

FÁBIO DE SOUSA RAMOS

A REINSERÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NO
MERCADO DE TRABALHO: O CASO DA COMUNIDADE
TERAPÊUTICA AVE CRISTO

Marília

2018

FÁBIO DE SOUSA RAMOS

A REINSERÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NO
MERCADO DE TRABALHO: O CASO DA COMUNIDADE
TERAPÊUTICA AVE CRISTO

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

Orientador: Antônio Mendes da Costa Braga

Coorientação: Heloisa Pait

Marília

2018

Ramos, Fábio de Sousa.
R215r A reinserção do dependente químico no mercado de trabalho:
o caso da comunidade terapêutica Ave Cristo / Fábio de Sousa
Ramos. – Marília, 2018.
66 f. ; 30 cm.

Orientadora: Heloisa Pait.
Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade
Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências,
2018.

Bibliografia: f. 64-66

1. Usuários de drogas. 2. Toxicômanos - Reabilitação. 3.
Comunidades terapêuticas. 4. Ressocialização. I. Título.

CDD 362.293

Elaboração: André Sávio Craveiro Bueno
CRB 8/8211
Unesp – Faculdade de Filosofia e Ciências

FÁBIO DE SOUSA RAMOS

**A REINserÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO NO
MERCADO DE TRABALHO: O CASO DA COMUNIDADE
TERAPÊUTICA AVE CRISTO**

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

Área de Concentração: Ciências Sociais

Orientadora _____

Dra. Heloisa Pait

2º Examinador _____

Dr. Andreas Hofbauer

3º Examinador _____

Dr. César Gomes da Silva

Marília, 29 de agosto de 2018.

DEDICATÓRIA

Ao meu querido irmão Emmerson de Souza Ramos, por permitir compreender o Amor mesmo onde só existia dor...

Aos jovens que durante todos esses anos me ensinaram o significado de esperança e transformação...

À Casa do Caminho Ave Cristo por permitir acreditar que é possível não vencer às drogas, mas vencer a si mesmo...

AGRADECIMENTOS

Ao Universo por trazer as respostas necessárias...

À Marcia Arantes Ramos, por acreditar muito mais do que eu...

À Márcia, Livia e André pela compreensão de minhas muitas horas de ausência...

Aos meus pais que tanto trabalharam para que eu chegasse aqui...

Às minhas queridas e eternas educadoras; Márcia Arantes Ramos, Otávia Pimental Marcondes, Heloisa Helena Gianecchini e Lia Mara Gandra, que através do exemplo, conseguiram de forma emocional me apresentar o real significado da pedagogia do amor...

Aos Mestres e Doutores Melissa Carolina de Moura, Maurício Quirino, Silvia Cristina de Souza e ao admirável reitor Bruno Roberto Pereira de Toledo, por me ensinar a transformar vidas através da educação.

Aos doutores e orientadores Toni Braga e Heloisa Pait, que mais do que orientar conseguiram me transformar em um cientista social...

A Dra. Heloisa Pait, pelo seu exemplo de dedicação, ética e profissionalismo.

Ao meu irmão Vilson Disposti, por proporcionar tudo isso...

À equipe técnica da Ave Cristo, Terezinha, Patrícia, Dr. Querino, João, Graziela e todos os funcionários da Ave Cristo pelas informações e ajuda incomparável...

Aos Mestres de Deus, mesmo diante de todo furacão souberam emprestar luz em meio a escuridão e foram responsáveis pela minha grande transformação, me ensinando o verdadeiro sentido do amor...

“Não estou bem certo
Que ainda vou sorrir
Sem um travo de amargura
Como ser mais livre
Como ser capaz
De enxergar um novo dia
Eu que tinha tudo
Hoje estou mudo
Estou mudado
À meia-noite, à meia luz
Pensando!
Daria tudo, por um modo
De esquecer
Eu queria tanto
Estar no escuro do meu quarto
À meia-noite, à meia luz
Sonhando!
Daria tudo, por meu mundo
E nada mais”

Meu Mundo e Nada Mais - Guilherme Arantes

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (2001) reconhece a dependência química como doença, porque há grave alteração da estrutura e do funcionamento normal do indivíduo, sendo-lhe altamente prejudicial. Não existe causa isolada, mas é resultado de uma série de fatores (físicos, emocionais, psíquicos, espirituais e sociais) que atuam ao mesmo tempo, podendo ser um mais predominante que o outro. Até pouco tempo, o tratamento destinado ao dependente químico era basicamente de contenção e com métodos hospitalar bastante repressivo. Ao passar dos anos, outras formas de abordagem foram ganhando atenção no cenário das políticas públicas, com ênfase na prevenção, tratamento e reinserção social. As Comunidades Terapêuticas surgem nesse cenário como uma das alternativas de tratamento e orientação. Atualmente a reinserção social torna-se um novo desafio para a continuidade desse modelo, para o dependente químico, que se submeteu de forma voluntária ao programa terapêutico, a reinserção dá continuidade ao processo de transformação de vida, oportunidade em que serão restabelecidos os vínculos com a família, escola, trabalho e a sociedade. Ainda se conhece muito pouco sobre esse modelo, cada vez mais procurado por usuários, bem como sobre a sua metodologia de trabalho, especialmente no campo das Ciências Sociais. Por esse motivo, há uma grande carência bibliográfica na área, o que nos motivou a desenvolver essa pesquisa intitulada “A reinserção do dependente químico no mercado de trabalho: o caso da comunidade terapêutica Ave Cristo”. Para o desenvolvimento do tema, realizamos uma pesquisa bibliográfica sobre os principais assuntos que o norteiam e elegemos a Casa do Caminho Ave Cristo, através da comunidade terapêutica como objeto empírico para avaliar a efetividade desse modelo. Para isso foram feitas análises documental e de pesquisa de campo com egressos que se submeteram de forma voluntária ao programa terapêutico da Ave Cristo. A falta de estudos prévios no campo das Ciências Sociais nos permite concluir que mais que resultados, essa pesquisa trouxe inquietações que deverão propor muitas outras pesquisas. E isso aprendemos a chamar de ciência!

Palavra Chave: Drogas; Comunidade Terapêutica; Reinserção Social; Trabalho.

ABSTRACT

The World Health Organization (2001) recognizes chemical dependency as a disease, because there is a serious alteration in the structure and normal functioning of the individual, and it is highly harmful to the one. There is no single cause, but it is the result of a series of factors (physical, emotional, psychic, spiritual and social) that act at the same time, being more prevalent than the other. Until just recently, the treatment for the chemical dependent was basically of containment and with repressive hospital methods. Over the years, other approaches have been gaining attention in the public policy scenario, with emphasis on prevention, treatment and social reintegration. The Therapeutic Communities appear in this scenario as one of the alternatives of treatment and orientation. Currently, social reintegration becomes a new challenge for continuities of that model and for the chemical dependent, who voluntarily submitted to the therapeutic program. Reinsertion gives continuity to the process of life transformation, an opportunity to reestablish links with the family, school, work and society. This model is not so well known, which is increasingly sought after by users, as well as its methodology, especially in the field of Social Sciences. For this reason, there is a great bibliography lack in the area, which motivated us to develop this research entitled "The reinsertion of chemical dependents in the labor market: the case of Ave Cristo therapeutic community." For the development of the theme, we carried out a bibliographical research on the main subjects that guide it and we chose Casa do Caminho Ave Cristo through the Therapeutic Community as an empirical object to evaluate the effectiveness of this model. For this, we performed documentary analysis and field research with egresses who submitted voluntarily to the Ave Cristo therapeutic program. The lack of previous studies in the field of Social Sciences allows us to conclude that, beyond its results, this research has raised questions that should propose many other researches. And this we learn to call science!

Keywords: Drugs; Therapeutic Community; Social Reinsertion; Labor.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição das CTs por regiões geográficas e estados da Federação....	27
Tabela 02	Distribuição das CTs rurais e urbanas, segundo macrorregião geográfica e categoria de Regic (em %).	28
Tabela 03	Faixa etária dos entrevistados.....	53
Tabela 04	Endereço residencial.....	54
Tabela 05	Situação conjugal.....	55
Tabela 06	Situação conjugal dos pais	55
Tabela 07	Escolaridade	56
Tabela 08	Vida profissional	57
Tabela 09	Faixa etária de início de uso de drogas.....	57
Tabela 10	Antecedentes criminais.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Faixa etária dos entrevistados.....	54
Gráfico 02	Endereço residencial.....	54
Gráfico 03	Situação conjugal.....	55
Gráfico 04	Situação conjugal dos pais.....	56
Gráfico 05	Escolaridade.....	56
Gráfico 06	Vida profissional	57
Gráfico 07	Faixa etária de início de uso de drogas.....	58
Gráfico 08	Antecedentes criminais.....	58

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

1	INTRODUÇÃO	13
2	COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO UM MODELO DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE QUÍMICO	19
2.1	Comunidades Terapêuticas para tratamento de pessoas com transtornos mentais.....	21
2.2	Comunidades terapêuticas para acolhimento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas.....	22
2.3	Distribuição Espacial das Comunidades Terapêuticas no Brasil.....	28
2.4	Principais Federações de Comunidade Terapêuticas.....	30
3	A COMUNIDADE TERAPÊUTICA AVE CRISTO.....	31
3.1	Um ambiente diferente.....	32
3.1.1	Estrutura física da Comunidade Terapêutica.....	33
3.2	A caracterização do Serviço e a Metodologia do Programa.....	34
3.3	O Programa Terapêutico da Ave Cristo.....	35
4	OS CÍRCULOS SOCIAIS.....	36
4.1	A vida “emocional” das coisas e o significado dos não humanos. Uma análise do valor dos objetos na vida cotidiana dos residentes de CT Ave Cristo.....	37
4.1.1	A Vida Social das Coisas.....	37
4.1.2	Os humanos e não humanos da Comunidade Terapêutica Ave Cristo.....	38
4.1.2.1	O caso do Boné.....	38
4.1.2.2	O garfo do exército.....	39
4.1.2.3	Uma latinha de Coca-Cola.....	40
4.1.2.4	Um relógio de bolso.....	41

4.1.2.5 A cuia e a bomba de chimarrão que virou tereré.....	41
4.1.3 Análise dos casos relatados.....	42
5 ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA, PERSPECTIVAS E PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES, POR MEIO DE ENTREVISTAS E FICHAS CADASTRAIS.....	45
5.1 Procedimentos Metodológicos.....	45
5.2 Entrevistas.....	46
5.2.1 Antecedentes Criminais.....	48
5.2.2 Idade dos entrevistados.....	49
5.2.3 Onde residem.....	49
5.2.4 Situação conjugal.....	50
5.2.5 Escolaridade e vida profissional.....	51
5.2.6 O começo da dor.....	52
5.3 Dados da pesquisa quantitativa.....	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
Referências.....	64

1 INTRODUÇÃO

Para compreendermos a finalidade e o funcionamento das relações sociais, devemos partir do princípio de que o homem é um ser social por natureza, tendo necessidade de estabelecer relações com outros indivíduos, bem como com o mundo que o rodeia.

Ao longo de sua existência, o homem participa de infinitos grupos da sociedade que serão determinantes para a formação das características que subsidiam a chamada identidade social, ou seja, a maneira com que ele é reconhecido perante a comunidade a qual pertence.

Vale ressaltar que a formação dos grupos se dá pela necessidade que as pessoas têm de se sentirem aceitas e pertencentes em suas comunidades e a qualidade das relações sociais e afetivas entre os membros do grupo, se dá no equilíbrio de tais vínculos. Esse “pertencer” favorece a formação dos chamados ‘pontos de rede’, que por meio de seu entrelaçamento mantém e fortalecem a esfera social.

São exemplos de pontos de rede social dos indivíduos: A família, amigos, colegas de trabalho, movimentos religiosos, escola, vizinhos entre outros.

Uma rede social é caracterizada pela reunião e organização de pessoas e instituições de forma igualitária e democrática, com o objetivo de construir novos compromissos em torno de interesses comuns e de fortalecer os atores sociais na defesa de suas causas, na implementação de seus projetos e na promoção de suas comunidades.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de reinserção social de pessoas que estão há aproximadamente seis meses abstinentes do álcool ou drogas, que completaram assim, o ciclo do programa terapêutico em uma comunidade terapêutica na cidade de Birigui, interior do Estado de São Paulo.

Estudamos a dinâmica do processo de exclusão e inclusão do egresso que participou do programa terapêutico, identificando as principais dificuldades e ainda as conquistas, principalmente no que diz respeito ao mercado de trabalho. Acreditamos que a falta de informação associada aos preconceitos sociais e ainda, a ineficiência de ações de reinserção social que deveriam qualificar e melhorar as competências do assistido impede que o dependente químico reabilitado consiga uma colocação no mercado de trabalho. Dessa forma, o indivíduo antes imbuído de esperança, se vê novamente vulnerável ao consumo da droga, uma vez que num estado emocional de baixa autoestima, se considera incapaz de enfrentar a situação, fato este, que o colocará novamente nas fileiras estatísticas das drogas.

A pesquisa estudou os egressos da comunidade terapêutica Ave Cristo, na cidade de Birigui, interior do Estado de São Paulo, através das fichas cadastrais dos acolhidos e de entrevistas com acolhidos que terminaram o programa terapêutico da instituição.

Como objetivo geral, o presente estudo analisou o processo de reinserção, para a partir dele, sistematizar um programa de reinserção social aos egressos das comunidades terapêuticas, no âmbito do trabalho, no que diz respeito especificamente ao seu ingresso e permanência.

Para tanto, os objetivos específicos compreenderam:

Identificar as características dos grupos sociais através de uma pesquisa bibliográfica, analisando três períodos distintos: O grupo de usuários de drogas, os acolhidos na comunidade terapêutica e os egressos deste programa terapêutico;

Analisar os aspectos demográficos e sociais dos assistidos maiores de idade na comunidade terapêutica Ave Cristo por meio das fichas de acolhimento;

Investigar as barreiras e dificuldades encontradas pelos egressos da comunidade terapêutica Ave Cristo em conseguir uma oportunidade no mercado de trabalho;

Analisar as práticas bem sucedidas das empresas que tiveram sucesso na inclusão dos egressos da comunidade terapêutica Ave Cristo, apresentando alternativas e propostas para o programa de inclusão social;

Desenvolver um programa de inclusão social para as organizações e seus líderes, preparando-os para recepção e acolhimento do recém-contratado.

A pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, uma vez que dentro dos objetivos estabelecidos busca investigar as principais barreiras e dificuldades encontradas pelos egressos da comunidade terapêutica Ave Cristo em conseguir uma oportunidade no mercado de trabalho.

Ao optar pela abordagem qualitativa, Goldenberg (1997, p. 34) elucida que, “A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc”.

Concordando com essa ideia, Roesch (1999, p. 39) afirma que na “pesquisa qualitativa o pesquisador, através de suas perguntas, pode captar melhor a perspectiva dos entrevistados.”

A coleta de dados foi executada através de entrevista aplicada a 20 egressos, com idade superior a 18 anos, que completaram o programa terapêutico da Ave Cristo e encontravam-se há mais de seis meses em abstinência das drogas.

Buscando apresentar um panorama geral das características pessoais dos acolhidos na CT Ave Cristo, a pesquisa científica propõe uma análise dos aspectos demográficos e sociais

por meio das fichas de acolhimento e triagem dos assistidos no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 (período de 01 ano e 6 meses), totalizando aproximadamente 200 prontuários, através de uma pesquisa descritiva. Ao optar pela pesquisa descritiva, segundo Gil (1999, p. 44),

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc.

Para a realização da pesquisa descritiva solicitamos a autorização do representante legal da comunidade terapêutica Ave Cristo, a pesquisa utilizou das fontes constituídas no material já elaborado pela instituição, denominado de fichas de acolhimento e triagem, sendo: 200 fichas de acolhimento e triagem, preenchidas no período de janeiro de 2016 a junho de 2017.

O momento do acolhimento é o primeiro contato que a família e o acolhido 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 e frequência de uso), aspectos comportamentais (histórico de violência, tentativa de suicídio, porte de arma) e aspectos jurídicos (prisões, processos antigos e processos em andamento e respectivos motivos).

Além de informações subjetivas envolvendo a percepção do entrevistado sobre o programa terapêutico na comunidade terapêutica Ave Cristo, abordamos aspectos da sua vida em sociedade, as suas relações pessoais com familiares e as principais dificuldades encontradas no processo de reinserção social no campo profissional. O objetivo ao selecioná-los foi a tentativa de compreender, também, os motivos da recaída.

A dissertação contém seis capítulos, o primeiro apresenta uma introdução da proposta, o segundo demonstra as comunidades terapêuticas como um modelo de atenção ao dependente químico, o terceiro capítulo é uma descrição sobre a comunidade terapêutica Ave Cristo, sendo o estudo de caso de nossa dissertação, o quarto capítulo identifica as características dos grupos sociais através de uma pesquisa bibliográfica, analisando três períodos distintos: O grupo de usuários de drogas, os acolhidos na Comunidade Terapêutica e

os egressos deste programa terapêutico, para tanto utilizaremos alguns autores como Erving Goffman, Appadurai, John Law e principalmente Georg Simmel. O quinto capítulo apresenta uma análise sócio demográfica, as perspectivas e percepções dos egressos como resultado das pesquisas descritiva e qualitativa. O sexto e último capítulo apresenta a conclusão baseada em nossas pesquisas e descobertas.

Para compreendermos melhor a proposta desse estudo, é fundamental entendermos o panorama das drogas no cenário nacional, principalmente no que se refere à gestão das políticas públicas como prevenção e tratamento. O problema da dependência de drogas vem permeando nos dias atuais, inúmeras atividades no contexto social e das políticas públicas, desde a visão preventiva passando pelo tratamento, até a reinserção social do indivíduo. De alguma forma as vicissitudes causadas pelas drogas, afetam de forma direta ou indireta a dinâmica social. A Organização Mundial de Saúde (2001) reconhece a dependência química como doença, porque há grave alteração da estrutura e do funcionamento normal do indivíduo, sendo-lhe altamente prejudicial. Não existe causa isolada, mas é resultado de uma série de fatores (físicos, emocionais, psíquicos, espirituais e sociais) que atuam ao mesmo tempo. Segundo o portal da Agência Brasil – Empresa Brasil de Comunicação, publicado em 18/03/2014, A ONU Organização das Nações Unidas considerou a dependência química como uma pandemia mundial, de difícil abordagem e tratamento. Trata-se de um fenômeno bastante complexo, cujas bases estão ligadas aos aspectos sociais, culturais e existenciais que constituem a essência humana. O uso compulsivo das drogas tem alcançado a todas as classes sociais, desafiando os gestores públicos a apresentarem respostas efetivas e eficazes no combate ao flagelo social que ela representa. A epidemia do crack levou o Governo Federal em dezembro de 2011 a lançar o programa “Crack, é possível vencer” com a finalidade de prevenir o uso e promover a atenção integral ao usuário de crack e seus familiares. O crack vem se disseminando na maioria dos centros urbanos do país, alcançando cidades do interior e zonas rurais, com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. Em janeiro de 2012 o país assistia perplexos as reportagens alarmantes da Cracolândia na cidade de São Paulo. Buscando apresentar à sociedade uma resposta à altura, o governo do Estado de São Paulo lançou em janeiro de 2013 o “Programa Recomeço” uma iniciativa para ajudar os dependentes químicos, principalmente os usuários de crack, oferecendo tratamento e acompanhamento multiprofissional aos dependentes químicos e aos seus familiares. As ações são coordenadas entre as Secretarias Estaduais da Saúde, da Justiça e Defesa da Cidadania e do Desenvolvimento Social e facilitam o acesso ao tratamento médico e apoio social e, quando necessário, a internação dos dependentes em centros de referência, incluindo as

comunidades terapêuticas. O trabalho também é integrado com o Poder Judiciário, com a participação do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Ordem dos Advogados do Brasil, que acompanham os trabalhos e os casos que precisam do apoio ou intervenção destes organismos.

Segundo o Instituto de pesquisa Vera Cruz, nos últimos anos houve um aumento considerável e um avanço do consumo de drogas no Brasil. O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas (Inpad) fez o Levantamento Nacional de Álcool e Droga (Lenad) e revelou que o Brasil representa 20% do consumo mundial de cocaína e crack. Além disso, 7% da população adulta do Brasil já experimentou maconha. Entre 2006 e 2012 houve aumento no consumo de álcool de 48% para 50%. Em publicação recente da UNODC, o Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes como a cocaína – seja na forma intranasal (“pó”) ou fumada (crack, merla ou oxi) – está aumentando enquanto na maioria dos países o consumo está diminuindo. A prevalência do uso da cocaína uma vez na vida pela população adulta observada é de 3,8%, representando cerca de 5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, sendo que a Prevalência do uso de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta observada é de 1,7% – representando mais de 2 milhões de brasileiros.

Com o cenário apresentado surge a necessidade de ampliação de serviços que atue na recuperação dos dependentes químicos, as comunidades terapêuticas foram consideradas pelos gestores públicos uma importante alternativa de apoio ao usuário. Segundo a FEBRACT – Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas publicou em seu site, o Brasil tem, atualmente, 1822 comunidades terapêuticas, empregam muitos profissionais, sendo a maioria destes da área de saúde, psicologia, assistência social e áreas correlacionadas de proteção aos direitos humanos.

Todos os esforços, porém, parecem estar distantes da solução do problema. O Brasil é o segundo maior mercado de cocaína do mundo, levando-se em consideração o número absoluto de usuários, e ainda representa 20% do consumo mundial de crack, sendo o maior mercado da droga no mundo. No País, aproximadamente dois milhões de pessoas já usaram a droga, segundo a pesquisa mais recente do INPAD (Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas) da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo); financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), este estudo foi denominado de LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas).

Além do trabalho de acolhimento voluntário e de um programa terapêutico multidisciplinar as comunidades terapêuticas buscam atender um novo desafio, apresentar propostas efetivas de reinserção social, sendo uma continuidade da proposta terapêutica e uma nova oportunidade para os que buscam uma vida longe das drogas.

Embora seja notório, um valioso avanço na qualificação dos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas em desenvolver habilidades e competências que irão preparar o interno para o recomeço de uma nova vida, podemos considerar que o primeiro obstáculo enfrentado pelo egresso das comunidades terapêuticas é o preconceito constituído na sociedade. Sanches (1982, p.74) afirma: “Há uma ou duas décadas, o abuso de drogas era associado geralmente à pobreza e ou marginalização social. Por isso era comum relaciona-la com a privação”. Por associar o uso de drogas com marginalização, parte da sociedade vê o ex-dependente químico como marginal, não acreditando na sua recuperação, inibindo a chance de novas oportunidades profissionais e sociais. Para o poder público a integração entre rede de assistência e reinserção social ainda é uma das principais dificuldades das ações contras as drogas.

Uma recaída pode pôr em risco a pessoa que sofre emocionalmente, fazendo-a sentir-se um completo fracasso. Os sentimentos de remorso, culpa e vergonha, sufocam, levando os ex-dependentes até mesmo a desistir da vida. A recaída, entretanto, não é o fim do mundo, faz parte da doença, porém, não podemos permitir que as chances de uma recaída aumentem pela falta de ações integradas de reinserção social. Sendo assim, constitui em dever moral e social, diminuir qualquer chance de insucesso do indivíduo que clama por uma nova oportunidade. Assim, consideramos de total relevância a proposta que aqui se apresenta.

2 COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO UM MODELO DE ATENÇÃO AO DEPENDENTE QUÍMICO

Nesse capítulo apresentamos um estudo das comunidades terapêuticas como um modelo de atenção e uma proposta terapêutica para os dependentes químicos. Abordamos alguns autores especializados e apresentamos a evolução das comunidades terapêuticas como proposta terapêutica, investigando a eficácia e ainda as contradições deste modelo.

No livro de Frederick B. Glaser: “As origens da Comunidade Terapêutica sem drogas: uma história retrospectiva” o autor afirma que o modelo de Comunidade Terapêutica existe há mais de dois mil anos, descrevendo uma comunidade de Essênios em Qumran, que reunia pessoas com “problemas da alma”. Mais tarde, movimentos registrados na Inglaterra e alguns movimentos de libertação com características religiosas nos Estados Unidos da América, apresentavam uma clara motivação ética e espiritual que até hoje influenciam uma parcela considerável de Comunidades Terapêuticas em todo o mundo.

Segundo a pesquisa realizada pelo IPEA¹ – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em Março de 2017, através da DIEST - Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, apresentada na Nota Técnica nº 21 – Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras, as Comunidades Terapêuticas representam um entre vários modelos de atenção às pessoas com transtornos causados pelas drogas ou substâncias psicoativas, presentes no Brasil e em outros países. As Comunidades Terapêuticas surgiram a partir de iniciativas não governamentais, se organizando em residências coletivas temporárias, acolhendo os dependentes químicos que ali permanecem por certo tempo isolados de suas relações sociais prévias, com o propósito de renunciarem definitivamente ao uso de drogas e adotarem novos estilos de vida.

Os Programas Terapêuticos duram em média de 06 a 09 meses e tem como principal metodologia uma rotina disciplinada, que abrange atividades de trabalho e práticas espirituais e/ou religiosas, além de assistência social, terapias psicológicas, reuniões de grupo de ajuda mútua, atividades esportivas, práticas meditativas, cursos profissionalizantes, entre outras, dependendo dos recursos financeiros e humanos à disposição de cada CT.

Na maioria dos casos observados pela pesquisa, os principais modelos de cuidado proposto pelas Comunidades Terapêuticas trabalham em três pilares; trabalho, disciplina e

¹ Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

espiritualidade, alinhando conhecimentos técnico-científicos (médicos, psicológicos e socioassistenciais) com práticas espirituais (na maioria, educação cristã).

A atividade laborativa é entendida como práticas de autocuidado, sempre com uma proposta terapêutica (laborterapia), consistindo tanto nas tarefas de manutenção da própria comunidade, como também de atividades produtivas. Com o trabalho busca-se o benefício da autodisciplina e autocontrole, condições ausentes entre as pessoas que fazem uso problemático de drogas, porém necessárias para o seu sucesso na vida social.

Já as atividades de espiritualidade, através do apoio de igrejas e organizações religiosas, promovem a fé dos acolhidos, vista como recurso indispensável, seja para o fortalecimento emocional dos indivíduos, seja para o seu enquadramento moral. Na maior parte das CTs, o trabalho espiritual ancora-se em religião, especialmente as de tradição cristã; mesmo as CTs que não mantêm nenhum vínculo religioso, buscam a espiritualidade como via de superação da chamada drogadição.

Outro componente essencial das Comunidades terapêuticas é a convivência entre pares, sendo, a convivência entre os acolhidos, através das rotinas e práticas determinadas pela equipe técnica e ainda com a participação dos acolhidos em reuniões de assembleias. Entende que o compartilhamento das experiências e sofrimentos individuais, constitua uma plataforma comum de aprendizado e direcionamento individual, uma proposta de reforma íntima na direção a uma vida sem drogas; e que o sucesso de uns estimule os demais e que o fracasso de outros sirva de modelo de reflexão e experiência no que não deve ser adotado.

O exemplo daqueles que foram submetidos ao acolhimento terapêutico e alcançado a sobriedade, é parte essencial do modelo, funcionando como evidência de sua confiabilidade e viabilidade. Para tanto, as CTs elegem os acolhidos num modelo hierárquico, definidos por graduações, que são conquistadas conforme méritos alcançados por eles frente às metas do programa, propostas pela instituição e assim, residentes mais antigos, bem como ex-acolhidos, que tenham alcançado êxito nas metas terapêuticas, credenciam-se como monitores e coordenadores dos novos ingressantes, com funções bem determinadas que vão desde orientação a vigilância dos novos acolhidos.

Segundo Leon (2009), a versão moderna de Comunidades Terapêuticas surgiu a partir de duas modalidades: modelo psiquiátrico de Comunidade Terapêutica para tratamento de pessoas com transtornos mentais e o modelo de Comunidade Terapêutica para acolhimento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas. O modelo psiquiátrico voltado para o campo da psiquiatria social consistia em unidades e instalações diferenciadas dos modelos antigos, nas quais eram destinadas ao tratamento psiquiátrico e à guarda de pacientes

socialmente desviantes. O segundo modelo objetivava os programas de acolhimento residencial, destinado aos dependentes químicos, denominadas de CT's de interesse social.

2.1 Comunidades Terapêuticas para tratamento de pessoas com transtornos mentais

O Conceito de Comunidade Terapêutica foi apresentado pelo psiquiatra inglês Thomas Main em 1946. O termo era utilizado para descrever Comunidades Terapêuticas psiquiátricas, surgidas na década de 40 na Europa. 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).

Maxwell Jones, radicado no Reino Unido, foi considerado o criador do conceito de *Comunidade Terapêutica psiquiátrica*, através das suas iniciativas, propõe o que foi denominada de “3ª Revolução na Psiquiatria”. 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.

Neste mesmo período, o psicanalista britânico Wilfred Ruprecht Bion, encarregado de uma ala de reabilitação de um hospital psiquiátrico militar em Londres, desenvolve uma série de estudos sobre a dinâmica de grupo e suas interações. Posteriormente, Bion apresenta o livro: “Experiences in groups and other papers”, lançado no Brasil em 1975, com o título: *Experiências com Grupos: os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Este livro fez com que o nome de Bion se projetasse muito além dos domínios da psicanálise, pois os ensaios reunidos

constituem matéria de estudo e consulta para todos os que se preocupam com a psicologia dos grupos e o comportamento do homem como ser social.

Nos anos de 1990 surgiu uma nova reforma com os seguintes objetivos: acabar com o modelo de institucionalização e criar uma rede de atendimento que se antecipasse à hospitalização, com o propósito de fechar os antigos hospitais. Sua proposta de comunidade terapêutica diferia, em tudo, dos hospitais psiquiátricos então existentes. Estes apresentavam uma proposta altamente hierarquizada. Havendo uma comunicação deficitária entre as pessoas dos diferentes níveis e uma passividade dos internos, mantidos na ignorância do que se passava ao seu redor e, principalmente, em relação a sua proposta terapêutica. O modelo inovador de Maxwell Jones era o de democratizar esse ambiente, diminuindo drasticamente a burocratização, estimulando a comunicação entre todos os membros, incluindo todos (inclusive o ambiente) no processo terapêutico, fazendo com que os internos participassem das decisões da clínica, todos com o direito de perguntar e de expor suas ideias, garantiam a manutenção dos objetivos propostos, desta forma criando o ambiente terapêutico ideal para beneficiar a recuperação do indivíduo, despertando um processo contínuo de reinserção e reeducação sociais. A base do trabalho de Maxwell Jones é a “aprendizagem social”, termo que descreve o pouco compreendido processo de mudança iniciado na pessoa, que resulte da interação interpessoal, após a análise em grupo de seus conflitos e crises.

A proposta inovadora de Maxwell Jones foi, sem dúvida, o primeiro ensaio de proposta terapêutica das CTs, sendo atualmente uma das modalidades mais utilizadas no mundo, em detrimento dos tradicionais tratamentos anteriores de psiquiatria hospitalar.

Segundo a FEBRACT Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas, a primeira Comunidade no Brasil destinada ao tratamento exclusivo dos dependentes de drogas, foi o Movimento Jovem Livres, fundado pela missionária presbiteriana Ana Maria Brasil no ano de 1968 em 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”. 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, na cidade de Campinas, no estado de São Paulo.

Atualmente, tem se observado um aumento da oferta de serviços que propõem a recuperação do usuário. Historicamente, relegadas ao segundo plano às comunidades

terapêuticas são consideradas, hoje, ponto importante na atenção ao usuário de crack pelas políticas públicas vigentes. Ainda segundo a FEBRACT, o Brasil tem, atualmente, 1822 comunidades terapêuticas que empregam muitos profissionais, sendo a maioria destes, da área de saúde, psicologia, assistência social e áreas correlacionadas à proteção aos direitos humanos.

Embora houvesse um avanço no reconhecimento das CTs pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde em sua "Política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas", e ainda a regulamentação por parte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em sua resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011, definindo critérios de atuação deste modelo, o qual oferece uma proposta diferenciado de tratamento, esta modalidade está longe de ser uma unanimidade.

A atuação das comunidades terapêuticas vem dividindo a opinião de médicos e psicólogos. Algumas das razões para esse impasse são históricas e se encontram na forma como as CTs foram concebidas, conforme já descrito, sendo uma continuidade das Comunidades Terapêuticas psiquiátricas e na própria maneira como o governo tratou a dependência de drogas, ao deixar por conta dos hospitais psiquiátricos e da iniciativa privada a responsabilidade pelo tratamento dos usuários. No Brasil, as Comunidades Terapêuticas têm enfrentado grandes adversidades. Nos últimos anos foram submetidas à várias denúncias e rigorosas fiscalizações, como a ocorrida em 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que se deparou com ambientes inóspitos, com práticas desumanas e iatrogênicas, um modelo contrário do que era esperado pelas comunidades terapêuticas de interesse social.

Infelizmente essas clínicas que atuam na maioria das vezes realizando internações involuntárias e cobrando mensalidades onerosas, atuam como um negócio lucrativo e que encontram no sofrimento e desespero de muitos pais uma oportunidade financeira, modelo semelhante ao que Goffman apresenta em sua obra: Manicômios, prisões e conventos, que ele denominou de instituições totais.

Toda instituição conquista parte do tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo; em resumo, toda instituição tem tendências de "fechamento". Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais "fechadas" do que outras, Seu "fechamento" ou seu caráter total é simbolizado pela barreira a relação social com o mundo externo e por proibições a saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água,

florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais. (GOFFMAN, 1961, p.16).

As Comunidades Terapêuticas para tratamento de pessoas com transtornos mentais, consideradas como clínicas psiquiátricas, mostram características de instituições fechadas, a partir do momento que segregam uma grande parte de indivíduos, na maioria das vezes, internados involuntariamente, todos com situação semelhante, por um período considerável de tempo. Mesmo que seja virtual, existe uma “barreira” entre o mundo interno das clínicas e o mundo externo. Assim como nas demais instituições totais, nas CTs os principais aspectos da vida dos indivíduos - trabalhar, dormir, brincar e fazer suas refeições – ocorrem no interior da instituição, não havendo separações destas esferas da vida. (GOFFMAN, 2001).

Reconhecendo, então, que a segregação e a rotina de atividades são características básicas que mais assemelham este tipo de comunidade a uma instituição total, exemplo, cada atividade diária é pré-estabelecida em uma rotina de horários e com tempo específico com atividades sequenciais impostas por um sistema de regras. “Essas atividades são realizadas na companhia imediata de um grupo grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazerem as mesmas coisas em conjunto, sob a supervisão/vigilância de um grupo de funcionários” (GOFFMAN, 2001).

Nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado, sendo o grupo dos pacientes internados e uma pequena equipe de comando, sendo a equipe técnica, e o trabalho tem diferentes significações e atitudes para cada grupo (GOFFMAN, 2001).

Para o Conselho Federal de Psicologia (CFP), não há distinção entre os modelos de Comunidades Terapêuticas, todas são avaliadas como clínicas psiquiátricas, sendo na interpretação do referido conselho a continuidade dos hospitais psiquiátricos, que durante muitos anos foram responsáveis por receber os dependentes de drogas, porém, agora, sem a estrutura hospitalar para dar condições mínimas de atenção, dessa forma, não podendo ser consideradas estabelecimentos de saúde. Tampouco, incluídas no Cadastro de Estabelecimento de Saúde (Cnes), pois não atendem aos critérios exigidos pela legislação vigente, sob o risco de incorrerem em ilegalidade. Essa foi a recomendação da Comissão Interinstitucional de Saúde Mental (Cism) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada durante a 293ª reunião ordinária, realizada em maio de 2017.

Buscando diminuir o impasse, também em maio de 2017, os Secretários Estaduais de Desenvolvimento Social e da Saúde do Governo do Estado de São Paulo publicaram uma

resolução conjunta que propõe uma visão multidisciplinar para determinar os aspectos técnicos e de atuação das Comunidades terapêuticas. É importante observar que a Resolução nº 08, de 04-5-2017, dispõe sobre as instruções complementares para o serviço de Acolhimento Social na modalidade Comunidade Terapêutica de Interesse Social, específico da Política Sobre Drogas no âmbito do Programa Estadual de Políticas sobre Drogas. A Resolução apresenta importante distinção entre Comunidades Terapêuticas de interesse social e as Comunidades Terapêuticas de interesse da saúde.

2.2 Comunidades terapêuticas para acolhimento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas.

Maria Elena Goti afirma em seu livro: *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga*, 1990:

Quem teve a oportunidade de se aproximar de uma CT tem a sensação de haver participado de ‘algo diferente’. Quem teve, além disso, a oportunidade de conviver durante algum tempo numa CT terá uma lembrança que o acompanhará pelo restante dos seus dias. (GOTI, 1990, p. 64.)

As comunidades terapêuticas para acolhimento de pessoas com dependência de álcool e outras drogas, são denominadas CTs com interesse social. Elas existem há mais de 60 anos, tendo-se consolidado como um importante modelo biopsicossocial para o tratamento da dependência do álcool e outras drogas, por apresentarem uma inovadora forma de tratar o problema, uma forma multidisciplinar.

Segundo consta na resolução Nº 29, de 30/06/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) as CT:

São serviços urbanos ou rurais, 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 orientado, 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.

O modelo básico da comunidade terapêutica de interesse social é o residencial, através da internação voluntária, com duração máxima de 09 meses, tendo como critério mais determinante do seu trabalho o público acolhido, sendo a premissa básica o atendimento exclusivo de usuários do álcool e de outras drogas.

Segundo Leon (2009), um princípio básico da CT seria a gestão participativa, o ambiente democrático, de mobilidade social, no qual todos os membros possam fazer-se responsáveis pela comunidade e pelo bom andamento da instituição, independentemente das suas particularidades pessoais. Neste modelo, nas CTs democráticas, a autoridade seria uma prerrogativa do grupo como um todo, e não de um grupo ou alguns membros do mesmo, ou ainda da equipe técnica. O autor também afirma que a CT tem como principal objetivo a Reinserção Social, “é ao esforçar para satisfazer as expectativas de participação da comunidade que os residentes perseguem suas metas individuais de socialização e crescimento psicológico”. Sendo assim, o acolhido que consegue socializar-se dentro da CT teria desenvolvido condições internas para que no futuro retorne a sociedade.

Para Maria Elena Goti, a Comunidade Terapêutica é um local onde se inicia um processo de crescimento pessoal acompanhado de um processo de aprendizagem social. Segundo a autora, a comunidade terapêutica não é um lugar onde alguém se “cura”, mas onde se muda, cresce e amadurece, e onde se aprende a ser um membro útil e produtivo para a sociedade. Um dos principais avanços das CT contemporâneas, para De Leon, é "a passagem [...] de uma comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção [...] que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla". Ele ainda afirma que "é ao se esforçar para satisfazer as expectativas de participação da comunidade que os residentes perseguem suas metas individuais de socialização e crescimento psicológico". Desta forma, o dependente que consegue socializar-se dentro da CT teria desenvolvido recursos internos suficientes para uma posterior socialização, retornando ao convívio da sociedade.

Muitas comunidades terapêuticas ainda desenvolvem atividades em parceria com a comunidade local, são atividades que muito além de serem apenas simples ocupações transformam-se em dispositivos capazes de fazer com que o acolhido aumente a sua autoestima e ainda se sinta parte também do mundo fora da CT, estruturando assim, a rede de ajuda citada acima pela ANVISA.

Leon (2009) também considera que a ressocialização passa pela incorporação de princípios comportamentais e sociais, tais como o entendimento do papel social, assim como por uma integração social pautada através da cooperação e comprometimento.

Goti (1997) afirma que a comunidade terapêutica, com interesse social, não se destina a todo tipo de dependente, há casos de usuários que apresentam outras comorbidades² em que requerem um tratamento especializado, não podendo ser acolhidos na comunidade, assim como determinada a resolução N° 29 da Anvisa no Artigo 16, parágrafo único: “Fica vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição”. Diz que ela deve ser aceita voluntariamente e que o residente é o principal ator de sua cura, ficando à equipe técnica o papel de proporcionar apoio e ajuda.

Leon (2009), também, enfatiza que a CT é uma abordagem de autoajuda, fora das correntes psiquiátricas, psicológicas, religiosas e médicas, embora reconheça a eficácia de todas as disciplinas nas ações multidisciplinares que o problema exige. Fala sobre a natureza terapêutica de todo o ambiente, sobre sua grande flexibilidade, no enfoque da pessoa como um todo e diz que é um processo a longo prazo, que deve resultar em mudança pessoal e no estilo de vida. Finalmente, adverte sobre o perigo de serem introduzidas práticas que contrariem a essência da proposta da CT.

2.3 Distribuição Espacial das Comunidades Terapêuticas no Brasil.

Com base no cadastro de 2 mil CTs, organizado pelo Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e o Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia da UFRGS, observa-se que há CTs instaladas em todo o país; mas que estão concentradas principalmente nos estados das regiões Sul e Sudeste. No Sudeste elas estão concentradas em São Paulo (420) e Minas Gerais (com 275), enquanto, para o Rio de Janeiro, aparecem apenas 75 unidades. Na região Sul, o estado com a maior população de CTs é o Rio Grande do Sul (com 234), seguido do Paraná (156) e de Santa Catarina (120).

TABELA 01

² O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas. É considerada tanto a presença de um ou mais distúrbios somados a um distúrbio primário, quanto o efeito desses distúrbios adicionais.

Distribuição das CTs por regiões geográficas e estados da Federação.

REGIÃO / ESTADO	Nº	%
Norte	139	7,37
Rondônia	16	0,76
Acre	26	1,41
Amazonas	18	0,98
Roraima	7	0,38
Pará	46	2,49
Amapá	7	0,38
Tocantins	19	0,98
Nordeste	330	17,06
Maranhão	23	1,14
Piauí	14	0,76
Ceará	82	4,12
Rio Grande do Norte	27	1,46
Paraíba	24	1,3
Pernambuco	41	2,06
Alagoas	44	2,33
Sergipe	15	0,7
Bahia	60	3,2
Sudeste	812	41,77
Minas Gerais	275	13,33
Espírito Santo	42	2,22
Rio de Janeiro	75	3,95
São Paulo	420	22,26
Sul	510	25,57
Paraná	156	7,58
Santa Catarina	120	6,01
Rio Grande do Sul	234	11,97
Centro-Oeste	172	8,23
Mato Grosso do Sul	22	0,92
Mato Grosso	58	2,98

Goiás	51	2,17
Distrito Federal	41	2,17
BRASIL	1.963	100

Fontes: Centro de Pesquisas em Álcool e outras Drogas; Hospital das Clínicas de Porto Alegre; Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia/UFRGS e Cadastro das Comunidades Terapêuticas.

TABELA 02

Distribuição das CTs rurais e urbanas, segundo macrorregião geográfica e categoria de Regic³
(Em %)

MACROREGIÃO	METRÓPOLE/CAPITAL		CENTRO SUBREGIONAL		CENTRO LOCAL/ZONA		% CTS
	% URB	% RUR	% URB	% RUR	% URB	% RUR	
NO	1,3	2,6	0,2	0,8	0,5	1,3	6,67
NE	3,5	7,0	0,5	1,0	1,5	3,1	16,51
CO	2,0	3,9	0,4	0,3	0,6	11,0	8,82
SE	6,8	15,5	0,5	4,5	3,0	7,8	41,64
SU	2,5	10,9	1,0	2,8	1,5	1,7	26,36
TOTAL (%)	16,1	40,0	2,6	9,4	7,1	24,9	100
TOTAL/REGIC	56,1		12,0		31,9		100

Fonte: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/Ipea, 2016)

2.4 Principais Federações de Comunidade Terapêuticas

Buscando fortalecer o movimento das Comunidades Terapêuticas no Brasil, algumas CT's se articularam em Federações por todo país. As principais são: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRAC), Federação Norte e Nordeste de Comunidades Terapêuticas (FENNOCT), Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB) e Cruz Azul no Brasil.

³ Regiões de Influência das Cidades (Regic): classificação dos centros urbanos, produzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo a área de influência das cidades. As CTs foram aqui estratificadas, segundo a categoria de Regic dos municípios em que elas se localizam: metrópole/capital; centro sub-regional; e centro local/zona. O objetivo desta estratificação foi possibilitar a observação de eventuais diferenças entre CTs em função do porte e da centralidade econômica e política dos municípios em que estão situadas.

A Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) foi fundada em 16 de outubro de 1990, pelo Padre Haroldo Joseph Rahm, pioneiro em Comunidades Terapêuticas no Brasil, e pelo Prof. Saulo Montserrat, com seu principal objetivo de fortalecer, organizar, capacitar e assessorar as Comunidades Terapêuticas em todo o território Nacional. Além de atuar em parceria com o poder público na elaboração e execução de políticas públicas no que se refere à Dependência Química. A FENNOCT, fundada em 2011, com sede no Piauí, atualmente é presidida por Célio Luis Barbosa. A FETEB foi criada em 13 de setembro de 1996 pelos pastores Galdino Moreira Filho e Edmundo Munis Chaves, todos influenciados pelo lendário pastor norte americano David Wilkerson. Ela possui sua sede em Minas Gerais e conta com mais de 500 Comunidades Terapêuticas filiadas.

3 A COMUNIDADE TERAPÊUTICA AVE CRISTO

Nesse capítulo vamos apresentar a comunidade terapêutica Ave Cristo, entidade que escolhemos para o nosso estudo de caso. Alguns fatores foram decisivos na escolha da instituição, como a sua localização ser na mesma cidade que resido, o fato de conhecer pessoalmente os diretores fundadores da organização e por exercer uma função de voluntário colaborador na instituição.

Em 1990, o crack⁴, até então comum apenas nos grandes centros urbanos, chegava às cidades do interior paulista com o poder de gerar rápida e grave dependência. É nesse contexto que em 1991, um grupo de amigos, liderados por um delegado de polícia, inicia um movimento que culmina na constituição de uma comunidade terapêutica chamada, hoje, de Casa do Caminho Ave Cristo.

Conforme relata em seu livro: *Filhos da Dor – Prevenção e tratamento da dependência de drogas: relatos de casos reais*, a fundação tem sua origem a partir da constatação das ocorrências vividas no trabalho, como segue:

Na função de delegado de polícia, além de coordenar investigações criminais para a conclusão de inquéritos, que constitui a rotina da Polícia Civil, atendo muitos pais que se apresentam receosos no Distrito Policial, pedindo proteção para os filhos envolvidos com o crack e ameaçados pelos traficantes”. (DISPOSTI, 2010, p. 31).

Ainda no referido livro o autor descreve que o sofrimento de muitos pais, inconformados com a condição em que seus filhos se encontravam, teria sido o grande motivador para a fundação da Instituição, fato que merece ser transcrito para melhor compreensão:

Foi preciso assistir ao cortejo dos filhos da dor, que de crianças e adolescentes belos e saudáveis se fizeram farrapos humanos. Assim, fui levado a reunir alguns amigos e preparar a constituição de uma organização não governamental, para o tratamento especializado dos transtornos da dependência de drogas. Era noite de 29 de agosto

⁴ É um tipo de droga feita de cocaína e mistura de cloridrato da cocaína, amônia e água destilada, que formam pequenos grãos. Quando a droga é fumada pelo usuário, ela faz um barulho de “estalar”, daí surgiu o nome de crack. Seus efeitos psicológicos são de euforia, sensação de poder e aumento da autoestima. Os efeitos físicos são: a aceleração do ritmo cardíaco, calafrios, pupilas dilatadas, pressão alta, ansiedade, falta de apetite e paranoia.

de 1991, quando reduzido grupo de companheiros de ideal constituía a Casa do Caminho Ave Cristo, em Birigui, São Paulo. (DISPOSTI, 2010, p. 39).

3.1 Um ambiente diferente

Era uma manhã de intenso calor em setembro de 1995, quando recebi o convite para conhecer a Comunidade Terapêutica Ave Cristo, a minha ideia preconceituosa e limitada de comunidade terapêutica era de um lugar triste, desprovido de qualquer conforto ou bem estar, com pessoas reservadas, sentindo-se inferiores, fracas, censuráveis e culpadas pelas condições que as levaram até aquele local, também imaginava um local com grades, muros altos e portões trancados, seguranças e monitoramento, típico de uma instituição fechada como já apresentado na definição de Goffman.

Surpreendentemente, ao chegar, percebi que não haviam portões, muros ou grades, tratava-se de uma simples entrada adornada de um corredor de árvores frondosas formando um túnel que de quando em quando era iluminado por um raio de sol, pelos diversos facho de luzes que transpunham às árvores. Ao terminar esse túnel, cheguei num jardim multicolorido com diversas espécies de flores, muitas orquídeas de tonalidades diferentes e um espaço repleto de rosas vermelhas que formavam o desenho de um coração. No meio do coração, uma placa que sinalizava um código de moral e ética, demonstrando se tratar de um lugar de orientação religiosa. A placa cuidadosamente pintada de branco apresentava uma frase escrita em azul marinho com a seguinte mensagem; “Ame a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a ti mesmo”, a frase preconizava a ideologia espiritual que a direção da entidade adota como um regimento interno.

Ao me aproximar do primeiro módulo da Comunidade, fui recepcionado por um jovem de aproximadamente 20 anos, com um largo sorriso no rosto e muito acolhedor, que prontamente falou: “Bom dia! Seja bem-vindo em nossa Casa!” Naturalmente, retribui a saudação e me identifiquei como amigo do diretor da entidade e justifiquei minha presença alegando que estava ali para conhecer a comunidade. O jovem, prontamente, respondeu: “Bom, se é amigo do Dr. Vilson, é nosso amigo também!” Perguntei há quanto tempo ele trabalhava ali e qual era a sua função. Ele rapidamente sorriu e respondeu que não era funcionário, mas sim um morador da Comunidade e que após perambular pelas ruas por quase três anos, sem família, foi acolhido pela entidade havia mais de quatro meses. Perguntei o por que não havia muros, portões e se as pessoas internadas não fugiam de lá... Mas uma vez fui

surpreendido pelo seu belo sorriso e por uma frase que me ajudou a compreender um pouco mais daquele ambiente, disse o jovem: “Aqui, não precisa de portão, ninguém quer fugir, na verdade todos que aqui estão, escolheram vir para cá, querem ficar, e só fica quem realmente quer abandonar as drogas”.

3.1.1 Estrutura física da Comunidade Terapêutica

Após as primeiras impressões, o jovem falante me convidou para conhecer as estruturas físicas da comunidade, na entrada do primeiro módulo uma placa sinalizava algumas informações técnicas, como regimento, valores, equipe técnica e ainda uma foto de Madre Teresa de Calcutá, com a seguinte frase: “A todos os que sofrem e estão sós, dai sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporciono apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”. Interessante que a frase da benfeitora representante da Igreja Católica Apostólica Romana ficava ao lado de outra placa com a foto de Chico Xavier, médium mineiro considerado o grande expoente da Doutrina Espírita, a frase em destaque dizia: “Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta”. Notei que a primeira frase era uma convocação emocional para a equipe técnica e todos os trabalhadores daquela instituição, e a segunda frase era dirigida aos jovens que ali eram acolhidos, também como uma convocação emocional, um convite para uma nova chance, um recomeço e uma nova história. Destaco que embora a entidade tenha uma orientação religiosa bem definida, as placas demonstravam uma visão religiosa bem ecumênica.

Neste primeiro módulo, observei uma pequena recepção, uma biblioteca com diversos livros com títulos na sua maioria com propostas de motivação e autoajuda, perguntei se as pessoas costumavam ler e nosso amigo respondeu: “para quem sabe ler, o livro é uma grande companhia, pena que muitos não sabem”! Ao lado da biblioteca, havia uma pequena sala de informática, onde segundo o jovem era ensinado noções básicas de computação, o módulo apresentava ampla varanda. Ao lado havia o segundo módulo com um grande refeitório, uma cozinha semi-industrial, despensa de alimentos, despensa de material de limpeza e higiene, banheiros masculino e feminino com acessibilidade e varandas. Entramos no terceiro módulo, composto de uma pequena copa, onde fui informado que era o local que realizavam refeições rápidas, também havia uma área de convivência e sala de TV. No mesmo módulo havia quatro apartamentos quádruplos, com closets e armários individualizados, galpão com oficina pedagógica e academia, lavanderia e varanda. No quarto módulo haviam somente quartos no

mesmo padrão dos demais, observei que neste módulo havia também um apartamento com acessibilidade, sendo informado que era uma exigência legal. Por fim, conheci o quinto e último módulo, composto por amplo auditório, uma sala de coordenadoria, uma sala de atendimento médico, banheiros masculino e feminino, e uma sala de atendimento psicológico, onde fui apresentado a uma jovem senhora, muito simpática e falante, que posteriormente vim saber que tratava-se da psicóloga que também era responsável técnica pela entidade. Na ocasião não pude conversar muito, pois ela estava atendendo um rapaz que deixava transparecer muita tristeza. A instituição contava ainda, com jardins, campo de futebol, pomar, horta e vasta pastagem, tudo muito bem organizado e limpo, dando a ideia que mais se assemelhava a um resort, do que uma instituição que abrigava dependentes químicos.

3.2 A caracterização do Serviço e a Metodologia do Programa

Segundo informações em sua homepage (www.avecristo.com.br), acesso em 30/08/2018), atualmente a comunidade terapêutica Ave Cristo oferece acolhimento de seis a nove meses para adultos do sexo masculino, usuários de substâncias psicoativas que têm como objetivo trabalhar o processo de abstinência das drogas, tendo como principal instrumento um programa terapêutico multidisciplinar, buscando atender o indivíduo na sua totalidade. Este serviço se articula e referencia com os programas de gestão pública dos municípios, principalmente com os serviços de saúde mental e o CAPS AD (Centro de atenção psicossocial álcool e drogas), disponíveis na rede municipal e regional.

Ainda segundo o site da instituição, o processo terapêutico de recuperação é pautado na construção de um novo modelo de vida sem o uso da droga, que passa pela reabilitação física e psicológica do indivíduo, sua conscientização sobre a dependência química e o desenvolvimento de estratégias para manutenção da abstinência.

Segundo a psicóloga Patrícia Torres Momesso, responsável técnica da comunidade terapêutica Ave Cristo, o eixo central do programa terapêutico tem como proposta a realização de atividades laborais visando o desenvolvimento da autonomia, organização e responsabilidade, assim como também as atividades de espiritualidade, que auxiliam o indivíduo na busca do seu equilíbrio emocional.

A responsável técnica afirma que a comunidade terapêutica também garante a assistência psicossocial durante todo o processo de recuperação, assim como a promoção da reinserção social do atendido, desenvolvendo trabalho de resgate e fortalecimento de vínculos

familiares e comunitários, a inserção em programas de qualificação profissional e o apoio na conquista do auto sustento.

3.3 O Programa Terapêutico da Ave Cristo

Para entender melhor a proposta terapêutica da Ave Cristo, procurei diretamente o Dr. Vilson Disposti, fundador da entidade e principal articulador do programa terapêutico da instituição. De uma forma muito simples e direta, Disposti defende a necessidade de um programa terapêutico multidisciplinar que busque atender as necessidades do indivíduo em sua totalidade, compreendendo que a dependência de droga é algo muito complexo e que atenção de forma isolada irá diminuir qualquer possibilidade de êxito do indivíduo que na grande maioria das vezes se comprometeu em diversas esferas biopsicossociais.

Segundo o fundador da entidade, o Programa Terapêutico da Ave Cristo propõe esta visão multidisciplinar, inicialmente através do acolhimento social, passando pela assistência social, psicológica e médica, também despertando o sentido de espiritualidade e por fim propondo um projeto de reinserção social, na fase final do acolhimento.

4 OS CÍRCULOS SOCIAIS

Nesse capítulo vamos avaliar as características dos grupos sociais, analisando três períodos distintos: O grupo de usuários de drogas, os acolhidos na Comunidade Terapêutica e os egressos deste programa terapêutico, para tanto utilizaremos autores como Erving Goffman e Appadurai e principalmente Georg Simmel. Os conceitos de interação e círculos sociais foram estudados, no início do século XX, pelo sociólogo George Simmel. “Há uma interação intrínseca com a sociedade, ação esta que ocorre por meio de reciprocidade entre indivíduos de uma mesma unidade” (SIMMEL, 1983). Simmel definiu como sociação o agrupamento de indivíduos em unidades relacionadas a partir dos seus interesses comuns. A interação é uma forma de sociação e através dela pode-se observar os círculos sociais, definidos por Simmel como “interligações entre indivíduos de grupos distintos e dentro de um mesmo grupo” (SIMMEL, 1983). O círculo social familiar é uma preparação para a formação inicial, para o convívio em redes sociais e ao longo da vida o indivíduo possivelmente expande seu círculo familiar para o círculo acadêmico, profissional, entre outros círculos que constituirão uma cadeia de contatos sociais (TOMAEL, MARTELETO, 2013).

Segundo Simmel, “o número de diferentes círculos no qual o indivíduo se move, é um dos indicadores do desenvolvimento cultural, pois permite que ele ocupe distintas posições na interseção de vários círculos”. Dando prosseguimento, o autor diz: “O envolvimento multifacetado numa variedade de círculos contribui sem dúvida para incrementar a autoconsciência, pois conforme o indivíduo se liberta do círculo que o aprisiona, ele adquire uma consciência cada vez maior da sua liberdade”. (SIMMEL, 1983, p.166)

Quando observamos a trajetória do dependente químico podemos observar três círculos sociais distintos: O grupo de usuários de drogas, os acolhidos na comunidade terapêutica e os egressos deste programa terapêutico. Este capítulo propõe analisar os círculos sociais que envolvem o dependente químico e as interfaces que interagem entre eles.

No próximo tópico vamos apresentar uma observação de como os objetos e as mercadorias podem revelar informações importantes e ainda contar histórias apresentando fatos desconhecidos da personalidade humana. As histórias, que apresentaremos, ocorreram na comunidade terapêutica Ave Cristo, e nos ajudaram a entender os círculos sociais e ainda identificar características marcantes de cada um deles.

Para nossa análise, faremos uso de autores que propõem uma nova perspectiva de como as coisas ou agentes não humanos podem auxiliar numa pesquisa etnográfica e na

compreensão dos diversos agentes de pesquisa. Para tanto, vamos recorrer às observações de Arjun Appadurai em “A vida social das coisas”.

4.1 A vida “emocional” das coisas e o significado dos não humanos. Uma análise do valor dos objetos na vida cotidiana dos residentes de CT Ave Cristo.

4.1.1 A Vida Social das Coisas

A obra “A vida Social das Coisas – As mercadorias sob uma perspectiva cultural” Arjun Appadurai, busca analisar os processos através das quais as coisas se tornam mercadorias e propõe uma nova perspectiva sobre a circulação das mercadorias na vida social. Para Appadurai, as mercadorias teriam uma vida social, assim como as pessoas. O autor sintetiza sua perspectiva da seguinte forma: a troca econômica cria o valor; o valor é concretizado nas mercadorias que são trocadas; segundo o autor, concentrar-se nas coisas trocadas, em vez de apenas nas formas e funções de troca e refazer suas trajetórias a fim de compreender seus valores, possibilita a argumentação de que o que cria o vínculo entre troca e o valor é a política, em seu sentido mais amplo (APPADURAI, 2008, p.15). O autor define mercadoria como objeto de valor econômico e usa as ideias de George Simmel para dar significado a expressão “valor econômico”. Para Simmel, o valor não é uma propriedade inerente aos objetos e sim o julgamento que sujeitos fazem sobre eles.

Para Appadurai, podemos interpretar as mercadorias como resultado dos valores atribuídos as coisas. Sendo assim, mais do que determinar que tipo de objeto possa ser classificado como mercadoria, ele discute o processo de atribuição de valor a esses objetos que os fazem mercadorias. Um processo, que não pode ser reduzido a razões econômicas, mas que envolve dimensões históricas, sociais, culturais e políticas. Desta forma, o autor defende que as coisas possuem uma história social, um enredo emocional que contribuí para entender melhor o que está por trás de determinado conceito. Os objetos, as coisas, não são mudos, falam e se conversam, comunicam situações, apresentam fatos, contam história, propõe condições. Se for correto afirmar que não há inerência de valor nas coisas, por outro lado, quando compreendidos em seus processos de circulação e de utilização, sendo possível, a partir deles, depreender seus contextos sociais.

4.1.2 Os humanos e não humanos da Comunidade Terapêutica Ave Cristo

Nestes 26 anos de atividades, a Ave Cristo foi palco de diversas histórias. Estima-se, que nesses anos, foram realizados mais de cinco mil acolhimentos de dependentes químicos, pessoas vindas de diversas cidades e estados do Brasil e algumas do exterior. Cada um trazendo seus objetos, suas histórias, seus dramas e um passado conturbado pela triste realidade da dependência química.

Na sequência vamos evidenciar cinco casos, que através de suas histórias, pudemos constatar o quanto “as coisas” ou os objetos podem interferir ou mesmo apresentar um campo de análise emocional.

4.1.2.1 O caso do Boné

Era uma tarde de inverno, quando chegou à comunidade Ave Cristo um jovem adulto de 18 anos, com sua avó, responsável pelo acolhimento do neto, sendo que o pai e mãe encontravam-se presos pelo crime de tráfico de drogas. A senhora, de mãos postas, segurava um terço, rezava para Nossa Senhora interceder pela internação do querido neto. O objeto entrelaçado nas mãos calejadas apresentava-se como amuleto sagrado, capaz de unir a matriarca aos representantes celestiais. A avó relatou para os agentes sociais que o terço foi um presente recebido de sua madrinha e que durante toda a vida o objeto a acompanhou nos momentos mais difíceis e principalmente nas horas que carecia de implorar a Nossa Senhora. Após todas as tratativas legais para o acolhimento a psicóloga chamou o rapaz na sala para uma entrevista inicial e o informou de todos os procedimentos e normativas da comunidade terapêutica e ainda se certificou de que o mesmo queria a internação. Ela perguntou se havia alguma dúvida quanto ao seu acolhimento, ele respondeu: “Eu posso usar meu boné lá? Porque se eu não puder, eu não vou! Eu nunca tiro este boné”. Diante da observação e sem imaginar o que representava aquele boné para aquele jovem, a psicóloga respondeu que sim.

Durante o primeiro mês de acolhimento, nas diversas atividades, o jovem nunca tirava o seu boné. Certo dia, a equipe técnica organizava uma confraternização na presença de alguns acolhidos e a assistente social perguntou para aquele jovem porque ele nunca tirava o boné, quando ele respondeu: “Foi presente de um ‘parça’, este boné me garante!”. Nem eu e nem a equipe técnica, entendemos a resposta, mas alguns jovens que estavam próximos disseram que “ele ganhou este boné do chefe do tráfico, significa que quem bater de frente com ele, terá problemas”. Neste momento, percebi que aquele boné representava uma segurança e a autoafirmação para o rapaz, sendo uma espécie de salvo-conduto no universo tão difícil da sua realidade cotidiana.

Após seis meses de acolhimento, o jovem do boné recebeu alta para iniciar uma nova fase da sua vida. Durante o período que passou na comunidade, aprendeu novos valores, fez novos amigos e saiu para um novo recomeço. Em sua despedida, a assistente social informou-o de que havia um escritório contábil que precisava de um auxiliar e que caso houvesse interesse da parte dele, ela poderia indicá-lo para a vaga. Todavia como era um escritório, ele não poderia trabalhar de boné. Ele olhou-a, atentamente, e disse “Não tem problema, agora não preciso mais do meu boné, me garanto sozinho!”

4.1.2.2 O garfo do exército

Certo dia, a equipe técnica da Comunidade Terapêutica recebia para o acolhimento um jovem do estado do Rio de Janeiro, muito educado, estudioso e exímio flautista. De aparência frágil, apresentava muita insegurança, medo e perturbação emocional. Nas primeiras entrevistas com a equipe técnica, falava muito da relação com a mãe, demonstrava muito carinho e afeto pela sua mãe, porém ao ser questionado sobre o pai, respondia que não “se dava bem com o coronel”. Após algum tempo, a equipe técnica nos informou que a relação com o pai, coronel do exército, era muito conflituosa e que a fragilidade e as preferências do filho com as artes foram o primeiro obstáculo na relação distante entre pai e filho. Após a constatação do uso das drogas, o pai rompeu por completo com o filho, deixando uma ruptura emocional, difícil de cicatrizar.

Durante um almoço na comunidade, a paz do ambiente foi rompida por uma discussão entre dois acolhidos: o jovem flautista do Rio de Janeiro e o ajudante de cozinha que a todo o momento tentava justificar que não havia pegado o garfo do carioca. Após a equipe técnica certificar-se de que havia garfos para todos, questionaram o motivo de tanto destempero. Para surpresa geral, foi informado para a equipe que o jovem flautista, carioca, havia trazido entre os seus pertences um garfo com um brasão das forças armadas do Exército Brasileiro e que, em momento algum, deixava alguém tocar naquele objeto. O jovem carioca somente retomou o equilíbrio emocional quando localizaram o objeto de estimado valor embaixo da pia.

Seguidamente, a psicóloga da Comunidade foi informada pelo jovem flautista que o garfo foi o último presente que recebeu de seu pai, quando ele ainda tinha 16 anos e que o pai tinha expectativa de que ele seria um oficial das forças armadas. Naquele momento, compreendeu-se a importância daquele objeto, sendo que, segundo a narrativa do jovem, o único vínculo emocional que existia entre pai e filho era um velho garfo do exército.

4.1.2.3 Uma latinha de Coca-Cola

Era próximo das festividades de fim de ano e a equipe técnica estava organizando um almoço de confraternização entre os acolhidos da comunidade terapêutica. Naquela semana, a entidade havia recebido algumas doações: entre alimentos, frutas diversas e alguns fardos de latas de refrigerantes. Naqueles dias, havia chegado à comunidade terapêutica um jovem, ainda muito debilitado físico e emocionalmente pelo constante uso do *Crack*, por isso apresentava muita ansiedade e traços de agitação motora. Na hora do almoço, serviram uma lata de refrigerante para cada residente. Fato incomum, visto que em geral, os residentes tomam sucos naturais produzidos com as frutas cultivadas nos pomares da própria fazenda. O jovem novato, que já apresentava certa ansiedade, resolveu deixar a comunidade terapêutica, alegava que não conseguia ficar ali e que precisava ir embora. A equipe técnica tentou argumentar para que o rapaz não deixasse o programa terapêutico que acabara de iniciar. Não obstante, após todas as tentativas de argumentação da psicóloga e dos demais técnicos, e também pela característica essencial de internação voluntária da comunidade terapêutica, o jovem abandonou o programa terapêutico. Alguns meses depois, a equipe técnica recebia, novamente, o mesmo jovem para uma nova entrevista e para surpresa de todos, ele confidenciou que naquele almoço, ao receber a latinha de refrigerante, passou a recordar, de forma obsessiva, do momento que fumava a pedra de *Crack* utilizando-se de uma lata semelhante daquelas servidas no almoço de confraternização da comunidade terapêutica.

4.1.2.4 Um relógio de bolso

Numa manhã chuvosa em Birigui, acompanhamos a equipe técnica que recebia para o acolhimento um jovem de aproximadamente 25 anos que há alguns anos estava envolvido com as drogas, por isso possuía a aparência de um homem de 40 anos, além de magro, triste e com características de uma forte depressão. O jovem envelhecido relatava para a psicóloga que já há alguns anos residia nas ruas e que havia perdido todo vínculo familiar, tinha apenas conhecimento de uma irmã, com quem desde a morte da sua mãe não tinha mais contato. Foi lhe perguntado a respeito do pai e o mesmo respondeu que havia morrido de desgosto, há pouco mais de 04 anos. Ao relatar a situação da morte do genitor, foi acometido de uma dor intensa e com a voz embargada, tirou do bolso um relógio preso a uma corrente e confessou: “Este relógio foi a última coisa que meu pobre pai me deu... o pobre ‘véio’ não tirava do bolso, e eu jurei para ele que iria cuidar até eu morrer. Sabe doutora, mesmo nas piores noites

em que eu precisei roubar para comprar a pedra, eu não "fumei" este relógio. Tive muita fome, tive muito desespero para usar a maldita droga, nem por todo dinheiro do mundo, quebrei a promessa pro meu 'véio'... Um dia, eu estava na praça, e um homem me ofereceu 250 reais pelo meu relógio, a doutora sabe, para um doido, 250 mango é uma festa... Eu fiquei muito tentado, aí o bacana falou, 300 reais e o relógio é meu... Já estava pensando na droga que eu ia comprar com tanto dinheiro... Mas, por tudo que é mais sagrado, ouvi a voz do meu 'véio'... Cuida do meu relógio... eu saí correndo e não olhei para trás”...

O rapaz acolhido iniciou seu programa terapêutico, trazendo, na mala, dor, sofrimento, muita esperança e um relógio de bolso, que não só media as horas, mas principalmente, o amor e respeito de um filho, que mesmo nas horas de terror impostas pela fissura da droga, soube ser mais forte e cumprir a promessa para o querido pai.

4.1.2.5 A cuia e a bomba de chimarrão que virou tereré

Era janeiro em Birigui, região noroeste do Estado de São Paulo, uma região conhecida pelo forte calor, na época os termômetros registravam 40 graus na sombra. Foi neste clima, que a equipe técnica recebeu para o acolhimento um jovem da cidade de Sapiranga no Rio Grande do Sul, de tradicional família gaúcha. O jovem gaúcho chegava à Comunidade reclamando do forte calor. Na mala, roupas e acessórios pessoais e em especial um objeto que segundo o jovem era uma relíquia de família, cujo valor era inestimável. Tratava-se de uma cuia e uma bomba de chimarrão, que havia pertencido ao seu bisavô, imigrante europeu. O objeto, há décadas, vinha passando de pai para filho até chegar nas mãos do jovem gaúcho. Quando a assistente social perguntou se aqueles apetrechos eram para tomar tereré, o jovem foi acometido de um misto de assombro e indignação. Disse em alto e bom tom: “Não é para tereré! Gaúcho de verdade só toma a erva quente”.

Precisou de apenas algumas semanas no verão de Birigui para que o jovem gaúcho fosse persuadido. Sob a sombra de um flamboyant, portando sua cuia e sua bomba, já trocava a “erva quente” pela garrafa de água gelada. Diante da cena, o coordenador terapêutico da comunidade não pôde deixar de comentar: “E aí gaúcho, o chimarrão virou tereré?” A resposta foi direta: “Bah... Birigui é a porta do inferno, tchê”.

4.1.3 Análise dos casos relatados

Quando ampliamos as possibilidades para investigar, observar e ainda conhecer o universo das coisas, as quais envolvem nosso campo de pesquisa, estamos adentrando numa rede de possibilidades, que vão do concreto para o abstrato, do real para o imaginário, do humano para os não humanos, do ser para as coisas.

É através desse uso das coisas, que nossos agentes se apresentam, mostram-se, revelam-se. E as coisas, nestas relações sociais, vão compondo condições de limitar ou aproximar, assim como um garfo que propõe unir como um elo o que restou de uma relação conflituosa entre pai e filho. É o objeto que serve de ponte, como sintetiza Mary Douglas e Baron Isheewood em *O Mundo dos Bens*: “Os bens são neutros, seus usos são sociais; podem ser usados como cercas ou como pontes” (DOUGLAS; ISHERWOOD, 2004, p.36).

Teria maior riqueza um relógio de bolso usado, cujo preço monetário não chegaria a 300 reais? Mas envolto da promessa de fidelidade do filho, esse, apresenta nas entranhas da alma a dor e a decepção de não corresponder às expectativas do querido pai e olha para aquele objeto como a única coisa de concreto que o aproxima de seu velho genitor. Percebe-se que o valor demonstrado apresenta coerência com a assertiva de Mary Douglas: “O ponto de vista do antropólogo é de que as coisas cuja posse significa riqueza não são necessárias por elas mesmas, mas pelas relações sociais que elas sustentam” (DOUGLAS, 2007, p.19).

Através das relações sociais e emocionais, as coisas se tornam mercadorias e passam a imprimir valor não financeiro, mas valores emocionais, valores sociais, como propõem o antropólogo Antônio Braga, enquanto pesquisava os fluxos migratórios e fluxos de mercadorias entre o Interior do Piauí e a cidade de São Paulo:

“Considera-se mercadoria as coisas que são objetos de uma relação de troca: onde há mercadoria há uma relação de dar algo e receber algo em troca (seja de imediato, ou posteriormente, e de forma nem sempre preestabelecida). Logo, uma das capacidades intrínsecas de uma mercadoria é estabelecer algum tipo de vínculo entre duas ou mais pessoas. O que implica dizer que uma mercadoria é um objeto concreto em torno do qual se estabelece uma relação social, um vínculo social”. (BRAGA, 2011, p.233).

São objetos, coisas, mercadorias que ganham valores, quando se observa as histórias cujas mercadorias nos revelam, que um simples boné num processo inicial de produção não tenha a oportunidade de acumular uma biografia idiossincrática como define Arjun Appadurai: “Se considerarmos que algumas mercadorias têm ‘histórias de vida’ ou ‘carreiras’ em um sentido significativo, então torna-se útil observar a partilha de conhecimentos em diversos momentos de suas carreiras” (APPADURAI, 2008, p.61).

É impressionante como uma mesma lata que foi objeto da caridade, do processo de doação, para a alegria do almoço de confraternização, também foi o “gatilho da memória” para um novato retomar as terríveis lembranças do seu consumo. Podemos afirmar que a lata está na memória coletiva dos usuários de CRACK, que ao se aproximar do objeto, reconstrói, instintivamente, o hábito do consumo. Assim, como a lata de refrigerante, tão presente no consumo do CRACK, a folha de papel de seda, usada para manusear o cigarro de maconha e ainda um simples espelho de bolsa para utilização da cocaína são objetos que de forma inconsciente, interligam, aproximam e despertam a memória coletiva dos dependentes químicos. O termo memória coletiva é original do sociólogo francês Maurice Halbwachs o qual o define da seguinte forma:

Memória coletiva é o processo social de reconstrução do passado vivido e experimentado por um determinado grupo, comunidade ou sociedade. Este passado vivido é distinto da história, a qual se refere mais a fatos e eventos registrados, como dados e feitos, independentemente destes terem sido sentidos e experimentados por alguém. Não basta reconstituir pedaço por pedaço a imagem de um acontecimento passado para obter uma lembrança. É preciso que esta reconstituição funcione a partir de dados ou de noções comuns que estejam em nosso espírito e também no dos outros, porque elas estão sempre passando destes para aqueles e vice-versa, o que será possível se somente tiverem feito e continuarem fazendo parte de uma mesma sociedade, de um mesmo grupo. (HALBWACHS, 2013, p. 39).

Desta forma, procuramos aqui ampliar a condição de pesquisador, interpretar que os agentes não humanos: “as coisas”, aproximam o investigador do universo íntimo de seu pesquisado. O boné, o garfo, a lata de refrigerante, o relógio de bolso e a cuia revelam mais do que se possa imaginar, apresentam uma vida social e emocional de quem muitas vezes perdeu a capacidade de contar sua história, ajuda a entender sentimentos que por ora fora esquecido pela dor de quem teve a vida sequestrada pela dependência das drogas.

5 ANÁLISE SÓCIO DEMOGRÁFICA, PERSPECTIVAS E PERCEPÇÕES DOS RESIDENTES, POR MEIO DE ENTREVISTAS E FICHAS CADASTRAIS.

Entre os meses de dezembro de 2017 e fevereiro de 2018 entrevistamos 20 egressos que haviam terminado o programa terapêutico da comunidade terapêutica Ave Cristo, pessoas que terminaram o programa há mais de seis meses e encontravam-se abstinentes das drogas. O objetivo foi realizar um estudo que indicasse a dinâmica do processo de exclusão e inclusão do ex acolhido, identificando as principais dificuldades e ainda as conquistas, principalmente no que diz respeito ao mercado de trabalho. Para o dependente químico, que se submeteu de forma voluntária ao programa terapêutico, a reinserção dá continuidade a proposta terapêutica, oportunidade em que serão restabelecidos os vínculos com a família, escola, trabalho e a sociedade. Infelizmente a falta de informação, associada aos preconceitos sociais e ainda, a ineficiência de ações de reinserção social que deveriam qualificar e melhorar as competências do assistido impede que o dependente químico reabilitado consiga uma colocação no mercado de trabalho.

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

A pesquisa científica também apresenta um panorama geral das características pessoais dos acolhidos na Ave Cristo, realizamos uma análise dos aspectos demográficos e sociais por meio das fichas de acolhimento dos assistidos no período de janeiro de 2016 a junho de 2017, totalizando aproximadamente 200 prontuários.

A análise dos resultados contempla além de informações objetivas (sexo, idade, escolaridade, números de filhos), 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.

5.1 Procedimentos Metodológicos

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, uma vez que dentro dos objetivos estabelecidos, buscou investigar as principais barreiras e dificuldades encontradas pelos egressos da CT Ave Cristo em conseguir uma oportunidade no mercado de trabalho. Ao optarmos pela abordagem qualitativa, consideramos como cita

(GOLDENBERG, 1997, p. 34), “A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização”. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa”. Corroborando Roesch (1999) completa citando que na pesquisa qualitativa o pesquisador, através de suas perguntas, pode captar melhor a perspectiva dos entrevistados.

Quanto à observação dos prontuários, ao optar pela pesquisa descritiva, consideramos como cita Gil (1999, p. 44),

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Dentre as pesquisas descritivas salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc.

5.2 Entrevistas

O autor do livro: *Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis*, M. Conte, questiona: qual o campo em que se situam as drogas? A resposta é muito complexa e heterogênea, tanto pelas disciplinas e ciências que se ocupam da área das substâncias psicoativas em relação ao uso de drogas, bem como pelos diferentes lugares que a droga ocupa na vida física, psíquica, legal e social do dependente e da sociedade em geral. O uso de drogas situa-se em uma encruzilhada temática. O fenômeno diz respeito ao campo sociológico, médico, psicológico, jurídico, etimológico, psicanalítico, educacional, familiar e o religioso. Na pluralidade das interfaces desses campos é que o fenômeno da droga se situa.

Quando iniciamos as entrevistas, acreditávamos conhecer e entender com profundidade a dependência química, porém ao depararmos com a realidade de cada entrevistado percebemos que estávamos diante de um mundo desconhecido e que embora as características da maioria tivesse alguma similaridade, a particularidade e o perceber individual de cada egresso demonstravam o quanto poderíamos crescer ao conhecer referidas narrativas. Houve um verdadeiro processo de transformação e reconstrução, um exercício

diário de quebra de paradigmas. Foi preciso uma adaptação do modo de ver e entender as coisas, sem julgamentos, sem preconceitos, apenas um trabalho minucioso do exercício da empatia.

Nosso primeiro entrevistado foi Cristiano, nome fictício para preservar a identidade de nosso entrevistado, como na sequencia todos os casos relatados serão identificados com nome fictício, Cristiano Almeida aos 45 anos, casado, pai de dois filhos, um casal, e com um histórico de 16 internações, sendo a maioria em comunidades terapêuticas e algumas em hospitais psiquiátricos. O jovem nos conta que ao chegar na comunidade terapêutica Ave Cristo se deparou com sua primeira dificuldade, conseguir conviver com outros jovens, sendo que ele adorava ficar sozinho. “Já na primeira semana, pensei em desistir. Dormir com quatro homens no mesmo quarto é muito pra minha cabeça”, Com o passar do tempo, percebeu que a maioria dos jovens que ali estavam, tinham as mesmas dores e os mesmos conflitos que ele, o que ajudou a se integrar à comunidade. Quando perguntamos qual teria sido a melhor parte da sua estada na Ave Cristo ele respondeu que as palestras eram o ponto mais importante em seu tratamento, apresentou relatos emocionantes de sua modificação interior e ainda citou trechos de palestras que ajudaram principalmente a entender quem era ele e o que precisava fazer para chegar a ser o homem que queria ser. Cristiano havia deixado a comunidade terapêutica seis meses antes da entrevista e ainda não havia conseguido um emprego formal, então tinha trabalhados esporádicos, fazendo lanches, ou em obras da construção civil. Decidiu trabalhar por conta própria, fazendo pães caseiros, atividade que aprendeu dentro da comunidade, ao participar do curso de panificação oferecido pela CT Ave Cristo aos acolhidos. Cristiano conta que inicialmente eram quatro pães, depois foi recebendo mais pedidos e hoje são aproximadamente 15 pães por dia, o que lhe rende um faturamento de aproximadamente R\$ 2.500,00 por mês. “Hoje me sinto verdadeiramente um pai de família, posso trabalhar em casa com minha família, todos estão me ajudando com os pães, meus dois filhos chegam da escola e já vão pra cozinha me ajudar” Ele se emociona ao falar da família; “A Ave Cristo devolveu minha família, nesses mais de 14 anos de casados, descobri que não conhecia minha esposa e nem meus filhos, vivi com eles 14 anos e não participei de nada, apenas vivi para sustentar meu egoísmo e meu terrível vício, hoje olho para trás e percebo o quanto esse lugar me ajudou a reconhecer que tenho uma família maravilhosa”.

A família é um ponto muito delicado na vida do dependente químico, quando estão vivenciando os dramas da drogadição, estão anestesiados e não ligam para as relações familiares. Ao abandonarem o consumo, encontram a realidade nua e crua, e passam a

perceber os familiares, muitos relatam que se pudessem voltar atrás faria tudo diferente referente aos seus entes queridos.

Assim como Durval, jovem de 25 anos, solteiro, pai de duas meninas, que acredita ainda poder reatar o relacionamento com a mãe de suas filhas. Ele tinha 20 anos quando resolveu morar junto com sua namorada que logo engravidou de gêmeas. Já no primeiro ano, após diversas brigas pelo uso incontido das drogas, sua esposa deixou o lar e voltou para a casa dos pais, levando as filhas. O jovem, conta de sua dificuldade em aceitar a separação, agressivo, passou a agredir a esposa. Após várias tentativas de internações, o mesmo chegou à CT Ave Cristo, com a proposta de mudar de vida e reconquistar sua esposa. Ao narrar os momentos mais difíceis em sua estadia na comunidade, Durval contou que era ficar longe das filhas. Hoje, trabalha informalmente de pedreiro, fazendo bicos. Afirma que não conseguiu um emprego formal, pois possui antecedentes criminais, por assalto à mão armada e que ao levar currículos nas empresas, nunca é chamado, pois sabe que seu passado criminoso é lembrado a cada processo seletivo.

5.2.1. Antecedentes Criminais.

Antecedentes criminais são a realidade da maioria dos nossos entrevistados (80%), sendo 16 egressos que ao deixar o programa terapêutico, iniciaram uma verdadeira peregrinação em busca de um trabalho. Todos relatam que ao iniciar o processo de recrutamento e seleção, os profissionais da área de recursos humanos, exigem a apresentação de um documento de antecedentes criminais, muitos desistem de continuar no processo, pois sabem que ao consultar seu histórico aparecerão fatos relativos à conduta criminoso. Fato que irá dificultar o ingresso profissional, dificultando seu acesso no mercado de trabalho.

Foi exatamente o que aconteceu com Simas, 40 anos, mecânico, desempregado, divorciado e pai de quatro filhos. Trabalhou durante 15 anos em uma concessionária importante da nossa região. Mecânico muito competente, começou a atrasar no serviço e em pouco tempo teve uma sucessão de faltas e punições. Ele disse que alguns “amigos” começaram a colocar “coisas erradas” em sua cabeça, e que em pouco tempo estava roubando peças dentro da concessionária para manter o vício em cocaína, algo que fazia com muita ousadia para driblar o serviço de monitoramento da empresa, conta que após várias ações equivocadas, foi surpreendido pelo seu gerente, preso em flagrante, foi demitido por justa causa. Ficou preso em torno de cinco anos. Ao sair da prisão, agora desempregado, não conseguia trabalhar, e não conseguindo manter seu vício, chegou a praticar diversos delitos.

Foi quando conheceu o pastor evangélico Djalma, que ajudou no seu ingresso na CT Ave Cristo. Muito preocupado com seus filhos, tratou de aproveitar ao máximo a oportunidade de se livrar das drogas, dedicou-se integralmente ao programa terapêutico e todas as oportunidades que lhe foram ofertadas. Após um programa terapêutico de nove meses, ele retorna a sociedade. Ainda não conseguiu recolocação no mercado de trabalho, Simas relata: “Eu até fiz várias entrevistas, faço testes, cheguei a ser aprovado em vários lugares, porém quando o RH solicita os meus documentos, eles retornam dizendo que a vaga foi preenchida”. Questionei Simas, o porquê não conseguia ser admitido, e ele de forma direta respondeu: “É por causa da minha “capivara” eles consultam na delegacia e descobrem que eu puxei cadeia”. É muito provável que Simas não esteja enganado em suas observações, fato é que o departamento de recursos humanos de diversas empresas de nossa região realizam consultas diretamente através de amigos, funcionários públicos dos diversos distritos policiais, sendo que a prática deveria ser proibida, porém não há uma fiscalização desses funcionários, que com simples acesso ao sistema, consegue identificar os antecedentes criminais de qualquer pessoa. Como pesquisador, não posso afirmar que tal prática é comum na maioria das delegacias e que todos os departamentos de recursos humanos realizam referida pesquisa, a hipótese de haver essa consulta é compatível com minha experiência em departamentos de recursos humanos. Já participei de muitos processos de recrutamento e seleção, e possa afirmar que uma das principais ferramentas de seleção é a busca de informações sobre a vida social do candidato, através de amigos que trabalham nas delegacias.

Cristiano, nosso primeiro entrevistado, também nos informou de sua dificuldade para conseguir retornar ao mercado de trabalho, embora não registrasse nenhum antecedente criminal, também não conseguia passar pelos processos de recrutamento e seleção, ao questionarmos a que atribuía sua dificuldade em ser aprovado nas etapas do recrutamento, Cristiano nos trouxe uma questão interessante, disse que logo que saiu da comunidade, participou de uma entrevista para uma vaga de desenhista industrial, competência que nosso entrevistado possuía, foi muito bem na entrevista e também nos testes práticos para a função, ocorre que após ser aprovado em todo processo, recebeu uma ligação do responsável pelo RH, dizendo que a vaga não seria mais preenchida e que a empresa resolveu não mais contratar. Cristiano, não conseguia entender o porque daquela negação, e sua decepção aumentou, quando ficou sabendo que outro candidato, que também participará do processo de recrutamento e seleção, havia sido contratado. Nosso entrevistado, buscou um amigo que trabalhava na empresa e depois de alguns contatos, teve ciência que fizeram uma consulta

informal junto ao INSS, e que lá constava o registro de várias internações pelo CID f.10, sendo que seu histórico havia sido um grande impeditivo no processo de contratação.

5.2.2. Idade dos entrevistados

Do total dos entrevistados, a imensa maioria (90%) tinha menos de 40 anos, sendo que mais da metade (65%) tinha até 29 anos. A menor idade era 19 anos e a maior idade, 47 anos.

5.2.3. Onde residem

Ao perguntar sobre as condições de moradia e as realidades socioeconômicas dos entrevistados, constatamos que (55%) dos entrevistados residem em bairros periféricos, sendo identificados como bairros com grande número de pontos de tráficos e com estatísticas alarmantes de crimes e violência.

Assim como o relato de Lucas, 19 anos, solteiro, pai de um menino de dois anos, o jovem deixou a instituição há mais de cinco meses e nos contou a sua dificuldade em retornar para a casa de seus pais: “Minha mãe mora na Vila Bandeirantes, na esquina de casa tem uma boca de fumo, logo na outra esquina também é um ponto de tráfico”. O caso de Lucas é comum, muitos jovens ao retornarem para suas casas, terão que enfrentar tristes realidades sociais, muitos aprenderam de forma cultural conviver com o crime. O jovem nos contou que desde criança convive com uma realidade bem difícil, seu pai foi preso por tráfico de drogas e sua mãe foi a responsável pela família: Ele desabafa: “Desde pivete eu já via muitos amigos e parentes presos por conta das drogas, eu nasci e cresci vendo meus primos e irmãos usando drogas, quando tinha 11 anos ganhei meu primeiro cigarro de maconha”. Perguntei o que era mais difícil para Lucas, após seis meses na comunidade terapêutica, sua resposta nos remete novamente aos círculos sociais de Simmel, “Quando eu estava na Ave Cristo, tinha vários amigos, mesmo quando me sentia triste ou com vontade de usar, eu conversava com um, ria com outro e ia levando a vida convivendo com pessoas que entendiam os meus problemas”... “Hoje, infelizmente não pertenço mais a esse grupo, ou fico sozinho, trancado no meu quarto ou participo de uma galera problemática, uns vizinhos problema que mora aqui, às vezes é muito difícil ficar sozinho”.

5.2.4. Situação conjugal

A situação conjugal do entrevistado pode evidenciar a dificuldade que a drogadição causa nas relações amorosas e familiares. É predominante a condição de solteiro, sendo 70% do total entrevistado e 10% divorciados, perfazendo um total de 80% sem nenhum vínculo conjugal, paralelamente ao fato da grande maioria (75%) ter filhos, parece corroborar com as interpretações teóricas de que a drogadição leva ao esgarçamento das relações sociais e afetivas e muitas vezes à ausência de responsabilidades civil.

Como o caso de Ricardo, que iniciou o uso das drogas com 12 anos, sendo a maconha sua droga inicial e depois rapidamente partindo para o *crack*, aos 16 anos engravidou sua primeira namorada, quando completou 19 anos, foi pai pela segunda vez de outra companheira, sendo que hoje aos 25 anos, tem dois filhos e sua namorada atual está no terceiro mês de gestação. Ricardo tem poucas lembranças do pai, lembra apenas que o pai havia sido casado, pois já tinha uma filha desse casamento e que quando ele tinha apenas seis anos o pai deixou a mãe para viver com outra mulher. Perguntei para Ricardo, quais eram os seus planos para o futuro, sendo que atualmente, Ricardo mora com a mãe, está desempregado e também nos disse da dificuldade de sustentar os filhos: “Meus planos é ser feliz longe das drogas, quero tomar juízo também com esse lance de mulher, vou sossegar agora com a minha namorada e quem sabe arrumar um emprego bacana”.

Também evidenciamos que 70% dos entrevistados relataram ser filhos de pais separados ou divorciados, fato que acreditamos fazer parte de um processo de repetição, sendo que muitos apresentam como referência a ausência dos pais na formação psicológica do seu caráter pessoal. É o que é o que mostra o Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (Lenad Família), feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Segundo o estudo, o dependente químico afeta as atividades diárias e o psicológico dos familiares: 58% das famílias com algum usuário de drogas têm afetada a habilidade de trabalhar ou estudar, 29% das pessoas estão pessimistas quanto ao seu futuro imediato e 33% têm medo que seu parente beba ou se drogue até morrer, ou alegam já ter sofrido ameaças do familiar viciado. A pesquisa apontou ainda que ao menos 28 milhões de pessoas no Brasil têm algum familiar dependente químico. Os dados foram levantados entre junho de 2012 e julho de 2013. Um questionário com 115 perguntas foi respondido por 3.142 famílias de 23 capitais brasileiras. Foi à primeira avaliação em âmbito nacional focada nas famílias de dependentes.

5.2.5. Escolaridade e vida profissional

O nível de escolaridade é um importante indicador na tentativa de traçar um perfil dos usuários de drogas, podemos observar que 70% dos entrevistados não tinham instruções ou não haviam concluído o ensino fundamental, e referente ao ensino superior, apenas um jovem dos 20 entrevistados havia terminando a faculdade de arquitetura. Segundo o médico psiquiatra Içami Tiba, a maconha tira a motivação do jovem em estudar, deixando o raciocínio lento, redução da concentração e dificuldade de relacionamento entre os amigos de classe.

Como o tetrahidrocanabinol (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).

Exatamente o que foi relatado por João Aurélio, iniciou o uso da maconha com 11 anos e não conseguiu dar continuidade aos estudos, abandonando a quarta série primária. Segundo João, ele não conseguia acompanhar o ritmo da classe e tinha grande dificuldade de copiar as lições escritas pela sua professora na lousa: “Eu não conseguia copiar, quando estava quase terminando a professora apagava e começava a escrever outra coisa, quando eu ia terminar, novamente apagava, eu nunca terminava”. Atualmente João Aurélio, tem 23 anos, está trabalhando informalmente como pedreiro, vive com a mãe, e ao ser questionado o que está sendo difícil agora? O que está sendo bom e quais são suas metas para o futuro, João responde: “Um dia de cada vez, difícil é olhar pra trás e ver as besteiras que a gente fez por causa das drogas. Bom é poder andar na rua de cabeça erguida, sem ficar com medo de polícia ou dos bandidos, não devo nada a ninguém. Agora quanto às metas a única que eu tenho é ficar limpo só por hoje!”.

Marcelo parece ser uma exceção, hoje com 39 anos, trabalha como design numa agência de publicidade, ele conseguiu terminar a faculdade de arquitetura, mesmo reconhecendo que as drogas atrapalharam em sua formação, relatando grande dificuldade em cumprir prazos e também manter a frequência em sala de aula. Marcelo acredita que se na época da faculdade estivesse “limpo” teria aproveitado muito melhor o seu curso e hoje talvez ele estivesse trabalhando na sua área. Perguntei quais eram os seus planos para o futuro. Marcelo respondeu de forma objetivo: “Planos são muitos, por agora apenas ficar longe das drogas e conseguir um emprego na minha área”.

A baixa escolaridade e o passado marcado por algum episódio fora da lei parecem ser determinantes para atual condição profissional de nossos entrevistados, 70% encontram-se trabalhando na informalidade, a maioria fazendo bicos na construção civil, como os quatro entrevistados, Cleber com 24 anos, João com 26 anos, Fabiano 32 anos e Nelson com 43 anos, todos com ensino fundamental incompleto e trabalhando informalmente na construção civil. Durante as entrevistas perguntamos se tinham objetivos ou metas para o futuro. Todos responderam de forma objetiva. “Trabalhar numa empresa com carteira assinada e longe da poeira da construção”.

5.2.6. O começo da dor

Para criarmos políticas sociais de prevenção ao uso indevido das drogas, são fundamentais as informações sobre a idade da primeira experiência com drogas (lícitas e ilícitas) e ainda quais foram portas de entrada do vício.

A pouca idade de início do uso das drogas é alarmante – 60% (12 pessoas) iniciaram entre os 10 e 19 anos, sendo que 50% (06 pessoas) iniciaram o uso antes mesmo de completar 15 anos.

A partir dos 20 anos de idade, o número cai para 30% (06 pessoas) até os 29 anos e em apenas 02 casos o início foi após os 30 anos, ambos os usuários de crack.

Muitos estudiosos afirmam que a maconha é porta de entrada para outras drogas. Não há evidência científica que prove tal afirmação, podemos avaliar que muitos jovens que faziam uso de drogas como crack e cocaína, iniciaram o uso através da maconha, porém precisamos considerar que muitos fatores externos podem contribuir para que isso aconteça, como o ambiente social que estão inseridos, condições financeiras e influências dos amigos que utilizam drogas mais fortes e passam a oferecer para aqueles que apenas utilizavam a maconha e o álcool consideradas drogas leves.

Considerando apenas as drogas lícitas (álcool e tabaco) são mais de 50% dos entrevistados, sendo 11 pessoas, que totalizam 55% dos que participaram da pesquisa.

É o caso dos jovens, Victor com 19 anos e Miguel com 20 anos, ambos começaram a usar maconha com apenas 12 anos. Victor conta que no seu aniversário de 15 anos ganhou de presente de um “amigo” uma grande quantidade de cocaína, fato que iria determinar o seu consumo durante muito tempo. Já Miguel, era usuário apenas de maconha, nos contou que quando completou 16 anos começou a namorar uma jovem mais velha e que ela era usuária de

crack, em menos de dois meses ele havia se viciado no crack e juntos buscaram tratamento para se livrarem do vício.

Conversamos também com outros dois egressos que haviam deixado à comunidade terapêutica Ave Cristo, há 05 meses, Cláudio com 33 anos e José com 38 anos, os dois iniciaram com menos de 18 anos o uso descontrolado do álcool. Cláudio conta que começou a beber socialmente em festas apenas aos finais de semana, após um tempo sentia que precisava beber com mais frequência e quando percebeu já estava diariamente usando o álcool, segundo relato de Cláudio o uso diário da bebida trouxe uma severa depressão o que motivou o interesse em usar cocaína, todas as vezes que consumia o álcool.

Com José não foi diferente, com menos de 15 anos passou a ingerir o álcool todos os dias, após várias internações em hospitais psiquiátricos, conheceu a cocaína, que segundo descreve foi motivado pelo uso do álcool. “Eu bebia todos os dias, sentia um vazio enorme quando o álcool ia esfriando em meu corpo, aquilo era terrível ou eu bebia mais, ou eu sentia aquele buraco enorme no meu peito. Foi quando comecei a usar o pó todas as vezes que sentia o tal vazio, a cocaína era muito forte e me deixava ligado em tudo, não tinha mais tristeza, não tinha mais vazio... da primeira dose até eu entrar na CT Ave Cristo foram mais de vinte anos e se pudesse voltar no tempo, jamais teria bebido a primeira dose.” Perguntamos para José, o que teria sido mais difícil em sua estada na comunidade, ele respondeu sem pensar muito: “O mais difícil era lidar com os meus fantasmas internos, com minha raiva e com o ódio dentro do peito, aos poucos descobri que o vazio no peito que me levava à cocaína, nada mais era do que uma angústia de ter que olhar para os meus monstros e ter que conviver com eles”. Hoje, José faz acompanhamento psicológico e também terapia em grupo. Ao questionarmos quais seriam os seus planos para o futuro? Presenciei um momento delicado e de muita emoção na entrevista. José respira fundo, passou a mão na barba, olhou fixamente para um ponto da sala e deixou que seus olhos cheios de lágrimas denunciassem a dor que invadia o seu peito. Após um tempo tentando sufocar sua dor ele respondeu: “Meus planos para o futuro é terminar a vida fazendo as pazes com o maldito dragão aqui dentro do meu peito, sem precisar beber ou cheirar nada”. Após sua resposta, abreviamos a entrevista, com apenas uma certeza, José ainda estava distante de uma suposta cura, porém hoje havia encontrado uma saída, ou melhor, uma entrada para a viagem dentro de si.

5.3 Dados da pesquisa quantitativa

Conforme já anunciamos, realizamos uma análise dos aspectos demográficos e sociais por meio das fichas de acolhimento dos assistidos no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 (período de 01 ano e 06 meses), totalizando aproximadamente 200 prontuários.

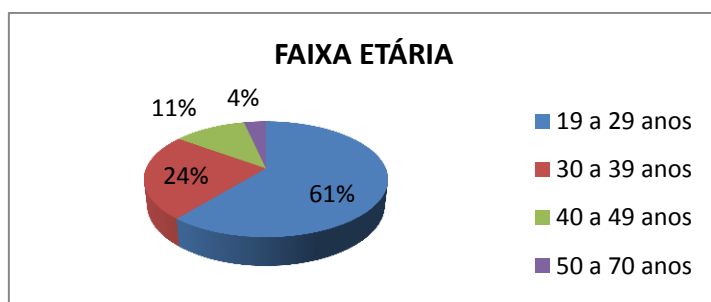
A análise dos resultados apresenta além de informações objetivas (idade, escolaridade, nº de filhos etc.), as subjetivas e a associação entre elas. Essa metodologia tem como objetivo principal fazer um apanhado geral da dinâmica de vida do grupo e servir como um referencial inicial para outros estudos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

Tabela 03 - Faixa etária dos entrevistados:

Faixa etária	Número	%
19 – 29	122	61
30 – 39	48	24
40 – 49	23	11,5
50 – 70	07	3,5
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 01 - Faixa etária dos entrevistados:



Fonte: elaborada pelo autor.

Do total das fichas de acolhimento, a imensa maioria (85%) tinha menos de 40 anos, sendo que mais da metade (61%) tinha até 29 anos. A menor idade era 18 anos e a maior idade, 68 anos.

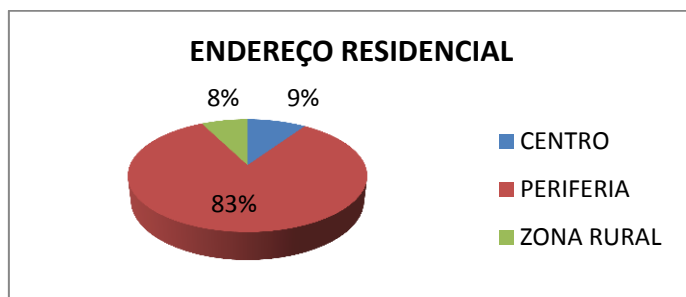
Tabela 04 - Endereço residencial:

Localização	Número	%
Centro da cidade	19	9,5
Bairro periferia	166	83

Zona rural	15	7,5
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 02 - Endereço residencial:



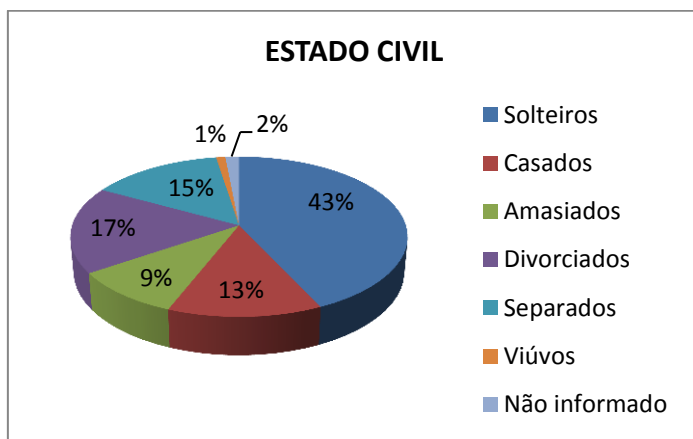
Fonte: elaborada pelo autor.

Do total das fichas de acolhimento, podemos observar que (83%) residem em bairros afastados, considerado periferia. Observamos uma crescente no número de acolhidos que residem em zona rural, principalmente os que chegam a CT comprometidos com o álcool.

Tabela 05 - Situação Conjugal

Estado Civil	Número	%
Solteiros	86	43
Casados	26	13
Amasiados	19	9,5
Divorciados	35	17,5
Separados	29	14,5
Viúvos	02	01
Não informado	03	1,5
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

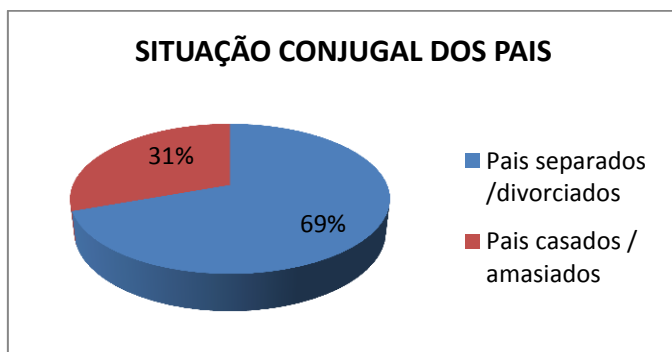
Gráfico 03 - Situação Conjugal

Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 06 - Situação conjugal dos pais

	Número	%
Pais separados /divorciados	139	69,5
Pais casados / amasiados	61	30,5
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 04 - Situação conjugal dos pais

Fonte: elaborada pelo autor.

A situação conjugal dos acolhidos e ainda de seus genitores, confirma a dificuldade que a drogadição promove nas relações amorosas e familiares, comprovando uma

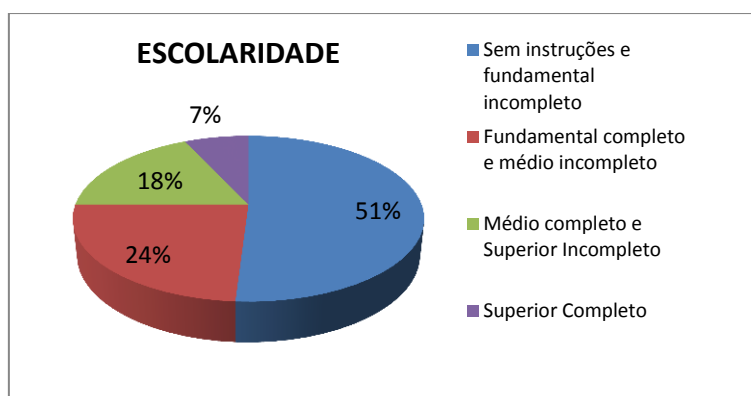
esgarçamento das relações sociais e afetivas e muitas vezes à ausência de responsabilidade civil.

Tabela 07 - Escolaridade

	Número	%
Sem instruções e fundamental incompleto	102	51
Fundamental completo e médio incompleto	48	24
Médio completo e Superior Incompleto	36	18
Superior Completo	14	07
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 05 - Escolaridade



Fonte: elaborada pelo autor.

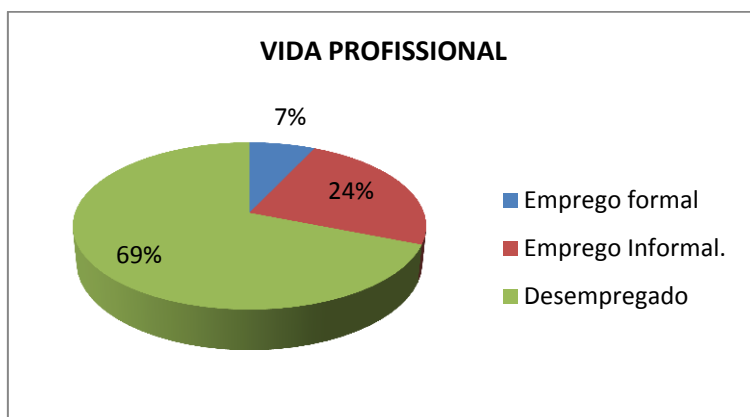
Mais do que a metade das fichas de acolhimento pesquisadas (51%), apresentam um baixo índice de escolaridade, e que irá refletir diretamente na busca de um enquadramento profissional, ocasionando um maior número de empregos informal.

Tabela 08 – Vida Profissional

	Número	%
Emprego formal	14	07
Emprego Informal.	48	24
Desempregado	138	69
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 06 – Vida Profissional



Fonte: elaborada pelo autor.

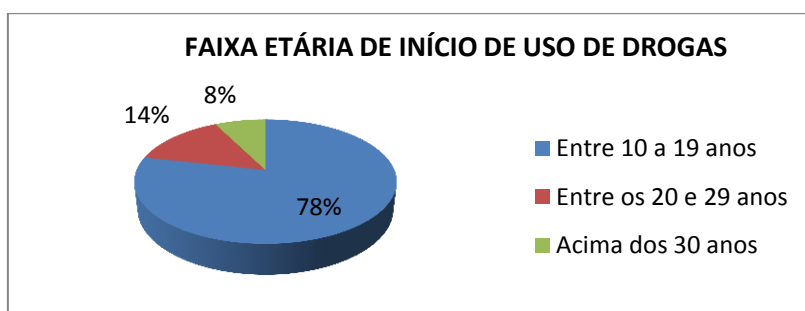
Tabela 09 - Faixa etária de início de uso de drogas

	Número	%
Entre 10 a 19 anos	157	78,5
Entre os 20 e 29 anos	28	14
Acima dos 30 anos	15	7,5
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

A maioria das fichas pesquisadas apresenta um grande percentual (78,5%) de jovens que iniciaram o uso das drogas ainda na adolescência, o que comprova a necessidade de ações de prevenção e políticas públicas educacionais.

Gráfico 07 - Faixa etária de início de uso de drogas



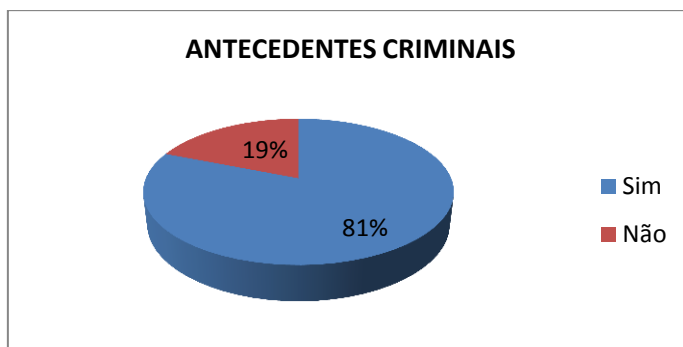
Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 10 - Antecedentes criminais

	Número	%
Sim	162	81
Não	38	19
TOTAL	200	100%

Fonte: elaborada pelo autor.

Gráfico 08 - Antecedentes criminais



Fonte: elaborada pelo autor.

Também constatamos o alto índice de acolhidos com antecedentes criminais, o que irá demonstrar a dificuldade de inserir o egresso no mercado de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando atender aos objetivos dessa pesquisa, buscamos identificar as características dos grupos sociais de três grupos distintos, sendo: O grupo de usuários de drogas, o grupo de acolhidos na comunidade terapêutica, considerando principalmente os dados apresentados na pesquisa das fichas de acolhimento e os egressos do programa terapêutico da Ave Cristo, observando os resultados das entrevistas dos 20 selecionados. Buscamos complementar esse estudo, analisando as principais características que envolvem a Comunidade Terapêutica Ave Cristo, enquanto proposta de tratamento e reinserção social para jovens e adultos que se submeteram de forma voluntária ao Programa Terapêutico, bem como a relação entre os referenciais teóricos e as análises por meio do levantamento de dados das fichas de acolhimento e entrevistas com os egressos da Comunidade Terapêutica.

O conteúdo e referencial bibliográfico nortearam as principais reflexões teórico-metodológicas dos mais relevantes temas, tais como: Políticas públicas, culturas tóxicas, influências socioculturais da drogadição e ainda o referencial empírico, mais objetivamente das fichas e prontuários de acolhimentos, que permitiu considerar a eficácia do programa terapêutico.

Entretanto, é importante considerar que nossa pesquisa utilizou uma pequena amostra, principalmente nas entrevistas com egressos, o que poderá ocasionar conclusões de insucesso. Sendo que ao analisar os temas propostos, a amostra de 20 egressos é pequena diante da complexidade do que se estuda.

É importante considerar também que a falta de informações e a dificuldade de comunicação com os egressos que deixaram a comunidade terapêutica, pode ter sido um dificultador para a análise mais próxima da situação real, o que pode gerar distorções nos resultados, sendo um impeditivo para uma visão mais sistêmica do problema drogadição.

Inicialmente buscamos identificar as principais características dos grupos sociais, observamos primeiro, comportamentos emocionais que envolviam os usuários no período mais forte da drogadição, comprovamos que durante o consumo das drogas, os usuários se sentem envolvidos em um único desejo, que é encontrar maneiras e meios de atender desesperadamente o seu desejo de usar. Nesse instante pouco importa a família, os filhos, o

trabalho e qualquer situação que impeça de atender aos seus desejos. A relação que se estabelece entre os usuários e de forte cumplicidade, ao ponto de mentirem e manipularem situações para conseguirem atender suas necessidades. A relação de amizade que envolve o grupo de usuários é tão forte que muitos jovens não conseguem iniciar no programa terapêutico, por não conseguirem deixar os amigos, foi o que relatou um entrevistado que afirmou: “Eu só vou para essa fazenda, se o Nando (amigo de vício) for comigo, como vou ficar lá sem trocar ideias com ninguém e quando as coisas apertarem, quem vai me garantir?”.

Observamos também o grupo de acolhidos na comunidade terapêutica, esse em especial demonstrou fortes características de cumplicidade e de um envolvimento emocional, é visível o grau de pertencimento que os acolhidos passam a manter e valorizar em seus relacionamentos, a ideia de uma força coletiva fica evidente quando se observa comportamentos entre os diversos relacionamentos na comunidade terapêutica. Foi o que evidenciamos nas declarações de muitos entrevistados, que afirmaram sentir profunda tristeza ao perceberem não pertencerem mais ao grupo de acolhidos da comunidade, deixando transparecer um profundo vazio existencial, como uma profunda solidão de ideais: “Ficava muito triste quando chegava o final da tarde e não tinha meus companheiros para trocar ideias, lá na comunidade terapêutica, todos os dias no cair do sol, ficávamos conversando e dando risada”.

O terceiro grupo observado foi o grupo de egressos do programa terapêutico, esse grupo em especial apresentou menor identificação coletiva, muitos conseguiram se associar a outros grupos como de religiosos ou de autoajuda como Narcóticos Anônimos. Porém percebemos que a razão direta em que o jovem não conseguia adentrar aos novos grupos, ficava mais vulnerável para a recaída, demonstrando a importância das relações emocionais e de pertencimento de afins.

Em nossa pesquisa, a maioria dos entrevistados iniciou o consumo de drogas antes dos 18 anos de idade, o que nos leva a compreender a urgente necessidade de políticas públicas voltadas para a prevenção das drogas, como programas específicos de orientação educacional para crianças e adolescentes. Foi observado também um maior número de usuários que iniciaram o consumo através das drogas lícitas, como álcool e o tabaco, o que confirma a necessidade também de políticas de prevenção nas escolas, porém é notório que grande parte dos entrevistados tenha iniciado sua trajetória no mundo das drogas através da maconha, o que nos leva a considerar a necessidade de adotar ações preventivas buscando uma maior compreensão sobre o tema liberação e legalização da maconha, considerada por muitos, como uma droga inofensiva ou mesmo comum entre os adolescentes.

O tipo de droga inicial é um forte indicativo para evidenciar a necessidade de políticas públicas de prevenção, principalmente se levarmos em consideração o grande apelo emocional de parte da população e parte da comunidade científica que lutam pela legalização e descriminalização da maconha. De acordo com a análise feita nas entrevistas, muitos usuários tiveram a primeira experiência com essa droga, embora a maioria tenha sido internada, em razão do uso de crack.

Ainda que a descriminalização ou mesmo a legalização da maconha, não seja tema central de nossa pesquisa científica, entendemos que esse assunto mereça certas reflexões: a) a legalização não é uma unanimidade, dividindo opiniões, até entre os membros da comunidade científica, o que demonstra que não há maturidade ou coesão sobre o assunto; b) jovens que não fariam uso da maconha em razão de sua ilegalidade passariam a consumir, ficando vulneráveis para o consumo de outras drogas, principalmente o crack, como ficou evidenciado em nossa pesquisa; c) quais seriam as propostas de proteção da criança e do adolescente em relação a uma droga indicada para pessoas maiores de 18 anos? São perguntas fundamentais e que precisam ser respondidas, de tal maneira que as respostas sejam contrastadas com argumentos, muitos dos quais são meramente ideológicos e em alguns casos apresentam forte apelo religioso e com discurso moralista.

A pesquisa demonstrou também que mais da metade dos entrevistados possui antecedentes criminais, o que leva a uma dificuldade maior de reinserção social no mercado de trabalho, sendo que como podemos constatar, a maioria das empresas utiliza de diversas formas para investigar a vida social do candidato, através de pesquisas informais realizadas nos distritos policiais, buscando um histórico de contravenções ou mesmo através de consultas também informais nas agências do INSS, levantando um histórico de afastamentos médicos ou identificações do CID (Código internacional de doenças) práticas informais que geram dificuldades principalmente do processo de recrutamento e seleção e nas chances de ascensão do candidato que busca por uma vaga no tão sonhado mercado de trabalho.

Quanto aos relacionamentos afetivos, à pesquisa demonstrou fragilidade e uma forte ausência de responsabilidade civil por parte da maioria dos entrevistados, considerando que mais de 70% eram solteiros, porém possuíam um ou mais filhos, ficando evidente a falta de compromisso conjugal. Característica que percebemos fazer parte de uma cultura familiar, sendo que o mesmo índice foi confirmado com a situação conjugal dos pais, obviamente que referida situação não é determinante e que muitos filhos adotam uma postura de preocupação em não editar os mesmos comportamentos afetivos que os pais adotavam, porém chama a nossa atenção a ideia de repetição dos referidos dados.

A baixa escolaridade também foi um fator importante para evidenciarmos as barreiras encontradas para a reinserção social no mercado de trabalho, a maioria dos entrevistados, sendo mais de 72% não conseguiram concluir o ensino fundamental, sendo um grande impeditivo para um enquadramento profissional, o que ficou notório ao questionarmos a situação trabalhista dos entrevistados, sendo que em sua esmagadora maioria 90% permaneciam desempregados ou trabalhando de forma informal.

Concluimos que encontrar as respostas sobre a efetividade do programa terapêutico, não é uma tarefa fácil e que demanda outros olhares. Em nossa pesquisa, avaliamos os resultados a partir dos acolhidos, investigando informações através das declarações e respostas das fichas no momento do acolhimento e também ao entrevistarmos os egressos, restando dessa maneira lacunas abertas para outras pesquisas no campo das Ciências Sociais. Buscando uma maior compreensão e uma avaliação mais sistêmica, necessitaríamos verificar a percepção de outras variáveis sobre o atendimento da comunidade terapêutica: percepção da equipe de trabalho, desde funcionários auxiliares, bem como os monitores, os quais, muitos foram acolhidos na própria comunidade terapêutica e continuaram no programa assumindo responsabilidades no tratar e direcionar novos acolhidos, até da equipe técnica composta por médicos, psicólogos agentes e assistentes sociais; a percepção dos familiares dos acolhidos em relação à comunidade terapêutica, assim como o envolvimento dela no programa terapêutico, uma vez que ela também recebe o benefícios dos serviços prestados 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 pesquisa, acreditamos ter finalizado essa dissertação com respostas importantes e diversas inquietações que poderão gerar outras investigações e resultados relevantes para a compreensão de um problema muito maior que as políticas públicas e/ou privadas podem alcançar até o momento.

Acreditamos que o assunto Drogadição não se esgota com a proposta aqui apresentada, mas abre novos campos de observação e confirma a declaração da ONU (organização das Nações Unidas) em que avalia a drogadição como a maior e mais grave pandemia de ordem mundial.

Referências:

BADARACCO JEG. **Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. 448 p.

BECKER, Howard Saul. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. 1º ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BION, Wilfred Ruprecht. **Experiências com grupos: Os fundamentos da psicoterapia de grupo**. 2º ed. – Rio de Janeiro: Imago; São Paulo, Ed da Universidade de São Paulo, 1975.

BOYATZIS, Richard. **Competent manager: a model for effective performance**. New York, John Wiley & Sons. 1982.

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 Lato Sensu em Serviço Social) – Instituição Toledo de Ensino de Bauru, Bauru, 2007.

DE LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

Deputada quer reserva de vagas em empresas públicas para ex-dependentes químicos. **Rota Jurídica**, Brasília, 11 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.rotajuridica.com.br/deputada-quer-reserva-de-vagas-em-empresas-publicas-para-ex-dependentes-quimicos>>. Acesso em: 23 set. 2015.

DESENVOLVIMENTO SOCIAL – Resolução SEDS – 8, de 4-5-2017 – disponível em: https://www.imprensaoficial.com.br/DO/GatewayPDF.aspx?link=/2017/executivo%20secao%20i/maio/05/pag_0011_04US2QLEPC3P3e1OA2DJ8TL11S6.pdf. Acesso em 05/07/2017.

DISPOSTI, Vilson. **Filhos da dor: prevenção e tratamento da dependência de droga: relatos e casos reais**. São Paulo: Intelítera, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5º ed. - São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4º ed. - Rio de Janeiro: LTC, 2012.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GOTI, M.E. **La comunidad terapéutica: un desafío a la droga**. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión; 1990.

KALINA, Eduardo. **Viver sem drogas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

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.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais de saúde**. São Paulo:

COMUDA (Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas e Álcool), 2006.

MARTINS, José. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo, Paulus, 1997.

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: 30 out. 2017.

ROESCH, S. M. Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalho de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSSI, C.; JESUS, S. F. de. **Políticas sociais I: serviço social**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

SANCHES, Amauri M. Tonulo. **Drogas e drogados: o indivíduo, a família, a sociedade**. São Paulo: EPU, 1982.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SIMMEL, G. **Sociabilidade: um exemplo de sociologia pura ou formal**. In: MORAES

FILHO, E. (Org.). Georg Simmel: sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p.165-181

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

TOMAEEL, Maria Inês; MARTELETO, Regina Maria. **Redes sociais de dois modos: aspectos conceituais**. Transinformação, Campinas, v. 25, n. 3, p. 245-253, Dec. 2013.

Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010337862013000300007&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 04 Jan. 2018.

UNIAD. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. **Epidemia de crack atinge dois milhões e coloca Brasil no topo do ranking de consumo da droga**. São Paulo, 22 set. 2015.

Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/interatividade/noticias/item/23592-epidemia-de-crack-atinge-dois-milh%C3%B5es-e-coloca-brasil-no-topo-do-ranking-de-consumo-da-droga>>. Acesso em: 23 set. 2015.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Tipos de intervenção preventiva**. São Paulo: Moderna, 2003.