em usar a amabilidade, a firmeza, a atenção para com as necessidades físicas e psicológicas, relação humanitária entre paciente e cuidadores, e diversões sadias. O discípulo de Pinel, Esquirol (1772-1840), propôs que o local ideal para esse tipo de recuperação se desse em locais semelhantes aos monastérios, surgindo daí a ideia de isolar os insanos em instituições asilares. A segunda revolução psiquiátrica é atribuída a Sigmund Freud (1856-1939), em razão da influência da psicanálise sobre a psiquiatria. A terceira revolução psiquiátrica aconteceu com a descoberta da ação da Clorpromazina pelo médico francês Henry Laborit (esse medicamento é uma droga antipsicótica

para uma abordagem psiquiátrica social que, entre outras estratégias, acentuava o envolvimento multipessoal com uso de métodos grupais. Desse modo, a expressão “Comunidade Terapêutica” surgiu em ambientes hospitalares para designar um lugar organizado como comunidade, onde se esperava que todos contribuíssem para a realização de metas comuns e de uma organização social munida de propriedades de cura. Teixeira (2012) complementa ao afirmar que o movimento de CTs surgiu na Europa após o final da Segunda Guerra mundial como uma reação ao modelo tradicional de asilo psiquiátrico e fundamentava-se na humanização do tratamento dos doentes mentais. Apesar disso, não está claro se as CTs psiquiátricas inglesas influenciaram as CTs de tratamento da dependência química na América do Norte.

Há uma linha conceitual e organizacional dos atuais programas de CTs (não psiquiátricos), cuja origem é o grupo de Oxford<sup>9</sup>, iniciado por volta de 1921 nos Estados Unidos, (também designado *Buchmanites*, *First Century Christian Fellowship*, ou *Moral Rearmament*), passando pelos Alcoólicos Anônimos (AA)<sup>10</sup> criado em 1935, *Synanon*<sup>11</sup> criado em 1958, e, finalmente, *Daytop Village* criado em

---

usada no tratamento da esquizofrenia, que inicialmente foi desenvolvida como anti-histamínico) na França em 1952. Essa terceira revolução contribuiu para o surgimento de uma nova especialidade: a psicofarmacologia. Nos anos de 1990 surgiu uma nova Reforma com os seguintes objetivos: acabar com o modelo de institucionalização; criar uma rede de atendimento que se antecipasse à hospitalização, com o propósito de fechar os antigos hospitais.

<sup>9</sup> O grupo de Oxford, também chamado de “movimento”, foi uma organização religiosa fundada por Frank Buchman na década de 1920. O fundador era um ministro evangélico luterano. O primeiro nome “*First Century Cristian Fellowship*” (Fraternidade Cristã do Século I) transmitia o ideal de retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã. A missão dessa organização era acomodar de forma ampla todos os tipos de sofrimento humano. O alcoolismo, embora não fosse constituído como foco principal, era contemplado pelas preocupações do movimento em razão da erosão espiritual provocada pelo problema (LEON, 2009).

<sup>10</sup> A associação “Alcoólicos Anônimos” (AA) foi fundada em 1935, na cidade de Akron, no estado norte-americano de Ohio, a partir de uma longa conversa entre um corretor de imóveis de Nova Iorque, chamado Bill Wilson, e um médico de Akron chamado Bob Smith. Bill Wilson parou de beber, inicialmente influenciado por outro alcoólico chamado Rowland H, cuja recuperação se deu no grupo de Oxford. Mais tarde Bill Wilson, após ter sido hospitalizado por desidratação, passou por um despertar espiritual fundamentado em manter a sobriedade. Esse despertar foi influenciado pelo livro de William James (*Variedades da experiência religiosa*). Posteriormente, após algumas viagens de negócio à Akron, Bill sentiu uma intensa vontade de beber. A fim de evitar beber, Bill conversou com Henrietta Sieberling, associada ao grupo Oxford de Akron, que o indicou outro alcoolista, o médico Bob Smith. A partir daquela conversa e das trocas de experiências entre os dois, desencadeou a missão deles de ajudar outros alcoólicos. Os 12 passos e as 12 tradições do AA são os princípios que guiam a pessoa no processo de recuperação (LEON, 2009).

<sup>11</sup> O *Synanon* foi fundado por Charles Dederich (Chuck) em 1958, em Santa Mônica, no estado da Califórnia. Charles era um alcoolista em recuperação, o qual uniu suas experiências do AA e outras influências filosóficas e psicológicas a fim de desenvolver o programa de *Synanon*. Esse programa teve início em seu apartamento, sua característica inicial baseava-se em grupo de autoajuda que se reunia semanalmente. Essas reuniões semanais evoluíram para uma comunidade residencial. A organização foi oficialmente fundada em agosto de 1959, a fim de tratar de todos os usuários abusivos, independente da substância preferida. Embora o *Synanon* tenha influenciado as modernas CTs, e apesar de ter buscado várias formas de se autodescrever, nunca endossou a expressão

1963. Entre 1964 e 1971, os programas de CT se disseminaram com rapidez a partir dos modelos de *Synanon* e *Daytop Vilage* (GLASER<sup>12</sup>, 1974 apud LEON, 2009).

A CT é fundamentalmente uma abordagem de autoajuda, a qual é desenvolvida fora das práticas psiquiátricas, psicológicas ou médicas tradicionais. Atualmente esse modelo de atendimento se constitui em uma modalidade sofisticada de serviços humanos, o que fica claro em razão da gama de serviços que ela presta e da diversidade da população servida. Atualmente as CTs atendem a um grupo diversificado de pessoas que fazem uso de uma variedade cada vez maior de substâncias psicoativas e que, além dos problemas físicos desencadeados pelo abuso de drogas, costumam apresentar problemas sociais e psicológicos (LEON, 2009).

A abordagem básica da CT, que era organizada para atender ao problema do abuso de substância em si, foi ampliada ao incluir serviços adicionais vinculados à família, educação, formação vocacional e saúde. Segundo Eugênia M. Chaves<sup>13</sup> essa expansão do tratamento se deu em razão das mudanças e exigências contemporânea. Para a autora, antigamente a maioria dos dependentes era marginalizada, a concorrência do trabalho não era tão grande, entre outras mudanças. Dessa forma, as equipes de atendimento, que anteriormente eram compostas por pessoas recuperadas, passaram a incluir profissionais de saúde mental, de medicina e de educação (LEON, 2009).

Há atualmente uma diversidade de programas de CTs, o que dificulta avaliar a eficácia geral dessa modalidade de tratamento que, segundo Leon (2009), acentua a necessidade de definir os elementos essenciais do modelo e método de CT. Ainda segundo ele, mesmo que se saiba muito se as CTs funcionam ou não, há pouco conhecimento sobre o porquê de essa abordagem funcionar ou não. “A ligação entre elementos, experiências e resultados do tratamento tem de ser estabelecida para

---

“Comunidade Terapêutica” (LEON, 2009). A partir de 1970, Dederich transformou o *Synanon* em religião, centralizada na obediência total à sua figura. As acusações de maus tratos e as trocas de casais exigidas pelo líder foram jogando o legado de Dederich ao ostracismo, embora seus preceitos ainda sejam usados como método de prevenção em escolas e como recurso terapêutico (SHAFFER, 1995 apud CHAVES, E. M., p. 19, 2007). SHAFFER, L. **Synanon’s history & influence in therapeutic communities and emotional growth schools**. Woodbury Reports Archives – Opinion & Essays [serial online] 1995.

<sup>12</sup> GLASER, F.B. Some historical and theoretical background of a self-help addiction treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v.1, p.27-52, 1974.

<sup>13</sup> CHAVES, E. M. S. **Texto** [mensagem pessoal] recebida por <p.marcosroberto@hotmail.com> em 11 jul. 2013.

substanciar com solidez a contribuição específica da CT nas recuperações de longo prazo.” (LEON, 2009, p. 5).

De acordo com Fracasso e Landre (2012), as CTs 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 ambulatorio, de acordo com a necessidade da pessoa. O modelo proposto nas 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. Se em um primeiro momento as CTs estavam mais preocupadas com a obtenção e manutenção da abstinência, recentemente esse modelo de tratamento se diversificou ao englobar e combinar outros modelos psicossociais como a prevenção da recaída e técnicas motivacionais, além de outros serviços relacionados à família, educação, trabalho e saúde física e mental. De acordo com Eugência M. Chaves<sup>14</sup>, “a diversificação de modelo de tratamento ampliou em função das mudanças das drogas em relação aos efeitos e conseqüências da faixa etária dos usuários, das mudanças familiares etc...”. Com essa abordagem diversificada, as CTs se tornaram mais eficazes para dependentes de drogas com alguma comorbidade<sup>15</sup>.

Embora as primeiras CTs começassem suas atividades no Brasil no início da década de 1970, até o ano de 2001 não havia formalização desse tipo de atividade. No ano de 2001 foi aprovada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 101/01, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual conceituou da seguinte maneira a Comunidade Terapêutica:

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. (BRASIL, 2001).

<sup>14</sup> CHAVES, E. M. S. **Texto** [mensagem pessoal] recebida por <p.marcosroberto@hotmail.com> em 11 jul. 2013.

<sup>15</sup> A comorbidade é o conceito de duplo diagnóstico. Ex.: O indivíduo que é internado por ser dependente de drogas, mas que também é diabético ou soropositivo, ou ambos.

Com base nesse conceito, as CTs são destinadas a atender dependentes de substâncias químicas a qual seguirá o modelo psicossocial. O modelo psicossocial é o eixo norteador das comunidades terapêuticas e significa que o dependente químico terá apoio psicológico e social. Uma vez que não há exigência de que as CTs disponham de médico, o atendimento será feito na rede pública ou rede privada de saúde, dependendo da condição social do residente em tratamento. Segundo o conceito, há um período de residência (internação) previamente estabelecido pela CT ao dependente químico, cujo programa terapêutico deverá considerar a subjetividade de cada pessoa. Ainda que as CTs de modo geral estejam aderindo cada vez mais ao apoio de outros profissionais (psicólogos, médicos, educadores, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais), o principal instrumento terapêutico é a convivência entre pares.

Os mais importantes princípios que devem nortear as CTs de acordo com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) são: 1- respeito à dignidade da pessoa, livre de castigos físicos ou violências psíquicas e morais, independente de sua raça, credo religioso ou político, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira; 2- permanência voluntária do residente, decidida após ter sido informado sobre a orientação seguida, bem como as normas em vigor. O residente deverá ser comunicado com antecedência sobre qualquer alteração nas normas da entidade e deverá ter a possibilidade de deixar o programa terapêutico em qualquer momento, sem sofrer constrangimento por isso; 3- ambiente livre de drogas, violência e sexo (temporariamente no último caso); 4- proposta de recuperação coerente que consiste em: adoção de critérios de admissão, programa terapêutico com fases distintas de tratamento e estabelecimento de critérios que caracterizem a reinserção social como objetivo final; 5- o residente deverá cumprir as normas na CT, as quais foram aceitas livremente por ele, contribuindo para um clima de cordialidade e respeito mútuo. A CT tem a possibilidade de advertir e desligar o residente do programa em caso de descumprimento das normas; 6- dispor aos funcionários programas de capacitação e treinamento credenciados pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), (FEBRACT, 1999).

Fracasso e Landre (2012) destacam outros elementos essenciais que, segundo a FEBRACT, devem compor o tratamento em CT: convivência ativa entre pares na vida e atividades da CT, utilização de trabalho como valor educativo e

terapêutico no processo de tratamento e recuperação do dependente químico e acompanhamento pós-tratamento de, no mínimo, um ano após a internação.

## 2.2 Comunidades Terapêuticas no Brasil

De acordo com Chaves e Chaves (2007), 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”<sup>16</sup> em álcool e outras drogas. Segundo a pesquisadora, o país deixou por longo período a assistência aos dependentes de substâncias psicoativas por conta dos hospitais psiquiátricos e das instituições filantrópicas, as quais, em sua maioria (instituições filantrópicas), possuíam orientação religiosa de tal forma que a abordagem religiosa nessas instituições se tornou o foco central de atendimento. O foco centrado na religiosidade, sem as preocupações com a abordagem científica, determinou o quadro de funcionários constituídos primordialmente por religiosos e agentes voluntários. Em razão da contribuição de recursos públicos serem inexistentes para o subsídio dessas entidades, essas se mantinham por meio de doações de pessoas, físicas ou jurídicas, e da promoção de eventos beneficentes entre outros.

A primeira CT no Brasil que foi destinada ao tratamento exclusivo de pessoas dependentes de substâncias psicoativas foi o “Movimento Jovens Livres”, fundado pela Missionária Presbiteriana Ana Maria Brasil, no ano de 1968 em Goiânia, Goiás. A partir desse início, o movimento evangélico de atenção aos dependentes de substâncias psicoativas no Brasil foi influenciado pelo Reverendo David Wilkerson, o qual, no início dos anos de 1950, fundou nos Estados Unidos a comunidade “*Teen Challenge*”<sup>17</sup>. A vinda do Reverendo ao Brasil em outubro de 1972 influenciou a abertura de centenas de CTs em todo o país. O movimento católico de atenção aos dependentes de substâncias psicoativas no Brasil teve início em 1978, por meio dos trabalhos desenvolvidos pelo padre Haroldo J. Rham, que fundou a “Fazenda do Senhor Jesus” (CHAVES; CHAVES, 2007). Essa iniciativa

---

<sup>16</sup> 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...

<sup>17</sup> A experiência da *Teen Challenge* foi contada no livro “A cruz e o punhal”.

influenciou a abertura de centenas de CTs no país. Fracasso e Landre (2012) corroboram com o fato de que a “Fazenda do Senhor Jesus” se constituiu em um marco da expansão de CTs no Brasil.

Dessa forma, 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; CHAVES, 2007).

### **2.3 Principais federações de Comunidades Terapêuticas**

Com os objetivos de ter força e se unir em torno de uma linha de trabalho semelhante, uma parcela de comunidades terapêuticas no Brasil foi agrupada em federações. 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.

A FEBRACT foi fundada em 16 de outubro de 1990. Possui sede na Fazenda Vila Brandina em Campinas e possui 80 CTs filiadas, distribuídas em 10 estados (FEBRACT, filiada, 2012). A FENNOCT, fundada em 2011, tem sede no

Piauí e é presidida por Célio Luis Barbosa. A FETEB foi criada em 13 de setembro de 1996 pelo pastor Galdino Moreira. Ela possui sua sede em Minas Gerais e conta com 480 filiadas, de acordo com informações do seu atual presidente e também membro do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), Wellington Antônio Vieira<sup>18</sup>.

A Cruz Azul<sup>19</sup> foi criada em Genebra, na Suíça, no ano de 1877, e está presente em cinquenta e um países, tendo foco em grupos de apoio e CTs. O modelo de trabalho por meio de grupo de apoio da Cruz Azul chegou ao Brasil em 1982, na cidade de Panambi, Rio Grande do Sul. A primeira CT foi fundada na mesma cidade em 11 de agosto de 1983. Em razão de outras CTs terem sido criadas em Santa Catarina, e com o objetivo de uni-las, foi criada em 23 de junho de 1995 a Federação Cruz Azul no Brasil, hoje denominada Cruz Azul no Brasil (CRUZ AZUL NO BRASIL, 2013). Atualmente essa Federação possui doze CTs federadas e cento e vinte grupos de apoio. Segundo Egon Shlüter<sup>20</sup>, coordenador administrativo e de projetos da Cruz Azul, apesar de ser Federação, o objetivo central da Cruz Azul do Brasil é “ser um movimento cristão de abstinência voltado para a formação de multiplicadores sociais para o atendimento de pessoas afetadas pelas drogas”.

As quatro federações estão organizadas em uma Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas, a CONFENACT, que foi criada em agosto de 2012. De

---

<sup>18</sup> VIEIRA, W. A. Pesquisa sobre CT. [Mensagem pessoal] recebida por <p.marcosroberto@hotmail.com> em 12 jan. 2013.

<sup>19</sup> A Cruz Azul atua a nível nacional e internacional. Ela se preocupa com a prevenção, recuperação e reabilitação de alcoólicos e dependentes químicos desde 1877, quando o alcoolismo ainda não era visto como doença pela Organização Mundial da Saúde, e sim como um sinal de “fraqueza” em relação ao álcool. Aqueles que se excediam eram chamados de “bêbados”, “vagabundos”, “alcoólatras”, etc. Muitos que se tornavam dependentes, em alto grau, eram tidos como “loucos”; outros encaminhados às clínicas psiquiátricas que usavam todo tipo de drogas na busca de uma solução/cura para o problema. Um pastor da Suíça, Reverendo Luis Lucien Rochat, vendo que muitos dos membros de sua igreja tinham problemas em lidar com a bebida alcoólica, se preocupou em encontrar uma solução, um meio para ajudá-los. Convicto de que a Palavra de Deus podia mudar a vida moral e social do homem, iniciou, então, uma série de reuniões - estilo grupos de autoajuda - com dependentes. Nelas, além de discutir o problema e a temática do álcool, havia o estudo e a pregação da Palavra de Deus. Dessas reuniões nasceu o trabalho da Cruz Azul, que posteriormente veio a se espalhar em toda Europa e consequentemente no mundo (CRUZ AZUL NO BRASIL, 2013).

<sup>20</sup> SHLÜTER, Egon. Cruz Azul no Brasil [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <p.marcosroberto@hotmail.com>. em 07 dez. 2012.

acordo com Célio Luis Barbosa, o qual também é presidente da Confederação, existem 1722 CTs cadastradas no Brasil (ACCTE, 2012)<sup>21</sup>.

## **2.4 Diretrizes para Comunidades Terapêuticas no contexto do Plano Nacional sobre Drogas (PNAD)**

Em 1996 o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) realizou o 1º Seminário Latino Americano de Comunidades Terapêuticas. Nesse período não estava claro sobre quais diretrizes as CTs deviam seguir, o que resultou na apresentação de uma proposta de normas por parte dos representantes das CTs presentes no evento. Eles solicitaram, também, fiscalização no cumprimento das normas sugeridas, assim como subsídio para que as CTs pudessem se enquadrar ao padrão sugerido pelas CTs. As sugestões foram aprovadas pelo plenário e aproveitadas posteriormente pela SENAD no 1º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em novembro de 1998, em Brasília, colocando-as no subgrupo “Comunidades Terapêuticas” (CHAVES; CHAVES, 2007). Esse Fórum teve a participação de cerca de 2000 representantes de vários setores da sociedade brasileira e se uniram com o objetivo de apontar necessidades e sugerir aspectos que deveriam ser incluídos na Política Nacional Antidrogas, além de estabelecer um diálogo permanente entre sociedade e governo federal. Um dos temas centrais tratou sobre a melhoria do tratamento do dependente químico, a começar pelo treinamento dos funcionários (BRASIL, 2002).

Segundo o relatório do subgrupo do Fórum intitulado “Comunidade Terapêutica”, coordenado por Saulo Monte Serrat, ficou evidenciada a preocupação dos representantes das CTs brasileiras em relação ao crescimento indiscriminado de tais organizações que assim se intitulam, mas que não possuem nenhum compromisso ético em relação aos usuários desses serviços e nem um programa terapêutico coerente, além de funcionarem, em alguns casos, na clandestinidade. Foi ponto pacífico de que as CTs poderiam trabalhar em um dos três modelos tradicionais: modelo espiritual, científico e misto. Os participantes desse subgrupo reivindicaram que fossem assegurados direitos iguais para as CTs, desde que elas

---

<sup>21</sup> ACCTE. **Entrevista sobre Comunidade Terapêutica com Célio Luis Barbosa**. Disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=qG9PQd9XZh0>>. Acesso em: 21 out. 2012.

atendessem às normas propostas. As propostas com relação às normas mínimas de funcionamento das CTs previam que houvesse: um programa terapêutico coerente em que constasse a adoção de critérios para admissão da pessoa dependente de substância psicoativa; programa de tratamento com fases distintas; estabelecimento de critério de alta; procedimento que caracterizassem a reinserção social como objetivo final. Além dessas propostas, foi sugerido que as CTs devessem apresentar um Programa de Capacitação e Treinamento de seu pessoal em cursos credenciados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); obedecer ao Código de Ética da FEBRACT, o qual havia sido aprovado pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas. No que se refere às propostas dirigidas para a SENAD, foi sugerido que esta: contemplasse prioritariamente com distribuição de recursos financeiros, as CTs que lutavam contra a falta de recursos, mas que realizavam um trabalho sério e eficaz; acompanhasse as CTs (ou outro órgão credenciado por essa secretaria); incluísse representantes das CTs em seus respectivos órgãos estaduais ou municipais; formasse uma comissão com representantes da FEBRACT, FETEB e das CTs, com o objetivo de aprofundar as normas sugeridas (BRASIL, 1998).

A partir desse momento iniciou-se o processo para o estabelecimento de normas mínimas de funcionamento das CTs, tendo como resultado em 2001 a publicação da Resolução nº 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Essa normatização buscou evitar a disseminação do conceito errôneo de que as CTs eram organizações desorganizadas, constituindo-se em depósitos que exploravam os dependentes e suas famílias (CHAVES; CHAVES, 2007).

Em 30 de maio de 2001 foi aprovada a RDC 101. Essa resolução se constituiu em um avanço e a primeira diretriz para as comunidades terapêuticas. De acordo com o texto introdutório da Resolução, por considerar a necessidade de normatizar o funcionamento de serviços públicos e privados segundo o modelo psicossocial para atender pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de drogas, ficou estabelecido no Artigo 1º o seguinte:

Estabelecer Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução. (BRASIL, 2001).

Os principais marcos históricos da luta pela legalização das CTS podem ser visualizados no quadro 1:

Quadro 1 - Marcos Históricos

| Marcos Históricos |                                                         |                                        |                             |                                  |                                 |                              |
|-------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Evento            | I Encontro Latino Americano de comunidades Terapêuticas | III Encontro de Centros de Referências | I Fórum Nacional Antidrogas | Portaria nº 4 – Comissão Técnica | Consulta Pública nº 78 - Anvisa | Reunião Anvisa – Marco Legal |
| Ano               | 1996                                                    | 1997                                   | 1998                        | 1999                             | 2000                            | 2001                         |

Fonte: elaborado pelo autor, adaptado da Cruz Azul no Brasil<sup>22</sup>

Com o objetivo de simplificar as ações das CTs, foi aprovada A RDC 29, de 30 de junho de 2011. O Artigo 1º que trata dos objetivos afirma que:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência. Parágrafo único. O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução. (BRASIL, 2012a).

As principais diferenças entre a RDC 101 e a RDC 29 podem ser observadas no Quadro 2:

Quadro 2 - Diferenças entre RDC 101 e RDC 29

| RDC-101 (revogada)                                                                                                                 | RDC-029 (em vigor)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>01</u> Profissional da área da Saúde ou Serviço Social<br><u>01</u> Coord. Administrativo<br><u>03</u> Agentes Comunitários SPA | - Responsável Técnico de nível superior legalmente habilitado ( <b>RT</b> ) com substituto.<br>- Profissional responsável pelas questões operacionais (pode ser próprio RT).<br>- <b>Equipe compatível</b> com as atividades desenvolvidas em <b>período integral</b> .<br>(Registro das capacitações da equipe) |

Fonte: adaptado pelo autor da Cruz Azul do Brasil

<sup>22</sup> Informação verbal em curso realizado em Pompeia em novembro de 2012

## 2.5 Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida de Bauru

De acordo com Eugênia M. S. Chaves<sup>23</sup>, 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<sup>24</sup>. 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, em regime residencial, e a quarta fase por período de um ano em regime de Grupo de Apoio fora da CT. Sendo:

- Primeira fase: Processo de Integração na CT e estabelecimento do vínculo terapêutico, com duração de 15 dias.
- Segunda fase: Processo de Reestruturação Pessoal que implica na reorganização da vida, na reconstrução de valores morais e na formação de conceitos corretos a respeito de família, trabalho, sociedade, autodisciplina etc. Duração de noventa dias.

---

<sup>23</sup> CHAVES, E. M. S. **Texto** [mensagem pessoal] recebida por <p.marcosroberto@hotmail.com> em 11 jul. 2013.

<sup>24</sup> Edmundo M. Chaves, um dos fundadores do Esquadrão da Vida, tinha 21 anos na época que a entidade foi fundada. Ele tinha um grupo de amigos de 5 pessoas, e uma moça do grupo estava namorando um rapaz “viciado”. Por mais que alertavam-na de deixa-lo, ela persistiu no namoro. Então o grupo começou a ajudar o rapaz e ele parou de usar drogas. Uma vez livre das drogas, começou trazer outros dependentes químicos para serem ajudados pelo grupo. A fim de atender as pessoas que chegavam para ser ajudadas, o advogado Paulo Valle cedeu uma pequena casa na rua Anhanguera, em Alto Higiênópolis, um bairro de Bauru. Nessa época o grupo não tinha referências de tratamento de drogas. Foi então que Edmundo teve a oportunidade de ler o livro “A cruz e o punhal”, de um pastor americano chamado David Wilkerson, o qual havia iniciado um trabalho de recuperação de drogas em Nova Iorque, Estados Unidos. Após isso, Edmundo vendeu o carro, comprou uma passagem e foi conhecer o trabalho do pastor americano, permanecendo lá 3 meses. Nos Estados Unidos conheceu outros trabalhos de recuperação de dependentes químicos, como no Texas, Pensilvânia e Califórnia. Ao retornar ao Brasil, descobriu um grupo (Movimento Jovens Livres) de Goiânia que estava iniciando um trabalho com viciados. Enviaram um grupo para lá, e a partir disso começaram a sistematizar o trabalho de recuperação (CHAVES, 2012).

- Terceira fase: Processo de Reestruturação Social e Reinserção Social. Nesta fase o paciente participa de atividades com breves incursões no seu ambiente social com retorno à CT para avaliação e tratamento em áreas específicas que possam vir a ser possíveis fatores de recaídas. Duração de setenta e cinco dias.

- Quarta fase: Pós-tratamento. Nesta fase o indivíduo participa de Grupo de Apoio (semanal), de terapia individual semanal (se possível) e realização de testes laboratoriais para manutenção da abstinência (opcional). Duração de um ano. Nessa fase a CT atua como base de apoio para consolidação da recuperação e a família e o indivíduo reassumem o papel na tarefa de condução do processo terapêutico.

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, um cozinheira, um motorista, cinco voluntários.

Na CT, a jornada (dia-a-dia) é o processo individual de tratamento e desenvolvimento pessoal. O caminho é o curso planejado de mudança traçado nos estágios e níveis do programa. O terreno é o ambiente social – a estrutura, as pessoas e as atividades que desafiam o indivíduo a aprender e a mudar.

Historicamente, no município de Bauru, os atendimentos à pessoa adulta, do sexo masculino, dependentes de substâncias psicoativas eram financiados pela Política de Assistência Social. Entretanto, este tipo de atendimento não foi contemplado pela Resolução nº 109 do Conselho Nacional de Assistência Social, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, não inserindo o financiamento de ações destinadas ao tratamento de dependentes de substâncias psicoativas.

Neste contexto é importante ressaltar a necessidade de atender às demandas imediatas de pessoas que se encontram em situação de dependência de substâncias psicoativas e que não respondem positivamente ao tratamento em regime ambulatorial (ainda persiste), principalmente em função da magnitude do

consumo prejudicial destas substâncias, especialmente o crack, não somente por adultos, mas também entre crianças e adolescentes.

O Município de Bauru, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, publicou um edital de chamamento público para inscrições para o cadastramento de Serviços de Atenção a dependentes de substâncias psicoativas – Comunidades Terapêuticas, para celebração de Convênio a partir de janeiro de 2011. (Chamamento publicado no Diário Oficial do Município, de 25 de novembro de 2010, Edital SMS nº 202/2010). Desde janeiro de 2011 O Esquadrão da Vida de Bauru recebe financiamento da Secretaria da Saúde.

O Esquadrão da Vida de Bauru tem recebido desde sua fundação pessoas dependentes das mais diversas drogas. Uma vez que a referida entidade é uma política social de atenção ao dependente químico, é necessário que se façam alguns questionamentos: o que é droga? Há diferença entre uso esporádico ou recreacional do uso problemático? Qualquer pessoa que tenha experimentado ou abusado das drogas em algum momento da vida devem ser tratadas em CT? Quais são os critérios que devem ser observados para determinar se uma pessoa é dependente ou se necessita ou não de tratamento? A fim de responder a essas perguntas, a próxima seção tratará dos conceitos geral e específico das drogas, relacionará as principais drogas consumidas no Brasil de acordo com a forma de cada uma delas agir no SNC e tratará sobre os critérios diagnósticos de dependência química.

### 3 DROGAS

As drogas ilícitas de maneira geral afetam todas as áreas do indivíduo (física, psicológica, familiar, social) e fazem milhares de vítimas fatais todos os anos. De acordo com dados de 2007 do “Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime” (UNODC), estima-se que as drogas ilícitas fazem 200.000 vítimas fatais por ano. Mesmo que o consumo de crack tem se destacado na mídia em razão das consequências do tráfico e do consumo, há outras drogas que preocupam o governo e a sociedade civil (NAÇÕES UNIDAS, 2008).

Estima-se que em 2009, entre 149 e 272 milhões de pessoas consumiram substâncias ilícitas ao menos uma vez no ano anterior. Esse total representava um percentual entre 3,3% e 6,1% da população mundial entre 15 e 64 anos. A UNODC estima que cerca da metade dessas pessoas eram consumidoras habituais de substâncias ilícitas e que teriam usado ao menos uma vez no mês anterior à avaliação. Apesar do número total de consumidores de substâncias ilícitas ter aumentado, as taxas de prevalência<sup>25</sup> têm permanecido estáveis desde a década de 1990, bem como o número de usuários problemáticos de droga: entre 15 e 39 milhões de pessoas (NAÇÕES UNIDAS, 2011).

A efetivação de políticas sociais de prevenção e tratamento necessita de dados sobre o perfil das pessoas que usam drogas, assim como de conceitos claros. Droga é um termo genérico e não expressa com especificidade o tipo de droga que deve ser alvo de alguma política e nem o dano social, psicológico ou físico que ela acarreta. Como exemplo, os danos provocados pelo crack são diferentes dos danos provocados pela maconha por serem, tecnicamente, drogas diferentes, que agem de maneira diferente no SNC. A elaboração de políticas sociais necessita também que se faça distinção entre o usuário ocasional/recreacional do usuário pesado e dependente de drogas, a fim de evitar generalizações preconceituosas.

Com base nessas questões, essa seção tratará do conceito abrangente de droga, assim como conceituará as drogas do ponto de vista médico e legal, atendo-se ao conceito médico. Também serão abordados os critérios diagnósticos de dependência química visando esclarecer quais são os elementos que devem estar presentes no indivíduo a fim de se ter condições de afirmar de maneira precisa

---

<sup>25</sup> Prevalência é a proporção dos casos existentes de certa doença ou fenômeno em uma população determinada e em um tempo determinado.

quando alguém já é um dependente químico ou apenas um usuário ocasional ou bebedor ocasional que passou dos limites em determinada situação.

### 3.1 Conceitos

É comum pessoas serem taxadas como drogadas ou criminosas pelo fato de fazerem uso recreacional uma ou outra vez, ou taxar alguém de ‘alcoólatra’ em razão de ter se embriagado ou então beber demais em um determinado momento. As drogas ilegais (maconha, cocaína, ecstasy, etc...), assim como o tabaco e o álcool (drogas legais) fazem vítimas, uma vez que causam transtornos físicos e psicológicos, além de acidentes e absenteísmo no trabalho. Dessa forma, o conhecimento científico é fundamental na compreensão correta do assunto acerca da prevenção e tratamento das vítimas. Segundo o texto do curso desenvolvido pela SENAD em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), para se prevenir o uso indevido de drogas é necessário que se conheça os efeitos que elas causam, as consequências do uso, bem como as diferentes classificações (NICASTRI, 2011).

O público leigo atribui ao nome drogas somente as substâncias proibidas que são alvos de repressão policial e que geram alguma forma de punição para quem produz, distribui ou usa. Em função dessa conceituação, geralmente o álcool e o tabaco não são vistos como drogas. Entretanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “Droga é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.” (NICASTRI, 2011, p. 18). Uma vez que tanto o álcool como o tabaco provocam alterações no SNC, também são conceituados como drogas.

As formas de apresentação das drogas podem ser naturais, semissintéticas e sintéticas. As drogas naturais não sofrem alterações em sua composição. O tabaco e a maconha são exemplos. As drogas semissintéticas são drogas naturais que sofrem mudanças em laboratório. A cocaína é um exemplo de drogas semissintéticas. As drogas sintéticas são concebidas em laboratório, em que o LSD é um exemplo.

Segundo Lemos e Zaleski (2006), as drogas são divididas do ponto de vista legal em: lícitas (tabaco, bebidas alcoólicas, medicamentos) e ilícitas (maconha,

cocaína, crack, LSD, *ecstasy*, alguns medicamentos), e são divididas do ponto de vista médico pela forma como as drogas agem, ao ponto de modificar a atividade do Sistema Nervoso Central (SNC): Estimulantes (cocaína, tabaco, anfetaminas), Depressoras (álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, analgésicos opióides, solventes inalantes) e Alucinógenas ou Perturbadoras (maconha, cogumelos).

### **3.2 Drogas depressoras**

Certas drogas depressoras são de uso terapêutico. Os medicamentos benzodiazepínicos são os mais utilizados com essa finalidade. Os benzodiazepínicos são ansiolíticos (calmantes), indutores de sono e relaxantes musculares. Entre as drogas depressoras há os barbitúricos, os quais são utilizados para tratar de alguns tipos de epilepsia, além de serem indutores de sono, relaxantes musculares e anestésicos. Os analgésicos opióides (à base de ópio), como a morfina e derivados, são utilizados em dores muito intensas que não podem ser aliviadas com analgésicos comuns. Os analgésicos opióides também têm propriedades antidiarréicas (elixir paregórico, loperamida, difenoxilato) e antitussígenas (inibidoras da tosse, como xaropes e gotas à base de codeína).

#### **3.2.1 Álcool**

Benjamin Rush, considerado o pai da psiquiatria norte-americana, cunhou em 1791 a frase que, de certa maneira, ajudou a fundamentar o atual conceito de dependência química: “beber começa como um ato de vontade, caminha para um hábito e finalmente afunda na necessidade”. Esse médico já evidenciou em sua época que, ao contrário de muitas pessoas, algumas desenvolveriam uma relação problemática com o álcool e antecipou o debate que vem ocorrendo no mundo nos últimos 200 anos com relação ao abuso do álcool, uma vez que ele notou que 30% das internações psiquiátricas nos Estados Unidos se deviam a problemas relacionados à bebida, e propunha medidas comunitárias para o controle do álcool,

uma vez que considerava um problema de saúde pública (RUSH, B<sup>26</sup>. apud DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Entre as drogas depressoras (álcool, cola de sapateiro), o álcool é a substância mais utilizada para uso recreacional e de maneira abusiva. A pessoa busca inicialmente os efeitos relacionados à desinibição comportamental que se manifesta pela extroversão. Segue-se a esses efeitos a sedação. O tipo de álcool encontrado nas bebidas alcoólicas é o etanol. Uma dose de álcool é equivalente a uma lata de cerveja de 350 ml ou uma taça de vinho de 120 ml, ou 40 ml de uísque ou cachaça. Uma vez ingerido, o organismo leva de sessenta a noventa minutos para metabolizar essa quantidade de álcool e eliminar os efeitos centrais da bebida sobre o Sistema Nervoso Central (LEMOS; ZALESKI, 2006).

A intoxicação aguda provocada por álcool aparece em geral a partir da ingestão de duas ou mais doses e é caracterizada por alteração de humor que varia da euforia ao desânimo, passando por um comportamento agressivo, aumento da sensação de autoconfiança, alteração da percepção do que acontece ao redor, prejudicando a capacidade de julgamento, diminuição da atenção, dos reflexos e da capacidade motora, visão dupla, tontura e sonolência, náuseas e vômitos, coma, parada cardiorrespiratória e morte. Observam-se, em especial nas pessoas jovens, atitudes mais impetuosas e agressivas após o consumo de altas doses de álcool (*binge*) que as leva a assumir atitudes de risco, como dirigir embriagada ou transar sem preservativo.

Os alcoolistas são caracterizados por repetir o consumo de álcool por longos períodos. Essa repetição leva à intoxicação crônica caracterizada por prejuízos psíquicos e físicos. Os prejuízos psíquicos são: perda da memória, confusão mental e demência. Os prejuízos físicos são: deficiência de vitaminas, principalmente as do complexo B, e desnutrição, perda de massa muscular, alteração das hemácias e da coagulação do sangue, queda das defesas imunológicas, predispondo a pessoa a infecções como pneumonia e tuberculose. A súbita interrupção do uso crônico também causa uma série de sintomas que caracterizam a síndrome da abstinência: irritabilidade, tremores, confusão mental e *delirium tremens* (alucinações, convulsões, desorientação e agitação psíquica. (LEMOS; ZALESKI, 2006).

---

<sup>26</sup> RUSH, B. **An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind, with an account of the means of preventing and of the remedies for curing them.** New York: C. Davis, 1811.

De acordo com dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) realizado em 2012, que tomou por base uma amostragem de 4607 entrevistas entre pessoas com mais de 14 anos de todas as regiões do país, 32% (equivalente a 21.8 milhões de pessoas) dos adultos afirmaram não conseguir parar de beber depois de começar; 8% (equivalente a 7.4 milhões de pessoas) admitiram que o uso do álcool prejudicou o trabalho; 4.9% (equivalente a 4.6 milhões de pessoas) já perderam o emprego em razão do consumo indevido do álcool e 9% (equivalente a 12.4 milhões de pessoas) admitiram que o consumo de bebidas alcoólicas prejudicou a família ou relacionamento. Dos 5% dos brasileiros que tentaram suicídio, 24% relataram que a tentativa teve relação com a bebida alcoólica. Comparando os padrões de consumo entre o I LENAD realizado em 2006 e o II LENAD realizado em 2012, a taxa de abstinência no consumo de álcool na população brasileira sofreu pequena alteração, passando de 48% para 52%<sup>27</sup>, mas houve aumento entre os bebedores frequentes adultos em 20% (que bebem uma vez por semana ou mais), que subiu de 45% para 54% entre os bebedores. Entre esse grupo houve um aumento entre as mulheres, que passou de 29% em 2006, para 39% em 2012, embora a maior taxa de bebedores frequentes se encontra entre os homens. A pesquisa demonstrou também que enquanto pouco mais da metade da população brasileira (52%) é abstêmia, 32% bebem moderadamente e 16% consomem álcool em quantidades nocivas. Em 17% dos casos, (equivalente a 11.7 milhões de pessoas), as pessoas entrevistadas apresentaram critérios para abuso e/ou dependência de álcool (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012a).

### 3.2.2 Solventes inalantes

Os solventes inalantes são drogas depressoras. Têm efeitos euforizantes como o álcool, porém mais intensos e fugazes, acompanhados por alucinações visuais. De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), os solventes inalantes são as drogas mais utilizadas por meninos de rua e estudantes de escola pública quando se exclui da análise o álcool

---

<sup>27</sup> Esse dado é relevante, pois mostra que, apesar de a bebida alcoólica ser socialmente aceita e incentivada pelos meios de comunicação, mais da metade da população brasileira não bebe.

e o tabaco (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, [20--]). Os solventes inalantes são todos voláteis (evaporam) e altamente inflamáveis. São eles: acetona, benzina, cola de sapateiro, aguarrás, gasolina, esmalte, lança-perfume, loló (clorofórmio e éter), fluido de isqueiro, laquê e tintas em geral. Os efeitos dos solventes aparecem alguns segundos após a inalação e duram até trinta minutos. Os efeitos sobre o SNC são caracterizados por: fase de excitação (euforia, tontura, perturbações auditivas e visuais, náuseas, espirros, tosse, salivação e face avermelhada); fase de depressão (confusão mental, desorientação, voz pastosa, visão turva, perda de autocontrole, dor de cabeça, palidez e delírios auditivos); fase de depressão moderada (redução do estado de alerta, incoordenação ocular e da marcha, inibição dos reflexos motores, fala enrolada e alucinações); fase de depressão profunda (inconsciência, delírios, convulsões e morte). A síndrome de abstinência é caracterizada por ansiedade, agitação, tremor, câimbras nas pernas e insônia (LEMOS; ZALESKI, 2006).

De acordo com o 6º Levantamento Nacional realizado pelo CEBRID em 2010, dentre os alunos que fizeram uso no ano, 5,2% citaram as drogas inalantes. O uso de drogas inalantes ficou atrás apenas do álcool e tabaco (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2010).

### 3.2.3 Benzodiazepínicos

Os Benzodiazepínicos mais conhecidos são Diazepam, Lorazepam, Bromazepam, Clonazepam, Flunitrazepam, Midazolam e Alprazolam. O efeito mais comum gerado pelo abuso dos Benzodiazepínicos é a sedação (calmante), mas, assim como o álcool e os solventes inalantes, provocam incoordenação motora e alteração da percepção. São raros os casos fatais por abuso dessas drogas. A síndrome de abstinência é caracterizada por irritabilidade, insônia, podendo ocorrer convulsões (LEMOS; ZALESKI, 2006).

### 3.2.4 Barbitúricos

Os Barbitúricos mais conhecidos são o Fenobarbital (antiepiléptico), o Pentobarbital (indutor de sono) e o Tiopental (anestésico). Os efeitos do uso são semelhantes aos benzodiazepínicos e doses três vezes maiores que as terapêuticas

podem ser fatais ao causar depressão respiratória, coma e morte. A síndrome de abstinência pode ser grave, comparada ao *delirium tremens* alcoólico (LEMOS; ZALESKI, 2006).

### 3.2.5 Analgésicos opióides

Os analgésicos opióides são originados do ópio, substância extraída da papoula. As drogas opióides mais conhecidas são: morfina, codeína e heroína. A heroína é um derivado sintético que leva à dependência mais facilmente que a morfina e a codeína. Os efeitos desejados pelos usuários recreacionais dessas drogas são uma sensação de bem-estar e contentamento. O uso intravenoso da heroína causa uma sensação de prazer imediata conhecida como *rush*. Essa experiência poderá levar a pessoa ao desejo de repeti-la e é responsável pelo alto índice de dependência. A síndrome de abstinência é caracterizada por diarreias, náuseas, vômitos, coriza, lacrimejamento, cólicas, sudorese, calafrios, hipertensão, ansiedade, agitação e convulsões (LEMOS; ZALESKI, 2006).

## 3.3 Drogas estimulantes

No grupo das drogas estimulantes estão o tabaco, as anfetaminas e a cocaína/crack. Neste grupo de drogas, somente as anfetaminas têm uso terapêutico como inibidoras de apetite, entretanto o uso é recomendado apenas em caso de obesidade mórbida. O uso terapêutico inadequado ocorre em tratamentos emagrecedores, levando à dependência química. O Brasil está entre os maiores consumidores de anfetaminas do mundo (LEMOS; ZALESKI, 2006).

De acordo com o 6º Levantamento, entre os estudantes que fizeram *uso na vida* de drogas, 2,2% usaram anfetaminas. Ao comparar o 5º (2004) e o 6º Levantamento (2010) entre estudantes, observou que, em relação ao *uso na vida* de drogas, houve diminuição significativa dos que tiveram contato com anfetaminas. O mesmo se deu em relação ao *uso no* ano dessa droga, que caiu de 4,6% para 3,7% (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2010).

### 3.3.1 Tabaco

Sobre o tabaco, há registro do uso por povos indígenas das Américas em 1000 a.C. e era usado com finalidades curativas. Foi usado ao longo da história para tratar desde úlceras até unha encravada. Por ter sido uma droga associada à imagem de pessoas bonitas, jovens, esportistas, bem sucedidas, sensuais, homens “machos” e mulheres femininas e decididas, principalmente antes das leis de restrição da propaganda, se tornaram um grande atrativo para os jovens. As primeiras comprovações científicas dos males à saúde causados pelo consumo do tabaco surgiram na década de 1960. Os efeitos desejados para quem usa tabaco são aumento de estado de alerta, da atenção e do desempenho psicomotor. O consumo do tabaco diminui o apetite, razão pela qual, quando o indivíduo para de fumar, experimenta aumento de peso. Entre os efeitos negativos do uso do tabaco estão a taquicardia e aumento da pressão arterial (LEMOS; ZALESKI, 2006).

Os efeitos tóxicos estão relacionados não somente à nicotina, mas ao alcatrão, ao monóxido de carbono e centenas de outras substâncias tóxicas. O uso do tabaco está associado ao comprometimento funcional de todos os sistemas orgânicos, como: bronquite, enfisema pulmonar, infarto do miocárdio, hemorragia cerebral, úlcera digestiva e câncer de pulmão, laringe, faringe, boca, esôfago, estômago e mama. Na mulher as substâncias tóxicas atravessam a barreira placentária e provocam aborto, baixo peso ao nascer e alterações neurológicas do feto. As substâncias tóxicas também são transmitidas ao leite materno. Uma criança amamentada por uma mãe fumante poderá apresentar síndrome de abstinência. A toxicidade faz do cigarro a droga que afeta o organismo de maneira mais extensa e mais grave e é responsável pela elevação dos gastos públicos para o tratamento relacionado a essa droga (LEMOS; ZALESKI, 2006).

A abstinência provocada pela ausência da nicotina é caracterizada por fissura (desejo incontável de uso), irritabilidade, agitação e ansiedade, dificuldade de concentração, sensação de incapacidade de lidar com o estresse, sudorese, tontura e insônia. Em razão de sentir agitação e ansiedade pela falta de nicotina, os fumantes dizem que o cigarro acalma.

O tabaco está entre as principais substâncias psicoativas citadas por alunos. De acordo com o 6º Levantamento, o consumo de tabaco sofreu diminuição de

24,9% em 2004 para 17,9% em 2010 para *uso na vida* (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2010).

### 3.3.2 Cocaína/Crack

A cocaína (*Erythroxylon coca*) também é chamada de *epadu* pelos índios brasileiros. As folhas de coca são utilizadas pelos povos andinos como revigorante e inibidor da fome. Freud chegou a prescrever essa droga como ansiolítico e antidepressivo, mas logo se percebeu o alto poder que essa droga tem para causar dependência, tornando-se o ouro branco dos narcotraficantes. A cocaína é versátil nas formas de apresentação. Uma das apresentações é a pasta base, conhecida por merla. Quando fumada, os efeitos aparecem em poucos segundos e podem durar até meia hora. Uma das formas de apresentações da cocaína é em pó ou microcristais (cloridrato de cocaína). Uma vez aspirada, a cocaína em pó produz efeitos em três minutos. Se injetado na veia, os efeitos aparecem de trinta a sessenta segundos e podem durar até uma hora. Na apresentação sólida ou em pedra (cloridrato de cocaína com bicarbonato), o crack, quando fumado, produzirá efeitos intensos e fugazes entre dez e quinze segundos. Os efeitos podem durar em torno de cinco minutos. Os efeitos desejados procurados pelos usuários de cocaína são um prazer intenso e sensação de poder e euforia. A excitação provocada pelo uso dessa droga produz um quadro de hiperatividade, insônia e inibição de apetite, razão pela qual os dependentes dessa droga, em especial o crack, perdem peso rapidamente. Os efeitos indesejados são: comportamento violento, irritabilidade, tremores e psicose cocaínica (paranoia, alucinação e delírios). A cocaína produz dilatação da pupila, aumento da pressão arterial, taquicardia, constipação. Quadros clínicos graves causados por *overdose* vão desde convulsão e coma até parada respiratória e morte. A síndrome de abstinência que surge após uma hora depois de ter passado o efeitos é marcada por irritabilidade e fadiga (*crash*). Segue-se a esses efeitos a fissura, depressão e ansiedade (LEMOS; ZALESKI, 2006).

Em relação ao *crack*, embora não seja a droga mais consumida, é a droga que tem despertado especial atenção das autoridades e da sociedade em geral devido à relação do uso dessa droga com violência, da sua rápida dependência e

dos efeitos devastadores produzidos no organismo do usuário<sup>28</sup>. De acordo com Alves, Ribeiro e Castro (2011), o crack trouxe grandes mudanças à economia doméstica do tráfico de drogas, pois a separação entre vendedor e consumidor foi abandonada. Os consumidores passaram a vender a droga enquanto os vendedores se tornaram viciados. Atualmente o país representa 20% do consumo mundial dessa droga. De acordo com dados do II LENAD, 2,3 milhões de pessoas usaram cocaína em 2011 (69% aspirada/fumada e 31% cheirada). Desse grupo, 48% (equivalente a 1 milhão de pessoas) foram definidas como dependentes (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012b).

### 3.3.3 Anfetaminas

A primeira anfetamina surgiu na Alemanha em 1887, cuja finalidade terapêutica era elevar a pressão arterial em caso de hipotensão (pressão baixa) em procedimentos anestésico. Em 1914 foi sintetizada a primeira metanfetamina (MDMA), também na Alemanha. Foi um precursor para drogas terapêuticas, conhecida mais tarde como *ecstasy*. Somente em 1927 iniciaram-se as experiências clínicas com as anfetaminas e em 1929 foi sintetizada nos Estados Unidos a anfetamina benzedrina para o tratamento da asma. É a primeira droga não barbitúrica e considerada clinicamente efetiva pela psicofarmacologia moderna. Na década de 1930 surgiram os primeiros relatos de abuso da benzedrina. Durante a Segunda Guerra Mundial, foi realizada farta distribuição de anfetamínicos para os soldados aliados com o objetivo de combater a fadiga e mantê-los acordados e alertas por mais tempo, além de diminuir o apetite e, por consequência, reduzir o consumo de alimentos (LE MOS; FONSECA, 2011).

As anfetaminas mais conhecidas são: metanfetamina (*ice*), fenfluramina, mazindol, dietilpropiona, femproporex e metilfenidato. As metanfetaminas são também chamadas de *design drugs*, em razão de ser criadas e modificadas (desenhadas) em laboratório. Os motoristas, em especial caminhoneiros, conhecem essa droga como “rebite”. Os estudantes as conhecem como “bolinha”. Em razão

---

<sup>28</sup> Em razão da natureza hidrossolúvel da cocaína, ela pode ser administrada por qualquer via, podendo ser cheirada, injetada (cocaína em pó pode ser cheirada ou injetada) ou fumada. As apresentações da cocaína que podem ser fumadas são: crack, merla, pasta base e óxi.

das anfetaminas terem uso terapêutico restrito, não são mais fabricadas de maneira legal no Brasil (LEMOS; ZALESKI, 2006).

As anfetaminas têm o potencial de deixar o usuário em estado de alerta, com menos sono (ligado, aceso, elétrico) e maior sensação de energia. Entre os efeitos indesejados são: irritabilidade, agressividade e psicose anfetamínica (essa psicose é semelhante à cocaínica). A síndrome de abstinência é marcada por apatia, fadiga, sono prolongado, agressividade, irritabilidade e depressão (LEMOS; ZALESKI, 2006).

Recentemente o Brasil passou de consumidor para produtor dessa droga e consome cerca de 50% de toda a produção mundial de anfetamínicos inibidores de apetite. A prevalência na população brasileira é de 0,7%. Mulheres com alta escolaridade e renda são as que mais fazem consumo de anfetamínicos anorexígenos (anfetaminas emagrecedoras). O uso recreacional de anfetaminas tem crescido também entre jovens, principalmente em festas *rave* (LEMOS; FONSECA, 2011).

### **3.4 Drogas perturbadoras/alucinógenas**

Os alucinógenos são definidos como agentes químicos com potencial de perturbar (sem deprimir ou estimular) o SNC, ao induzir a alteração de percepção, pensamento e sentimento, causando sensações alucinatórias vívidas, conhecidas como “viagens” (efeitos psicodélicos). O que torna essas “viagens” boas ou ruins é o estado emocional do usuário. Se estiver feliz, o usuário poderá ter uma “boa viagem”, mas se estiver triste, ele poderá ter uma “viagem ruim” (LEMOS; ZALESKI, 2006). As plantas contendo propriedades alucinógenas são utilizadas pela humanidade com diferentes finalidades e locais diversos. Os egípcios usavam essa droga para alcançar estado de inconsciência e aliviar a dor. Os gregos usavam para entorpecer vítimas de assaltos, enquanto que na Europa da idade média, as mulheres consideradas bruxas criaram alguns tipos de unguentos e poções que produziam alteração da percepção, como levitação, visões, sono profundo e embriaguez (CORDEIRO, 2011).

Os alucinógenos são classificados em naturais e sintéticos. Um dos alucinógenos naturais mais conhecidos<sup>29</sup> é a *ayahuasca*. Essa droga é utilizada há milhares de anos por populações indígenas da Amazônia Ocidental em rituais religiosos e na prática da medicina desses povos. O termo *ayahuasca* é derivado da língua quíchua (de origem peruana), sendo formado por duas palavras: *aya* (espírito, alma, morto) e *waska* (cipó, corda, vinho). A tradução literal tem os significados cipó dos espíritos, corda dos mortos ou vinho dos mortos. A seita mais conhecida que utiliza essa droga é a Santo-daime. Essa seita foi criada na periferia de Rio Branco, no Acre, em 1930, pelo seringueiro Irineu (mestre Irineu). O mestre Irineu teve contato com rituais indígenas (pajelança) e mestiços na fronteira com o Peru, onde se utilizavam desse chá a fim de ter contato com seres divinos (CORDEIRO, 2011).

Entre as drogas alucinógenas mais conhecidas estão os derivados da *cannabis* (maconha), o LSD e o *ecstasy*<sup>30</sup>.

#### 3.4.1 Maconha

A *cannabis sativa* é a planta que dá origem à maconha, que é elaborada a partir das folhas e flores secas, e ao haxixe<sup>31</sup>, que é elaborado a partir da pasta da seiva. O princípio ativo da *cannabis* é o tetrahydrocannabinol (THC). Essa droga tem propriedades analgésica, hipnótica e espasmódica. Os usuários de maconha e haxixe buscam nessa droga sensação de calma, relaxamento e bem-estar, mas os efeitos físicos adversos são acompanhados de vermelhidão dos olhos, boca seca, coração disparado e bronco-dilatação. Outros efeitos colaterais do uso são: angústia, tremores, sudorese, prejuízo de memória e da atenção, alteração da percepção espacial e temporal, delírios e alucinações. A síndrome de abstinência é experimentada por usuários diários que interrompem de maneira abrupta o consumo, cujos efeitos são: agitação psicomotora, irritabilidade, confusão mental, taquicardia e sudorese (LE MOS; ZALESKI, 2006).

De acordo com o II LENAD, 7% da população adulta (equivalente a 8 milhões de pessoas) experimentaram maconha alguma vez na vida, enquanto que

<sup>29</sup> Outros alucinógenos naturais são: beladona, cogumelos alucinógenos, mandrágora, datura, jurema, paricá, peioté e sálvia (CORDEIRO, 2011).

<sup>30</sup> Outros exemplos de drogas alucinógenas são: mescalina, *ayahuasca*, psilocibina, *Club Drugs*, Triexfenidila e Ketamina. A *ayahuasca* é conhecida por seu uso em rituais religiosos.

<sup>31</sup> O haxixe é um derivado da *cannabis sativa* e é dez vezes mais potente que a maconha.

3% (equivalente a 3 milhões de pessoas) usaram no ano anterior a pesquisa. Entre adolescentes, a taxa de usuários foi semelhante aos adultos - 3% (equivalente a 470 mil adolescentes) desse grupo consumiram maconha no ano anterior a pesquisa. Desse percentual, mais da metade de usuários (adultos e adolescentes) consomem essa droga diariamente (1,5 milhões de pessoas). A pesquisa comparou os dados de 2006 e 2012 e concluiu que houve um aumento na proporção entre usuários adolescentes e adultos. Se em 2006 havia menos de um adolescente para cada usuário adulto, em 2012 foram encontrados 1,4 adolescentes usuários para cada adulto. De uma maneira geral, dos usuários de maconha, 60% experimentaram essa droga antes dos 18 anos<sup>32</sup>. De acordo com dados de várias partes do mundo, 1/3 dos usuários adultos desenvolvem dependência dessa substância. Esse dado foi confirmado pelo II LENAD (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS , 2012c)<sup>33</sup>.

### 3.4.2 LSD

O LSD (Dietilamida do Ácido Lisérgico) é derivado do *ergot*, um fungo que cresce em culturas de cereais como arroz, centeio, entre outros. É tido como o alucinógeno mais potente, sendo capaz de produzir alucinações em pequenas doses, a partir de 25 microgramas (1/4 de grama). O usuário dessa droga busca uma “boa viagem”, a qual é caracterizada por sensação de euforia e excitação acompanhada por ilusões ou alucinações auditivas e visuais agradáveis. Além desses efeitos, o usuário é capaz de experimentar distorções na percepção do ambiente (cores, formas e sons) e sinestésias, que são estímulos olfativos e táteis que parecem ser visíveis e cores que parece ser ouvidas. Podem ocorrer viagens ruins e os consequentes efeitos adversos são caracterizados por delírios persecutórios (sentimento de ser perseguido), comportamento violento, ansiedade, depressão, surto psicótico, medo de enlouquecer e morrer. É possível que ocorram *flashbacks* semanas ou meses após o uso. Os *flashbacks* são retornos das experiências alucinatórias originais (LEMOS; ZALESKI, 2006).

---

<sup>32</sup> A idade da experimentação é relevante para fins de pesquisa, pois ela está associada ao desenvolvimento da dependência e ao abuso de outras drogas (INPAD, 2012 c).

<sup>33</sup> A identificação da dependência não levou em consideração a quantidade ou frequência de uso, mas aspectos comportamentais comuns desenvolvidos por pessoas dependentes: ansiedade e preocupação por não ter a droga, sensação de perda de controle sobre o uso, preocupação com o uso próprio, tentativa frustrada de parar, achar difícil ficar sem a droga (INPAD, 2012c).

### 3.4.3 Ecstasy

O *Ecstasy* foi sintetizado como moderador de apetite no ano de 1914. A estrutura dessa anfetamina é semelhante ao do LSD. É comercializado em forma de comprimidos, mas também pode ser encontrado em cápsulas e em pó. Nos anos de 1980 essa droga foi popularizada na Europa e Estados Unidos e seu uso foi associado às discotecas. Os usuários buscam nessa droga o desejo de se soltar mais, sentir melhor a música e passar mais horas dançando. O nome *Ecstasy* é atribuído em razão da pessoa que usa essa droga ter a sensação de gostar mais de si mesmo, se sentir “extasiado”. O *Ecstasy* chegou ao Brasil na década de 1990 e, por seu custo elevado, é usada por pessoas de classe média e alta que frequentam clubes noturnos e festas *rave*. As viagens ruins e os *flashbacks* podem ocorrer, embora não sejam tão comuns para quem usa essa droga. Os efeitos adversos são: inibição de apetite, boca seca, dores musculares e ranger de dentes. O efeito de um comprimido pode chegar até oito horas. Essa droga possibilita grande esforço físico através de horas de dança ininterrupta. Esse esforço provocará aumento de temperatura corporal que pode chegar a 42º C e pode levar a pessoa à morte por hipertermia. Em razão da hipertermia, a pessoa consumirá muita água, o que contribuirá para o acúmulo de água no organismo e conseqüentemente a pessoa será intoxicada por esse excesso, o que contribuirá para a letalidade dessa droga (LE MOS; ZALESKI, 2006).

## 3.5 Uso, abuso e dependência

Segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2004), não há uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência química. Entretanto, é possível definir “uso” como o consumo de qualquer substância, seja para experimentar, seja episódico ou esporádico. Abuso de álcool ou outras drogas é definido como um uso nocivo e que traz prejuízos na área biológica, psicológica e/ou social. Dependência é definida como consumo sem controle e que geralmente está associado a problemas sérios para o usuário. Dessa forma é possível afirmar que o indivíduo passaria inicialmente por uma fase de uso de determinada substância. Das pessoas que fariam o uso, algumas evoluiriam para estágios de abuso e, por fim, alguns se tornariam dependentes. Do ponto de vista científico, nem todo uso de álcool ou outras drogas

é devido à dependência. Estudos comprovam que, das pessoas que fazem uso nocivo do álcool, 60% não progredirão para a dependência nos próximos dois anos; 20% voltarão ao uso considerado normal e 20% ficarão dependentes.

Há uma diferença grande entre estar drogado e ser um dependente químico. Nem toda pessoa que está drogada em um determinado momento pode ser considerada uma dependente química e nem todo o dependente químico pode estar drogado. Estar drogado é um estado que não está necessariamente ligado à dependência química, da mesma forma que não se pode afirmar que alguém é alcoolista<sup>34</sup> pelo fato de ter ficado bêbado durante uma festa. Em algum momento esses dois fatores (uso e dependência) podem estar presentes, mas não necessariamente. Um paciente que está internado e, portanto, recebe fortes medicações (drogas) não pode ser considerado um dependente químico por esse motivo e nem todo o dependente químico passa o tempo todo drogado. Figlie, Bordin e Laranjeira (2004) dizem que uma coisa é a pessoa intoxicar-se e outra, por estar intoxicada ou intoxicar-se frequentemente, sofrer acidente, desenvolver cirrose, se envolver em brigas ou ser detido por policial. Percebe-se que se o fato de estar drogado pode representar uma condição pontual do estado de determinada pessoa, a dependência química tem outras dinâmicas que devem ser consideradas.

### 3.6 Critérios diagnósticos

Uma vez que tanto o alcoolismo como o vício em outras drogas foi definido como doença pela OMS, faz-se necessário diferenciar a síndrome da dependência dos problemas relacionados com as drogas ou álcool. Dessa forma, qualquer pessoa que ingira álcool pode exagerar em um determinado momento e ter problemas (o mesmo vale para as drogas), mas se os sinais que definem a síndrome da dependência alcoólica ou química não estiverem presentes, esta pessoa não será diagnosticada como dependente.<sup>35</sup> Para a medicina, síndrome são conjuntos de sinais e sintomas que devem estar presentes para que se defina determinada

<sup>34</sup> Os termos 'alcoolista' e 'alcoólatra' são usados na literatura. A preferência do autor em usar o termo 'alcoolista' se justifica pelo fato do termo 'alcoólatra' remeter à palavra de cunho religioso 'idólatra'. Nesse caso, a pessoa se vê ou é vista como alguém que presta adoração à bebida, o que justificaria o uso da bebida, isentando ela das consequências prejudiciais.

<sup>35</sup> Segundo o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição) e o CID-10 (Classificação Internacional de Doença, 10ª revisão), são necessários que ocorram 3 ou mais sintomas num período de 12 meses para definir que alguém é dependente químico (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

doença em um indivíduo. Nem todos os sinais ou sintomas precisam estar presentes ao mesmo tempo para que seja caracterizada a síndrome da dependência química ou alcoólica<sup>36</sup> em alguém, por outro lado, não apenas os sintomas serão avaliados, mas a intensidade dos mesmos ao longo de um contínuo de gravidade (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

A síndrome da dependência alcoólica foi proposta em 1976 pelo inglês Griffith Edwards e pelo americano Milton Gross. Os critérios diagnósticos propostos por eles valem também para determinar a presença ou não da síndrome da dependência de outras drogas. Os critérios diagnósticos definidos por Edwards e Gross são: estreitamento do repertório, saliência do uso, aumento da tolerância, sintomas de abstinência, alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento do consumo, percepção subjetiva da compulsão para o uso e reinstalação da dependência (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

**Estreitamento do Repertório.** Edwards, Marshall e Cook (2005) afirmam que no bebedor “normal” o consumo e a escolha da bebida variam de um dia para o outro e de uma semana para outra. Em determinado dia ele pode tomar uma cerveja no almoço, não tomar nada no outro dia, dividir uma garrafa de vinho num jantar e alguns drinques numa festa. O comportamento de um bebedor normal é modulado por diferentes necessidades e circunstâncias externas. No indivíduo dependente, seja de álcool ou outras drogas, essa realidade muda. As ocasiões especiais, o estado de humor ou as companhias que justificavam o consumo já não são mais importantes. O indivíduo passa a beber ou usar drogas prioritariamente para evitar os sintomas de abstinência. Nessa fase o repertório de uso fica cada vez mais restrito, ou seja, o indivíduo passa a ingerir a mesma bebida ou droga nos mesmo horários e nas mesmas condições.

**Saliência do uso.** A saliência de uso significa que a família, o trabalho, a casa, os amigos e a própria saúde já não são prioridades para o dependente de álcool (o mesmo conceito se estende para o usuário de outras drogas). *Edwards, Marshall e Cook* (2005) dizem que anteriormente as críticas angustiadas do cônjuge eram eficazes, mas começam a ser neutralizadas pelo bebedor. Da mesma forma, os rendimentos financeiros que anteriormente eram destinados a atender às várias despesas agora são usados prioritariamente para custear o vício. O indivíduo passa

---

<sup>36</sup> Tanto a dependência de drogas como de álcool são conceituadas como ‘Dependência Química’. A divisão entre dependência química e alcoólica ocorre no texto por uma questão didática.

a priorizar a manutenção da ingestão do álcool e outras drogas de tal forma que ele passa a organizar toda sua vida em função disso.

**Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência.** *Edwards, Marshall e Cook* (2005) explicam que nos primeiros estágios da síndrome da dependência alcoólica a pessoa pode se dar conta de que, na hora do café, a primeira bebida do dia “o ajuda a se aprumar”. Em um caso mais extremo, há o indivíduo que só consegue sair da cama após beber algo. Dessa forma é possível entender o critério de “alívio e evitação de sintomas de abstinência” com base naquele indivíduo que passa a utilizar quantidades de álcool e/ou outras drogas com o objetivo de evitar os sintomas desagradáveis de abstinência produzidos em seu organismo, quando os níveis de determinada substância começam a baixar.

**Compulsão.** Entende-se por compulsão ou, percepção subjetiva da compulsão para o uso, a perda de controle do indivíduo frente ao álcool ou outras drogas. A perda de controle para um dependente é algo bem marcante, pois ele perde facilmente o controle frente às situações em que possibilidades dele fazer uso do álcool ou outras drogas são bem presentes. Possibilidades que não afetariam uma “pessoa normal” afetam o dependente. Entretanto, a perda de controle também pode ser verificada em um “bebedor social”, o qual pode perder o controle da bebida em algum momento, mas posteriormente se sentir envergonhado e se arrepender (EDWARDS, MARSHALL; COOK, 2005). Por esse motivo não se pode avaliar ou julgar o indivíduo como “alcoolista” ou “alcoólatra”, por exemplo, pelo fato dele ter perdido o controle em um dado momento. Outros critérios precisam estar presentes para definir alguém como dependente de álcool ou outras drogas.

**Aumento da tolerância.** Entre os principais critérios da dependência química estão: Tolerância e Abstinência. Tolerância é definida pela necessidade de quantidades nitidamente maiores de substância para atingir os mesmos efeitos desejados, que antes eram conquistados com doses mais baixas. “Clinicamente, a tolerância é demonstrada pela pessoa dependente ao manter a capacidade de seguir sua rotina com um nível de álcool no sangue que incapacitaria o bebedor não-tolerante”. A tolerância é observada tanto em usuários pesados como em dependentes. Por razões que ainda não estão claras, a pessoa começa a ter uma perda de tolerância e ficar incapaz de suportar quantidades de álcool que antes suportava e pode começar a cair bêbada na rua (EDWARDS, MARSHALL; COOK, 2005).

**Síndrome de abstinência.** Abstinência é marcada por sintomas de desconforto decorrentes da interrupção ou diminuição do uso. No início da dependência os sintomas de abstinência são brandos, causam pouca incapacidade e um sintoma pode ser experimentado sem a presença dos outros. Na medida em que a dependência avança, a frequência e a gravidade dos sintomas crescem. Quando a dependência está plenamente desenvolvida a pessoa tem tipicamente vários sintomas graves a cada manhã, ao despertar, e mesmo no meio da noite. Nessa fase o indivíduo poderá se levantar no meio da noite para beber, a fim de acalmar o desconforto gerado pela diminuição da concentração do álcool no sangue. A título de exemplo, os principais sintomas de abstinência do álcool são: tremores, náuseas, sudorese e perturbação de humor. Os principais sintomas de abstinência do tabaco são: humor deprimido, insônia, irritabilidade, ansiedade, falta de concentração, frequência cardíaca diminuída, aumento de apetite, ganho de peso, falta de coordenação motora e tremores (EDWARDS, MARSHALL; COOK, 2005).

**Reinstalação da síndrome da dependência.** Reinstalação após a abstinência tem a ver com a recaída<sup>37</sup>. Significa que o processo por meio do qual uma síndrome da dependência que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar dentro de 72 horas, ou antes. A dependência volta a aflorar e a compulsão para beber ou usar drogas volta rapidamente como se houvesse uma memória irreversível instalada. Dessa forma, quanto mais avançado tenha sido o grau prévio de dependência, mais rapidamente a pessoa exibirá níveis elevados de tolerância (EDWARDS, MARSHALL; COOK, 2005). Isso significa que, se anteriormente, entre o primeiro uso e o cair bêbado, por exemplo, o indivíduo levou um período de 10 anos, esse período cairá para alguns dias após o reinício de uso.

Além dos efeitos negativos diretos das drogas sobre a saúde do indivíduo, estudos têm demonstrado uma relação entre drogas e violência. As políticas sociais, ao contribuir para que menos indivíduos façam o primeiro uso de drogas, ou que diminuam ou parem com o uso para aqueles que já têm experiência de consumo abusivo, cumprem com uma função social para a melhora da qualidade de vida das pessoas. A próxima seção buscará estabelecer a relação entre drogas e violência na tentativa de demonstrar que o problema das drogas não deve analisado de maneira

---

<sup>37</sup> Recaída é um conceito presente na saúde pública e descreve a pessoa que após vivenciar um período de abstinência de álcool ou drogas, que varia de dias a anos, volta a beber ou usar drogas. De acordo com especialistas, a recaída não é o “fim da linha” para o dependente químico, mas uma experiência que poderá fortalecê-lo diante de outros riscos futuros.

isolada, apenas pelo viés médico ou legal, mas também pelo viés sociológico, em razão da capacidade que o tráfico tem, por exemplo, de modificar a rotina das pessoas, seja pela imposição de determinadas regras, seja pela própria condição de medo que faz com que as pessoas passem a se proteger mais ou se alienar da sociedade onde vivem.

## 4 DROGAS E VIOLÊNCIA

A violência tem marcado nossa época e seu conceito se tornou mais amplo. Em anos anteriores, algumas formas de violência não eram levadas em consideração pela sociedade, pois faziam parte de suas relações. Ao se referir à sua época, Durkeim (2007) escreveu em sua obra intitulada “as regras do método sociológico”, publicada a primeira vez em 1895, que em outros tempos alguns tipos de violência eram mais frequentes que hoje, pois o respeito pela dignidade individual era menor. Muitos atos que lesavam tal sentimento (respeito) passaram a figurar no direito penal moderno, como a violência física ou emocional que era praticada pelos adultos contra a criança em nome da educação. Com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tais atos infligidos pelos adultos passaram a ser considerados violências do ponto de vista legal e, portanto, passíveis de punição<sup>38</sup>.

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002), publicado no ano de 2002, violência pode ser definida como:

[...] uso intencional da força física ou do poder, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

De acordo com o mesmo documento, a violência passou a ser considerada como um problema de saúde pública e grave violação aos direitos humanos.

Segundo Adorno e Pasinato (2010), várias formas de violência cresceram em todas as regiões do mundo, em especial nos últimos 25 anos do século 20. O Brasil faz parte desse contexto, embora haja particularidade na evolução da violência e da criminalidade. Os pesquisadores destacam que nos últimos 40 anos os crimes contra o patrimônio e contra a pessoa, principalmente os homicídios, relacionados ou não ao crime organizado, assim como graves violações de direitos humanos (execuções sumárias praticadas por esquadrões da morte e grupos de extermínio, linchamento e abuso da força coercitiva por agentes da lei) tem resultado na morte, tanto de criminosos quanto de inocentes. A evolução de tais crimes resulta em sentimentos coletivos de medo e insegurança em razão da falta de proteção dos

---

<sup>38</sup> “Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. (BRASIL, 1990a).

direitos fundamentais da pessoa, como o direito à vida, à livre circulação das pessoas no espaço público e à posse privada dos bens patrimoniais.

A violência gera sentimentos de medo generalizado, o que é exacerbado pela forma como o assunto vem conquistando espaço. Esse problema se manteve como assunto valorizado pelos meios de comunicação e pelas autoridades, incorporou-se aos discursos políticos e alterou o modo de vida da população. O sentimento que a violência produz alterou o comportamento das pessoas e isso refletiu na escolha de bairros residenciais mais seguros, no cuidado com horários, nos trajetos, nos meios de locomoção e nos locais frequentados. Se por um lado a violência resulta em auto isolamento das camadas mais superiores em condomínios fechados, por outro lado é possível verificar a formação de territórios concentrando uma população socialmente vulnerável em bairros periféricos e favelas. Essas pessoas possuem em geral laços instáveis com o mercado de trabalho e vivem em condições de fragilização do universo familiar (SANTOS, 2008).

A violência não tem um fim em si mesmo, como se a mesma terminasse no ato praticado, mas tem um efeito inflacionário em que quando os crimes violentos chegam a um patamar muito elevado, o medo e a insegurança ameaçam a qualidade de vida da população. As pessoas passam a ficar trancadas em casa, independente do lugar onde vivem, seja na favela ou no bairro de classe média. Outro efeito desse medo e sentimento de insegurança está relacionado ao fato de que as pessoas deixam de se organizar, deixam de participar das decisões locais pertinentes à sua vida e pouco convivem entre si. Isso mostra que o medo produzido pela violência provoca isolamento social, em que a pessoa passa a viver para si (ZALUAR, 2002).

#### **4.1 Possíveis causas para a violência**

Para Fonseca (2002), a violência começa na própria casa e os principais geradores de comportamento antissocial, criminalidade e violência são a falta de competências parentais (competências dos pais), a discórdia na família e uma história de maus tratos na infância. Dessa forma, o lar passa a ser um reprodutor de violência. A violência intrafamiliar é exacerbada quando o álcool e outras drogas fazem parte do contexto familiar, não importando quem seja o membro dessa família

(pai, mãe, irmão, entre outros), conforme pudemos comprovar em nossas entrevistas com ex-residentes e residentes de uma CT<sup>39</sup>.

Além da violência perpetrada pelos pais, há diversas outras causas apontadas como agravantes, como a pobreza, um fator tão considerado quanto combatido por muitos especialistas. Zaluar (2012) argumenta que a pobreza não pode ser considerada de forma tão inequívoca para explicar o aumento da criminalidade entre homens jovens no Brasil. A carência econômica pode até ser considerada um elemento de impacto em determinados crimes, mas não é um aspecto determinista da sociologia objetivista, que toma a causalidade em linha reta e direção única e exclui os fatores subjetivos e indeterminados. Segundo a autora, o tráfico de drogas oferece aos jovens em dificuldade no mercado de trabalho a oportunidade de ganhar dinheiro. Nesse caso, não é somente o dinheiro que está em questão, mas a ascensão na hierarquia na vasta rede do tráfico. Em outro texto, Zaluar, Noronha e Albuquerque (1994) analisam o mapa de mortes no Brasil e derrubam o mito que relaciona pobreza com violência. Segundo eles:

Em 1989 os três Estados que apresentavam taxas de mortalidade violenta bem acima dos demais, com cerca de 140 mortes violentas por cada 100.000 habitantes, eram Roraima, Rio de Janeiro e Rondônia, dois deles Estados novíssimos, de ocupação recente e crescimento populacional acelerado nos anos 80 (em torno de nove pontos); o outro, um dos mais antigos, com um crescimento populacional de apenas 1,13%, um dos menores do país. Num segundo patamar, beirando a taxa de 100 mortes violentas por cada 100.000 habitantes, estava Mato Grosso, São Paulo, Goiás e Mato Grosso do Sul, estados estes que mostraram maior pujança na agroindústria e no enriquecimento por atividades produtivas no país. Junto à média nacional de mortes violentas ficaram Santa Catarina, Alagoas, Paraná e Acre, dois estados da rica Região Sul de onde partiram muitos migrantes com destino às Regiões Centro-Oeste e Norte, bem como um estado da pobre Região Nordeste, injustamente famoso pela violência que nele existiu no passado. Bem abaixo das médias nacionais, para abalar as convicções dos dogmáticos, estão os Estados mais pobres do país: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pará, Paraíba e Bahia. (p.214).

Santos (2008) reforça a ideia que a violência não tem relação apenas com a pobreza, mas com outros problemas sociais, como o desemprego, a precarização do trabalho, a segregação espacial das grandes cidades, habitações precárias e o difícil acesso aos serviços de infraestrutura urbana e outros recursos sociais. Segundo o

---

<sup>39</sup> Os resultados das entrevistas sobre violência e drogas estão nas respectivas seções, em que se são analisados em separado, os resultados das entrevistas com residentes e ex-residentes.

autor, a modernização e urbanização aceleradas, a desigualdade social, os padrões de consumo exacerbados e a ausência de freios morais se constituem nos maiores responsáveis pelo fenômeno da violência crescente, ao lado do tráfico de drogas e dos riscos de exclusão social devido a um conjunto de desequilíbrio advindos do mercado de trabalho.

Ao discutir sobre os moradores da favela e o possível envolvimento com o tráfico de drogas justificado pela condição social dos moradores de favelas, Souza (2000) questiona: Até que ponto os favelados estão envolvidos com o tráfico de drogas? Para responder essa pergunta o autor cita uma pesquisa de Janice Perlmann, intitulado “Mito da Marginalidade”. Segundo a pesquisadora, em seus estudos realizados no Rio de Janeiro nos fins de 1960 e início de 1970, comprovou que a grande maioria dos moradores de favelas seria composta por trabalhadores explorados, pilares da economia capitalista. Esses favelados partilham de muitos valores dos não-favelados (PERLMANN, 1981<sup>40</sup> apud SOUZA, 2000). Generalizar a conduta de favelados pela sua condição social é considerar que a violência tem apenas motivações econômicas, quando na realidade há outros motivos conforme já afirmado.

A urbanização é um tema bastante defendido como uma das principais causas para a violência. A grande concentração de pessoas nas cidades trouxe à luz as desigualdades sociais, as quais são responsáveis pelas frustrações humanas. Aliado a esse fato, a densidade estrutural dos centros urbanos e a forma como as pessoas se deslocam enfraquece os mecanismos de controle social informal, que é o controle aplicado pela própria população. O contrário é percebido entre habitantes de zonas rurais e pequenas cidades. Nesses locais há um compromisso mais firme com valores comunitários, com maior controle social e baixa criminalidade. Fazendo paralelo entre formas de criminalidade, na zona rural a criminalidade é consequente de envolvimento pessoais, enquanto que nas áreas urbanas ela está mais relacionada à desigualdade social, o que gera mais crime contra o patrimônio (furtos, roubos, assaltos a mão-armada, etc), (FELIX, 2002).

---

<sup>40</sup> PERLMANN, J. **O mito da marginalidade**: favelas e política no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

## 4.2 Relação entre drogas e violência

Goldstein et. al.<sup>41</sup> (1997 apud SAPORI; SENA; SILVA, 2010) procurou explicar a relação entre uso ou comércio de drogas e violência por meio de três eixos: a) efeitos psicofarmacológicos das drogas: algumas pessoas, sob efeito das drogas, se tornariam irracionais a ponto de agir violentamente; b) formação de compulsão econômica: é compreendida por meio do potencial que a dependência química tem na incidência de crimes contra o patrimônio. Alguns indivíduos dependentes de drogas se engajariam em atividades criminosas a fim de obter recursos para financiar seu consumo; c) violência sistêmica: é explicada a partir da dinâmica do comércio de drogas ilícitas: disputas territoriais entre traficantes, eliminação de informantes, punição por dívidas não pagas, etc. Ainda que essa divisão seja possível do ponto de vista didático, a fim de compreender melhor as implicações da violência relacionada às drogas, os itens propostos por Goldstein et. al. não podem ser tomados de maneira isolada, como se a violência dependesse de apenas um fator. Frequentemente, mais de um fator (eixo) pode explicar uma situação de violência.

Embora os aspectos como a falta de competências parentais, pobreza e a urbanização sejam apontadas como causas para o aumento da violência, as drogas e, em especial, o narcotráfico, são apontados por especialistas como os principais causadores. Segundo Adorno (2002), o Brasil não está imune ao crescimento da violência urbana em razão do país fazer parte das rotas do tráfico internacional de drogas, bem como de outras formas de crime organizado, como o contrabando de armas, o que se constitui na bomba de combustão de criminalidade violenta. De Lima e Paula (2006) argumentam que a relação entre as drogas e a criminalidade se acentuou em especial quando o Brasil entrou na rota internacional do tráfico, a partir de 1970. Aliado a isso, a organização do tráfico gerou a expansão do consumo ilícito de entorpecentes. Nesta época o padrão de crimes no país foi alterado pela organização do tráfico e a entrada de armas de fogo a partir de 1980. Houve também uma significativa participação de jovens entre 15 e 24 anos como vítimas ou autores de crimes violentos, os quais foram associados a armas e drogas.

---

<sup>41</sup> GOLDSTEIN, P. et. al. **Crack and homicide in New York City in Reinerman**, C. Levine, H. (Orgs). Crack in America. University of California Press, 1997.

É necessário considerar que a relação entre violência e drogas divide opiniões. Enquanto alguns estudiosos afirmam que essa relação é mais frequente entre os menos favorecidos economicamente por verem no tráfico uma oportunidade de ascensão social, outros, ao contrário, afirmam que a exposição à violência, a participação ativa em atos violentos e o tráfico de drogas fazem parte de uma cultura que identifica uma geração. Isto é o conceito da espetacularização defendido por Baudrillard (2001, p. 85)<sup>42</sup>. Esse conceito é reforçado por Felix (2001) que diz que a violência entre jovens é fundamentada por teses que vão desde a privação, irreverência ou necessidade de aventuras, até a falta de estrutura familiar e inversão de valores, sociedade na qual os desviados são os que mais gozam de prestígio. Criminosos e traficantes são vistos como modelos de ascensão social e, por possuírem status elevado na comunidade onde vivem, transformam-se em ídolos dos jovens.

Embora o envolvimento do jovem com as drogas seja generalizado, os efeitos são mais dramáticos entre os jovens de periferia. Ao se envolver com grupos de distribuição de drogas, eles se expõem muito mais à corrupção policial, sujeitando-se às arbitrariedades dos agentes que, em alguns casos, arvoram-se do direito de classificar o traficante e/ou usuário apenas pela percepção imediata. Chama-se isso de “motivação do ato desviante” ou a revolta do agente contra a ordem social e o jogo político que se apresenta, facilitando seu encontro com a droga, o tráfico e a violência (CANOLETTI; SOARES, 2004).

De acordo com Souza (2000), a violência atingiu novos patamares em razão da nova dinâmica trazida pelo chamado “tráfico de varejo”. O tráfico se disseminou a partir da última década ao se utilizar de espaços pobres, como favelas, loteamentos periféricos ou conjuntos habitacionais como base de apoio logístico. Tais espaços que antes eram vinculados ao comércio da maconha, cuja lucratividade era relativamente baixa, e eram protagonizados por delinquentes desorganizados e protegidos com armas de baixo custo (armas brancas ou revólveres), nos últimos 20 anos passaram a ser ponto de apoio para um florescente comércio de cocaína, sendo gerenciado por quadrilhas melhores estruturadas e equipadas com armamentos mais sofisticados.

---

<sup>42</sup> Baudrillard trabalha a participação do jovem na criminalidade enquanto espetacularização - os 15 minutos de fama. Para ele há uma inversão de papéis referendados pela mídia. O jovem sai da inércia de espectador e torna-se autor e ator do seu próprio espetáculo.

A dinâmica do uso de drogas e do tráfico certamente mudou, especialmente com o advento de novas drogas, como o crack, que propiciou um novo cenário de violência com novos atores que antes eram apenas usuários. De acordo com Zaluar (2002), um aspecto importante sobre o incremento da violência deve-se ao fato que jovens que começaram como usuários de drogas passaram a roubar, assaltar e até matar para saldar as dívidas com traficantes que os ameaçavam de morte se não saldassem suas dívidas contraídas do consumo de drogas. “Muitos deles tornam-se membros de quadrilhas para saldarem dívidas ou para se protegerem dos inimigos criados num círculo diabólico, o do “condomínio do diabo”. (ZALUAR, 2002, p.77).

#### **4.3 Relação entre drogas e mortes violentas**

Em muitos casos a violência termina em morte, tendo as drogas como fator desencadeador. Pesquisas comprovam que pessoas que fazem uso de psicotrópicos apresentam maiores índices de mortalidade quando comparados com a população em geral. Além disso, o padrão de uso de substâncias ilícitas alterou nos últimos 40 anos, o que é percebido pelo aumento considerável de mortes, especialmente entre os jovens. Essa alteração deve-se à popularização do uso de drogas injetáveis e sintéticas (crack, ecstasy, etc.), ao comportamento sexual de risco que aumenta a probabilidade de infecção pelo HIV e ao crescimento do narcotráfico e sua relação com homicídios. Segundo dados de 2011, do Ministério da Justiça, os homicídios são a *causa mortis* de 40% dos adolescentes, em comparação com 1,8% dos adultos acima de 25 anos (Ribeiro; Lima, 2012).

A relação entre drogas (uso e tráfico) e mortalidade tem sido comprovada por diversos estudos que não consideram a overdose por uso de cocaína e crack como a principal causa de morte. O primeiro fator de morte após internação para usuários dessas drogas são fatores de risco, como: uso concomitante com álcool, presença de doenças clínicas (aids, hepatite), doenças psiquiátricas, ausência de um parceiro conjugal, presença de poliuso de drogas e falta de moradia. O segundo fator de morte está relacionado à violência urbana, cujo acirramento se deu no Brasil após a chegada do crack (Ribeiro; Lima, 2012).

Embora existam dados que dizem que a violência urbana é a segunda causa de mortes, há uma pesquisa realizada pela Unidade de Álcool e Drogas

(UNIAD)<sup>43</sup>, que diz que o homicídio é a primeira causa de mortes entre usuários de crack. Nos anos de 1994 e 1995 a UNIAD entrevistou os 131 pacientes que se internaram por dependência de crack na Unidade de Desintoxicação do Hospital Geral de Taipas entre os anos 1992 e 1994. A partir dessa entrevista inicial, a UNIAD realizou três levantamentos (1995-1996, 1998-1999, e 2005-2006) em que puderam verificar a taxa de sobrevida após a alta hospitalar. Nos dois primeiros levantamentos (1995-1996 e 1998-1999) foi constatado que 23 pessoas haviam morrido, sendo o homicídio a principal causa de morte em 57% (13 pessoas) dos casos. No último levantamento realizado em 2005 e 2006, foram computadas mais quatro mortes, totalizando 27<sup>44</sup>. Em outra pesquisa sobre a relação entre o comércio de crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte, pesquisadores analisaram a evolução dos homicídios em um período de 20 anos e concluíram que a intensificação dos assassinatos em Belo Horizonte esteve relacionada à consolidação do tráfico do crack (SAPORI; SILVA, 2010).

A alta taxa de mortalidade após os primeiros anos de alta no Brasil está em acordo com os números internacionais. Segundo um estudo de acompanhamento de oito anos com usuários de heroína de diversos serviços de internação da Noruega, o risco de morte entre essas pessoas era de até 30 vezes maior nas primeiras quatro semanas, ficando em torno de duas vezes até o final do sexto ano para praticamente desaparecer até o final do oitavo ano (Ribeiro; Lima, 2012).

A despeito dos dados apresentados, o uso de drogas sempre esteve presente nas sociedades, seja para uso recreativo ou terapêutico, sem que isso fosse seriamente questionado. O fato é que o consumo desenfreado vem aumentando consideravelmente na atualidade, trazendo indícios de uma patologia social. Durkheim (2007) declara que não há sociedade que não tenha uma criminalidade. Ela sempre existiu e fez parte das sociedades, ela é concebida como normal, desde que não atinja índices exagerados. Da mesma forma, a banalização,

---

<sup>43</sup> UNIAD (Unidade de Álcool e Drogas) é um serviço de psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

<sup>44</sup> Dessas quatro mortes, as mais encontradas no terceiro levantamento, duas ocorreram nos 4 primeiros anos após a alta, elevando de 23 para 25 o número de mortes nos quatro primeiros anos de alta. Os outros dois casos de morte ocorreram no oitavo ano após a alta. Essas diferenças de mortes encontradas entre os dois primeiros levantamentos e o terceiro levantamento deve-se ao número de pessoas encontradas pela equipe que realizou a pesquisa. No primeiro levantamento foram encontrados 103 pacientes, no segundo levantamento foram encontrados 124 pacientes, e, por fim, no terceiro levantamento foram encontrados 107 pacientes. Entre os pacientes encontrados está computado o número de pessoas mortas.

marcada pelo tráfico e o uso descontrolado de drogas traz consequências graves para o indivíduo, pois atinge de forma implacável as famílias, o trabalho, a saúde física e mental. No aspecto social, afrouxa as relações interpessoais e promove a deterioração do tecido social com fortes indícios de relação com a violência e a criminalidade.

Os problemas decorrentes da dependência química (problemas de saúde, violência, etc.) têm sido tratados cada vez menos a partir de conceitos morais para serem tratados cada vez mais como questão de saúde pública na medida em que avançam as pesquisas científicas e discussões sobre o assunto. Políticas sociais bem planejadas não são garantias de um “mundo livre das drogas”, mas poderão ser um caminho efetivo para que menos pessoas façam uso experimental e progridam para o uso problemático de substâncias psicoativas. Para as pessoas que já são dependentes, políticas sociais podem significar um caminho para a melhora da qualidade de vida de maneira geral e da saúde de maneira específica. Dessa maneira, a seção 5 abordará a questão das drogas a partir dos acordos internacionais para a repressão do tráfico de drogas, nos quais o Brasil está inserido, enquanto que a seção 6 discorrerá sobre as principais políticas nacionais sobre drogas.

## **5 O BRASIL NO CONTEXTO DOS PRINCIPAIS ACORDOS INTERNACIONAIS PARA A REPRESSÃO DO TRÁFICO DE DROGAS**

Em razão dos problemas decorrentes das drogas, foram assinados tratados internacionais para o controle da produção, da elaboração, tráfico e consumo de drogas ilícitas a partir do início do século 20. Alguns desses problemas são citados por Arbex Júnior (2005) que afirma que o narcotráfico é o motor de todas as atividades do crime organizado, que inclui o tráfico de armas, de pessoas, material biológico e nuclear, contrabando, exploração da prostituição, jogo clandestino, etc. Os tratados internacionais estabeleceram mútua cooperação entre as nações, contexto no qual o Brasil está inserido. Assim como as demais nações, o Brasil tem desenvolvido políticas de repressão, prevenção e tratamento. Dessa forma, a presente sessão se propõe a verificar, a partir de textos especializados, a sequência histórica de ajustes legais firmados a partir de tais acordos e situar o Brasil dentro desse contexto.

### **5.1 Os principais tratados internacionais para o combate do narcotráfico**

De acordo com Arbex Júnior (2005), a temática sobre o tráfico de drogas começou a ser tratada em conferências internacionais no início do século 20, quando os países signatários assinaram tratados de mútua cooperação para frear essa prática de crime. Entretanto, o narcotráfico passou a ser visto como ameaça ao Estado a partir do começo dos anos de 1980. De acordo com Saint-Pierre (2003), nesse período as ditaduras entraram em colapso e cederam espaço para os governos civis na América Latina. Paralelo a esse fato, iniciou-se o processo da globalização e o fim da guerra fria. Sem a “ameaça comunista”, outros temas receberam atenção a fim de justificar os orçamentos de defesa, os quais seriam desnecessários com a ausência da confrontação bipolar entre os Estados Unidos e a União Soviética: pobreza e migração, controle de produção de armamento nuclear, democracia, terrorismo internacional, proteção ao meio ambiente e narcotráfico.

De acordo com Rodrigues (2002), a preocupação estadunidense com relação às drogas começou a ecoar em meados do século 19 nas altas esferas políticas. No início do século 20 o governo norte-americano começou a ter êxito no controle sobre as drogas em reuniões internacionais. A primeira delas foi realizada

em Xangai em 1909, entretanto não foram elaboradas determinações impositivas aos países signatários nesse momento. Os países signatários eram aqueles que contavam com grandes indústrias farmacêuticas e monopólios comerciais na Ásia, Inglaterra e Alemanha. O que diferenciava essas potências dos Estados Unidos é que elas se interessavam pelo lucrativo mercado do uso hedonista do ópio e seus derivados.

Procópio Filho e Vaz (1997) afirmam que a conferência de 1909 teve como proposta a fiscalização do tráfico de ópio. Esse assunto também foi tema da Sociedade das Nações em 3 ocasiões entre os anos 20 e 30, e foi tema das Organizações das Nações Unidas a partir de 1946. Ainda que esses temas tenham sido tratados nessas ocasiões, foi apenas em 1961 que a cooperação internacional para o combate da produção, trânsito, comércio e consumo de drogas unificou, por meio da “Convenção Única de Estupefacientes”, grande parte dos instrumentos internacionais para o controle e fiscalização.

Outra conferência que marcou a busca pelo controle das drogas aconteceu em dezembro de 1911 em Haia, na Holanda. O documento que obrigava os países signatários a coibir em seus territórios o uso de opiáceos e cocaína que não atendessem recomendações médicas foi assinado em janeiro de 1912. Necessário destacar que, ao defender medidas severas de controle dessas drogas no plano internacional, os Estados Unidos não estavam defendendo uma internacionalização de sua lei nacional, uma vez que eles próprios não contavam com lei semelhante ao tratado de Haia. O que aconteceu é que os Estados Unidos usaram dessa tática recorrente em usar normas acordadas em nível internacional como instrumento para pressionar reformas legais em seu território (RODRIGUES, 2002).

Ao mesmo tempo em que o acordo de Haia era assinado, transitava no Congresso norte-americano uma proposta de lei que previa não apenas a fiscalização pelo estado, mas a proibição do livre consumo de opiáceos e cocaína. Com essa medida os Estados Unidos cumpriram o acordo internacional, o que ocorreu efetivamente no ano de 1914 com a promulgação da *Harrison Act*. Cinco anos mais tarde, em 1919, a supressão do álcool se tornou lei federal. "A 18ª Emenda à Constituição proibia a produção, transporte, importação e exportação de bebidas alcoólicas em todos os Estados da federação". (RODRIGUES, 2002). Como resultado dessa lei, surgiu um vasto mercado ilegal de bebidas alcoólicas, o qual

circulava especialmente em circuitos clandestinos relacionados a outras drogas proibidas, como a cocaína.

Em razão do aumento do consumo de drogas ilícitas e do tráfico de drogas dos anos de 1970, foi formulada entre os anos de 1982 e 1986 uma estratégia para a Fiscalização do Uso Indevido de Drogas. Entretanto, o principal instrumento de cooperação multilateral para o combate ao tráfico de drogas ilícitas é resultado das conferências realizadas em 1987 e 1988 pela Organização das Nações Unidas (ONU) na cidade de Viena: a convenção das Nações Unidas contra o tráfico Ilícito de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas. Essa convenção uniu vários aspectos de combate às drogas e também estabeleceu compromissos em termos de prevenção, fiscalização e controle, repressão e outras formas de cooperação e assistência internacional. Essa é a principal referência para a cooperação nos planos regionais e sub-regionais, como para a elaboração de políticas nacionais antidrogas (PROCÓPIO FILHO; VAZ; 1997).

Entre outras medidas tomadas para o combate do tráfico de drogas, o Grupo do Rio<sup>45</sup> anexou em sua agenda a questão do narcotráfico, mas somente a partir das cúpulas realizadas em Quito, no Equador, em setembro de 1995, e em Cochabamba, na Bolívia, em setembro de 1996, que os quatorze países signatários até então definiram de forma mais clara uma posição frente ao narcotráfico. Na cúpula em Quito, os países membros decidiram unificar suas respectivas legislações antidrogas. Nessa ocasião o Grupo do Rio conclamou os países consumidores e, em especial, os Estados Unidos, a assumir de forma mais clara e determinada suas responsabilidades no combate ao narcotráfico. Na cúpula seguinte, realizada em Cochabamba, foram enunciados os princípios orientadores da ação do Grupo do Rio, entre eles a luta contra o tráfico de drogas e delitos relacionados: lavagem de dinheiro, tráfico de armas e de precursores químicos (PROCÓPIO FILHO; VAZ, 1997).

---

<sup>45</sup> O Grupo do Rio foi criado em 18 de dezembro de 1986 por meio da declaração do Rio de Janeiro. É formado por países democráticos latino-americanos e caribenhos e teve a participação inicial de oito países: Argentina, Brasil, Colômbia, México, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela. O Grupo não possui secretariado permanente, mas uma secretaria *Pro Tempore*. Foi criado inicialmente para ser um mecanismo regional de diálogo em um contexto de instabilidade política. Passado esse período, o Grupo serviu como base de discussão sobre temas de interesse da região, bem como de interlocutor junto aos países e blocos extra regionais. As reuniões são realizadas anualmente por meio de cúpulas e as decisões são tomadas por consenso. Conta atualmente com 24 membros (BRASIL, 2010).

Em 15 de fevereiro de 1990 foi realizada a Cúpula de Cartagena, na Colômbia, a qual foi marcada por divergência. Nessa Cúpula os presidentes dos países andinos e o presidente George Bush se reuniram para tratar da cooperação no combate ao narcotráfico. Em face das propostas do governo americano, os países sul-americanos, especialmente Bolívia, Peru e Colômbia, manifestaram seu descontentamento da unilateralidade norte-americana, principalmente pelas condições impostas para ajuda financeira e pelas medidas essencialmente repressivas, como o envolvimento das Forças Armadas. Mesmo que os países sul-americanos considerassem desfavoráveis as medidas impostas pelos norte-americanos, a segunda conferência da Cúpula realizada em 26 e 27 de fevereiro de 1992, em San Antônio, no estado do Texas, reafirmou a cooperação internacional em ações repressivas. Nessa segunda conferência foi sugerido pelos Estados Unidos que se criassem mecanismos regionais de coordenação. Os latino-americanos se mostraram favoráveis à ideia, mas temeram por ações intervencionistas que afetassem a soberania de seus países. Eles reafirmaram que a repressão ao tráfico é uma questão policial, sendo que as Forças Armadas poderiam fazer parte se obedecessem ao ordenamento jurídico de cada país. Por fim, essas propostas não obtiveram êxito. Paralelamente aumentaram as pressões sobre o governo norte-americano para que este viesse a atuar de forma mais intensa no plano doméstico, uma vez que internamente havia aumentado o consumo de drogas e os crimes relacionados ao uso e ao tráfico de drogas (PROCÓPIO FILHO; VAZ; 1997).

Em razão de não haver possibilidade de atuar de forma isolada e por ser o narcotráfico de natureza essencialmente transnacional, se tornou imperativo a cooperação, seja em bases multilaterais ou bilaterais. Diante disso, foi necessário elaborar uma estratégia comum de enfrentamento do narcotráfico, por meio de um processo que fizesse convergir às propostas norte-americanas e latino-americanas. Uma das tentativas para isso aconteceu na primeira cúpula das Américas, realizada em Miami, em dezembro de 1994. As decisões dessa cúpula formaram a base para a discussão e detalhamento no âmbito da Comissão Interamericana de Controle de Abuso de Drogas (CICAD)<sup>46</sup> entre 1995 e 1996, a qual foi denominada de "Estratégia Antidrogas no Hemisfério". Esse documento significou um esforço do

---

<sup>46</sup> A CICAD é um órgão Organização dos Estados Americanos (OEA).

hemisfério de definir uma pauta para a cooperação com o caráter de recomendação e que viesse possibilitar aos países a adoção de medidas e atividades que fossem capazes de reforçar os esforços nacionais. Esse documento tratou da oferta de drogas naturais e sintéticas, bem como medidas de controle. Naquilo que se referia à redução de demanda, deu-se ênfase à pesquisa e programas de prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, educação preventiva e ação comunitária como formas de gerar uma consciência social contrária ao uso de drogas. No que se referia à redução da oferta de drogas, priorizou-se medidas que estivessem voltadas para a promoção de opções econômicas lícitas que fossem viáveis e sustentáveis. A repressão no âmbito da CICAD ficou reservada apenas à produção e ao tráfico de drogas sintéticas, segundo o que se segue:

O documento também ressalta a importância da cooperação internacional no intercâmbio de informações, arrecadação de provas e evidências, visando o desmantelamento das organizações criminosas e de suas redes de apoio, o processamento e condenação de seus líderes. Também refere-se à necessidade de estabelecer mecanismos de controle interno e regional de precursores e substâncias químicas, segundo a Convenção de Viena de 1988 e o regulamento da própria CICAD, além do controle de armas e explosivos. O Brasil assinou o referido documento em janeiro de 1997. (PROCÓPIO FILHO; VAZ, 1997, p.38).

A Terceira Cúpula das Américas, realizada no Québec, Canadá, em abril de 2001, seguiu uma linha semelhante no sentido de conter o tráfico de drogas. Bertazzo (2007) diz que nessa ocasião foi definida uma nova agenda para as negociações multilaterais sobre segurança no continente. Os países membros se comprometeram em aplicar a estratégia antidrogas no continente, além de criar um mecanismo multilateral de esforços nacionais nesse sentido. O mecanismo de monitoramento criado foi inserido no âmbito da CICAD.

Outras tentativas foram feitas no sentido de frear o narcotráfico e o crime organizado em nível da Organização das Nações Unidas (ONU). Segundo Arbex Júnior (2005), a ONU convocou a primeira convenção para tratar especificamente sobre drogas em 1961. As próximas convenções aconteceram nos anos de 1971 e 1988. Em razão da gravidade que o narcotráfico e o crime organizado assumiu, a ONU realizou duas conferências em um espaço inferior a 5 meses: em novembro de 1994, em Nápoles, e em maio de 1995, no Cairo. Essas duas conferências tiveram a participação de 180 países. Em 9 de dezembro de 1998 foi aprovada a Resolução 53/111 pela Assembleia Geral da ONU, a qual estabeleceu um comitê com o objetivo de elaborar uma convenção internacional contra o crime organizado

transnacional. Entre os dias 19 e 29 de janeiro de 1999 foi realizada a primeira reunião do comitê. No ano seguinte, em 15 de novembro de 2000, a Resolução 55/25 aprovou a Convenção contra o Crime Transnacional Organizado. Os países signatários tiveram prazo para pôr em prática essa convenção a partir de 29 de setembro de 2003. Um mês depois a ONU realizou a conferência para a assinatura do protocolo em Palermo (Sicília)<sup>47</sup>. Em 12 de dezembro de 2000 o Brasil assinou a convenção e ratificou-a em 29 de janeiro de 2004. Esse documento estabeleceu o seguinte:

Será considerado como parte do crime organizado qualquer grupo estruturado, agregando três ou mais pessoas, com existência estável por certo período de tempo e com o objetivo de praticar uma ou mais atividades criminosas ou ofensas sérias previstas por esta convenção, para obter, direta ou indiretamente benefícios financeiros ou outros benefícios materiais. (ARBEX JÚNIOR, 2005, p. 30).

Em termos práticos, a convenção de Palermo requeria que os países signatários tipificassem e previssem punição para quatro tipos de crime: participação em grupos mafiosos, lavagem de dinheiro, corrupção e obstrução da justiça, além de estabelecer a necessidade de criar mecanismos de cooperação para procedimentos de extradição, assistência legal mútua, investigações em conjunto, medidas de proteção à testemunha e prática de blindagem dos mercados financeiros contra os grupos mafiosos. Os países que possuíam tecnologia mais avançada assumiram o compromisso de fornecer assistência técnica aos países menos desenvolvidos com o objetivo de auxiliar no combate ao crime organizado<sup>48</sup> (ARBEX JÚNIOR, 2005).

## 5.2 Características e razões para o incremento do narcotráfico no Brasil

O narcotráfico é estruturado de tal forma a responder tanto a estímulos de mercado em sua dimensão global, quanto a fatores de ordem doméstica, as quais definem a forma de inserção de um país no contexto do narcotráfico internacional,

<sup>47</sup> Palermo foi escolhida como símbolo da luta do combate ao crime organizado. Foi nessa cidade que em meados de 1980 ocorreu a “Operação Mãos Limpas”, contra a Máfia siciliana, e que custou a vida dos juízes Giovanni Falcone e Paolo Borsellino, entre outros funcionários da magistratura italiana (ARBEX JÚNIOR, 2005).

<sup>48</sup> A academia Nacional de Polícia Federal do Brasil define crime organizado da seguinte maneira: “1) planejamento empresarial; 2) antijuridicidade; 3) diversificação de área de atuação; 4) estabilidade dos seus integrantes; 5) cadeia de comando; 6) pluralidade de agentes; 7) compartimentação; 8) código de honra; 9) controle territorial; 10) fins lucrativos. O FBI (*Federal Bureau of Investigations*) define crime organizado como: “Qualquer grupo que tenha uma estrutura formalizada cujo objetivo seja a busca de lucros por meio de atividades ilegais e que pratica a violência e a corrupção de agentes públicos” (ARBEX JÚNIOR, 2005).

bem como as condições específicas de seu funcionamento. As estruturas do narcotráfico não são homogêneas em razão da repressão e controle empreendidos pelos governos. Por esse motivo essa modalidade de crime tem como característica a flexibilidade ao buscar rearticulações necessárias com o objetivo de atender às necessidades de mercado e manter sua operacionalidade nas diferentes etapas, seja na produção, processamento, trânsito, comercialização ou lavagem de dinheiro. Essa capacidade de rearticulação do tráfico dificulta a concepção e a implementação de estratégias de repressão (PROCÓPIO FILHO; VAZ, 1997).

A “lei de mercado da oferta e procura” figura como um dos principais impulsionadores do narcotráfico. Segundo Santana (1999), o tráfico internacional de drogas é incrementado pelos demais fatores: os novos avanços tecnológicos desenvolvidos pela hegemonia do sistema capitalista, os quais permitem projetar novas drogas, massificando o consumo; a globalização que atinge segmentos como a economia, linguagem e os costumes; a recomposição sem fronteiras do sistema capitalista em que a informática se destaca, uma vez que ela não está presa às fronteiras tradicionais; mudanças no padrão social que alteraram o padrão de consumo das pessoas; a dependência latino-americana dos Estados Unidos no que diz respeito à economia e aos insumos manufaturados nesse país, como: aviões, equipamentos de navegação, armamento e precursores químicos necessários para a produção, por exemplo, da pasta de coca e da cocaína; a vontade humana<sup>49</sup>; a conversão de países consumidores em países produtores e a conversão de países denominados de trânsito de drogas em países consumidores. Em fevereiro de 1998, em seu relatório anual correspondente a 1997, a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) demonstrou que a globalização do narcotráfico não permitia mais distinguir quais eram os países produtores, exportadores ou consumidores de droga.

Seguindo essa tendência internacional sobre o tráfico de drogas, o Brasil se destaca não mais como uma rota privilegiada para o tráfico de drogas, mas como produtor, consumidor e exportador de drogas, além de oferecer novas alternativas de drogas para o mercado interno e externo. Procópio Filho e Vaz (1997) apresentam três razões para maior preocupação com o narcotráfico no Brasil: 1- o

---

<sup>49</sup> Segundo Szasz (1995), a guerra contra as drogas é o conflito mais amplo e extenso de todo o século 20. Durou mais que as duas guerras mundiais juntas. Segundo ele, por se tratar de uma guerra contra o desejo humano, não poderá ser vencida no mesmo sentido do termo.

tema assumiu relevância política e econômica no cenário regional e internacional. Como as drogas afetam todos os países e se projeta no território brasileiro, o Brasil teve que se posicionar, uma vez que importantes parceiros, como Estados Unidos e União Europeia, desenvolveram políticas de enfrentamento; 2- o narcotráfico ganhou força em razão dos problemas que acometem a sociedade brasileira: enfraquecimento do estado, aumento do desemprego, subemprego e diversificação da economia informal, a marginalização de segmentos sociais no processo de desenvolvimento, a deterioração econômica e social da população, e o intenso crescimento dos centros urbanos são fatores que se atrelam às drogas e à criminalidade; 3- incorporação das camadas populares no mundo das drogas, as quais anteriormente eram reservadas em especial às pessoas de classes média e alta. O autor aponta ainda o traslado do narcotráfico para cidades de porte médio no interior dos Estados do sudeste e centro-sul do país como um fator que incrementou o narcotráfico.

Procópio Filho e Vaz (1997) listam fatores associados que colocam o Brasil em posição privilegiada no cenário do narcotráfico: ser vizinho dos principais centros produtores, ter infraestrutura de transporte e comunicações, ter vínculos com países produtores e consumidores criados pelas atividades de trânsito da droga permitem que os narcotraficantes brasileiros se adaptem por meio de contínuo aprendizado, permitindo-lhes definir formas de atuação, que por sua vez gera capacidade de se adaptar às mudanças que o mercado ou a repressão introduzem. O vínculo entre narcotraficantes brasileiros com internacionais promove uma integração operativa e, por tanto, faz com que inexista forte competição ou rivalidade com cartéis internacionais. Aliado a esses fatores, os autores destacam a crescente globalização por meio de áreas economicamente integradas da produção e dos mercados, a liberalização do fluxo de bens, de serviços e fatores de produção como fatores que incrementam o narcotráfico no Brasil. Os autores afirmam que:

Tais fenômenos, quer pela proliferação de canais por onde tanto o tráfico como as operações de lavagem de dinheiro podem ocorrer, quer pela porosidade das fronteiras que deles decorrem, geram um ambiente propício para a intensificação de atividades econômicas e para os negócios internacionais, inclusive ilícitos, ao mesmo tempo em que dificultam as ações que visam o seu enfrentamento, como, por exemplo, aquelas voltadas para o controle aduaneiro e policial. Este fato torna-se particularmente mais grave em países como o Brasil, onde, em virtude da extensão e dificuldade de acesso às áreas de fronteira, a própria presença do Estado é limitada. (PROCÓPIO FILHO; VAZ, 1997 p. 25-26).

### 5.3 Repressão ao tráfico de drogas ilícitas no Brasil

Segundo Procópio Filho e Vaz (1997), o narcotráfico prosperou no Brasil em razão da agilidade dos contraventores em face das condições econômicas e sociais favoráveis no país e da inexistência de uma política antidrogas consistente. Aliado a esses fatores, os autores destacam que as limitações de cooperação internacional nessa área e os equívocos originados pelos programas do governo norte-americano de combate às drogas, com gestos pouco ou nada sensíveis com relação às realidades sociais da América Latina, em nada cooperaram na luta contra as drogas. Apesar desses fatores e baseado em acordos internacionais, o Brasil tem regulamentado as leis sobre o cultivo, refino, tráfico e consumo de drogas ilícitas. A tendência de controle às drogas vem desde os tempos em que o Brasil era colônia de Portugal. As Ordenações Filipinas, de 1603, já previam penas de confisco de bens e o banimento para a África para os que portassem, usassem ou vendessem substâncias tóxicas (BRASIL, 2012b).

O país continuou na linha de coibir as drogas com a adesão à Conferência Internacional do Ópio, de 1912. Aos poucos a visão desenvolvida pelos tratados internacionais de que as drogas eram problema, tanto de saúde, como de segurança pública, foi sendo traduzida para a legislação brasileira de tal forma que, em 1940, o Código Penal Nacional confirmou a opção de não criminalizar o consumo. Nesse momento foi estabelecida a “concepção sanitária de controle das drogas” (BRASIL, 2012b). Segundo essa concepção, a dependência de drogas foi considerada doença e, diferentemente do traficante, os usuários não eram criminalizados, mas submetidos a rigoroso tratamento por meio de internação compulsória. Esse modelo foi modificado em razão do golpe militar de 1964 e a Lei de Segurança Nacional em que os traficantes foram equiparados aos inimigos políticos do regime. O resultado foi a origem da facção criminosa Comando Vermelho<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Rodrigues (2002) afirma que o Brasil nunca teve cartéis do narcotráfico semelhante aos cartéis colombianos, mas o crime se organizou em razão da Lei de Segurança Nacional nº 314/1968, a qual equiparou assaltantes, sequestradores comuns, guerrilheiros urbanos e criminosos políticos (pessoas que se levantavam contra a ditadura militar). O resultado foi que, ao serem isolados em uma mesma ala da penitenciária de segurança máxima de Ilha Grande, os presos políticos e assaltantes comuns compartilhavam saberes. Nesse contexto, após os guerrilheiros serem libertos em razão de anistia concedida pelo governo Geisel, que uma parte dos presos comuns de Ilha Grande se organizou para se proteger das demais facções, que surge a Falange Vermelha, logo substituída por Comando Vermelho. A princípio, o Comando Vermelho realizou assaltos à banco, mas logo passou a outro negócio, mais rentável, e, então, em franca expansão: o tráfico de drogas” (RODRIGUES, 2002).

Apesar de o Brasil ter adotado medidas de controle social por meio do “Código Sanitário da República”, editado em 1890, o qual, entre outras medidas, previa a remodelagem das cidades ao estilo europeu e a imunização compulsória da população, tais medidas não previam o controle de drogas como uma questão central na pauta sanitária, tanto que até a década de 1910 do século 20 não havia qualquer controle do estado sobre a venda e o uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, jornais conservadores e grupos moralistas como a Loja Cruzeiro do Sul condenavam publicamente o uso de drogas. A situação começou a mudar no início da década de 20, quando o país se tornou signatário da convenção de Haia e a partir desse momento começou a fortalecer o controle do ópio e da cocaína (RODRIGUES, 2002).

Esse controle resultou na primeira lei restritiva da utilização de ópio, morfina, heroína e cocaína no Brasil. Ao seguir o modelo de Haia a lei brasileira previa punição para qualquer tipo de utilização dessas substâncias sem prescrição médica. O Brasil marcou presença em todas as demais conferências internacionais sobre o controle de drogas, assinou acordos e reformou seu ordenamento interno por meio de ratificação dos compromissos internacionais. Ao se alinhar com as determinações internacionais, o Brasil se articulava com uma postura proibicionista defendida pelos Estados Unidos. Essa postura se pautava em proibição total à livre produção, circulação e consumo de drogas e pela repressão aos grupos associados ao tráfico de drogas (RODRIGUES, 2002).

Um exemplo efetivo após a assinatura do acordo de Haia se deu por meio do Decreto-Lei nº 891/1938, editado pelo Presidente da República, Getúlio Vargas. Essa lei sofisticava as determinações antidrogas vigentes desde 1921 no Brasil ao basear-se em documentos assinados em Genebra nos anos de 1931 e 1936. Em 1967 ocorreu a reforma da lei sobre tóxicos. Essa reforma aconteceu na “esteira do ordenamento jurídico brasileiro da “Convenção Única sobre Entorpecentes”, o mais completo documento proibicionista de abrangência internacional assinado na sede da ONU em 1961” (RODRIGUES, 2002). Outra reforma a respeito do entendimento sobre as questões relativas às drogas aconteceu por meio da Lei nº 6.386/1976, a qual compilou e ampliou as determinações anteriores. Essa Lei foi baseada no

---

Nesse período a crescente demanda de cocaína nos Estados Unidos potencializou o tráfico de drogas. O Brasil despontou como rota para o escoamento da cocaína vinda dos países andinos e o Comando Vermelho surgiu no mesmo período como uma organização inserida na dinâmica internacional do tráfico de drogas.

Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos de 1973, e separou as figuras penais do traficante e do usuário, além de fixar a necessidade de laudo toxicológico para comprovar o uso. Um novo avanço da lei sobre drogas aconteceu com a Constituição de 1988, a qual determinou que o tráfico de drogas é crime inafiançável e sem anistia. Na sequência, a Lei de Crimes Hediondo 8.072/90, proibiu o indulto e a liberdade provisória, além de dobrar os prazos processuais com o intuito de aumentar a duração da prisão provisória do traficante. Baseado na convenção de Viena de 1988, a Presidência da República promulgou a “Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas” através do Decreto nº 154 de 26 de junho de 1991 (BRASIL, 2012b).

No ano de 2006 foi sancionada a Lei 11.343/06, a qual eliminou a pena de prisão para quem planta ou porta drogas para o próprio consumo. Essa lei também passou a diferenciar o traficante eventual que trafica para sustentar o vício do traficante profissional. O traficante eventual passou a ter uma considerável redução de pena. De acordo com o Artigo 1º, a Lei institui o Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas (SISNAD), o qual passou a prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. O SISNAD passou a definir os crimes e estabelecer normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006a).

Com a criação da força nacional de segurança e as operações nas favelas do Rio de Janeiro no início do ano de 2007, seguida da implantação das Unidades de Polícia Pacificadoras (UPPs), o Estado passou a reprimir o tráfico e o consumo de drogas em regiões anteriormente entregues ao tráfico. O objetivo dessa política de enfrentamento às drogas teve por objetivo, não apenas responder às críticas internacionais, mas preparar a cidade para a Copa do Mundo de 2014 e para as Olimpíadas de 2016 (BRASIL, 2012b).

O fenômeno do crescimento do narcotráfico e o consumo de drogas no Brasil fazem vítimas e preocupam todos os setores sociais e as pessoas de maneira individual e, portanto, requer políticas sociais que amenizem os problemas advindos das drogas. O Brasil como signatário dos principais acordos internacionais tem criado leis e desenvolvido políticas sociais no sentido de dar respostas a esses acordos firmados internacionalmente. Dessa maneira, a proposta da próxima seção é discutir as principais leis e políticas públicas brasileiras, a começar pelas políticas sobre o álcool, em razão de ser uma “droga lícita” que faz milhares de vítimas todos

os anos no país, seja em razão dos problemas de saúde decorrentes do abuso ou acidentes de trânsito, e em razão de ser uma droga-modelo. Por droga-modelo entende-se que a partir das políticas sobre álcool é possível desenvolver políticas sobre outras drogas.

## 6 POLÍTICAS SOCIAIS NACIONAIS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Segundo Rossi e Jesus (2009), políticas públicas são definidas como linha de ação coletiva que tem por objetivo concretizar direitos sociais garantidos por leis. É por meio de políticas públicas que são distribuídos e redistribuídos os bens e serviços sociais como resposta às demandas da sociedade. Mesmo que as políticas públicas sejam responsabilidades do Estado, não cabe apenas a ele a tomada de decisões. Para tanto, deve envolver relações de reciprocidade e antagonismo entre Estado e a sociedade. Dessa maneira, política pública não deve ser entendida apenas como ação do Estado, uma vez que há envolvimento efetivo de diversos atores sociais na formulação e implementação de tais políticas.

O moderno conceito de políticas públicas aplicado ao álcool e outras drogas é definido como qualquer esforço de organizações governamentais ou não governamentais (ONGs) para minimizar ou prevenir problemas relacionados a essas substâncias. Referem-se à relação entre álcool, segurança, saúde e bem-estar social (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011). Segundo essa definição, uma política pública sobre álcool e outras drogas deve ser articulada entre governo e sociedade civil e deve considerar fatores como a segurança, uma vez que os indicadores mostram uma relação entre a bebida e a violência; deve considerar a relação do álcool e/ou outras drogas com a saúde do indivíduo, em razão dos problemas físicos e psíquicos decorrentes do consumo de determinadas substâncias psicoativas; e deve considerar a relação entre álcool e/ou outras drogas e o bem-estar social. Bem-estar social, cuja denominação em inglês é *Welfare-State*, designa o estado assistencial que garante os padrões mínimos de educação, saúde, habitação, renda e seguridade social para todos os cidadãos (CANCIAN, 2007). De acordo com Duailibi, Vieira e Laranjeira (2011), para ser eficiente e equilibrado, qualquer projeto de política pública sobre álcool e outras drogas deve considerar o tripé: segurança, saúde e bem-estar social.

### 6.1 Políticas sociais sobre o álcool

O consumo de álcool faz parte da cultura brasileira, e por ser socialmente aceito, nem sempre é fácil desenvolver ou pôr em prática políticas de prevenção ao consumo, porém, é imprescindível que medidas sejam adotadas a fim de refrear os

danos causados pelo consumo abusivo. Algumas razões para a implementação de políticas públicas para o álcool são: a) trata-se de uma substância psicoativa, depressora do sistema nervoso central, que causa dependência física e psicológica e é definida como droga pela Organização Mundial da Saúde; b) para muitos, é a primeira droga de uso experimental na vida; c) a relação entre beber e dirigir resultou em uma quantidade significativa de mortes violentas e de trânsito; d) vários problemas de saúde decorrente do uso, que podem resultar em morte.

Segundo Laranjeira (2010), o álcool é a droga modelo com maior potencial para ensinar a estabelecer uma política de drogas baseada em resultados. A Organização Mundial da Saúde (ONU) reuniu em 2004 vários especialistas em álcool do mundo, cujo objetivo era implementar medidas em todos os países com a finalidade de diminuir o custo social relacionado ao consumo de álcool. O princípio básico que deveria nortear essa política era a diminuição do consumo global do álcool. A diminuição do consumo global de álcool teria impacto sobre os bebedores pesados em razão de que, se um número menor de pessoas consumisse bebidas alcoólicas, menos indivíduos ficariam dependentes, reduzindo assim o custo social<sup>51</sup>. De acordo com o autor, esse efeito tem sido chamado de “paradoxo preventivo”. Significa que para diminuir de maneira substancial o número de dependentes, é necessário que se diminua o consumo global de toda a população.

Na tentativa de diminuir o consumo global, o governo, em conjunto com a sociedade civil, tem criado políticas de enfrentamento ao problema. Duailibi, Vieira e Laranjeira (2011) dividem as políticas públicas sobre o álcool em alocatórias e regulatórias. As políticas de alocação promovem recursos a determinado grupo ou organização para o tratamento do uso de álcool a fim de atingir os objetivos de interesse público. As políticas regulatórias preocupam-se em influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações diretas. Por razões de saúde e segurança pública, tem-se criado leis em âmbito nacional ou local (políticas regulatórias) que regulam preços, taxam bebidas alcoólicas, impõe idade mínima para a compra do álcool, limitam horários de funcionamento de bares e proíbem total ou parcialmente a propaganda de bebidas. No que diz respeito às drogas ilícitas,

---

<sup>51</sup> O consumo global de álcool segue uma curva normal em que uma parte da população bebe pouco, uma grande parte está na média populacional de consumo e uma parte que são os bebedores pesados. Em um primeiro momento, poderia se pensar em criar políticas para diminuir o número de bebedores pesados, mantendo a média de ingestão de álcool da população. Essa política resultaria pouco efeito, uma vez que uma grande parte da população estaria exposta aos possíveis danos do álcool, com possibilidade de desenvolver dependência (LARANJEIRA, 2010).

discute-se políticas de repreensão, fiscalização, prisão, descriminalização, despenalização ou legalização.

Entre as várias estratégias existentes para diminuir o consumo global do álcool, destaca-se o aumento de preços como uma das principais. Evidências científicas mostram que a estratégia de aumento de preços do álcool é altamente eficaz por estar associada ao menor consumo e menos problemas associados, especialmente em grupos mais vulneráveis: adolescentes e bebedores pesados. Especialistas concordam que o aumento de preço das bebidas alcoólicas é o meio mais eficaz de reduzir a embriaguez ao volante. Segundo estimativas estadunidenses, o aumento de preço em 10% das bebidas alcoólicas reduziu em 7% a probabilidade de homens dirigirem embriagados e em 8% para as mulheres. Essa redução é mais acentuada entre menores de 21 anos. Outros resultados para o aumento do preço das bebidas é a diminuição do absenteísmo e a redução de homicídios e outros crimes: sequestros, assaltos, furtos, roubos de veículos, violência doméstica e abuso de crianças (DUALIBE; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

Ainda que uma estratégia isolada possa gerar impacto sobre o consumo, a exemplo do aumento dos preços das bebidas alcoólicas, outras estratégias associadas podem contribuir para a diminuição do consumo, assim como a diminuição dos danos decorrentes do abuso de bebidas. Estratégias que podem ser transformadas em políticas públicas são: 1- delimitação da localização dos pontos de venda e aglomerados de bares. Os governos de cada município podem criar leis que limitem os pontos de venda. Podem também criar leis de zoneamento urbano, em que se estabeleça uma distância mínima entre ponto de venda e escola; 2- diminuição da densidade de pontos de venda. Quanto menos pontos de venda, maior o custo do álcool, resultando na diminuição do consumo; 3- estabelecimento de uma idade mínima para a compra de bebidas; 4- restrição de dias e horários de venda. O município de Diadema/SP é tido como um exemplo nacional positivo por ter adotado a lei de fechamento de bares às 23 horas. Um estudo publicado afirmou que essa ação resultou em importante redução no número de homicídios e violência contra mulheres na cidade; 5- instituição de serviços de venda responsável de bebidas. Essa meta pode ser alcançada por meio do treinamento de garçons e vendedores de bebidas, os quais têm o potencial de reduzir a venda de álcool para pessoas já intoxicadas e menores de idade, reduzindo, assim, o número de acidentes automobilísticos; 6- regulação de venda. Uma vez que o poder de

influência sobre o consumo de bebidas é maior nos estabelecimentos que vendem para ser consumidas no próprio local, é possível que se crie regulamentações que especifiquem o volume das doses de bebidas, bem como inibir descontos e promoções e treinar funcionário para que eles ofereçam alimentos e outras opções de entretenimento não relacionadas ao consumo de álcool; 7- implementação de um sistema de licenças. Esse mecanismo de controle é o mais direto e imediato. “Se o sistema tiver poder para suspender ou revogar a licença do estabelecimento em caso de infrações, se torna um instrumento efetivo e flexível para reduzir problemas relacionados ao consumo de álcool” (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

A essas políticas, Laranjeira (2010) acrescenta as políticas de proibição da propaganda nos meios de comunicação e campanhas na mídia e nas escolas com o objetivo de informar melhor sobre os efeitos do álcool. Segundo ele, o objetivo da propaganda do álcool não é apenas fazer com que os consumidores tenham preferência por determinada bebida, mas para criar um clima de tolerância social e estímulo de consumo ao álcool. Com relação às campanhas na mídia e nas escolas que objetivam levar informação sobre os efeitos do álcool, estas não serão bem sucedidas se não forem acompanhadas de outras políticas. Nada adianta conscientizar os estudantes sobre os danos causados pelo álcool se a televisão continua a mostrar a alegria e descontração associadas à bebida alcoólica.

## **6.2 Política regulatória nacional sobre o álcool**

A Política Nacional sobre o Álcool, criada por meio do Decreto nº 6.117/2007 (Brasil, 2007a), é resultado de um longo processo de discussão. Somente em julho de 2005 que o então “Conselho Nacional Antidrogas”, tendo consciência dos problemas relacionados ao consumo de álcool e tendo como objetivo ampliar o espaço da participação da sociedade sobre esse tema, constituiu a “Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool” – CEPPA. Essa Câmara foi composta por diferentes órgãos do governo, além de especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil<sup>52</sup>. Esse processo permitiu que o Brasil chegasse a uma política realista, baseado de forma consistente em dados epidemiológicos, nos avanços da ciência e no respeito ao momento sociopolítico do país. A Política

---

<sup>52</sup> “A câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado pelo ministério da Saúde, em 2003” (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

Nacional sobre o Álcool tem como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas advindos do consumo do álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade das ações para a redução dos danos sociais, da saúde e da vida causados pelo consumo da bebida alcoólica, assim como das situações de violência e criminalidade relacionadas ao consumo prejudicial de bebidas alcoólicas. Essa política implantou medidas articuladas entre si e podem ser divididas em nove categorias:

Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil; Tratamento e reinserção social de usuários dependentes de álcool; Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas; Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis; Segurança pública; Associação álcool e trânsito; Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública; Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais; Propaganda de bebidas alcoólicas. (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

Em razão dos problemas com o álcool não atingir apenas as populações vulneráveis, mas estar associados à morbidade e mortalidade da população em geral, as estratégias apresentadas têm como objetivo diminuir os impactos decorrentes do uso de álcool e trânsito. A Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida como “lei seca” vem ao encontro dessa necessidade<sup>53</sup>.

Em 23 de setembro de 1997 foi instituído o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) por meio da Lei 9.503. De acordo com o Artigo 165 do CTB, foi considerado infração de trânsito, sujeito à medida administrativa, o condutor que: dirigisse sob a influência de álcool em nível superior a 0,6 gramas de álcool por litro de sangue ou de qualquer substância entorpecentes ou que determinasse dependência física ou psíquica (BRASIL, 1997). Em 07 de fevereiro de 2006 o artigo 165 foi alterado pela Lei 11.275/06. A principal alteração foi considerar infração gravíssima o ato de dirigir sob influência de álcool (não indicando o nível de concentração de álcool no sangue) ou de qualquer substância entorpecente que determinasse dependência física ou psíquica, ficando o condutor que dirigisse nessas condições sujeito às penalidades de multa, suspensão de dirigir e medida administrativa que consistia na retenção do documento de habilitação e retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado (BRASIL, 2006b).

---

<sup>53</sup> Essa lei foi sancionada durante a realização da 10ª semana Nacional Antidrogas.

Em 19 de junho de 2008 houve uma nova alteração da Lei 9.503, por meio da instituição da Lei 11.705, também conhecida como “Lei Seca”. A introdução da “Nova Lei” dispôs o seguinte:

Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos famígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências (BRASIL, 2008, grifo do autor).

Entre os artigos alterados, o novo texto alterou o primeiro que passou a estabelecer alcoolemia zero para quem for dirigir e penalidades mais severas para a pessoa que dirigir sob influência de álcool. Com relação ao artigo 165, as principais mudanças do novo texto foi delimitar o período de suspensão do direito de dirigir em 12 meses (no texto anterior era prevista a suspensão do direito de dirigir, sem delimitação de tempo).

A alcoolemia zero é justificada em razão de não haver limite considerado seguro para dirigir após a ingestão de bebida alcoólica, uma vez que a absorção e metabolização do álcool dependem de vários fatores, como sexo, peso corporal e ingestão de alimentos. De maneira geral, o consumo de uma lata de cerveja, de uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, vodka ou uísque é o suficiente para o motorista ser multado. A ingestão de duas ou três doses deixa de ser infração para ser considerado crime. Vide quadro 3.

Quadro 3 - Ingestão de bebida e concentração de álcool

| Quantidade de bebida                                   | Concentração de álcool (em mg por litro de ar) |                |                |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------|----------------|
|                                                        | Homem de 60 Kg                                 | Homem de 70 Kg | Homem de 80 kg |
| 40 ml de pinga, uísque ou vodca (1dose).               |                                                |                |                |
| 85ml de vinho do Porto, vermouths ou licores (1cálce). |                                                |                |                |
| 140ml de vinho (1taça)                                 | 0,14                                           | 0,11           | 0,09           |
| 340ml de cerveja (1lata) ou chope.                     |                                                |                |                |

Fonte: quadro adaptado pelo autor, do Departamento de Polícia Rodoviária Federal<sup>54</sup>.

<sup>54</sup> BRASIL, 2012d.

Em 20 de dezembro de 2012 foi sancionada a Lei nº 12.760 que alterou a Lei 9.503 nos artigos 165, 262, 276, 277 e 306 (BRASIL, 2012c). A principal alteração do artigo 165 é em relação ao valor da multa<sup>55</sup> para o infrator que passou de cinco vezes (900 Ufir, equivalente a R\$ 957,70) para dez vezes (1800 Ufir<sup>56</sup>, equivalente a R\$ 1915,40)<sup>57</sup>. O valor da multa dobrará de acordo com a nova lei se for constatada reincidência no período de até 12 meses (3600 UFIR, equivalente a R\$ 3830,80). Outra mudança importante da Lei 12.760 é o artigo 277, parágrafo 2º que diz:

A infração prevista no art. 165 também poderá ser caracterizada mediante imagem, vídeo, constatação de sinais que indiquem, na forma disciplinada pelo Contran, alteração da capacidade psicomotora ou produção de quaisquer outras provas em direito admitidas (BRASIL, 2012c).

Uma vez que a constituição prevê que a pessoa não é obrigada a produzir provas contra si mesma<sup>58</sup>, ela não é obrigada a fazer teste de bafômetro ou exame de sangue para verificar a presença de álcool. Desse modo, foi criado o dispositivo da lei em que os recursos mencionados poderão ser utilizados. De acordo com o 3º parágrafo do artigo 277, as penalidades e as medidas administrativas serão aplicadas como previstas no artigo 165 (multa e retenção do veículo e habilitação) no caso de o condutor se recusar a se submeter aos procedimentos previstos a fim de comprovar uma possível concentração de álcool no sangue.

O artigo 306, que está inserido no contexto da tipificação dos crimes de trânsito, também foi alterado pela Lei 12.760 do Código Brasileiro de Trânsito. As

<sup>55</sup> O artigo 258 classifica as multas de acordo com sua gravidade em 4 categorias: gravíssima, 180 UFIR; grave: 120 UFIR; média, 80 Ufir; leve, 50 UFIR (BRASIL, 2008).

<sup>56</sup> A Unidade Fiscal de Referência (UFIR) foi um indexador criado em 1991 para corrigir tributos. Foi extinta em todo o país no ano de 2000, com exceção do Rio de Janeiro. O último valor atribuído para uma UFIR foi no ano de sua extinção e era R\$ 1,0641. As multas cobradas em UFIR têm por base o valor de R\$ 1,0641 do ano de 2000 (BRASIL, 2007b).

<sup>57</sup> De acordo com o artigo 258 do Código Brasileiro de Trânsito, as multas serão dadas tendo como referência a UFIR, tendo por base a gravidade da infração. Em caso de infração gravíssima, o infrator pagará uma multa de 180 UFIR. Em se tratando da infração de dirigir sob influência do álcool, o valor da multa é multiplicado por 10. Nesse caso o condutor pagará 1800 UFIR (BRASIL, 2012c).

<sup>58</sup> O Artigo 5º, Inciso LXIII da constituição de 1988, assegura: “o preso será informado de seus direitos, entre os quais o de permanecer calado, sendo-lhe assegurada a assistência da família e de advogado”. Esse inciso é baseado no 8º artigo da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, também conhecido como “Tratado de São José da Costa Rica” que versa sobre os direitos judiciais e entre eles que a pessoa tem o “direito de não ser obrigada a depor contra si mesma nem a confessar-se culpada” (LENART, 2009). O tratado de São José da Costa Rica foi aberta à assinatura em 22 de novembro de 1969, durante a Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, realizado na cidade de São José, na Costa Rica. Passou a vigorar em 18 de julho de 1978. O Brasil ratificou o tratado somente em 25 de setembro de 1992, mas passou a ter validade por meio do Decreto 678 de 06 de novembro de 1992 (BRASIL, 2009).

penas para quem cometer o crime de dirigir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada pela influência do álcool ou outra substância psicoativa que determine dependência serão as seguintes: detenção de seis meses a três anos, multa, suspensão ou proibição de obter a permissão ou habilitação para dirigir. A alteração psicomotora deverá ser constatada de duas formas: A primeira forma é por meio de exame que indique 0,3 miligramas de álcool por litro de ar alveolar (teste de bafômetro) e exame de sangue que indique concentração igual ou superior a 0,6 gramas de álcool por litro de sangue. Em caso de o condutor se negar fazer os testes, é prevista uma segunda forma para constatar a alteração psicomotora prevista no mesmo artigo, de acordo com a forma disciplinada pelo Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), por meio de sinais que indiquem alteração da capacidade psicomotora: teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, vídeo, prova testemunhal ou outros meios de prova, facultado ao motorista o direito de contraprova (BRASIL, 2012c).

Discute-se sobre a constitucionalidade da lei, em especial no que se refere sobre as demais formas de constatar a embriaguez, como prova testemunhal ou vídeo, em razão da subjetividade dessas formas, diferentemente dos testes de bafômetro e de sangue, que são provas objetivas. Outro ponto controverso relaciona-se com o motorista que se negue fazer teste de bafômetro e ter que apresentar contraprova para provar que não estava sob efeito de bebida enquanto dirigia, e dessa maneira ter sua multa cancelada. Segundo Diniz (2013), ainda que o condutor não queira fazer o teste de bafômetro, a multa será dada, presumindo-se que a pessoa esteja sob efeito de álcool. A colunista justificou a necessidade da nova lei ao afirmar: "Dirigir sob efeito de álcool é um hábito tolerado socialmente no Brasil e faz milhares de vítimas todos os anos. 375.804 pessoas morreram em decorrência de acidentes de trânsito entre 1998 e 2008 - uma a cada treze minutos. Estima-se que a metade delas havia bebido". (DINIZ, 2013, p. 73).

De acordo com o Departamento de Polícia Rodoviária Federal (BRASIL, 2012d), ninguém é obrigado a soprar o bafômetro, por outro lado, o teste é necessário para que o motorista mantenha sua concessão para dirigir veículos automotores. Quem se recusar a participar do exame terá sua CNH suspensa por um ano e o veículo ficará retido até a apresentação de motorista que esteja em condições normais para dirigir, além de ter de pagar a multa de R\$ 957,70. Nota-se que, de acordo com a lei de 20 de dezembro, o motorista seria considerado

alcoolizado (mesmo não estando) pela razão de usar seu direito de não querer fazer uso do bafômetro. Dessa maneira, para se livrar da acusação de embriaguez, o motorista deveria se submeter posteriormente ao exame de sangue a fim de comprovar plena sobriedade. De todo o jeito, embora a intenção fosse boa, essa lei se tornou uma “armadilha” para qualquer motorista que rejeitasse fazer o teste, obrigando-o a realizar um teste posterior a fim de manter seu direito de conduzir veículo automotor. Em outra edição da Revista Veja, Laura Diniz (2012) afirmou que o Supremo Tribunal de Justiça decidiu na última semana de março de 2012 que somente o teste do bafômetro ou o exame de sangue podem ser usados para incriminar o motorista guiando com nível de álcool acima do permitido. Testemunhos de policiais, exames clínicos ou registros em vídeos que atestam embriaguez não têm efeitos legais. O STJ adotou essa posição porque não tinha escolha. A má redação da lei brasileira forçou o tribunal à decisão. “Foi tormentoso tomá-la. Como cidadãos nós queremos o fim da impunidade no trânsito, mas, como magistrados, precisamos ser estritamente técnicos”, disse o ministro do STJ Og Fernandes.

As mudanças na legislação sobre beber e dirigir ocorreram entre 2006 e 2012. Constata-se de maneira geral que houve uma diminuição em 21% na proporção de indivíduos (homens e mulheres) que relataram terem dirigido após consumir bebida alcoólica no último ano (anterior ao ano da pesquisa). A mudança na diminuição entre beber e dirigir foi um pouco maior entre os homens, com queda de 19%, em relação às mulheres, que apresentou queda em 17% (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012a).

### **6.3 Políticas sociais sobre drogas ilícitas**

O problema das drogas tem sido alvo de atenção dos governos, especialmente a partir do ano de 1971, quando o presidente estadunidense Richard Nixon declarou guerra às drogas. O Brasil aderiu a essa guerra em seu território. O ponto marcante foi a promulgação da Lei de Crimes Hediondos nº 8.072/90 no período do governo Collor de Melo (BRASIL, 1990b). Essa lei equiparava o tráfico de drogas às práticas de tortura e terrorismo. Nos últimos anos vem sendo falado em políticas sociais para tratar dos problemas das drogas de maneira mais abrangente, por meio de prevenção, tratamento e reinserção do usuário ou dependente. Embora

a repressão do tráfico ainda seja um forte mecanismo de controle utilizado pelo governo, o discurso que apoia o uso de outros mecanismos para tratar dos problemas das drogas tem ganhado espaço.

O Brasil não possuía uma política específica sobre drogas até 1998, e as ações para tratar do problema eram fortemente repressivas. Somente por ocasião da 20ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, ocorrida em junho de 1998, que o país aderiu aos “Princípios Diretivos da Redução de Demanda de Drogas no Mundo” declarados nesse evento. Os principais aspectos dos Princípios Diretivos são: igual ênfase à redução da oferta e da demanda e ênfase na prevenção do uso e redução das consequências adversas do abuso de drogas (DUARTE, 2009).

Os primeiros passos que o Brasil se propôs a dar com o objetivo de se alinhar aos Princípios Diretivos se deu por meio da Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998, a qual transformou o Departamento de Entorpecentes em Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD<sup>59</sup>, e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Tanto a SENAD quanto o CONAD ficaram vinculados à Casa Militar da Presidência da República. Coube à SENAD coordenar a Política Nacional Antidrogas por meio da articulação e integração entre o governo e a sociedade. As principais atribuições da SENAD são: articular e coordenar atividades de prevenção ao uso indevido de drogas, além da atenção e reinserção de usuários e dependentes; gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). Como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, a SENAD mobilizou os diversos atores envolvidos com o tema e criou a Política Nacional Antidrogas - PNAD (BRASIL, 2011).

Em novembro de 1998 foi realizado o 1º Fórum Nacional Antidrogas. O objetivo foi o alinhamento com a visão dos Princípios Diretivos da qual o Brasil se tornou signatário. Nesse Fórum foram coletadas as primeiras contribuições da sociedade para aquilo que veio a ser a Política Nacional Antidrogas (BRASIL, 2011). Em Dezembro de 2001 ocorreu o 2º Fórum Nacional Antidrogas no qual foi definida a “Política Nacional Antidrogas” que foi instituída por meio do Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.

---

<sup>59</sup> A SENAD foi criada por meio da Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632 de 19 de Junho de 1998.

Ao assumir o governo, o então Presidente da República, Sr. Luiz Inácio Lula da Silva, decidiu manter a Política Nacional Antidrogas, garantido dessa maneira a sua continuidade e aplicação (UCHOA, 2004). Em mensagem ao Congresso Nacional em 17 de fevereiro de 2003, o Presidente Lula mostrou a necessidade de se construir uma nova Agenda Nacional para a redução de demanda de drogas no país, a qual deveria contemplar três pontos principais: integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, a fim de ampliar o alcance das ações; descentralização das ações em nível municipal, a fim de que a condução local das atividades de redução de demanda fosse adaptada à realidade de cada município; estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (BRASIL, 2011).

Em março de 2003 o governo promoveu um seminário intitulado “Novos Cenários para a Política Nacional Antidrogas”. Estiveram presentes neste seminário todos os órgãos da República em nível de Ministérios, os quais trouxeram suas contribuições para a efetivação dessa integração. Nesse seminário 11 Ministérios assinaram um Protocolo Coletivo de Intenções para as Ações Conjuntas na Política Nacional Antidrogas (UCHOA, 2004).

Em 2004 a PNAD passou por um realinhamento e atualização de seus fundamentos, levando em consideração as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando. O processo de realinhamento se deu por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas realizado em 21 de junho<sup>60</sup>, seis fóruns regionais realizados em todas as regiões do Brasil entre os meses de agosto e outubro<sup>61</sup>, e um Fórum Nacional sobre Drogas realizado dos dias 24 a 26 de novembro em Brasília. A SENAD articulou e coordenou este projeto nacional. Essa política passou a ser chamada de “Política Nacional sobre Drogas” (PNAD), sendo aprovada pelo CONAD em 23 de maio de 2005, e passou a vigorar em 27 de outubro de 2005 por meio da resolução nº 3/GSIPR/CONAD. Nesse novo realinhamento o prefixo “anti” foi substituído pelo termo “sobre”, obedecendo às tendências internacionais, e as

---

<sup>60</sup> O Seminário Internacional de Políticas sobre Drogas foi realizado em parceria com o Ministério das Relações Exteriores, e teve a participação dos seguintes países: Canadá, Países Baixos, Reino Unido, Portugal, Itália, Suécia e Suíça (DUARTE, 2009).

<sup>61</sup> O fórum da região sul nos dias 11 à 13 de agosto em Florianópolis; O fórum da região sudeste ocorreu nos dias 25 à 27 de agosto em São Paulo; Na região nordeste ocorreram 2 fóruns regionais: 8 à 10 de setembro em Salvador e, 22 à 24 de setembro em São Luís. O fórum da região norte ocorreu de 13 à 15 de outubro em Manaus; O Fórum da Região Centro-Oeste ocorreu de 27 à 29 de outubro em Campo Grande (DUARTE, 2009).

estratégias do Governo para a redução da demanda e oferta de drogas (DUARTE, 2009). A Política Nacional sobre Drogas passou a trabalhar nos seguintes eixos: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta; estudo, pesquisas e avaliações.

Em 2006, sob coordenação da SENAD, um grupo do governo assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, conhecida como “Lei de Drogas”. A nova “Lei de Drogas” instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando uma legislação de 30 anos<sup>62</sup> que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área, bem como das transformações sociais, e instituiu medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes químicos (BRASIL, 2011).

Em 27 de setembro de 2006 foi criado o Decreto nº 5.912, o qual regulamentou a Lei nº 11.343, reestruturou o CONAD e regulamentou o SISNAD, e definiu competências do Executivo em relação à Redução da Demanda e da Oferta de Drogas. A coordenação e articulação das questões referentes à demanda de drogas ficou a cargo da SENAD, enquanto as questões relacionadas à oferta de drogas ficou a cargo do Ministério da Justiça, sendo coordenadas, articulada e executada pelo Departamento da Polícia Federal (DUARTE, 2009).

O SISNAD tem os seguintes objetivos:

- I) Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados; II) promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país; III) promover a integração entre as políticas de **prevenção** do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas; IV) reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas; V) promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, estados e municípios. (BRASIL, 2011, p. 70).

A partir da regulamentação do SISNAD, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD. O objetivo desse conselho é garantir a participação paritária entre governo e sociedade. A partir de 23 de julho de 2008 o Conselho

---

<sup>62</sup> A Lei nº 11.343/2006 substituiu a Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976 que dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, de 21 de outubro de 1976<sup>62</sup>, e a Lei nº 10.409/2002, de 11 de Janeiro de 2002 que dispunha sobre prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão da produção, uso, tráfico ilícito de substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas por meio da Lei nº 11.754. As principais funções do CONAD são: acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas e avaliar o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas. A Lei nº 11.754 também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas, que passou a se chamar de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (BRASIL, 2011).

Os principais avanços da “Lei de Drogas” foram: Distinção entre usuário e traficante; extinção da pena de prisão para usuários (despenalização do uso de drogas); fim do tratamento compulsório; oferecimento de tratamento gratuito para os usuários e dependentes que optarem por realizá-lo e aumento da pena para traficantes (DUARTE, 2009).

#### **6.4 Política de enfrentamento ao crack**

De acordo com pesquisadores, o avanço da criminalidade e suas complexas relações entre drogas e violência, em especial o crack, têm lançado desafios cada vez maiores e tem exigido respostas eficazes, seja do governo ou da sociedade, por meio da convergência de esforços dos vários segmentos, a fim de construir alternativas para o problema que extrapole a repressão e que considerem os diversos aspectos relacionados ao aumento da criminalidade e dos problemas decorrentes do consumo do crack. Com o objetivo de reverter os efeitos dos problemas relacionados ao crack, o Governo Federal lançou o Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criou o Comitê Gestor e indicou várias ações de aplicação imediata e outras de caráter estruturante para enfrentar o problema de forma intersetorial. A coordenação geral está sob responsabilidade da SENAD e conta com a participação de vários ministérios, secretarias e ONG's, além de entidades com as quais foram estabelecidos acordos institucionais, como no caso do Conselho Nacional de Justiça.

O Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população. (BRASIL, 2011, p. 76).

Entre as ações que são implementadas imediatamente, destaca-se aquelas voltadas para o enfrentamento ao tráfico de crack em todo o território nacional, em especial naqueles municípios localizados em região de fronteira, e a realização de campanha permanente de mobilização nacional para o engajamento ao plano. Um dos objetivos de tais ações é melhorar o sistema de saúde que atende os usuários de drogas e seus familiares. Nessa etapa são previstas as seguintes ações: 1- Enfrentamento ao Tráfico por meio de ampliação de operações especiais da Polícia Federal e da Polícia Rodoviária Federal, cujo objetivo é desarticular a rede de narcotráfico, priorizando as regiões de fronteira; 2- Fortalecer as Polícias Estaduais para a atuação delas no enfrentamento qualificado ao tráfico de crack, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade para o consumo; 3- Atender, tratar e reinserir socialmente os usuários de crack. Para implementar essa ação foi prevista: a) Abertura de edital para financiamento de desenvolvimento e integração da rede assistencial, como casa de passagens e comunidades terapêuticas; b) Ampliação da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar para a inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social; c) Ampliação do número de leitos hospitalares para a internação de usuários de crack e outras drogas, assim como a ampliação de serviços de urgência e emergência. 4- Realizar campanha nacional e permanente a fim de mobilizar a sociedade para o enfrentamento do crack. Essa campanha iniciou por meio de um site interativo no “Portal Brasil” para tratar especificamente do crack e demais questões relacionadas ao assunto; 5- Ampliar ações dos projetos em regiões de grande vulnerabilidade relacionada à violência e consumo de crack e outras drogas. Destaca-se o projeto Rondon e PROJOVEM; 6- Capacitar os profissionais da rede de saúde e assistência social, educadores, comunidade escolar em tratamento e reinserção social a fim de formar multiplicadores em prevenção; 7- capacitar continuamente juízes e equipes psicossociais, com objetivo de dar uniformidade, bem como implantar práticas e políticas de reinserção social de acordo com a Lei de Drogas; 8- Disseminar informação por meio do portal interativo sobre o crack no Observatório Brasileiro de Políticas sobre Drogas (OBID), a fim de fomentar o debate sobre questões relacionadas ao crack (BRASIL, 2011).

As ações estruturantes estão organizadas em quatro eixos:

1- Integrar ações de prevenção, tratamento e reinserção social por meio de implementação, capacitação, disseminação de boas práticas, tratamento e reinserção social para usuários e dependentes de crack e outras drogas. Essa ação visa fortalecer as redes locais de serviços assistenciais e de saúde de modo que seja garantido o acesso aos serviços existentes, tanto para os usuários, como para suas famílias. No que se refere ao treinamento, o objetivo é capacitar profissionais dos diversos setores, seja da saúde, educação, do direito, ou líderes religiosos e comunitários, entre outros. Foi prevista a capacitação de cerca de 100.000 profissionais em dez cursos diferentes na modalidade EAD, por meio de parcerias estabelecidas com universidades. As capacitações abordam as drogas de maneira geral com ênfase no crack. Está contemplada no primeiro eixo a disseminação de boas práticas de atendimento ao usuário de crack e outras drogas em situação de vulnerabilidade social.<sup>63</sup>

2- Diagnosticar a situação sobre o consumo de crack e os problemas relacionados. Esse diagnóstico é feito por meio de ampla pesquisa em todo o território nacional, em que se verifica o perfil dos usuários de crack, bem como suas condições de saúde e necessidades de atendimento nas redes de saúde e proteção social. As pesquisas incluem estudos clínicos com o objetivo de desenvolver novas modalidades terapêuticas, assim como estratégias mais eficazes para facilitar o ingresso na rede de atenção à saúde e aumentar os índices de usuários de crack que aderem aos tratamentos. Outra frente do diagnóstico se constitui em mapear os serviços de saúde e proteção social que atendem os usuários de crack e outras drogas, bem como avaliar a capacidade de tais serviços, considerando a opinião dos usuários, familiares e profissionais. Por último, esse eixo contempla o custo econômico do uso

---

<sup>63</sup> São exemplos dessas boas práticas: 1- Associação Lua Nova. Essa associação acolhe jovens grávidas ou mães usuárias de drogas e promove a inclusão social por meio de geração de renda; 2- Consultório de Rua. Esse projeto acontece por meio de atendimento psicológico, médico e social e é voltado para pessoas que vivem nas ruas; 3- Terapia Comunitária. Nesse projeto, a própria comunidade, por meio de metodologia desenvolvida, busca soluções para seus problemas por meio da formação de uma rede solidária que acolhe e encaminha. (BRASIL, 2011).

de crack no Brasil, bem como a instalação de um sistema de monitoramento precoce do uso e tráfico de drogas.

3- Manter de maneira permanente campanha de mobilização, informação e orientação. Essa campanha terá como objetivo engajar o Plano Integrado de Enfrentamento de Crack e outras drogas aos meios de comunicação, empresas e movimentos sociais.

4- Formar recursos humanos e desenvolver metodologias. Para que o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tenha sustentabilidade, será ofertado em cinco universidades federais, cursos de especialização e mestrado profissional em gestão de tratamento de usuários de crack e outras drogas. Esses cursos serão destinados a profissionais que atuam na rede de atenção à saúde e proteção social. Está contemplado nesse eixo cursos de pós-graduação e residência multiprofissional, mestrado e doutorado. O projeto prevê a criação de seis centros colaboradores no âmbito de hospitais universitários para assistência de usuários de crack e outras drogas, cujo objetivo é desenvolver pesquisas e metodologias de tratamento e reinserção social. Farão parte dessa estrutura o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) para atendimento de usuários de crack e outras drogas. As vagas para atendimento serão em regime ambulatorial e de internação (BRASIL, 2011).

Tendo por base a pesquisa bibliográfica, analisaremos na seção 7, entrevistas feitas com residentes em tratamento de dependência química. A análise abordará o perfil geral, assim como questões relacionadas ao uso de drogas, tratamento e a percepção do dependente químico sobre Comunidade Terapêutica.

## 7 ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA, PERSPECTIVAS E PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES, POR MEIO DE ENTREVISTAS

Entre os meses de fevereiro e outubro de 2013 entrevistamos 50 pessoas residentes do Esquadrão da Vida de Bauru que se encontravam na segunda internação voluntária por dependência química. O objetivo ao selecioná-los foi a tentativa de compreender, também, os motivos da recaída.

Além de informações subjetivas envolvendo a percepção do entrevistado sobre a Comunidade Terapêutica em que se encontra, abordamos aspectos da sua vida em sociedade, as suas relações pessoais com familiares, os motivos que o levaram ao uso de drogas, etc.

A análise dos resultados contemplará além de informações objetivas (sexo, idade, escolaridade, nº de filhos etc.), as subjetivas e a associação entre elas. Essa metodologia tem como objetivo principal fazer um apanhado geral da dinâmica de vida do grupo e servir como um referencial inicial para outros estudos mais aprofundados de especialistas.

### 7.1 Idade

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

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

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, Nappo 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.

## **7.2 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 formal<sup>64</sup> antes da internação e apenas um deles afirmou ser aposentado pelo INSS.

## **7.3 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).

---

<sup>64</sup> 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.

Segundo dados de 2003 do Ministério da Saúde (Brasil, 2003) o uso compartilhado de equipamentos na autoadministração de drogas injetáveis, com predomínio de cocaína injetável, é responsável por 25% do total de casos notificados. Além do HIV, outras doenças de transmissão sanguínea são bastante prevalentes entre usuários brasileiros que fazem uso de drogas injetáveis (UDI). Embora sejam poucos os dados, pesquisas pontuais e a observação da realidade demonstram crescimento do compartilhamento de seringas e agulhas de anabolizantes em academias e de silicone injetável entre travestis. Estima-se, a partir dos dados disponibilizados por pesquisas, que existem aproximadamente 800.000 usuários de drogas injetáveis (UDI) no País, que fizeram ao menos uma utilização desta via nos últimos 12 meses. As características dessas pessoas são:

- Jovens, entre 18 a 30 anos, que iniciaram o consumo de drogas injetável por volta dos 16 anos;
- Baixa escolaridade, tendo a maioria o primeiro grau incompleto;
- A média de injeção em torno de 10 a 25 vezes por sessão de uso;
- Altas taxas de “HIV” com prevalência de “36,5%” e “Hepatite C” com prevalência de 56,4%;
- 85% dos UDI afirmaram ter usado droga em grupo;
- 23% procuraram tratamento para a dependência química em algum momento da vida;
- 80 % haviam sido detidos pelo menos uma vez na vida.

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%            |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b>   |

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

| <b>Escolaridade</b>    | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|------------------------|-----------|-------------|
| Fundamental Incompleto | 15        | 30%         |
| Fundamental Completo   | 8         | 16%         |
| Médio Incompleto       | 12        | 24%         |
| Médio Completo         | 11        | 22%         |
| Superior Incompleto    | 3         | 6%          |
| Superior Completo      | 1         | 2%          |
| <b>TOTAL</b>           | <b>50</b> | <b>100%</b> |

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).

#### 7.4 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.

#### 7.4.1 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.

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

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. O primeiro desses quatro experimentou crack aos 44 anos, fez referência ao álcool e ao tabaco como drogas lícitas que usou desde os 20 anos.

O segundo admitiu o uso de álcool e de tabaco aos 12 anos, mas experimentou cocaína (droga que o levou à internação) aos 17 anos.

O terceiro admitiu o uso de droga lícita aos 13 anos e da droga ilícita aos 18 anos. Tratava-se de um homem de 31 anos, solteiro, sem filhos, que trabalhava como calheiro, e que estava em sua segunda internação por uso de crack, tendo sido internado a primeira vez aos 27 anos (entrevista 31).

Por fim, o quarto deles, um homem de 54 anos, aposentado, divorciado, pai de três filhos adultos, que estava em sua terceira internação, afirmou que começou com bebida aos 16 anos e droga ilícita aos 30 anos. Ao ser questionado sobre qual droga havia lhe causado problemas mais sérios e que o levou à internação, respondeu que foi o crack, mas complementou “... se eu não beber eu não uso nada, tudo é através da bebida” (entrevista 49).

#### 7.4.2 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, 2004a).

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 a 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).

#### 7.4.3 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 1ano em 70% dos casos. O maior intervalo encontrado entre o primeiro uso de crack e o uso regular foi de 8 anos.

## **7.5 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 trás”. (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?

## **7.6 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.

Um dos entrevistados afirmou: “Me sentia muito bem usando drogas. Fazia parte do meu grupo. Era minha identidade” (homem, casado, 34 anos, desempregado, pai de dois filhos, internado pela segunda vez). Ele começou usar tabaco e álcool com 14 anos com um grupo de pessoas mais velhas que bebiam e fumavam. Usou crack pela primeira vez aos 20 anos, passou a usar regularmente aos 28 anos, consumindo de 25 a 40 pedras por dia. Apesar do prazer que a droga lhe proporcionou, quando questionado sobre os maiores problemas que enfrentou em decorrência do uso de drogas, afirmou: “brigas com a família, perda de bons empregos, muita dívida, perda de dinheiro, tudo que comecei não terminei, perda de empresa que constituí. Comecei no crack a primeira vez por causa de decepção amorosa. O roubo dos primeiros 50 reais da bolsa da esposa me levou à primeira internação”. Ele não acredita na possibilidade de cura da dependência química, pois não consegue manter a abstinência em razão de não saber lidar com a frustração e ansiedade (entrevista 2).

## 7.7 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

| <b>Internação</b> | <b>Acredita na cura</b> |
|-------------------|-------------------------|
| 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:

- Os que ainda não completaram um mês de permanência no sistema são os que menos confiam na sua cura, fato constatado em  $\frac{1}{4}$  dos entrevistados.

Tabela 6 - Descrença na cura

| <b>Não acreditam na cura</b> |       |
|------------------------------|-------|
| 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.

- 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.

## **7.8 Reincidências**

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.

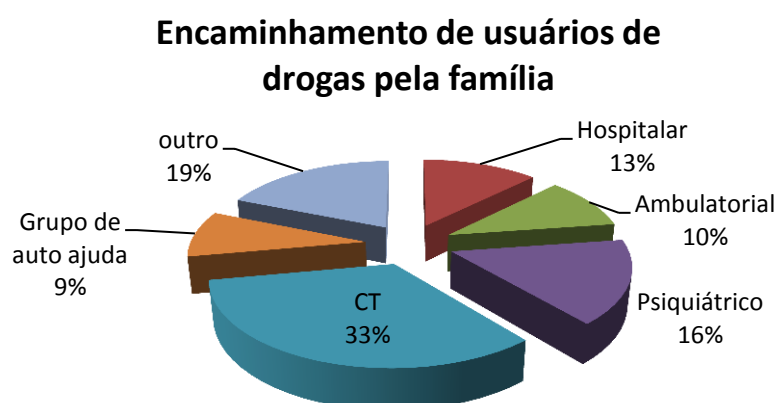
Tabela 7 - Quantidade de internações

| 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          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>50</b> | <b>100</b> |

Fonte: elaborada pelo autor.

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?

## **7.9 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.

### **7.10 Considerações sobre a recaída**

Apesar dos problemas sofridos em decorrência do uso de drogas (violência sofrida), perdas pessoais, várias internações, e da crença na recuperação pela maioria dos internos, levanta-se o questionamento: Por que da reincidência no uso de drogas?

A recaída para muitos estudiosos faz parte do processo de recuperação. Estudos mostram que 80% das pessoas recaem depois de um tempo e que, em geral, a pessoa necessita passar por vários tratamentos até conseguir a sobriedade. Ainda que a pessoa recaia, esse não é um caso perdido, tendo em vista que muitas pessoas alcançaram sobriedade após várias tentativas, como demonstram nossas pesquisas. Em modelo proposto por Prochaska e Di Clemente, o dependente químico passará por uma fase de pré-contemplação, em que a pessoa sequer reconhece o problema, em seguida ela poderá passar pela fase da contemplação, em que passa a ter consciência da conexão entre seu comportamento e os problemas a ele associados. É capaz de fazer uma avaliação dos prós e contras da

possibilidade de alguma mudança. O terceiro estágio é de preparação, no qual a pessoa está pronta a mudar e prepara um plano de mudança de curto prazo, em alguns casos, com ajuda de especialista. O quarto passo é a ação, em que a pessoa pensa em terapia ou mesmo internação e se engaja em um desses processos. A manutenção da sobriedade é a quinta etapa e pode ser adquirida por meio de estabelecimento de rotinas diferentes, como trabalho voluntário, envolvimento em grupos de apoio, etc. Por fim, a recaída poderá acontecer em muitos casos, tendo que se repetir o ciclo de mudança várias vezes até a mudança definitiva, podendo, ainda assim, ocorrer lapsos de uso em algum momento da vida (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004b).

### **7.11 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?

## **7.12 Percepções dos dependentes químicos em relação a 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 polícia<sup>65</sup> 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

---

<sup>65</sup> 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.

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, 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.

### **7.13 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. Um entrevistado respondeu: “Na rua me tornei muito violento, mas em casa não por morar e respeitar meus avós” (Homem, 24 anos, Ensino Fundamental incompleto, pai de uma filha. Iniciou o uso de drogas com a maconha aos 18 anos, mas foi internado por uso de crack aos 21 anos. Estava em sua 6ª internação, sendo que uma delas havia sido em hospital psiquiátrico por 15 dias). Afirmou que para conseguir drogas praticou roubo, assalto, furto e sequestro.

#### **7.14 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.

#### **7.15 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).

#### **7.16 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 doam 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) consideram 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.

### **7.17 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: “sonho em não voltar mais pra cá. Esquecer que existe clínica. É triste ficar em clínica, você não vive, não trabalha” (homem solteiro, 31 anos. Começou usar maconha aos 17 anos; entretanto havia sido internado pela 5ª vez por uso de crack). Estava internado há quatro meses no dia da entrevista. Outro 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.

Outro entrevistado declarou que o seu sonho é trabalhar, aposentar, comprar uma chácara com um rio ao fundo, ter umas vacas de leite e esperar a morte chegar (Homem, divorciado, 47 anos, profissão de encanador, começou a usar crack aos 44 anos. Gastava em média R\$ 40,00 por dia em crack – 3 a 4 pedras. Estava em sua quarta internação. Por ocasião da entrevista estava internado há 40 dias. Entrevista 41).

O grupo de entrevistados que foi objeto de nossa pesquisa faz parte de um contexto maior. A fim de conhecer a realidade mais ampla dos residentes do Esquadrão da Vida de Bauru – SP, fizemos o levantamento das fichas de triagens de pessoas que foram internadas entre os anos de 2007 e 2012. A próxima seção será destinada à análise de alguns itens dessas fichas.

## **8 ANÁLISE DOS ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS POR MEIO FICHAS DE TRIAGEM FICHAS DE TRIAGEM**

Com o objetivo de traçar um panorama geral das características pessoais dos internos, foram analisadas as fichas de triagem dos que foram internados por dependência de álcool e outras drogas na Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida de Bauru entre os anos de 2007 e 2012 (período de 6 anos), totalizando 644 prontuários.

A triagem é o primeiro contato que a família e o candidato à internação têm com o profissional da Comunidade Terapêutica que, por meio da triagem, pretende conhecer os aspectos sociais do candidato à internação (nome, idade, estado civil, profissão, nível educacional etc.), histórico de uso de drogas e internações (tratamentos anteriores, idade que iniciou o uso, quantidade), aspectos comportamentais (histórico de violência, tentativa de suicídio, porte de arma) e aspectos jurídicos (prisões, processos antigos e processos em andamento e respectivos motivos).

Conforme informações contidas nas fichas de entrevistas disponíveis, 1008 pessoas foram internadas entre janeiro de 2007 e dezembro de 2012. Em razão da falta de informações em 36% dos casos (364), foram consideradas para análises apenas 644 fichas. Assim, das fichas válidas para análise, 15% foram internados por dependência alcoólica e 85% por uso de outras drogas. Esse dado não significa que as drogas ilícitas sejam as que predominam na sociedade, e sim, que o maior público atendido no Esquadrão da Vida de Bauru nesse período foi de dependentes de drogas ilícitas.

Sobre o público atendido, o Esquadrão da Vida de Bauru atendeu pessoas naturais de 144 municípios, sendo que a maior parte era de pessoas naturais de Bauru: 37,57% (242 pessoas). Agudos foi o segundo município mais atendido: 10,71% (69 pessoas), seguido por Duartina: 3,41% (22 pessoas).

### **8.1 Idade**

A análise da faixa etária dos 644 internos no período (2007- 2012) confirma a forte presença do jovem na dependência de drogas, problema abordado pela maioria dos estudos sobre o tema. Abaixo dos 40 anos estão concentrados 85%

(547, entre 16 e 39 anos) dos que passaram pela instituição em análise no período, sendo que mais da metade (55,8%) esteve internado com menos de 30 anos (de 16 a 29 anos). A maior idade encontrada foi 69 anos, por alcoolismo, e a maior concentração de internos por faixa etária foi dos 18 aos 29 anos, com 54,5%.

Dentre os menores de idade, oito tinham menos de 18 anos, distribuídos em: cinco com 16 anos e três com 17 anos. Aqui merece uma ressalva: os menores de 18 anos foram internados por encaminhamento judicial.

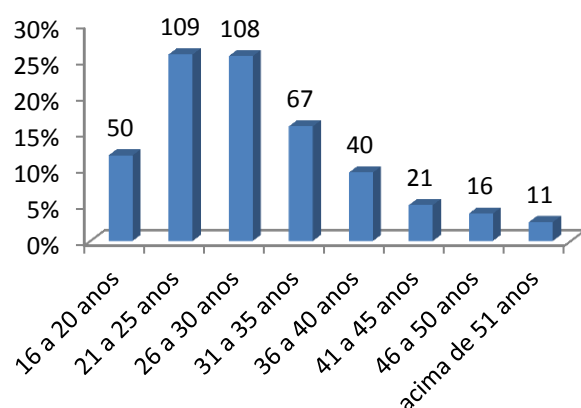
Tabela 8 - Faixa etária dos residentes entre 2007-2012

| Faixa etária | Nº         | %             |
|--------------|------------|---------------|
| 16-17        | 8          | 1,2%          |
| 18-29        | 351        | 54,5%         |
| 30-39        | 188        | 29,2%         |
| 40-49        | 73         | 11,3%         |
| 50-59        | 19         | 3,0%          |
| Acima dos 60 | 5          | 0,8%          |
| <b>Total</b> | <b>644</b> | <b>100,0%</b> |

Fonte: elaborada pelo autor.

Diante dessa alta concentração abaixo dos 30 anos, desagregamos as faixas etárias para uma nova análise e visualização mais exata da distribuição das informações, conforme a Figura 2:

Figura 2 - Faixa etária de internos



Fonte: elaborada pelo autor.

- Nas faixas de 21 a 25 e de 26 a 30 anos, os dependentes em recuperação distribuem-se de forma equitativa.
- A partir dos 32 anos há uma redução gradual que desperta algumas especulações: haveria um processo gradativo de recuperação com a idade ou na falta de recuperação desistiram dos tratamentos. Ou, ainda, não teriam sobrevivido por muito tempo em função do uso de drogas? São todas especulações que tentaremos responder nas próximas seções.

## 8.2 Relações familiares

A dificuldade na manutenção de relações conjugais dos dependentes já foi constatada na seção anterior de entrevistas e confirma-se na análise das 623 fichas com informação da situação conjugal de pessoas que estiveram na entidade no período de seis anos: menos de 1/3 (28,7%, 179 pessoas) estavam casadas, amasiadas, amigadas ou conviviam com outra pessoa em situação conjugal.

Tabela 9 - Estado civil dos residentes no dia da triagem

| <b>Estado civil</b>     | <b>Nº</b>  | <b>%</b>       |
|-------------------------|------------|----------------|
| Casados                 | 102        | 16,37%         |
| Amasiados               | 48         | 7,70%          |
| Amigados                | 2          | 0,32%          |
| Convivente              | 27         | 4,33%          |
| Divorciados             | 36         | 5,78%          |
| Separados               | 30         | 4,82%          |
| Solteiros               | 371        | 59,55%         |
| Viúvos                  | 7          | 1,12%          |
| <b>Total Informados</b> | <b>623</b> | <b>100,00%</b> |
| Não inform.             | 21         |                |
| <b>Total fichas</b>     | <b>644</b> |                |

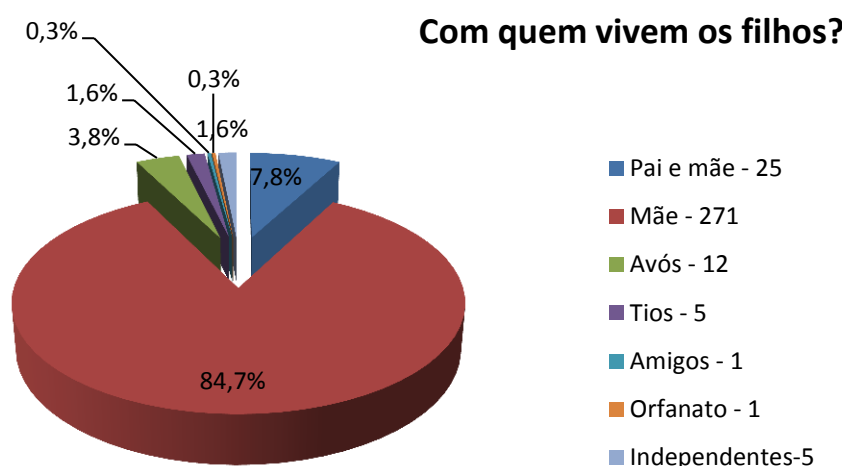
Fonte: elaborada pelo autor.

Como não podia ser diferente, uma vez que as entrevistas da seção anterior são amostras da situação geral, novamente a situação conjugal dos que estiveram em recuperação no período (2007-2012) parece evidenciar a dificuldade que a dependência de droga promove na manutenção de relacionamentos amorosos:

acima de 70% admitiram não manter relacionamento conjugal na triagem realizada no momento da internação.

A ausência de relação conjugal, analisada em paralelo à situação familiar de relação com os filhos, desperta questionamentos interessantes e relevantes na compreensão do contexto geral de esgarçamento da vida social e afrouxamento (involuntário, até) da responsabilidade civil. Embora a imensa maioria declarasse estar sozinha no momento da triagem, mais da metade (54%, 344 pessoas) tinha filhos. Porém, diante do questionamento “**Com quem vivem os filhos?**” as respostas são mais um forte elemento do desgaste familiar promovido pela dependência:

Figura 3 - Com quem vivem os filhos?



Fonte: elaborada pelo autor.

- Mais de 90% dos filhos estavam sob a guarda e responsabilidade de outros, que não o dependente:
  - Cerca de 85% viviam com a mãe, apenas;
  - Menos de 8% viviam com os pais (pai e mãe);
  - Por volta de 4% com os avós.

Tabela 10 - Com quem vivemos filhos?

| <b>Com quem estão os filhos?</b> |            |             |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Pai e mãe                        | 25         | 7,8%        |
| Mãe                              | 271        | 84,7%       |
| Avós                             | 12         | 3,8%        |
| Tios                             | 5          | 1,6%        |
| Amigos                           | 1          | 0,3%        |
| Orfanato                         | 1          | 0,3%        |
| Independentes                    | 5          | 1,6%        |
| <b>Declarados</b>                | <b>320</b> | <b>100%</b> |
| s/informação                     | 24         |             |
| <b>Total com filhos</b>          | <b>344</b> |             |

Fonte: elaborada pelo autor.

Esse enorme número de filhos vivendo apenas com as mães e familiares leva a alguns questionamentos, já realizados na seção anterior de análise das entrevistas:

- Os filhos foram gerados por mães solteiras que não se casaram com os pais dos respectivos filhos?
- Os relacionamentos conjugais estão fragilizados e as pessoas têm se separado mais?
- Os relacionamentos conjugais foram fragilizados pelas drogas, resultando em rompimento do relacionamento?
- As drogas têm enfraquecido o compromisso paternal?

Ainda que não seja possível dar uma resposta conclusiva a esses questionamentos, a figura paterna não é presente na vida dos filhos de dependentes, como comprovam estudos que relacionam usuários de crack e vínculo familiar. Em 2010 um estudo de caso com 10 internos da Unidade de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá (HMM), com usuários de *crack* de idade superior a 18 anos, constatou que a grande maioria era do sexo masculino (70%), com idade entre 20 e 40 anos, sendo a faixa de 20 aos 27 anos a mais frequente (50%), nenhum deles possuía vínculo conjugal no dia da entrevista (60% eram separados e 40% solteiros) e, o mais importante para o que estamos abordando: foi observado pouco contato com os filhos e a maioria os visitava no máximo uma vez por semana. Apenas uma usuária com diagnóstico médico de esquizofrenia afirmou morar com o filho (SELEGHIM et al., 2011).

### 8.3 Vida Profissional

Sobre a questão profissional, apenas 25% declararam ter alguma atividade. Os demais, 75% admitiram não ter atividade ou não declararam.

### 8.4 Escolaridade

O resultado da análise do nível de escolaridade dos que estiveram internados na instituição no período estudado é bem semelhante ao resultado das entrevistas, como não poderia ser diferente, visto os entrevistados serem parte da mesma realidade:

- Os níveis básicos de escolaridade (fundamental e médio) concentram a maior parte dos usuários de drogas (mais de 70%), para o universo da população do estado de São Paulo (61% dos paulistas estão nessa faixa de escolaridade).

Tabela 11 - Comparativo entre o nível escolar de São Paulo e dependentes químicos internados entre 2007 e 2012

| <b>ESCOLARIDADE - INTERNADOS DE 2007-12</b> | <b>Nº</b>  | <b>%</b>    | <b>Escolaridade da população de São Paulo</b> |
|---------------------------------------------|------------|-------------|-----------------------------------------------|
| Sem instrução e fundamental incompleto      | 232        | 37,8%       | 42%                                           |
| Fundamental completo e médio incompleto     | 201        | 32,7%       | 19%                                           |
| Médio Completo e Superior Incompleto        | 162        | 26,4%       | 27%                                           |
| Superior completo                           | 19         | 3,1%        | 12%                                           |
| <b>Total Informados</b>                     | <b>614</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b>                                   |
| não informados                              | 30         |             |                                               |
| <b>Total fichas</b>                         | <b>644</b> |             |                                               |

Fonte: elaborada pelo autor.

- No contexto, comparando com a escolaridade geral do estado de SP, enquanto 19% da população tem o ensino fundamental completo e médio incompleto, 1/3 dos dependentes estão nessa faixa de escolaridade.
- No outro extremo, apenas 3% dos usuários de drogas têm o curso superior, sendo quatro vezes inferior ao da população do estado de SP com esse grau de instrução.

Com os resultados da análise da escolaridade de todos os que passaram pela entidade, permanecem os mesmos questionamentos da seção anterior:

- Seria possível relacionar baixa escolaridade com dependência de drogas, uma vez que as maiores concentrações de dependentes estão nas faixas mais elementares de formação escolar?
- Se a resposta anterior for verdadeira, por que, então, é na faixa de ensino fundamental completo e ensino médio incompleto que está a maior concentração relativa ao nível geral do estado de SP e do Brasil?
- Seria a escola uma fonte disseminadora do uso?
- Ou, apenas, a droga o incapacitaria no prosseguimento dos estudos e isso justificaria as altas taxas de escolaridade básica e baixas de ensino superior?

Todas essas questões fogem do objetivo desse trabalho, porém, acreditamos na relevância do trabalho científico acadêmico em deixar dúvidas para incitar novas pesquisas e reflexões.

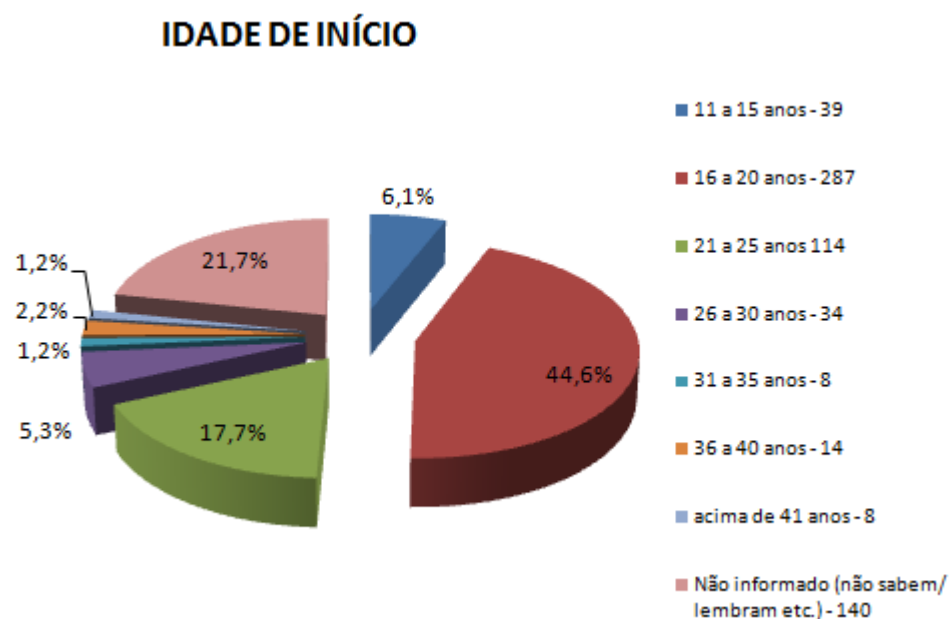
## **8.5 Consumo de drogas na fase inicial**

Dados sobre a idade da primeira experiência com drogas, influências para o uso e tipo de drogas são necessárias para que se criem políticas sociais de prevenção baseadas em tais critérios.

### **8.5.1 Idade de início**

A idade de início do uso é basicamente o período da adolescência, sendo 51% antes dos 20 anos. A faixa etária entre 16 e 20 anos é a de maior vulnerabilidade, considerando-se o volume de casos iniciados nessa fase da vida.

Figura 4 - Idade de início de uso de drogas

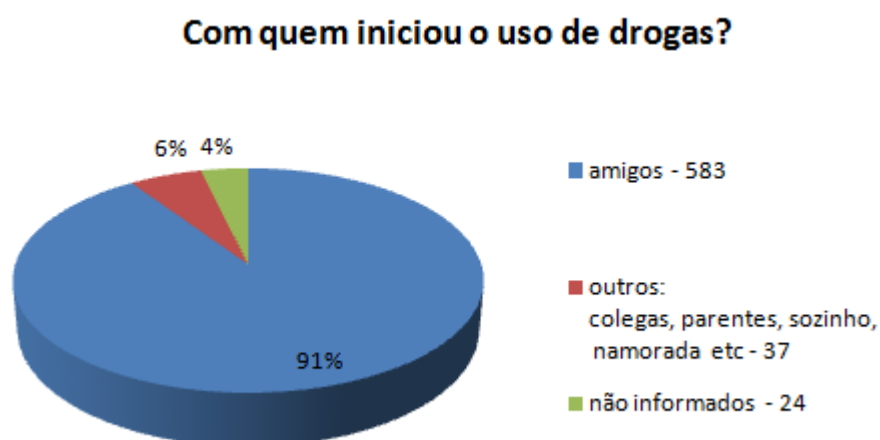


Fonte: elaborada pelo autor.

#### 8.5.2 Influências iniciais

Como é amplamente sabido, as relações pessoais têm forte influência no comportamento social. O início do uso de drogas segue esse padrão de forma inquestionável, com as amizades influenciando mais de 90% dos usuários.

Figura 5 - Influências iniciais

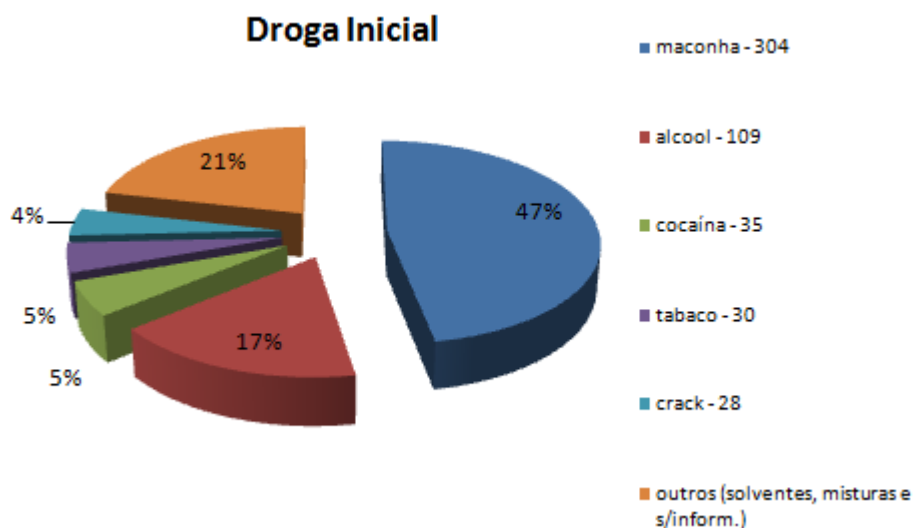


Fonte: elaborada pelo autor.

### 8.5.3 Tipos de drogas

A droga principal, alegada como sendo a inicial de todo o processo de dependência foi a maconha em 47% dos casos, seguida pelo álcool (17%), cocaína (5%), crack (4%) e misturas de drogas (21%). O tabaco foi lembrado por 5% dos entrevistados, embora mereça ressalvas pelo fato de não ser um vício gerador de internações para recuperação nesse tipo de entidade terapêutica.

Figura 6 - Droga inicial



Fonte: elaborada pelo autor.

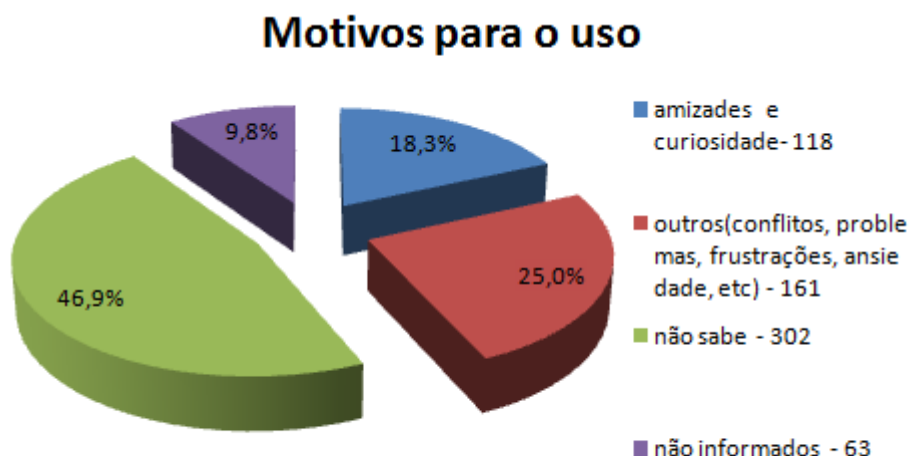
### 8.6 Motivos para uso de drogas

Na análise sobre motivos para o uso, uma resposta parece contradizer outras respostas: sabendo que mais de 90% afirmaram usar drogas com amigos (e o início deveu-se à influência de amigos), ao serem questionados sobre os motivos atuais para usar drogas, apenas pouco mais de 18% responderam que o motivo para o uso são as amizades e a curiosidade.

Em relação à curiosidade, a resposta apresenta incongruência, possivelmente por problemas na condução da pergunta. Dizer que usou drogas pela

primeira vez por curiosidade, nos parece coerente. A incoerência é responder que usa comumente por curiosidade.

Figura 7 - Motivos para o uso de drogas.



Fonte: elaborada pelo autor.

Um fato interessante encontrado nas fichas dos residentes refere-se ao motivo (ou falta de) para o uso de drogas, alegado pelo candidato à internação no momento da triagem. A maioria (57%) não informou o motivo para usar drogas, tendo quase 47% alegado não saber e os restantes não terem informado. Aliado a esses dados, o fato de mais de 18% terem respondido que o motivo para o uso era curiosidade e amizades, levanta algumas hipóteses:

- Apesar de a internação ser voluntária, o candidato à internação estaria sob algum tipo de pressão (familiar, conjugal, etc.) para se internar, o que levaria a responder com evasivas, ocultando o real motivo para o uso de drogas?
- Falta de confiança no entrevistador em revelar questões de natureza mais íntima?
- O momento de crise de abstinência ou frustração gerada pela recaída (nos casos que já passaram por tratamento) e a possibilidade de sair do seu contexto natural dificultaria o entrevistado a responder uma pergunta de natureza reflexiva que o levaria a pensar sobre a própria vida?

## 8.7 Formas de sustento do vício

Ao serem questionados de que forma sustentavam o vício, a imensa maioria respondeu que o fazia com a ajuda da família ou cometendo crimes (furto, roubo, tráfico etc.). Uma minoria (4%) disse que sustentavam com o seu trabalho informal e 14% com o trabalho formal.

Tabela 12 - Formas de sustento do vício

| <b>Como sustenta o vício?</b>                  | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|------------------------------------------------|-----------|----------|
| Trabalho formal                                | 87        | 14%      |
| Trabalho informal e esporádico                 | 26        | 4%       |
| Outros (ajuda da família, roubo, tráfico, etc) | 531       | 82%      |
|                                                | 644       | 100%     |

Fonte: elaborada pelo autor.

Seguindo essa lógica, têm-se as respostas sobre a situação em relação à Justiça. Apesar de a maioria admitir que sustente o vício por meio de pequenos delitos e de crimes, 28% admitiram ter sido presos alguma vez, apesar de 80%, dentre os que informaram sobre problemas com a Justiça, admitirem que nunca sofreram processo judicial.

Tabela 13 - Situação legal

| <b>Já foi preso?</b> |     |      |
|----------------------|-----|------|
| Não                  | 452 | 70%  |
| Sim                  | 181 | 28%  |
| S/ Informação        | 11  | 2%   |
| Total                | 644 | 100% |

Fonte: elaborada pelo autor.

Dentre os 181 (28%) que admitiram ter sido preso, tem-se os seguintes motivos:

Tabela 14 - Motivos da prisão

| <b>Motivo da Prisão</b>                                                      | <b>Nº</b>  | <b>%</b>    |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|
| Furto/roubo, assalto                                                         | 63         | 35%         |
| Porte/tráfico de drogas                                                      | 46         | 25%         |
| Outros: estelionato, agressão, pensão alimentícia, desacato, homicídio, etc. | 72         | 40%         |
| <b>Total</b>                                                                 | <b>181</b> | <b>100%</b> |

Fonte: elaborada pelo autor.

## 8.8 Violência e porte de arma

Encontramos em nosso levantamento 10,5% (68 pessoas) de pessoas que afirmaram que costumavam portar algum tipo de arma (revólver, pistola, faca, revólver e faca). Se considerarmos apenas armas de fogo, 9% (57 pessoas) afirmaram portar revólver ou pistola.

Tabela 15 - Costuma andar armado?

| <b>Costuma portar armado?</b> | <b>Nº</b>  | <b>%</b>   |
|-------------------------------|------------|------------|
| Sim                           | 68         | 10,5       |
| Não                           | 563        | 87,5       |
| Não informado                 | 13         | 2          |
| <b>Total</b>                  | <b>644</b> | <b>100</b> |

Fonte: elaborada pelo autor.

O porte de armas de fogo tem preocupado a sociedade e o governo, o que é evidenciado em campanhas de desarmamentos. De acordo com o II LENAD (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012a), 9% dos bebedores problemáticos portam armas de fogo. Esse percentual sobe para 10,3% se for considerado apenas homens com menos de 30 anos. De acordo com os levantamentos do LENAD e/ou das fichas de triagem do Esquadrão da Vida de Bauru, bebedores abusivos ou dependentes químicos de maneira geral portam quatro vezes mais armas de fogo do que a população em geral, conforme é possível verificar na Tabela 16:

Tabela 16 - Porte de armas de fogo

| <b>Porte de armas de fogo</b>      |       |
|------------------------------------|-------|
| População geral                    | 2,5%  |
| Bebedores problemáticos (LENAD)    | 9%    |
| Bebedores com menos de 30 anos     | 10,3% |
| Levantamento das fichas de triagem | 10,5% |

Fonte: elaborada pelo autor.

A agressão física cometida predominantemente durante brigas<sup>66</sup> foi relatada por 77,7% (501 pessoas) das pessoas durante a triagem. Não houve informação sobre esse item em 8,6% (55 pessoas) dos casos. Relacionando porte de armas (revólver, pistola e faca) com agressão física, constatamos que o porte de armas aumenta os episódios de agressão física. Constatamos que 97% dos que portavam algum tipo de arma cometeram agressão física contra 85% entre os que não portavam armas de fogo.

Tabela 17 - Relação entre porte de armas e agressão física

| <b>Relação entre porte de arma e agressão física</b> |                 |    |                    |                 |    |
|------------------------------------------------------|-----------------|----|--------------------|-----------------|----|
| Portavam armas                                       | Agressão física | %  | Não portavam armas | Agressão física | %  |
| 68                                                   | 66              | 97 | 501                | 426             | 85 |

Fonte: elaborada pelo autor.

Esse dado levanta o seguinte questionamento: embora a agressão física esteja amplamente relacionada aos dependentes químicos, conforme constatada em nossa pesquisa e outras que também relacionam bebidas, drogas e violência. o porte de armas seria um fator que facilitaria o envolvimento em agressão pelo sentimento de poder fornecido pela arma? Em estudo com adolescentes entre 15 e 18 anos realizado em Pelotas – RS, em 2002, 9,6% afirmaram que portaram arma de fogo nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Foi constatado que as pessoas que portaram arma de fogo tiveram 2,1 vezes mais probabilidade de ter participado de brigas com agressão física. Os pesquisadores concluíram: “[...] jovens do sexo masculino que utilizam álcool e/ou drogas ilícitas e apresentam transtornos psiquiátricos menores mostraram maior probabilidade de portar armas e de se envolverem em brigas com agressão física” (SILVA et al, 2009). Ainda que o

<sup>66</sup> Outros motivos para agressão física citados foram: ser provocado, ser humilhado, desavença, ciúmes, autodefesa, por causa de mulher.

transtorno psiquiátrico seja uma variável importante para o porte de armas e agressão física, a dependência química por si é compreendida como uma doença que afeta o cérebro e exacerba comportamentos de riscos, como ter relação sexual desprotegida, dirigir em alta velocidade, agredir e portar armas.

### 8.9 Tentativas de suicídio

De acordo com dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD) realizado em 2012, 5% da população já tentou suicídio alguma vez. Dentre esses, 24% relataram que a tentativa estava relacionada ao consumo de bebida alcoólica. (INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012a). Em nosso levantamento identificamos que 8,5% (55 pessoas) dos internos no período de 2007-2012 haviam tentado suicídio. Mesmo sem perguntar o motivo, a tentativa de suicídio entre usuários de drogas foi 70% maior do que a população em geral.

### 8.10 Quantidade e formas de tratamentos

A Comunidade Terapêutica (CT) foi a forma de tratamento buscada em 60% dos casos por pessoas que já haviam passado por algum tratamento anterior, conforme verifica-se na Tabela.

Tabela 18 - Tipos de tratamento

| <b>Tipos de tratamentos já realizados</b>      | <b>Nº</b>  | <b>%</b>   |
|------------------------------------------------|------------|------------|
| Comunidade Terapêutica                         | 218        | 60         |
| Ambulatorial                                   | 86         | 24         |
| Hospitalar                                     | 29         | 8          |
| Outros (não inform., ambulatorial e CT, etc.). | 32         | 9          |
| <b>Total</b>                                   | <b>365</b> | <b>100</b> |

Fonte: elaborada pelo autor.

Um dado que chama atenção é o alto índice de recaídas observadas pelo elevado percentual de pessoas que já haviam feito algum tipo de tratamento (365), incluindo CT em 218 casos. Quando questionados na triagem sobre quais foram as mudanças geradas no tratamento anterior, 202 pessoas afirmaram que não tiveram

nenhuma mudança, mas ainda assim, dessas pessoas,<sup>198</sup> afirmaram que procuraram o Esquadrão da Vida de Bauru com o objetivo de se recuperar, parar com as drogas ou mudar de vida<sup>67</sup>. Parece um dado contraditório o fato de 98% das pessoas que não perceberam mudança alguma no tratamento anterior buscarem um novo tratamento com objetivos de mudanças. Esse dado levanta a seguinte hipótese: a percepção de mudança é subjetiva e ainda que ela tenha ocorrido em algum nível, esta é ignorada em muitos casos em razão da recaída? Essa hipótese ganha mais força pelo relato das demais pessoas (163) afirmarem ter experimentado mudanças motivadas pelo tratamento anterior, apesar da experiência de recaída: ficar abstinente por um tempo, administrar melhor a vida, pensar mais no futuro, respeitar os pais, voltar a trabalhar, conseguir diminuir o uso de drogas e ficar alguns meses ou vários anos (até 8 anos) sem usar drogas. Esses dados demonstram que, embora a abstinência completa e por toda a vida seja um ideal, a qualidade de vida que se ganhou no período de internação e pós-tratamento e a mudança de atitude frente a determinadas questões, como família e trabalho, podem ser considerados como fatores positivos que reforçarão os ideais de abstinência na próxima internação, visto que muitos alcançaram abstinência após várias internações conforme podemos perceber em nossas entrevistas com pessoas recuperadas há mais de um ano.

A fim de fazer um contraponto com outras experiências de internação, entrevistamos 10 pessoas tratadas em Comunidade Terapêutica com mais de um ano de abstinência. A seção 9 apresenta a análise do resultado dessas entrevistas, incluindo os motivos para a manutenção da sobriedade (abstinência).

---

<sup>67</sup> O desejo de se recuperar, parar com as drogas e mudar de vida foi manifestado por 95% (614) das pessoas no ato da triagem.

## 9 ANÁLISE DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS DE EX-RESIDENTES DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA

No mês de outubro de 2013 entrevistamos 10 pessoas que haviam sido internadas em Comunidades Terapêuticas, e que estavam abstinentes a mais de um ano. Desse grupo, 5 eram funcionários de CTs. Entre outros objetivos já mencionados na análise de entrevistas com reincidentes, buscamos verificar os motivos para a abstinência das drogas.

### 9.1 Faixa etária

A pessoa entrevistada com a menor idade era 23 anos e a maior idade era 66 anos. Predominou a faixa etária dos 40 aos 59 anos com 70% dos entrevistados conforme demonstrado na Tabela 19:

Tabela 19 - Faixa etária de ex-residentes

| FAIXA ETÁRIA | Nº | %    |
|--------------|----|------|
| 20-29        | 1  | 10%  |
| 30-39        | 1  | 10%  |
| 40-49        | 3  | 30%  |
| 50-59        | 4  | 40%  |
| Acima dos 60 | 1  | 10%  |
| Total        | 10 | 100% |

Fonte: elaborada pelo autor.

### 9.2 Situação familiar

O estado civil analisado a partir dos dois grupos (recuperandos e recuperados) é um item que demonstra que a estabilidade afetiva para o dependente químico depende da abstinência das drogas. No grupo dos recuperados, 80% afirmaram ser casados, e todos entrevistados afirmaram ter filhos, enquanto no grupo dos recuperandos 20% estavam casados. Avançando na análise, o sonho de ter ou reconstruir família mencionada por 64% dos entrevistados recuperandos é uma realidade para a maioria do grupo de pessoas recuperadas.

Tabela 20 - Situação conjugal de residentes *versus* recuperados

| Situação conjugal      | Recuperados | Em recuperação |
|------------------------|-------------|----------------|
| Casados, amasiados     | 80%         | 20%            |
| Solteiros, divorciados | 20%         | 80%            |
| Total                  | 100%        | 100%           |

Fonte: elaborada pelo autor.

### 9.3 Formação educacional e profissão

A formação educacional é algo que diferenciou o grupo de pessoas recuperadas (abstinentes) do grupo de pessoas em recuperação. O dado que mais se destaca é o percentual de pessoas com o Ensino Superior completo que está acima das médias nacional e estadual, e muito acima da média de pessoas que ainda estavam passando por tratamento devido às constantes recaídas. No grupo de recuperandos, dos 50 entrevistados, apenas uma pessoa tinha o Ensino superior completo, enquanto no grupo de 10 pessoas recuperadas, três já haviam concluído essa formação, e dois estavam com o curso em andamento. Essas três pessoas passaram por apenas uma internação e apenas uma delas mencionou ter tido uma recaída, mas estava sóbria há 11 anos.

Tabela 21 - Comparativo entre níveis de escolaridade: Brasil, São Paulo, residentes e egressos

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE                   |             |             |              |             |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|
|                                         | Brasil      | São Paulo   | Recuperandos | Recuperados |
| Sem instrução e fundamental incompleto  | 51%         | 42%         | 30%          | 10%         |
| Fundamental completo e médio incompleto | 18%         | 19%         | 40%          | 30%         |
| Médio Completo e Superior Incompleto    | 24%         | 27%         | 28%          | 30%         |
| Superior completo                       | 8%          | 12%         | 2%           | 30%         |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b>  | <b>100%</b> |

Fonte: elaborada pelo autor.

#### 9.4 Relação com trabalho formal

O trabalho formal é um dos indicadores de recuperação, uma vez que os vínculos, sejam familiares ou de trabalho, demonstram estabilidade no aspecto da abstinência das drogas. Comparando os dados entre recuperados e recuperandos, enquanto 80% do grupo de recuperados afirmaram ter trabalho formal e 20% eram aposentados, apenas 34% do grupo de pessoas em recuperação tinham vínculo de emprego formal. Do grupo de pessoas recuperadas, 50% (5) tinham vínculo formal com Comunidade Terapêutica: coordenador técnico, conselheiro pastoral, monitor, motorista e auxiliar de cozinha. O conselheiro pastoral era aposentado de Comunidade Terapêutica, mas mantinha uma rotina de visitação à entidade.

#### 9.5 O início

As políticas públicas de prevenção ao uso de drogas devem levar em consideração a faixa etária de início de uso de drogas anterior aos 10 anos, assim como os tipos de drogas de abuso experimentadas. O Sexto Levantamento Nacional sobre Drogas concluiu que 5,4% das pessoas experimentaram drogas muito cedo, antes dos 10 anos (UNIVERSIDADE DE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2010). De acordo com nossa pesquisa, 80% experimentaram drogas entre 11 e 16 anos. A menor idade encontrada foi 8 anos. De acordo com a Tabela 22, 90% iniciaram o uso de drogas até os 19 anos.

Tabela 22 - Início de uso de drogas: egressos

| <b>INÍCIO DO USO</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|----------------------|-----------|-------------|
| Até 19 anos          | 9         | 90%         |
| Acima dos 20 anos    | 1         | 10%         |
| <b>Total</b>         | <b>10</b> | <b>100%</b> |

Fonte: elaborada pelo autor.

As drogas experimentais foram álcool em 50% dos casos, maconha em 30% dos casos, uma pessoa teve a primeira experiência com maconha e álcool e uma pessoa com cola de sapateiro.

Sobre como ocorreu a primeira experiência, 70% experimentaram droga por influência de amigos, 20% em festas familiares e uma pessoa começou por

influência do padrão. A droga de uso experimental motivou a internação apenas de uma pessoa. Foi o caso de um homem de 47 anos que experimentou álcool aos 8 anos, passou a fazer uso regular aos 16 anos e foi internado a primeira vez aos 16 anos. As demais pessoas migraram para outro tipo de droga que motivou a internação em um período de até 4 anos em 60% dos casos.

## 9.6 Situações de violência envolvendo drogas

De acordo com o que mostram as pesquisas, a violência marca a vida de usuários de drogas, fato comprovado em nossas pesquisas. A violência sofrida por parte de policiais foi relatada por 60% dos entrevistados. As formas mais comuns de violência física foram: apanhar e ser castigado enquanto estava algemado. As formas mais comuns de violência psicológica foram: pressão psicológica, abuso de autoridade, agressão verbal e ameaça de morte. Com exceção de uma pessoa que afirmou ter sofrido apenas abuso de autoridade, as demais sofreram múltiplas violências: física e psicológica. Comparando o resultado do grupo de recuperados com o grupo de recuperando, o primeiro grupo sofreu menos violência policial conforme Tabela:

Tabela 23 - Violência sofrida por policiais

| <b>Violência policial</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|---------------------------|-----------|----------|
| Recuperados               | 6         | 60%      |
| Recuperandos              | 35        | 70%      |

Fonte: elaborada pelo autor.

A opinião da ação da polícia em relação ao usuário de drogas foi negativa em 80% dos casos. Apenas duas pessoas afirmaram que a polícia faz o trabalho dela. A opinião dos demais é que a polícia é negligente, não tem preparo e conhecimento de causa, não tem habilidade, age com maus tratos e abusam da autoridade. Um entrevistado afirmou: “muitos policiais abusam da autoridade, pois não entendem que a dependência química é uma doença e tomam medidas drásticas contra os usuários (entrevista 8). Apesar de terem sofrido menos violência policial do que o grupo de recuperandos, a avaliação negativa da ação policial foi

maior no grupo de recuperados (80% dos recuperados contra 54% dos recuperandos).

A violência física e/ou psicológica em geral, cometida contra familiares ou pessoas fora da família foi relatada por 70% dos entrevistados. Isolando os grupos (familiares e não familiares), 60% afirmaram ter cometido violência contra a família e a esposa foi a principal vítima. Comparando os dados da violência familiar entre os grupos de recuperados e recuperandos, não houve diferença significativa conforme verifica-se na Tabela:

Tabela 24 - Violência praticada contra a família

| <b>Violência contra a família</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|-----------|----------|
| Recuperados                       | 6         | 60%      |
| Recuperandos                      | 28        | 56%      |

Fonte: elaborada pelo autor.

Seria possível supor que quanto menos tempo a pessoa usasse drogas de forma compulsiva ou tivesse menos recaídas ou, ainda, menos internações, menos violência teria praticado. Essa argumentação se mostrou inválida em nossa análise, pois a violência contra familiares não depende do número de internações ou do tempo que a pessoa foi usuária de drogas, e sim, do fato de ter sido dependente de drogas.

## 9.7 Número de internações

Uma das nossas preocupações é o índice de recuperação de pessoas que já estiveram internadas. Constatamos que 50% dos entrevistados passaram por apenas uma internação, tinham entre 8 e 38 anos de abstinência e, duas delas, tiveram recaídas após a internação. O fato de terem recaído e recuperado a sobriedade evidencia que esse acontecimento não é necessariamente um fator de insucesso no tratamento, conforme já discutido na seção 7.

## 9.8 Tempo de abstinência

Sobre o tempo de abstinência, 80% dos entrevistados tinham mais de quatro anos. O menor tempo era de um ano e o maior tempo, 38 anos. Quando

questionados se tinham medo de recair, 40% (4 pessoas) afirmaram que sim. O medo de recair não está relacionado ao tempo de abstinência e nem ao o número de internações. Essa questão pode ser verificada no Quadro 4 em que é possível comparar a situação dos entrevistados 1 e 2 com os entrevistados 4 e 5. Verificamos que os primeiros dois entrevistados tinham um e dois anos de abstinência, respectivamente, com três internações cada, enquanto o quarto e quinto entrevistados tinham 17 e 8 anos de abstinência, e passaram por uma e duas internações respectivamente.

Quadro 4 – Quantidade de internações, anos de abstinência e medo de recair

| Entrevistado | Nº de internações | Anos de abstinência | Medo de recair |
|--------------|-------------------|---------------------|----------------|
| 1            | 3                 | 1                   | Sim            |
| 2            | 3                 | 2                   | Sim            |
| 4            | 1                 | 17                  | Sim            |
| 5            | 1                 | 18                  | Sim            |

Fonte: elaborado pelo autor.

## 9.9 Motivos para recaídas

A recaída fez parte da experiência de 30% dos entrevistados (três pessoas) após a última internação. Duas delas passaram apenas por uma internação e uma pessoa por duas internações. Foram internadas entre os 25 e 30 anos, estavam abstinentes entre 9 e 11 anos desde a recaída, e mencionaram não ter medo de recair. O entrevistado que passou por duas internações foi internado em 1976 por uso de maconha e anfetamina, e em 1986 por uso de cocaína injetável, ambas no Esquadrão da Vida de Bauru. Admitiu ainda, ter usado crack após a segunda internação, de 1997 a 2003, quando foi preso e traficava na prisão. De acordo com o seu depoimento, em 2003 sua esposa foi em uma igreja evangélica, pois já havia sido usuária de drogas, assim como os filhos: “Sabíamos que sem Deus não seria possível, até porque, já havíamos passado por tratamentos. Eu sempre estava envolvido no crime de roubo de carro e tráfico de drogas. Um dia eu fui para a igreja com a esposa, e Deus me restaurou”. Esse entrevistado estava há 11 anos abstinente no dia da entrevista.

Os motivos de recaída citados foram: Voltar às antigas práticas: amigos, trabalho. Poderia ter feito outra coisa, mas voltei a ser taxista, moto-taxista (entrevista 3); voltar às antigas amizades (entrevista 6); festas na faculdade (entrevista 9). Tais exemplos demonstram que a efetividade de um tratamento não depende apenas da eficácia da entidade, mas de outros fatores, como perspectivas de vida e escolhas, tanto em relação ao trabalho, como as amizades ou ambientes que passará a frequentar. Bordin, Figlie e Laranjeira (2004b) advertem que a manutenção da mudança requer um conjunto de habilidades e estratégias diferentes daquelas que foram necessárias para a obtenção da mudança. “Largar uma droga, reduzir o consumo de álcool ou perder peso é um passo inicial, seguido do desafio de manter a abstinência ou a moderação”. (p. 221). Uma vez que largar as drogas é apenas um primeiro passo, a pessoa em recuperação ou em pós-tratamento precisa construir um estilo de vida que pode ser orientado por um terapeuta ou mesmo por grupo de mútua ajuda (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos etc.). O terapeuta pode ser necessário na construção de reforçadores competitivos. Esse reforçador competitivo é qualquer coisa positiva que a pessoa em recuperação ou pós-tratamento pode desfrutar e que se torne uma fonte saudável de satisfação alternativa ao álcool ou a outras drogas. Os reforçadores positivos poderão ser: trabalho voluntário, envolvimento com grupos de mútua ajuda, estabelecimento de metas para melhorar o trabalho, educação, saúde, ter mais tempo com os familiares, participação de atividades culturais o/ou espirituais, socialização com pessoas não usuárias de drogas, desenvolvimento de novas habilidades em artes, esportes etc. (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004b).

Entre os demais entrevistados que não recaíram após a última internação, três deles haviam passado por uma internação e quatro alcançaram a sobriedade após três a quatro internações. Esse dado demonstra que apenas 30% mantiveram a sobriedade a partir do primeiro tratamento. Apesar do tempo de abstinência ser relativamente alto (17 anos, 8 anos e 38 anos), duas pessoas com tempo de abstinência de 17 e 8 anos, respectivamente, afirmaram ter medo de recair. Esse medo pode ser interpretado como um fator de proteção que mantém a pessoa alerta para possíveis situações de risco que poderiam levá-las a uma recaída. De acordo com esses depoimentos, separação conjugal e depressão são fatores que desencadeiam um processo de recaída. A única pessoa que não teve recaída e afirmou não ter medo, tinha 66 anos, e estava abstinente há 38 anos. Ele

permaneceu no Esquadrão da Vida de Bauru até a aposentadoria para se dedicar ao pastorado, mas mantém vínculo de visitação e aconselhamento na entidade. Segundo seu depoimento em relação à possibilidade de recaída, o entrevistado respondeu: “Não vejo essa possibilidade. As drogas eram algo tão destoante com a vida que se leva hoje que não se quer mais”.

### **9.10 Possíveis motivos para recaída**

Possibilidades de retorno ao uso de drogas são trabalhadas em grupos de prevenção   recaída.<sup>68</sup> Em relação aos possíveis motivos para recaída, as respostas mais frequentes e objetivas foram: briga familiar, briga com esposa ou mãe, separação conjugal e depressão. Seis pessoas afirmaram não haver um motivo para recaída. Dentre esses, quatro vincularam sua sobriedade   fé em Deus. O depoimento de um dos entrevistados foi: “Apenas se desviasse dos caminhos de Deus”. Um entrevistado reconheceu que não tem medo da recaída, mas vigia dia-a-dia: “sou um doente e evito festas”. Outro entrevistado respondeu que sabe o que precisa ser feito para não recair. Nota-se pelos depoimentos, que apesar de não considerarem mais a possibilidade de recaída, alguns atribuem a manutenção da sobriedade   fé em Deus.

### **9.11 Motivos para permanecer em abstinência**

Os motivos que a pessoa desenvolve para permanecer em abstinência são reforçadores positivos. A família, o desejo de viver, gostar de si, manter-se ocupado com trabalho e sonhos de fazer faculdade foram os motivos citados pelos nossos entrevistados para permanecer em abstinência. Aliado a esses motivos, a fé em Deus ou ter vínculo com a igreja foram citados pela metade dos entrevistados.

A prática da religiosidade cristã tem sido um dos instrumentos terapêuticos utilizados no Esquadrão da Vida de Bauru (cultos evangélicos, aconselhamentos pastorais, orações e leitura da Bíblia) desde sua fundação. Ao serem questionados se a prática da religiosidade havia sido importante no processo de recuperação, todos responderam afirmativamente, sob a alegação de que haviam aprendido de

---

<sup>68</sup> O Esquadrão da Vida de Bauru se utiliza da técnica de prevenção   recaída em atividades de grupo. Essa atividade   coordenada por um técnico responsável por essa  rea.

Deus que a prática da fé é uma ferramenta que auxilia para o recomeço da vida, e que foi onde conheceram Jesus. Um dos entrevistados relatou que quando se “desviou” e tomou um caminho alternativo, saiu da religião e foi usar drogas (entrevista 3). O retorno à prática da religião foi determinante para o tratamento e manutenção da sobriedade nesse caso. Outro entrevistado respondeu: “Porque a gente acha refúgio em Deus, e buscando os princípios de Deus ele nos ajuda a encontrar caminhos diferentes daqueles que estava vivendo” (entrevista 2). Segundo esse relato, a vivência de um ambiente religioso aliado aos princípios da religião serviu de parâmetro para o encontro de um novo caminho livre das drogas.

De acordo com estudos, a religiosidade facilita a recuperação de drogas e diminui os índices de recaída. Outros autores afirmam que religiosidade é capaz de auxiliar na recuperação de dependentes químicos em razão de o ambiente promover o aumento do otimismo, percepção do suporte social, resiliência ao estresse e diminuição da ansiedade. Para Barret, Simpson e Lehman<sup>69</sup> (1988 apud SANCHES; NAPPO, 2008) o mecanismo da religiosidade na manutenção da abstinência estaria mais relacionado a questões sociais, como ressocialização do jovem por meio da reestruturação da rede de amigos em um ambiente sem drogas, do que dos elementos subjetivos da fé.

Em outras pesquisas sobre a relação entre religião, espiritualidade e o consumo de drogas, Sanchez e Nappo (2007) encontraram que as pessoas que frequentam aos cultos religiosos com regularidade, ou que dão grande importância à crença religiosa, ou que praticam no seu dia-a-dia as propostas professadas pela religião, apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Aliado a isso, os dependentes de drogas apresentam melhores índices de recuperação quando o tratamento possui uma abordagem espiritual em relação àqueles que são tratados apenas pela abordagem médica. De acordo com Koenig<sup>70</sup> (2003 apud SANCHEZ; NAPPO, 2007), os pacientes de maneira geral são beneficiados pela prática da religiosidade, principalmente em momentos em que estão sujeitos a mudanças sociais e psicológicas estressantes advindas dos problemas da doença.

---

<sup>69</sup> Barrett ME, Simpson D, Lehman WE. **Behavioral changes of adolescents in drug abuse intervention programs.** J Clin Psychol. 1988. p. 461-473.

<sup>70</sup> Koenig, H.G.; George, L.K.; Meador, K.G.; Blazer, D.G.; Ford, S.M. **Religious practices and alcoholism in a southern adult population.** Hospital and Community Psychiatry. p. 225-231, 1994.

Sanches<sup>71</sup> (2006 apud SANCHEZ; NAPPO, 2007) afirma que dependentes de drogas se encontram dentro desse perfil em razão de terem uma doença crônica, vivenciando momentos estressantes e traumáticos ao longo do processo de recuperação.

Em pesquisa com ex-usuários de drogas que haviam se utilizados de recursos religiosos não-médicos para tratar a dependência de drogas, Sanchez e Nappo (2008) entrevistaram 85 pessoas. Os entrevistados eram católicos, evangélicos e espíritas. Segundo as pesquisadoras, o maior consenso entre as religiões no tratamento é a proposta de orações. A oração teria a capacidade de tranquilizar o usuário por meio de um estado meditativo e de alteração de consciência, promoveria a fé, dividindo a responsabilidade do tratamento com Deus, amenizaria o peso da luta solitária do tratamento e permitiria a intervenção de Deus frente aos "espíritos do mal ou diabo". As pesquisadoras concluem que:

A fé promove a qualidade de vida. A adoção de referenciais da religião faz com que o fiel confie na proteção de Deus e respeite as normas e valores impostos pela religião, melhorando a qualidade de vida dos adeptos. Esse comportamento levaria ao afastamento natural das drogas, à falta de interesse impulsionada pelo medo ou apenas pela conscientização da degradação moral associada ao abuso destas substâncias. O enfrentamento das dificuldades, a partir da perspectiva espiritual apoiado na fé, acaba proporcionando afastamento natural de atitudes contrárias a moral difundida pela religião. Além disso, o fato de se contar com a ajuda irrestrita de Deus gera um amparo constante, conforto e bem-estar (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Seja pelas relações sociais promovidas pelo desenvolvimento da religiosidade ou pelos fatores subjetivos (oração, fé etc.), a religiosidade tem se mostrado efetiva tanto no processo de recuperação como na manutenção da abstinência, conforme sugerem as pesquisas.

Os sonhos ou objetivos futuros podem ser entendidos como reforçadores positivos para a manutenção da abstinência. Fazendo um paralelo com as respostas sobre os maiores problemas que tiveram quando estavam no uso contínuo de drogas com os sonhos atuais, 80% afirmaram que tiveram problemas familiares como perda do casamento e distanciamento dos familiares, incluindo filhos. No dia da entrevista, 80% confessaram sonhos de ter ou manter o relacionamento familiar,

---

<sup>71</sup> SANCHEZ, Z.M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas.** Tese de Doutorado. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

fazer a família feliz e assumir as responsabilidades familiares. Um dos entrevistados respondeu: “sonho que não haja mais recaída. Que as pessoas possam ter um encontro consigo mesmas e com Deus e uma vida responsável para gerir a família” (entrevista 8). Esse entrevistado estava abstinente há 38 anos e passou por uma internação. Após o término do programa de recuperação, permaneceu na entidade até a aposentadoria. Os demais afirmaram sonhar em concluir a faculdade e ser pregador da palavra de Deus.

### **9.12 Aspectos que contribuíram e prejudicaram o tratamento**

Há vários fatores que contribuem ou prejudicam o tratamento. Esses fatores nunca são isolados, pois dependem tanto da maneira como a CT desenvolve o trabalho de recuperação, como da motivação do dependente para a recuperação ou da maneira como o residente percebe os pontos positivos e negativos da CT. A fim de compreender sobre a percepção das pessoas recuperadas em relação à CT, questionou-se sobre quais aspectos mais prejudicaram e mais contribuíram para o tratamento.

Para 40% dos entrevistados nada houve que prejudicasse o tratamento. Para 30%, os problemas eram os próprios residentes (ciúmes, provocação, conversas impróprias), e 20% afirmaram que a saudade da família foi o aspecto que mais prejudicou. Um dos entrevistados respondeu: “A saudade da família. A gente era cerceada. Tinha vontade de estar junto da família, mas eu tinha uma vida de projetos inacabados e o tratamento foi algo que fui até o final. O tratamento foi um marco: eu vou até o final” (entrevista 7). Apenas uma pessoa afirmou que o problema estava naqueles que ensinavam fazer o certo, mas faziam o contrário.

Sobre os aspectos que mais contribuíram para o tratamento, 30% afirmaram que o apoio da família foi essencial, 30% que a forma como foram recebidos e tratados pela Equipe Técnica foi essencial. Os demais responderam: vontade de não usar mais, pensar no tratamento e na vida, não suportar mais a vida de drogado. Um entrevistado respondeu: “a primeira vez eu fui meio conduzido por questões de justiça. A outra vez eu fui por causa da quarta overdose. Eu estava injetando cocaína há 11 dias. Eu fiquei vendo e ouvindo tudo o que estava acontecendo, mas imóvel. O cara que puxou minha língua, eu achei que ia morrer. Clamei a Deus e

senti um refrigerio. Conhecer a Deus e saber que sem Deus eu não ia conseguir nada foi fundamental” (entrevista 6).

### **9.13 Maiores problemas e o que deveria ser diferente nas Comunidades Terapêuticas**

Em razão de diversas CTs ainda serem novas e não disporem de subsídios do governo, deixam a desejar na formação dos seus funcionários. Esse foi o aspecto citado por seis (60%) entrevistados, sendo três funcionários de CT. Quando questionados sobre os maiores problemas nas CTs, um deles (funcionário de CT) relacionou o problema à falta de profissional qualificado, dizendo: “Em alguns casos há excesso de residentes e, na sua grande maioria, o descaso social do governo e da família que pensam que aquilo (CT) é um depósito. Deixa a pessoa lá e vai embora”. (entrevista 3). Para esse entrevistado, o governo tem responsabilidade, mas se omite de sua obrigação. Os quatro (40%) restantes, dentro os quais dois funcionários, afirmaram que os maiores problemas são: os relacionamentos em todos os sentidos, falta de aceitação por parte do residente e o fato da CT ser paga e não possuir credenciamento do Estado para o funcionamento. Possivelmente, a falta de credenciamento explique em parte o fato de o governo não dar subsídios para muitas entidades terapêuticas, levando-se em conta que há critérios rígidos para obtenção de recursos governamentais.

Sobre o que deveria ser diferente nas CTs, 3 funcionários citaram questões técnicas. Um deles respondeu que as unidades deveriam fazer parte da rede de atendimento dos municípios, pois não conseguem trabalhar de maneira isolada e dependem da rede de apoio dos municípios (Posto de Saúde, CAPS etc.). Para outro funcionário, o sistema de trabalho deveria abranger dois aspectos: involuntário e voluntário. A ação involuntária é necessária “por causa da força que o crack tem, pois as pessoas não aguentam a crise de abstinência.” (entrevista 7). Para ele, a crise de abstinência é a maior causa de fracasso precoce no tratamento da dependência do crack. A internação involuntária aconteceria em um primeiro momento, até passar os efeitos da intoxicação e, após a desintoxicação e avaliação, o interno evoluiria para o tratamento voluntário. Por fim, o terceiro respondeu: “vejo que as pessoas recaem e são readmitidas no processo de tratamento em curto espaço de tempo. É como se a pessoa ficasse quatro ou cinco meses para se

restaurar fisicamente, aí ela recebe alta, sai para o convívio social, recai e retorna. Em algumas CTs o espaço de tempo para a readmissão é maior” (entrevista 10). Para esse entrevistado, o fato da CT readmitir o dependente químico em curto espaço de tempo após a alta é um reforçador do comportamento adictivo. Dos dois funcionários restantes, um afirmou que deveria haver mais disciplina e o outro não respondeu.

Entre os que não eram funcionários, dois afirmaram a necessidade de melhores acomodações e dois opinaram que as CTs deveriam se preocupar com a formação educacional do residente, oferecendo cursos profissionalizantes (artesanatos, informática etc.). Um dos entrevistados não opinou.

## 10 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 do levantamento de fichas de triagens e entrevistas com residentes e egressos.

O referencial bibliográfico norteou as reflexões teórico-metodológicas dos principais temas (CT, Drogas, Violência e Políticas Sociais) e o referencial empírico, sobretudo as fichas de triagens e entrevistas, permitiu avaliar a eficácia de tratamento tomando por base o percentual de pessoas que mantêm a sobriedade definitiva.

Entretanto, é necessário lembrar que trabalhamos com uma pequena amostra, sobretudo nas entrevistas com egressos, o que poderá gerar conclusões de insucesso. Entre os egressos, 50% tinham vínculo empregatício com a Comunidade Terapêutica em estudo.

A impossibilidade de localização de um número expressivo de egressos pode ser um fator dificultador para a análise mais realista da condição atual, o que pode gerar distorção nos resultados. Há uma tendência de quantificação: quantos se recuperaram (não retornaram ao uso de drogas); quantos concluíram o tratamento; quantos sucumbiram às drogas (morreram) etc. O percentual resultante é relacionado imediatamente ao sucesso ou ao fracasso da entidade. 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.

Em terceiro lugar, a recaída ou o retorno ao uso, seja esporádico ou por períodos prolongados de tempo, não são necessariamente sinais 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 nas entrevistas com pessoas recuperadas.

Com base nessas considerações, a efetividade do tratamento em CT deve levar em consideração 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 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 reincidentes 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 como evitar situações e locais 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.

No que se refere ao tratamento de dependência química, o resultado feliz ou êxito no tratamento não tem necessariamente relação com uma vida inteira de abstinência ou livre de recaídas, mas com a qualidade de vida que a pessoa passa a ter em um determinado período ou por toda a vida, ainda que ocorram recaídas. As

fichas de triagem dos reincidentes ilustram a nossa percepção: questionados se haviam experimentado alguma mudança em relação ao tratamento anterior, 45% afirmaram ter vivido experiências positivas, apesar da recaída: ficar abstinente por um tempo, administrar melhor a vida, pensar mais no futuro, respeitar os pais, voltar a trabalhar, conseguir diminuir o uso de drogas e ficar alguns meses ou vários anos (até 8 anos) sem usar drogas.

Tudo isso nos leva à conclusão que, embora a abstinência completa e por toda a vida seja um ideal e possa ser buscado e alcançado, a qualidade de vida do período de internação e pós-tratamento, assim como a mudança de atitude frente a determinadas questões como família e trabalho, são considerados fatores positivos e que reforçarão os ideais de abstinência na próxima internação (muitos alcançaram abstinência após várias internações).

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).

Especificamente em relação ao tratamento no Esquadrão da Vida de Bauru, quando questionados sobre quais foram os aspectos que mais contribuíram e mais prejudicaram o tratamento, a maioria do grupo de egressos afirmou que nada relacionado à CT havia prejudicado o tratamento, mas 30% afirmaram que, o que mais contribuiu de maneira positiva foi a forma como foram recebidos pela equipe técnica. Embora tais respostas demonstrem a existência de uma equipe treinada, as mesmas devem ser vistas com cuidado, pois parte dos egressos entrevistados compõem atualmente a equipe técnica da CT em estudo. Entretanto, em outro momento, diante da pergunta sobre quais eram os maiores problemas nesses locais, 60%, dos quais a metade eram funcionários, afirmaram que as principais mudanças deveriam ocorrer justamente na equipe técnica e nas acomodações.

Entre os reincidentes, um pequeno percentual afirmou que a equipe técnica é o maior problema da CT. O monitor da CT, alvo de reclamações, é quem participa do dia-a-dia da rotina dos residentes e, por vezes, conflitos são inevitáveis e podem influenciar nas respostas. Por outro lado, os monitores de muitas CTs são compostos em sua maioria por pessoas que passaram por tratamento e utilizam a mesma técnica de tratamento que funcionou com eles ou a sua própria experiência em CT. Conforme explicitado na seção 2, a ANVISA prevê formação mínima para a atuação do monitor, e essa formação deve ser provida pela entidade.

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 reincidentes (70%) e egressos (60%) afirmou que sofreu violência policial. Quando questionados sobre a sua percepção sobre a ação policial em relação ao usuário de drogas, apenas

16% dos reincidentes e 20% dos egressos 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 com reincidentes, 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 reincidentes 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. De acordo com entrevistas com reincidentes, 34% tiveram a primeira experiência com essa droga, embora tenham sido internadas, em sua maioria (88%), em razão do uso de crack. De acordo com a análise geral das fichas de triagem, esse percentual sobe para 47%. Comparando os percentuais, o álcool enquanto substância psicoativa foi citada por 24% das pessoas como primeiro uso. 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 mereça 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 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, de tal maneira que as respostas sejam contrastadas com argumentos, muitos dos quais são meramente ideológicos.

Concluimos que verificar a efetividade do tratamento em Comunidade Terapêutica é uma tarefa árdua que demanda outros olhares. Em nossa pesquisa, avaliamos os resultados a partir do residente, tanto internado, quanto do egresso, restando dessa maneira lacunas abertas para outras pesquisas no campo das Ciências Sociais. 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.

Por tudo isso, acreditamos ter atingido o nosso objetivo inicial e respondido as principais questões do projeto: avaliar alguns sentimentos e percepções de recuperandos e egressos em relação ao uso de drogas, as suas relações familiares, as consequências da dependência para o esgarçamento social, e outras tantas que sequer propomos, mas foram alcançadas por meio das entrevistas. Além disso, na nossa proposta estava a avaliação da comunidade terapêutica, sob a ótica do dependente. Apesar de todas as limitações expostas no decorrer da redação, acreditamos ter chegado ao fim com respostas importantes e inúmeras inquietações que poderão gerar outras investigações e resultados relevantes para a compreensão de um problema muito maior que as políticas públicas e/ou privadas parecem dar conta até o momento.

## REFERÊNCIAS

- 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](http://www.nevusp.org/portugues/index.php?option=com_content&task=view&id=1060&Itemid=96)>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- ADORNO, S.; PASINATO, W. Violência e impunidade penal: da criminalidade detectada à criminalidade investigada. **Dilemas**: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, Rio de Janeiro, v. 3, n. 7, p. 51-84, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://revistadil.dominiotemporario.com/doc/Dilemas7Art3.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- ALVES, H. N. P.; RIBEIRO, M.; CASTRO, D. S. de. Cocaína e crack. In: DIEHL, A. et al. (Org.). **Dependência Química**: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 170-179.
- ARBEX JUNIOR, J. **Narcotráfico**: um jogo de poder nas Américas. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2005.
- BAUDRILLARD, J. **A transparência do mal**: ensaio sobre os fenômenos extremos. 6. ed. Trad. Estela dos Santos Abreu. Campinas: Papiros, 1990.
- BERTAZZO, J. A nova agenda internacional de segurança põe a democracia brasileira em risco? **Revista brasileira de política internacional**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 25-41, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v50n2/a03v50n2.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2012.
- 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.
- BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Motivação. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004b. p. 213-222.
- BRASIL. Planalto. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 10 maio 2013.
- BRASIL. Planalto. **Lei 8.072**, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8072.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2013.
- BRASIL. Planalto. **Lei 9.503**, de 23 de setembro de 1997, institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9503.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9503.htm)> Acesso em: 11 dez. 2013.
- BRASIL. **Relatório Preliminar do I Fórum Nacional Antidrogas**: realizado em Brasília DF – Novembro/1998. Brasília, DF, 1998. Disponível em:

<<http://www.espirito.org.br/portal/artigos/diversos/drogas/relatorio/relatorio-00.html>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC/Anvisa nº 101**, de 30 de maio de 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res\\_0101.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/res_0101.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura; Ministério da Saúde. **Referencial para curso de educação profissional de nível técnico**: Curso técnico: reabilitação de dependentes químicos, 2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/dependentes.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2014.

BRASIL. **Planalto**. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 18 ago. 2012.

BRASIL. Planalto. **Lei 11.275**, de 7 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos arts. 165, 277 e 302 da Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11275.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11275.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2013

BRASIL. Planalto. **Decreto 6.117**, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Unidade Fiscal de Referência (UFIR)**. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/101798.html>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

BRASIL. Planalto. **Lei 11.705**, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que ‘institui o Código de Trânsito Brasileiro’, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Brasília, DF, 2008. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm#art5](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm#art5)>. Acesso em: 11 dez. 2013.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Pacto de San José da Costa Rica sobre direitos humanos completa 40 anos**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=116380>>. Acesso: 24 abr. 2013.

BRASIL. Itamaraty. **Grupo do Rio**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/balanco-de-politica-externa-2003-2010/1.1.5-america-do-sul-grupo-do-sul>> Acesso em: 30 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. 2. ed. DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGIONI, M. L. O. de (Org.). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução – RDC Nº 29**, de 1º de junho de 2012. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029\\_30\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html)>. Acesso em: 18 abr. 2013.

BRASIL. Senado. **História do combate às drogas no Brasil**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica/iniciativas-do-governo-no-combate-as-drogas/historia-do-combate-as-drogas-no-brasil.aspx>>. Acesso em: 17 ago. 2012.

BRASIL. Planalto. **LEI 12.760**, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12760.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento de Polícia Rodoviária Federal. **Lei Seca**. Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <<http://www.dprf.gov.br/PortalInternet/leiSeca.faces>>. Acesso em: 11 dez. 2013

CANCIAN, R. **Estado do Bem Estar Social**: história e crise do Welfare State. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/estado-do-bem-estar-social-historia-e-crise-do-welfare-state.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programa de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10.pdf)>. Acesso em: 03 fev. 2010.

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.

CORDEIRO, D. C. Alucinógenos. In: DIEHL, A. et al. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 208-220.

CRUZ AZUL NO BRASIL. **História da Cruz Azul**. Blumenau, 2013. Disponível em <[www.cruzazul.org.br](http://www.cruzazul.org.br)>. Acesso em: 10 jan. 2013.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Álcool. In: DIEHL, A. et al. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 130-144.

DINIZ, L. Lei Seca: vai ficar mais difícil escapar. **Veja**, São Paulo, Ed. 2.302, 2 jan. 2013. Disponível em: <<http://acervoveja.digitalpages.com.br/home.aspx>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

DINIZ, L. Lei Seca fez água. **Veja**, São Paulo, Ed. 2.262, 4 abr. 2012. Disponível em: <<http://acervoveja.digitalpages.com.br/home.aspx>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas Públicas para o Controle de Álcool, Tabaco e Drogas Ilícitas. In: DIEHL A. et al. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 497-506.

DUARTE, P. C. A. V. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas**. 2009. Disponível em: <<http://www.palestras.diversas.com.br/Nelson%20-%20Temas%20Diversos%20XXXI/Políticas%20Publicas%20-%20Paulina.pdf>>. Acesso em 08 abr. 2013.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: BRASILIA: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD, 2011. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 4. ed. p. 271-233.

DURKHEIM, Emile. **As regras do método sociológico**. 3. ed. Trad. Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do alcoolismo**. 4. ed. Trad. Amarilis Eugênia Fernandes Miazzi. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Código de Ética**. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://febract.org.br/?navega=codigo-etica>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS. **Filiadas**. Campinas, 2011. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/?navega=filiadas&estado=SP>>. Acesso em: 8 fev. 2012.

FELIX, S. A. **Geografia do Crime: interdisciplinaridade e relevâncias**. Marília: Unesp Publicações, 2002.

FELIX, S. A. **Geografia do Crime**: análise dos espaços de crimes, criminosos e das condições de vida da população de Marília – SP, 2001. Relatório Científico. Marília, 2001. Disponível em:

<[http://www.levs.marilia.unesp.br/GUTO/relatorios/relat\\_geral\\_pesquisa\\_1.pdf](http://www.levs.marilia.unesp.br/GUTO/relatorios/relat_geral_pesquisa_1.pdf)>.

Acesso em: 9 fev. 2011.

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.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

FONSECA, A. C. **Comportamento Anti-Social e Família**: uma abordagem científica. Coimbra: Almedina, 2002.

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.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **II LENAD**: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: O consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006 e 2012. São Paulo, 2012a. Disponível em: <[http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD\\_PressRelease\\_Alcohol\\_RVW.pdf](http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **II LENAD**: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: O uso de cocaína e crack no Brasil. São Paulo, 2012b. Disponível em: <[http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/LENAD\\_PressRelease\\_Coca.pdf](http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/LENAD_PressRelease_Coca.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **II LENAD**: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: Resultados Preliminares: uso de maconha no Brasil. São Paulo, 2012c. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/maconha/resultados-preliminares/>>. Acesso em: 10 maio 2013.

LARANJEIRA, R. **Legalização de drogas ilícitas no Brasil**: em busca da racionalidade perdida. In: SILVA, G. L. (Org.). Drogas: políticas e práticas. São Paulo: Rocca, 2010. p.1-17.

LEMO, T.; FONSECA, V. A. de. Anfetaminas e Metanfetaminas. In: DIEHL, A. et al. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 201-207.

LEMO, T.; ZALESKI, M. As principais drogas: como elas agem e quais os seus efeitos. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2006. p. 16-30.

LEON, G de. **A comunidade Terapêutica**: Teoria, Modelo e Método. 3. ed. Trad. Adail Sobral, Cecília Bartalotti e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2009.

LIMA, R. S. de; PAULA, L. de. Juventude, temor e insegurança no Brasil. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2006. p. 92-105.

LENART, A. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. Reserva de Justiça: um olhar realista sobre o processo penal. [S.l.], 2009. Disponível em: <<http://reservadejustica.wordpress.com/2009/05/18/convencao-americana-sobre-direitos-humanos/>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

MILAN, J. R.; KETCHAM, K. **Alcoolismo**: os mitos e a realidade. Trad. Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: Nobel, 1986.

NAÇÕES UNIDAS. Escritório Contra Drogas e Crime. **Relatório Mundial Sobre Drogas 2008 do UNODC**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://www.antidrogas.com.br/conteudo\\_unodc/PrincipaisPontosRelatorio2008.pdf](http://www.antidrogas.com.br/conteudo_unodc/PrincipaisPontosRelatorio2008.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2013.

NAÇÕES UNIDAS. Escritório Contra Drogas e Crime. **Sumário Executivo da UNODC-2011**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics\\_drugs/WDR/2011/Executiv\\_e\\_Summary\\_-\\_Portugues.pdf](http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2011/Executiv_e_Summary_-_Portugues.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2012.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: BRASÍLIA: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília, DF, 2011. p. 17-37.

KRUG, E. G., et. al. (Ed.). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude#download>>. Acesso em: 11 set. 2013.

PICININI, W. J. História da Psiquiatria: fragmentos da história da psiquiatria no Rio Grande do Sul. **Psychiatry online Brasil**, São Paulo, v. 16, n. 11, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/wal1111.php>>. Acesso: 5 dez. 2012.

PROCÓPIO FILHO, A.; VAZ, A. C. O Brasil no contexto do narcotráfico internacional. **Revista brasileira de política internacional**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 75-122, jun. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbpi/v40n1/v40n1a04.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2012.

RIBEIRO, M.; LIMA, L. P. de. Mortalidade entre usuários de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 92-107.

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.

RODRIGUES, T. M. S. A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 102-111, jun.

2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392002000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012)>. Acesso em: 12 ago. 2012.

ROSSI, C.; JESUS, S. F. de. **Políticas Sociais I: Serviço Social**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

SAINT-PIERRE, H. L. Reconceitualizando novas ameaça: da subjetividade da percepção à segurança cooperativa. In: SOARES, S. A.; MATHIAS, S. K. (Org.). **Dimensões e perspectivas: desafios para a cooperação em defesa entre Brasil e Argentina**. São Paulo: Sicurezza, 2003. p. 23-58.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, suppl. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a10v34s1.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2012.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 265-272, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a10v34s1.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

SANTANA, A. A globalização do narcotráfico. **Revista brasileira de política internacional**, Brasília, v. 42, n. 2, p. 99-116, dez. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-73291999000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-73291999000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 ago. 2012.

SANTOS, P. L. Violência e segurança urbana: o papel do município e da sociedade civil na prevenção. **LEVS: Revista do Laboratório de Estudos da Violência e Segurança**, Marília, n. 1, p. 100-109, 2008. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/viewFile/768/670>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

SAPORI, L. F.; SILVA, B. F. A. da. A Relação entre o Comércio do Crack e a Violência Urbana na Região Metropolitana de Belo Horizonte. In: Saporì L. F.; Medeiros, R. (Org.). **CRACK: um desafio social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28 n. 2, p. 405-406, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/20.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2014.

SAPORI, L. F.; SENA, L. L.; SILVA, B. F. A. da. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=1513&Itemid=350](http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1513&Itemid=350)>. Acesso em: 02 jan. 2014.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, set./out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2013.

SILVA, R. A. da; et al. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 27-

37, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/20.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2014.

SOUZA, M. L. de. **O desafio metropolitano**: um estudo sobre a problemática sócio-espacial nas metrópoles brasileiras. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

SZASZ, Thomas. **Nuestro derecho a las drogas**. Barcelona: Anagrama, 1995.

TEIXEIRA, M. O. L. De Belmont ao Odilon Galotti: as comunidades terapêuticas no Brasil e a resistência à ditadura militar. **Cultura Psi**, Buenos Aires, v. 0, p. 63-84, 2012. Disponível em: <[http://www.culturaspsi.org/Revistas/volumen\\_0/8.pdf](http://www.culturaspsi.org/Revistas/volumen_0/8.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2013.

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

UCHOA, P. R. Y. M. **Seminário Internacional**: políticas públicas sobre drogas. 2004. Disponível em: <[http://nucleodeestudosavancados.files.wordpress.com/2011/08/polc3adticas\\_pc3babilicas\\_sobre\\_drogas.pdf](http://nucleodeestudosavancados.files.wordpress.com/2011/08/polc3adticas_pc3babilicas_sobre_drogas.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Solventes ou inalantes**. São Paulo, [20--]. Disponível em: <[http://www.cebrid.epm.br/folhetos/solventes\\_.htm](http://www.cebrid.epm.br/folhetos/solventes_.htm)>. Acesso em: 8 abr. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre Estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino das 27 capitais brasileiras**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2012.

ZALUAR, A.; NORONHA, J. C. de; ALBUQUERQUE, C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 213-217, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a16.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2013.

ZALUAR, A. Violência: questão social ou institucional? In: OLIVEIRA, N. V. (Org.). **Insegurança Pública**: reflexões sobre a criminalidade e a violência urbana. São Paulo: Nova Alexandria, 2002. p. 75-85.

ZALUAR, A. Juventude violenta: processos, retrocessos e novos percursos. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, 2012. <<http://www.scielo.br/pdf/dados/v55n2/a03v55n2.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2013.

## Anexo – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
Campus de Marília

### Parecer do Projeto nº. 0600/2012

#### IDENTIFICAÇÃO

1. Título do Projeto: Drogas, violência e políticas sociais: análise da interrelação e dependência entre si.
2. PESQUISADOR RESPONSÁVEL:  
Autor(a): Marcos Gehring
3. Instituição do Pesquisador: Faculdade de Filosofia e Ciências – UNESP/Marília
4. Apresentação ao CEP: 22/10/2012
5. Apresentar relatório em: Semestralmente durante a realização da pesquisa.

#### Objetivos

Compreender a inter-relação entre a dependência de substâncias ilícitas, violência (criminalidade) e o papel das políticas públicas e privadas relacionadas ao problema.

#### SUMÁRIO DO PROJETO

Com o presente projeto pretendemos pesquisar a inter-relação entre a drogadição e a violência (criminalidade), bem como avaliar o papel das políticas sociais de atendimento ao problema através de uma instituição privada, o Esquadrão da Vida. Haveria relação de causa-efeito entre o uso de drogas e a violência? A relação entre as drogas e a violência é mais suscetível nas classes sociais populares? A violência relacionada ao uso de drogas ocorre pela falta de políticas sociais de atendimento ao problema? Qual, então, o papel das políticas públicas e privadas? Há um segmento social mais vulnerável? Tais questionamentos advêm de observações da participação crescente e maciça do jovem no contexto da droga e de inquietações sobre as poucas políticas sociais de contenção ao problema. Sobre as políticas sociais que se ocupam do resgate do dependente químico, tem-se poucas informações da efetividade no tratamento da dependência química, dos índices de recuperação e reincidência e do envolvimento do egresso e residente com a criminalidade, sendo mais raras as informações sobre a reinserção social do egresso.

#### COMENTÁRIO DO RELATOR

O projeto está instruído segundo as normas do CNS 196/96 e, desta forma, está aprovado.

#### PARECER FINAL

O CEP da FFC da UNESP após acatar o parecer do membro relator previamente aprovado para o presente estudo e atendendo a todos os dispositivos das resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como também todos os anexos incluídos na pesquisa resolve aprovar o projeto de pesquisa supracitado.

Faculdade de Filosofia e Ciências  
Avenida Hygino Muzzi Filho, 737 CEP 17.525-900 Marília São Paulo Brasil  
Tel 14 3402-1300 fax 14 3402-1302



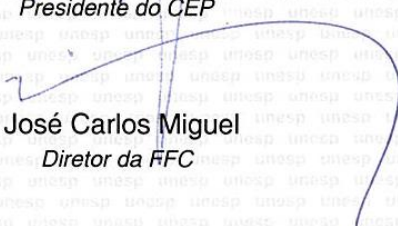
**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"**  
 Campus de Marília

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## DATA DA REUNIÃO

Homologado na reunião do CEP da FFC da Unesp em 27/02/2013.

  
**Simone Aparecida Capellini**  
*Presidente do CEP*

  
**José Carlos Miguel**  
*Diretor da FFC*

Faculdade de Filosofia e Ciências  
 Avenida Hygino Muzzi Filho, 737 CEP 17.525-900 Marília São Paulo Brasil  
 Tel 14 3402-1300 fax 14 3402-1302

## **Apêndice 1:** Questionário para entrevista com reincidentes

- 1- Idade?
- 2- Estado civil?  
casado ( )  
solteiro ( )  
divorciado ( )  
viúvo ( )
- 3- Escolaridade:  
analfabeto ( )  
fundamental completo ( ) incompleto ( );  
médio completo ( ) incompleto ( );  
superior completo ( ) incompleto ( );  
pós graduação ( )
- 4- Você tem filhos?
- 5- Você tem emprego formal?  
Sim ( ) Não ( ) ocupação:
- 6- Com que idade você começou usar drogas?
- 7- Qual foi o primeiro tipo de droga que você usou?
- 8- Como você iniciou o consumo de drogas?
- 9- Qual foi a droga que lhe causou problemas mais sérios e que te levou à internação?
- 10- Com que idade você usou essa droga pela primeira vez?
- 11- Com que idade você começou a usar essa droga mais regularmente?
- 13- Quais eram os motivos que lhe faziam usar drogas?
- 14- Quais foram os maiores problemas que você enfrentou em decorrência do uso de drogas?
- 15- Quantas vezes você foi internado por uso de drogas?  
Hospital psiquiátrico ( )  
Clínica psiquiátrica ( )  
Comunidade Terapêutica ( )  
Outros ( )
- 16- Com quantos anos você foi internado pela primeira vez?
- 17- Há quanto tempo você está internado?
- 18- Você sofreu violência policial por questões relacionadas às drogas?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 19- Como você vê a ação policial em relação ao usuário de drogas?
- 20- Você foi preso por porte de droga? Sim ( ) Não ( )
- 21- Você está sendo processado por porte ou tráfico de drogas?  
Sim ( ) Não ( )
- 22- Você sofreu violência de traficante por causa de dívida de droga?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 23- Você usou de alguma forma de violência para conseguir drogas?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 24- Você foi violento em alguma ocasião por estar sob o efeito das drogas?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 25- Você foi violento com algum familiar por estar sob o efeito das drogas?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 26- Você provocou acidente de trânsito por estar sob o efeito das drogas?  
Sim ( ) não ( )

27- Como é sua relação familiar?

ótima ( )

boa ( )

regular ( )

ruim ( )

péssima ( )

28- Quais são os motivos que lhe impedem de ficar sóbrio?

29- Você acredita que pode ser curado da dependência química?

Sim ( ) não ( )

30- Quais são os maiores problemas que você percebe nas comunidades terapêuticas?

31- O que deveria ser diferente nas Comunidades Terapêuticas?

32- O quê você espera do futuro (sonhos)?

**Apêndice 2: Questionário para entrevista com egressos**

- 1- Idade?
- 2- Estado civil?  
Casado ( )  
solteiro ( )  
divorciado ( )  
viúvo ( )
- 3- Escolaridade:  
fundamental completo ( )  
incompleto ( );  
médio completo ( )  
incompleto ( );  
superior completo ( )  
superior incompleto ( );  
superior em andamento ( )  
pós graduação ( )
- 4- Você tem filhos?
- 5- Você trabalha atualmente? Sim ( ) Não ( )  
Cargo:
- 6- Emprego formal ( ) Informal ( )
- 7- Com que idade você começou usar drogas?
- 8- Qual foi o primeiro tipo de droga que você usou?
- 9- Como você iniciou o consumo de drogas?
- 10- Qual foi a droga que lhe causou problemas mais sérios e que te levou à internação?
- 11- Com quem idade você usou essa droga a primeira vez?
- 12- Com que idade você começou a usar essa droga mais regularmente?
- 13- Quais eram os motivos que lhe faziam usar drogas?
- 14- Quais foram os maiores problemas que você enfrentou em decorrência do uso de drogas?
- 15- Quantas vezes você foi internado por uso de drogas?  
Hospital psiquiátrico ( )  
Clínica psiquiátrica ( )  
Comunidade Terapêutica ( )  
Outros ( )
- 16- Com quantos anos você foi internado pela primeira vez?
- 17- Quando você foi internado à última vez?
- 18- Há quanto tempo você está abstinente?
- 19- Você se vê como uma pessoa recuperada das drogas? Sim ( ) não ( )  
Obs.
- 20- Você continuou os seus estudos após receber alta da comunidade terapêutica? Sim ( ) não ( ) Qual curso?
- 21- Você sofreu violência de traficante por causa de dívida de droga?

- Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 22-Como você vê a ação policial em relação ao usuário de drogas?
- 23-Você sofreu violência policial por questões relacionadas às drogas?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 24-Você sofreu violência de traficante por causa de dívida de droga?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 25- Você foi violento (com esposa, amigo, colega, etc...) em alguma ocasião por estar sob o efeito das drogas?  
Sim ( ) Não ( ) Tipo de violência:
- 26-Você usou de alguma forma de violência para conseguir drogas?  
Sim ( ) Não ( ) tipo:
- 27-Como era sua relação com os seus familiares enquanto usava drogas?  
( ) ótima  
( ) boa  
( ) regular  
( ) ruim  
( ) péssima.
- 28-Como é sua relação familiar?  
ótima ( )  
boa ( )  
regular ( )  
ruim ( )  
péssima ( )
- 29-Você tem medo de recair? Sim ( ) Não ( )
- 30- Quais acontecimentos ou circunstâncias que poderiam levá-lo a uma recaída?
- 31-Você teve recaída após receber alta da última vez, para finalmente manter a sobriedade? Sim ( ) não ( )
- 32-Se sim, quais foram os motivos para a recaída?
- 33-Qual é o maior motivo para você permanecer em abstinência?
- 34-Qual foi o aspecto que mais contribui para seu tratamento na comunidade terapêutica?
- 35-Qual foi o aspecto que mais prejudicou seu tratamento na comunidade terapêutica?
- 36-A prática da espiritualidade na comunidade terapêutica foi importante no seu processo de recuperação? Sim ( ) Não ( )
- 37-Se sim, por que? (Essa pergunta se justifica pelo fato de o Esquadrão da Vida ser uma comunidade evangélica e praticar a espiritualidade).
- 38-Quais são os maiores problemas que você percebe nas comunidades terapêuticas?
- 39-O que deveria ser diferente nas Comunidades Terapêuticas?
- 40- O quê você espera do futuro (sonhos)?