

**UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA**

**UMA ANÁLISE DA TERAPÊUTICA SOBRE DROGAS NO PROVIV**

**ANDRÉ ROEPKE**

**VILA VELHA**  
**MAIO/2019**

**UNIVERSIDADE VILA VELHA - ES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA**

**UMA ANÁLISE DA TERAPÊUTICA SOBRE DROGAS NO PROVIV**

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha, como pré-requisito do Programa de Pós-graduação em Segurança Pública, para a obtenção do grau de Mestre em Segurança Pública

**ANDRÉ ROEPKE**

**VILA VELHA**  
**MAIO/2019**

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UUV-ES

R716u Roepke, André.  
Uma análise da terapêutica sobre drogas no PROVIV /  
André Roepke. – 2019.  
104 f. : il.

Orientadora: Simone Chabudee Pylro.  
Coorientador: Pablo Ornelas Rosa.

Dissertação (mestrado em Segurança Pública) -  
Universidade Vila Velha, 2019.  
Inclui bibliografias.

1. Segurança pública. 2. Drogas. 3. Crime. I. Pylro,  
Simone Chabudee. III. Pablo Ornelas Rosa. IV. Universidade  
Vila Velha. V. Título.

CDD 363.3

**ANDRÉ ROEPKE**

**UMA ANÁLISE DA TERAPÊUTICA SOBRE DROGAS NO PROVIV**

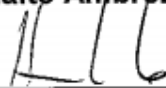
Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha, como pré-requisito do Programa de Pós-graduação Segurança Pública, para obtenção do grau de Mestre em Segurança Pública.

Aprovada em 31 de maio de 2019.

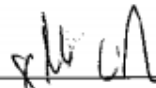
Banca Examinadora:



**Profa. Dra. Daniela Dadalto Ambrozine Missawa (UFES)**



**Prof. Dr. Humberto Ribeiro Júnior (UVV)**



**Prof. Dr. Pablo Ornelas Rosa (UVV)**

**Coorientador**



**Profa. Dra. Simone Chabudee Pylro (UVV)**

**Orientadora**

À minha namorada e em breve esposa, por entender e respeitar a necessidade do sacrifício e dedicação do meu tempo para a conclusão de uma importante etapa acadêmica na minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha namorada, Livia, por me acompanhar durante todo o percurso e me providenciar o descanso e o incentivo necessário.

Dedico este trabalho à minha mãe, Selma, uma mulher forte e dedicada que me mostrou o valor dos estudos.

À minha orientadora, professora Dra. Simone Chabudee Pylro, por todos os ensinamentos, pelo tato, paciência e por não poupar esforços em me resgatar nos momentos difíceis.

Agradeço aos componentes da minha banca, professores Drs. Humberto Ribeiro Júnior e Pablo Ornelas Rosa, pelos valiosos ensinamentos ministrados em diversas oportunidades durante o Mestrado.

Meus sinceros agradecimentos aos demais professores do Mestrado Profissional em Segurança Pública da Universidade Vila Velha, por contribuírem na formação de uma nova forma de pensar.

Agradeço ainda à MM.<sup>a</sup> Juíza, Dra. Carmen Lúcia Corrêa e aos demais servidores atuantes no 2º Juizado Especial Cível de Cariacica/ES, por me ajudarem a construir uma visão de justiça restaurativa, pacificadora e humana, durante todos esses anos em que trabalhamos juntos.

Ainda, meus agradecimentos especiais ao Dr. Gilson Gilberti Filho, psiquiatra que atuou como Coordenador Estadual Sobre Drogas e me abriu as portas do programa de governo analisado neste estudo.

Obrigado, de coração, a todos vocês!

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS.....	IX
RESUMO.....	X
ABSTRACT.....	XII
APRESENTAÇÃO.....	XIII
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>18</b>
2.1 UM OLHAR SOBRE O USO DE DROGAS.....	18
2.2 A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	23
2.3 A ABSTINÊNCIA E A REDUÇÃO DE DANOS.....	27
2.4 A JUDICIALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOBRE DROGAS E A DIGNIDADE HUMANA.....	32
2.5 DROGAS E A SITUAÇÃO CARCERÁRIA DO ESPÍRITO SANTO.....	36
2.6 O PROGRAMA INTEGRADO DE VALORIZAÇÃO À VIDA E O NÚCLEO INTEGRADOR DA REDE .....	39
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>43</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>45</b>
4.1 PARTICIPANTES.....	45
4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS.....	46
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS E DA COLETA DOCUMENTAL.....</b>	<b>54</b>
5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	54
<b>5.1.1 Noções dos profissionais sobre a política de redução de danos.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1.2 A redução de danos e a abstinência no PROVIV.....</b>	<b>63</b>
<b>5.1.3 As impressões e necessidades do PROVIV.....</b>	<b>67</b>
<b>5.1.4 A relação dos pacientes do PROVIV com o crime e as drogas.....</b>	<b>74</b>
<b>5.1.5 As experiências dos pacientes com o PROVIV.....</b>	<b>76</b>
5.2 RESULTADOS DAS COLETAS DOCUMENTAIS.....	81
<b>5.2.1 Análise da reincidência criminal.....</b>	<b>84</b>

<b>5.2.2 Análise do protocolo de registro</b> .....	85
<b>5.2.3 Um novo banco de dados</b> .....	87
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXOS.....	99
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	99
ANEXO 2 – PROTOCOLO DE REGISTRO.....	102



## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

AA – Alcoólicos Anônimos

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ART – Artigo

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

CESD – Coordenação Estadual Sobre Drogas

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ES – Espírito Santo

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

HPM – Hospital da Polícia Militar

IASES – Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NIR – Núcleo Integrado de Rede

OGs – Organizações Governamentais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

PROVIV – Programa Integrado de Valorização à Vida

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SISCRIM – Sistema de Consulta em Bases Criminais

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

ROEPKE, ANDRÉ, M.Sc, Universidade Vila Velha – ES, maio de 2019. **Uma análise da terapêutica sobre drogas no PROVIV**. Orientadora: Dra. Simone Chabudee Pylro. Coorientador: Dr. Pablo Ornelas Rosa.

A estratégia de redução de danos tem se tornado uma eficiente aliada das políticas sobre drogas, apresentando-se como uma alternativa democrática na interminável “guerra às drogas”. No Estado do Espírito Santo, sob a tutela da Coordenação Estadual Sobre Drogas, foi criado o Programa Integrado de Valorização à Vida (PROVIV), em 2011, objetivando a assistência recuperação de pacientes em um trabalho multifacetado envolvendo profissionais de diversas áreas. O presente estudo teve por objetivo verificar a eficácia do PROVIV na redução de reincidência criminal de pacientes de drogas ilícitas que participam ou participaram do programa. Para isso, foram analisados os documentos fornecidos pelo PROVIV no fito de se verificar sua estrutura e forma de atuação. Participaram do estudo 10 profissionais e 3 pacientes que praticaram crimes e estão ou foram atuantes no programa. Esses participantes foram submetidos a uma entrevista semiestruturada que avaliou a eficácia do serviço prestado. Os depoimentos coletados apontaram uma discrepância na compreensão da política de Redução de Danos. Com base nos três pacientes selecionados para as entrevistas, com base no que foi possível apurar, parece que o programa contribuiu na redução da reincidência criminal, posto que a nenhum desses pacientes foi imputado novo antecedente criminal em data posterior ao ingresso no PROVIV. Com base nos registros do programa, não foi possível verificar a reincidência criminal dos demais pacientes que visitam ou visitaram o serviço e foi sugerida uma nova forma de agregar essas informações. A reincidência criminal foi analisada por meio de consulta ao Sistema de Consulta em Bases Criminais (SISCRIM), que apontou a incidência de antecedentes criminais dos pacientes relacionados nos registros fornecidos pelo programa. O estudo evidenciou que a compreensão e a aceitação da política da Redução de Danos ainda não é uma realidade para a maioria dos profissionais do serviço público analisado.

**Palavras-chave:** drogas, redução de danos, crime, eficácia, segurança pública.

## **ABSTRACT**

ROEPKE, ANDRÉ, M.Sc, University of Vila Velha - ES, May 2019. An analysis of drug therapy at PROVIV. Advisor: Dr. Simone Chabudee Pylro. Co-supervisor: Dr. Pablo Ornelas Rosa.

The harm reduction strategy has become an effective ally of drug policy, presenting itself as a democratic alternative in the endless “war on drugs”. In the state of Espírito Santo, under the supervision of the State Coordination on Drugs, the Integrated Life Valuation Program (PROVIV) was created in 2011, aimed at assisting patients to recover in a multifaceted work involving professionals from different areas. The present study aimed to verify the effectiveness of PROVIV in reducing criminal recurrence of illicit drug patients participating in or participating in the program. For this, the documents provided by PROVIV were analyzed in order to verify its structure and way of acting. The study included 10 professionals and 3 patients who committed crimes and are or were active in the program. These participants underwent a semi-structured interview that evaluated the effectiveness of the service provided. The statements collected pointed to a discrepancy in the understanding of the Harm Reduction policy. Based on the three patients selected for the interviews, it was found that the program is efficient in reducing criminal recidivism, since none of these patients was imputed to a new criminal record after the entry into PROVIV. Based on the program records, it was not possible to verify the criminal recidivism of other patients visiting or visiting the service and a new way of aggregating this information was suggested. Criminal recidivism was analyzed through consultation with the Criminal Bases Consultation System (SISCRIM), which pointed to the incidence of criminal records of related patients in the records provided by the program. The study showed that understanding and accepting the Harm Reduction policy is not yet a reality for most of the public service professionals analyzed.

**Keywords:** drugs, harm reduction, crime, efficacy, public safety.

## APRESENTAÇÃO

O interesse do investigador pelo tema se iniciou ainda no início da sua graduação acadêmica em Direito, quando por diversas vezes pôde visitar presídios e presenciar a forma como a “guerra às drogas” tem atuado. Essa estratégia de abordagem tem contribuído para a superlotação do sistema prisional, prendendo um contingente expressivo de dependentes químicos que cometem delitos para sustentar o vício e afetando poucos dos grandes criminosos, que representam o topo da cadeia do tráfico de drogas.

O primeiro contato do autor com as propostas democráticas das políticas de redução de danos veio ao final de sua graduação, em uma palestra ministrada por profissionais do estado que prestavam amparo médico, psicológico, social e jurídico a adolescentes em conflito com a lei. Em que pese a singela exposição do serviço aos acadêmicos presentes, muito se discutiu a partir dali a respeito do fracasso das abordagens restritivas e punitivas em algumas situações onde o cuidado e a oportunidade de recuperação resultariam em melhores resultados.

O mundo tem aos poucos se atentado da necessidade de um olhar diferenciado e mais ajustado da questão dos usuários de drogas, que não podem mais serem lançados indiscriminadamente às grades sem que sua condição de vício possa ser, de alguma maneira, mitigada. O interesse na recuperação desses usuários é de relevância multifacetada, refletindo não só na saúde, nas políticas sociais e urbanas, mas principalmente na segurança pública.

Desse modo, o presente estudo surgiu do interesse de se verificar a relevância da política de redução de danos no auxílio dos indicadores criminais do Estado do Espírito Santo, com base na análise do serviço apresentado e no que dizem aqueles que atuam no mesmo.

## 1. INTRODUÇÃO

A redução de danos (RD) pode ser conceituada como uma estratégia que visa reduzir as consequências negativas do uso de drogas. Tais ações possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, porquanto, mesmo que nem todos os pacientes consigam ou desejem se abster do uso de drogas, preconiza-se, como medida de saúde, a redução dos riscos de infecção pelo HIV (Vírus de Imunodeficiência Humana) e hepatite (Ministério da Saúde, 2001). Outro princípio da RD refere-se à possibilidade de o paciente refletir sobre o que é melhor para sua saúde, fazer escolhas de acordo com seu julgamento, apesar de saber-se que isso não é possível em todos os casos, afirmando a responsabilidade do indivíduo em relação ao seu tratamento e ao uso de drogas.

Além da RD, duas outras estratégias são tradicionalmente adotadas pelas políticas relativas às drogas no Brasil: a da oferta de drogas e a da redução da demanda. A primeira se preocupa em destruir plantações e princípios ativos, reprimir a produção e o tráfico, combater a “lavagem” de dinheiro e controlar e fiscalizar a produção, a comercialização e o uso das drogas; a segunda procura desestimular ou diminuir o consumo e a iniciação nas drogas e tratar pacientes dependentes (PASSOS, 2011).

Existem discussões sobre ampliação do conceito de RD, como, por exemplo, a tentativa de aplicá-lo ao trabalho com trabalhadores intoxicados por substâncias utilizadas em processos industriais (CARVALHO, 2017) ou por agrotóxicos em plantações (LOPES, 2018), entre outros. Este tipo de trabalho ainda é pouco desenvolvido no Brasil, e este conceito ampliado em RD se encontra em construção. Nesta dissertação, discutiremos somente as ações de RD em relação ao uso indevido de drogas ilícitas.

Uma pesquisa do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) revela um expressivo aumento de consumo e dos danos causados pelo uso abusivo de drogas ilícitas em faixas etárias cada vez mais precoces no Brasil

(CARLINI, 2010). Em termos das ações de controle e prevenção/educação do uso indevido de drogas, a pesquisa aponta para as limitações e insucesso da abordagem tradicional de negação total ao uso de drogas, conhecida como “Guerra às Drogas”. Argumenta-se que as ações educativas sobre saúde e drogas devem ser planejadas junto ao público-alvo, combinando os interesses e conhecimentos de educadores e educandos e as necessidades e potencialidades da realidade local.

A contextualização das ações educativas confere mais sentido e valor para os envolvidos no programa, pois procura considerar as características de cada comunidade relativas a diversidade de pacientes, aos tipos de drogas disponíveis na região e ao contexto cultural e socioeconômico das diversas realidades. Tais aspectos possibilitam a criação de estratégias mais adequadas e pertinentes a cada realidade (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2010).

No contexto das reflexões assinaladas, o Ministério da Saúde adotou, como forma inovadora para as políticas de saúde, a abordagem de redução de danos, que se define pela busca de uma diminuição dos níveis de danos relacionados ao uso de drogas, tanto para o paciente quanto para a sociedade de forma geral. Este conceito ganhou visibilidade a partir dos programas de controle do HIV/AIDS voltados para usuários de drogas injetáveis:

“As ações de redução de danos constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas para minimizar as consequências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que orienta [a RD] é o respeito à lei e a liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatite minimizados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, P. 12).

O conceito de redução de danos resulta numa crítica à proposta da abstinência como discurso único e verdadeiro na prevenção ao uso indevido de drogas (FONSECA, 2005). Nesta direção, o uso ou abuso de drogas não constitui um fenômeno exclusivamente individual, mas se relaciona à drogabilidade do indivíduo (ACSELRAD, 2005). Esta é entendida como as relações que cada pessoa estabelece com as drogas, mediada por fatores diversos, que incluem as dimensões: biológica,

psicológica, familiar, socioeconômica e cultural, contrapondo-se a uma visão tradicional e repressiva que reforça preconceitos.

Santos, Soares e Campos (2010) constatam a existência de diferentes concepções de redução de danos adotadas na literatura, advindas dos conceitos de sujeitos e objetos adotados pelos diversos autores. Como forma de não incorrer em pragmatismos, setorizando as relações entre objetos e sujeitos, conforme recomendam as autoras, a concepção de redução de danos apresentada nesta dissertação baseia-se numa compreensão mais global e crítica sobre a realidade histórica e social:

“A partir da Saúde Coletiva, é possível observar a preocupação em compreender a complexidade que cerca o fenômeno das substâncias psicoativas na sociedade contemporânea, e a constituição da RD, como um novo paradigma, requer um arcabouço teórico-metodológico amplo e interdisciplinar que inclua os saberes de diversas áreas para que não fique restrita ao excesso de pragmatismo e a compreensões desvinculadas e desconectadas da totalidade social” (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010, p. 1007).

As estratégias propostas pelas políticas de RD se mostram como aliadas às políticas tradicionais de Segurança Pública, ampliando as alternativas no trato com usuários de drogas, inclusive na preservação dos direitos e garantias dos próprios detentos que ainda usam drogas ilícitas. Nesse sentido, Karam (2003, p.89) afirma que: "a imperativa extensão das ações de Redução de Danos ao âmbito prisional constitui decorrência do próprio direito à saúde, do qual não podem os presos ser privados. A pena privativa de liberdade somente pode atingir o direito de ir e vir".

Nunes (2005) discorre que ainda hoje, no Brasil, há uma consciência comum de que a prisão deve ser imposta em todos os casos e que se firmou uma cultura de querer impor a todos que cometem crimes a pena de prisão. Lemgruber (2000) complementa esse raciocínio explanando que a justiça criminal brasileira exerce uma influência reduzida no controle e prevenção da criminalidade, ofertando à população penas longas e severas como saída para a sua insegurança.



Neste enfoque, observa-se a relevância de se analisar as contribuições dos programas de RD para a Segurança Pública, por meio das políticas públicas vigentes nos estados e municípios. Esta pesquisa teve por objetivo geral verificar a eficácia do Programa Integrado de Valorização à Vida na redução de reincidência criminal de pacientes que participam ou participaram do programa.

Adiante, será apresentado um breve histórico da estratégia de redução de danos, desde sua origem à sua expansão e aplicações atuais. Na sequência, será disposta a situação do uso de drogas na sociedade e o problema da recorrente judicialização dos casos envolvendo usuários de drogas ilícitas, como uma ineficiente engrenagem da “guerra às drogas”. Isto posto, foram discutidas as consequências da aberração jurídica do enquadramento de adictos à condição de portadores de transtornos mentais como justificativa para a internação compulsória. Ainda passando pelos direitos de cidadania e garantias legais dos pacientes dessas substâncias, foi abordada a questão do aparente conflito entre a estratégia de redução de danos e a questão da abstinência. Por fim, foi apresentado um programa de RD vigente no Estado do Espírito Santo, com o fito de analisar o seu funcionamento e verificar sua relevância na redução da reincidência criminal. Após a fundamentação teórica, foram apresentados os objetivos da pesquisa, o método, participantes e instrumentos e procedimentos utilizados na coleta dos dados. Finalmente, foram apresentados os resultados obtidos, seus desdobramentos, as discussões pertinentes e as considerações finais acerca do tema.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 UM OLHAR SOBRE O USO DE DROGAS

É sabido que o uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade de diferentes formas e em diferentes contextos culturais, e com diferentes funções, geralmente ligadas ao desejo do homem em buscar maneiras de alterar o estado de consciência e na ânsia de tentar dominar a mortalidade, explorar as emoções, melhorar o estado de espírito, intensificar os sentidos ou promover a interação em seu meio social, muitas vezes em um desejo de “consertar” a realidade (SILVEIRA, 2008).

Segundo Silveira (2008), a necessidade de transcender a experiência imediata parece inerente ao ser, assim como a curiosidade humana que levou ao conhecimento e ao desenvolvimento do homem, da cultura e dos meios de sobrevivência. Aponta o autor que o vinho, desde a antiguidade é utilizado em rituais e cerimônias religiosas, como um instrumento representativo de fartura ou da própria divindade; os incas consideravam a folha da coca um rico presente “acima do ouro e da prata”, e os Citas, inebriavam-se com os vapores da maconha colocada em cima de pedras quentes na entrada de suas tendas.

No começo do Novo Testamento, é relatado o primeiro milagre de Cristo: a transformação da água em vinho, denotando a ideia da transformação de algo comum em uma boa bebida. Na época do Novo Testamento, existia o costume de beber vinho para saciar a sede, tendo em vista a rápida deterioração da água por causa das dificuldades em relação à sua armazenagem. Assim, o vinho era abençoado pelo seu sabor e por sua utilidade. Até hoje, o vinho é um elemento importante dentro do Cristianismo, fazendo parte dos seus ritos e simbolizando o sangue de Cristo (MOTA, 2009).

Afirma Carneiro (2009), que foi a cana-de-açúcar, planta do Extremo-Oriente de onde se origina a produção das duas drogas mais emblemáticas da era do mercado mundial – o açúcar e a aguardente, que passam a expandir o comércio exterior e a estimular as fábricas e as grandes plantações.

No Brasil, o consumo de Hoasca (ou vegetal, para a seita União do Vegetal) ou Ayahuasca (ou daime, para a seita Santo Daime), um chá alucinógeno preparado com o cozimento de ervas, é frequente nos rituais dessas seitas religiosas. Esse consumo é sempre comunitário, acompanhado de muitas músicas para afastar as “visões ruins” (TOTUGUI, 1988).

Outro fator diz respeito ao fato de que, nesse contexto, as populações passaram a viver em grandes concentrações urbanas, mudando o perfil das relações sociais e o caráter do uso das drogas, agora mais fortes e mais acessíveis. O uso das substâncias psicoativas passou a ser, então, alvo de comercialização para a obtenção de lucros, regido pela dinâmica do capitalismo, que propiciou a industrialização e a massificação desses produtos. Conforme Tinoco (2002), tais fatores contribuíram para tornar o uso de drogas um problema de saúde pública no mundo a partir das últimas décadas do século XIX e início do século XX.

Durante o século XX, fatores importantes que contribuíram para a disseminação das drogas foram as duas guerras mundiais. Como explicita Maciel (1997), era comum serem distribuídas drogas estimulantes nos acampamentos para os soldados, no intuito de diminuir a fadiga e para que eles permanecessem mais tempo em alerta, visando também diminuir as dificuldades de adaptação em uma situação de conflito e permanente tensão. Era frequente o uso de drogas analgésicas, como as derivadas da cocaína, devido aos graves ferimentos dos soldados em combate. Ademais, com o final da guerra, restaram muitos soldados com perturbações psíquicas que procuraram auxílio para os seus problemas no álcool e em outras drogas.

Ainda no século XX, outro fator importante sobre as drogas foi a chamada “cultura pop”, liderada pelo movimento hippie, nos anos 1960, em que a droga ocupava um lugar de objeto revolucionário. Esse movimento caracterizava-se pela rejeição ao modo de vida convencional e pela crítica e até rejeição das instituições sociais, como a família, a igreja, a escola e o trabalho. Conforme Maciel (1997), enfatizava-se uma concepção de mundo diferente, onde a liberdade sexual, o comunitarismo e o descompromisso com objetos materiais eram marcantes. Havia a oposição à sociedade de consumo e às injustiças sociais. Nesse contexto, as drogas, principalmente a maconha, passaram a ser um símbolo de comportamento independente e expressão de rebelião contra uma sociedade rígida.

A relação que o homem estabelece na pós-modernidade com a droga passa a ser permeada pelos padrões de consumo decorrentes do advento do capitalismo, que impõe ao homem contemporâneo uma cultura de consumo desenfreado e inconsequente como possibilidade de existência. Numa sociedade que tem como base o capital, onde as relações se mercantilizam e tudo gira em torno do consumo, o imediatismo e individualismo são produtoras dos modos de subjetivação. Os sujeitos são atravessados por uma cultura midiática que homogeneiza e controla em nome da liberdade, numa tendência totalitária associando o produto, entre eles a droga, a um ideário de felicidade e realização.

Com o avanço da tecnologia e com a facilidade da transmissão de informações e sensações pelos meios virtuais, produziu-se a ilusão de que tudo é possível, caminhando a um crescente imediatismo. Segundo Silveira (2008) a sociedade contemporânea não tolera a frustração, sendo a busca do prazer imediato, caracterizada pelo consumismo que não permite espaço para a falta. São esses fatores que contribuem para o aumento do consumo de drogas, produzindo as compulsões, padrões de comportamentos repetitivos que provocam alterações fisiológicas propiciando sensações físicas prazerosas. Eles tornam-se meios de anestesiar os conflitos.

Desta forma, falar sobre drogas é antes de tudo, problematizar as contradições da contemporaneidade, trazidas por Bauman (1998) sobre as transformações ocorridas na sociedade com o advento do capitalismo e seu fortalecimento a partir da década de 80 e as rápidas mudanças tecnológicas que incidem sobre as relações e os modos como as subjetividades estão sendo produzidos no tecido social, entrelaçados pela política, pelo poder, educação, economia e afetos.

Por outro lado, as desigualdades sociais produzidas por uma sociedade que tem como centro um projeto econômico neoliberal traz como consequências o fortalecimento do crime organizado e o mercado paralelo que acaba servindo como possibilidade de geração de renda para jovens em situação de vulnerabilidade, que buscam no mercado da droga possibilidades de renda pela necessidade de ajudar suas famílias, delineando caminhos de sofrimento.

Assim, fazer enfrentamento à questão das relações que a sociedade tem com as drogas, hoje exige uma abordagem interinstitucional, e intersetorial que problematize e enfrente a questão do tráfico, do cuidado e da promoção da vida. São ações complexas, essencialmente políticas, que transborda para novos cuidados e ações pela qualidade e direito à vida (SILVEIRA, 2008).

No mesmo sentido, lembra Carneiro (2002) que ao se tratar do tema das drogas faz-se necessário considerar os múltiplos fatores que levam ao uso, bem como as diferentes formas de uso, níveis de consumo, suas causas e consequências que poderão ser danosos ou não, bem como o contexto sócio, histórico, cultural e econômico presentes no entorno do fenômeno, além de se considerar os reflexos das políticas sobre drogas.

O relatório da Comissão Latino Americana sobre Drogas e Democracia aponta que as políticas proibicionistas baseadas na repressão ao tráfico, e a criminalização do consumo, não produziram os resultados esperados, ainda distantes do objetivo proclamado de erradicação das drogas. Persistem práticas sociais inscritas na ordem

do discurso por meio de dispositivos disciplinadores de diferentes campos, e que insistem em criminalizar as drogas lícitas em detrimento das drogas “legais”. Cabe lembrar que Carneiro (2002) em seu artigo intitulado “A Fabricação do Vício” relata que ao longo do século XIX, estudos médicos sobre os efeitos das drogas, foram acompanhados do isolamento químico de drogas puras como a morfina, codeína, atropina, cafeína, heroína e mescalina, permitindo precisão a dosificação, que facilitou a atividade experimental controlada. Este período foi caracterizado pela intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos e a medicalização das populações, com objetivos de eugenia social e racial numa lógica de “profilaxia moral”, na tentativa de evitar a deterioração racial supostamente causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam os viciados e bêbados. Impunha-se o controle epidemiológico para um comportamento socialmente infeccioso como o alcoolismo.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), as práticas de cuidado em saúde dirigidas a esta população, historicamente oscilaram entre os cuidados de caráter religioso ou de cunho psiquiátrico, com orientação para a abstinência. O caminho aponta para a tessitura de uma rede de cuidados orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersectorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2008).

A Comissão Latino Americana sobre Drogas e Democracia aponta que romper o tabu, reconhecer os fracassos das políticas vigentes e suas consequências, é uma precondição para a discussão de um novo paradigma de políticas mais seguras, eficientes e humanas. Segundo eles:

“É imperativo examinar criticamente as deficiências da estratégia proibicionista seguida pelos Estados Unidos e as vantagens e os limites da estratégia de redução de danos seguida pela União Europeia, bem como a pouca prioridade dada ao problema das drogas, por alguns países, tanto industrializados como em desenvolvimento” (DROGAS E DEMOCRACIA: RUMO A UMA MUDANÇA DE PARADIGMA, 2009, p.09).

Diante de tudo isso, torna-se inviável pensar um mundo sem drogas, é preciso aceitar a necessidade de conviver com as drogas da melhor maneira possível, em vez de preconizar políticas de “tolerância zero” ou de sua erradicação definitiva. Porém há evidências de que é possível o uso de substâncias psicoativas que considerem a tolerância e a temperança. Para isso faz-se necessário abandonar posicionamentos apriorísticos e condenatórios, mostrando uma real familiaridade com valores e práticas que priorizem os direitos humanos e a defesa da vida, numa intervenção clínica aliada à saúde coletiva.

O respeito pelo usuário, por sua cultura e pelas suas escolhas têm se mostrado fundamental à conquista de sua atenção e confiança, criando vínculos que produzem o encontro e a possibilidade de novas existências.

Urge colocar em debate a construção e disseminação de novas formas de cuidado, humanizadas e empáticas, nas quais palavras como “vínculo” e “afeto” são importantes. Um jeito de fazer saúde não se fala de “cuidado” e de “atenção” sem cobrar abstinência de ninguém. A pouca atenção no desenvolvimento de serviços de atendimento baseados no respeito à subjetividade e aos Direitos Humanos do usuário, é um dos fatores que tem levado a sociedade a retroceder, legitimando o descumprimento da Lei da Reforma Psiquiátrica e defendendo a criação de hospitais psiquiátricos como a única forma de enfrentar o problema. Portanto, se faz imperioso expor as estratégias que vão de encontro com essa aproximação humana no tato como os usuários de drogas, analisar suas raízes e expor os seus objetivos (SANTOS, 2016).

## 2.2 A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

O conceito de Redução de Danos tem sua origem nos anos de 1920 na Inglaterra. Nesse período, uma comissão de médicos ingleses - Comitê Rollerston - concluiu que poderia ser ocasionalmente necessário manter uma pessoa utilizando drogas para ajudá-la a levar uma vida mais produtiva. Em 1950, no Canadá, uma província se torna

a primeira jurisdição na América do Norte a adotar a manutenção de metadona para reduzir os danos associados ao uso de heroína. Nos anos de 1960, o tratamento com substituição por metadona passa a ser adotado em outras localidades da América do Norte (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

Não obstante, somente na década de 1980 as ações baseadas neste princípio foram sistematizadas em programas. O primeiro surgiu na Holanda, por iniciativa de uma associação de usuários de drogas preocupados com os índices de transmissão de hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). O método de prevenção utilizado nesse país era a troca de seringas. Já nos países onde a troca era considerada ilegal, como no início dos programas de RD no Brasil, o método de prevenção utilizado era a desinfecção das seringas com uma solução de hipoclorito de sódio. A proposta atual consiste em não compartilhar seringas entre pacientes, os quais deveriam trocar as usadas por novas. Conforme Bastos, Karam e Martins (2003), somente com a entrada de profissionais da saúde na RD vinculou-se a troca de seringas à prevenção do HIV. Com esta atuação, a RD acabou conquistando um espaço de trabalho que ficou vinculado aos programas de prevenção às DSTs (doenças sexualmente transmissíveis) /Aids.

No Brasil, a primeira tentativa de fazer troca de seringas ocorreu em 1989 em São Paulo; entretanto não houve continuidade. Somente a partir de 1995 foi possível realizar as trocas legalmente, de início em Salvador, e em 1998, em São Paulo, quando foi sancionada uma lei autorizando os programas de RD no Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Deste movimento de implantação de ações de RD participaram ONGs e OGs (organizações não governamentais e governamentais), o Ministério da Justiça, o Programa Nacional e as Coordenações Estaduais e Municipais de DSTs/aids. Hoje, vários estados e municípios possuem leis que legalizam o trabalho de redução de danos e o Ministério da Saúde apoia e financia ações em RD em todo o país, como pode ser comprovado pelas diretrizes da atual Política do Ministério da Saúde para a



Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), pela legislação recente que decreta a inserção da RD na atenção básica e secundária e pelos vários projetos em RD em andamento, financiados pelo Ministério da Saúde no Brasil.

Hoje, o trabalho em redução de danos já conquistou um espaço de atuação mais amplo do que a prevenção entre usuários de drogas injetáveis, abrangendo usuários de diferentes drogas, como crack, álcool, cocaína aspirada, maconha, loló. A distribuição ou troca de cachimbos (para usuários de crack), o *kit snif* (para cocaína aspirada) e estratégias de diminuição, substituição ou cuidados no uso são aplicadas para reduzir os danos mediante a negociação de “contratos terapêuticos” firmados entre os redutores e os usuários no campo. Porém, apesar dos avanços conquistados, ainda existem preconceitos e dificuldades em relação à inserção institucional da RD nas políticas sobre drogas.

A RD é centro de grande controvérsia e objeto de disputa, que encerra um conjunto de interesses institucionais, políticos e econômicos. O embate está relacionado ao conflito em torno de sua definição, como também oriundo de uma série de divergências a respeito da própria questão do consumo de drogas (FIORE, 2009); o autor aponta a necessidade de se considerar a existência da polissemia que a própria expressão representa para não incorrer no erro de simplificá-la excessivamente, ou afirmá-la como uma panaceia para resolver todas as questões sociais, jurídicas e culturais que envolvem o consumo de drogas.

Os autores (CARLINI ET AL., 2003) defendem e valorizam a Redução de Danos (RD) como uma alternativa viável, humana e de resultados positivos já demonstrados para vários comportamentos de risco à saúde, definindo a mesma como uma alternativa de saúde pública para os modelos criminal e de doença, a RD é uma abordagem que incentiva e incorpora a participação daqueles que sofrem com o abuso dessas substâncias, baseando-se no pragmatismo empático, em oposição ao idealismo moralista, e promove acesso a serviços de saúde de baixa exigência.

A RD é vista como alternativa na área das drogas e como prática social e reflete todas as disputas que estão sendo travadas no campo político e ideológico bem como as diferentes concepções que dominam o discurso sobre drogas (produção, comércio e consumo) na atualidade, capaz de resgatar os aspectos éticos e humanos com potencial transformador que vão de encontro as raízes dos problemas sociais intimamente relacionados com o complexo problema das substâncias psicoativas (SANTOS, 2008).

Ainda, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a estratégia de Redução de Danos como uma prevenção terciária que propõe interromper ou retardar o progresso de uma desordem, um processo ou problema e suas sequelas, mesmo que as condições básicas do fenômeno ainda persistam (CARLINI, 2003). Do ponto de vista de estratégia terciária a RD apresenta-se somente como um instrumental para pessoas que não alcançaram êxitos em tratamentos voltados para abstinência completa. Essa concepção entende a RD apenas como um instrumento de captação para doentes. Os sujeitos são vistos como passivos e frágeis ou incapazes de adaptarem-se as regras sociais se tornando dependentes, e em dados gerais a psiquiatria tem contribuído de maneira significativa na explicação do consumo de drogas como dependência-doença (SANTOS, 2008).

Essa concepção de sujeito coloca a droga como poderosa e capaz de subtrair a mente e o corpo, toda subjetividade fica relegada ao poder da droga e as intervenções ficam baseadas em afastar o sujeito da droga desconsiderando todo seu contexto, o caráter histórico, social e cultural do uso de drogas.

Outro grande fator que impede uma maior penetração das políticas de RD na sociedade é o alto índice de intolerância dos brasileiros com os usuários de drogas. Em sua tese de Doutorado, Rosa (2012) apresentou o resultado de uma relevante pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2008, que, dentre outras indagações, apresentava o seguinte questionamento: “vou falar de alguns grupos de pessoas e gostaria que o sr./sra. dissesse o que o sr./sra. sente normalmente quando

vê ou encontra desconhecidos do tipo deles”. Os grupos elencados eram diversos e incluíam: ateus, usuários de drogas, garotos de programa, transexuais, travestis, prostitutas, lésbicas, gays e outro; ainda, eram cinco as respostas possíveis: repulsa/ódio, antipatia, indiferença, satisfação/alegria e outras.

Tais dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas em 150 municípios do Sudeste, Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste, contando com a participação de 2.014 indivíduos com idade acima de 16 anos.

Este estudo constatou que 24% dos entrevistados declararam sentir antipatia pelos usuários de drogas e 17% declararam repulsa/ódio pelo mesmo grupo, que se mostrou o valor mais expressivo desta resposta em todo o questionário.

Segundo o autor, o elevado grau de repulsa dos brasileiros pelos usuários de drogas apontados na pesquisa, não é surpreendente, pois frequentemente o senso comum os apontam como responsáveis pela maioria das mazelas e dificuldades vividas nas famílias e na sociedade. Ainda, acrescenta que as atribuições conferidas aos usuários de drogas normalmente decorrem da veiculação de pautas midiáticas sustentadas na ideia de que vivemos em uma sociedade cada vez mais minada pela insegurança (ROSA, 2012).

### 2.3 A ABSTINÊNCIA E A REDUÇÃO DE DANOS

As práticas de redução de danos, surgidas como uma alternativa para as estratégias proibicionistas, baseiam-se em princípios de pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade. São pragmáticas porque compreendem que é necessário oferecer serviços de saúde a todas as pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, incluindo aquelas que continuam usando após tratamento, visando principalmente à preservação da vida (ANDRADE, 2012).

Segundo Flach (2010), mesmo que se compreenda que, para muitas pessoas, o ideal seria que não usassem mais drogas, isso pode ser muito difícil, demorado ou inalcançável. O referido pesquisador afirma, portanto, ser necessário oferecer serviços, inclusive para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. O oferecimento desses serviços pode evitar que se exponham a situações de maior risco e viabilizar sua aproximação das unidades de saúde e acolhimento, abrindo a possibilidade de que peçam ajuda quando quiserem ou precisarem.

No decorrer das revisões das leis brasileiras e das políticas de saúde mental, novas estratégias para o tratamento e melhoria da qualidade de vida desses pacientes foram sendo criadas. Dentre elas encontra a Política Nacional de Redução de Danos, que tem entre suas diretrizes o respeito à liberdade de escolha do paciente em permanecer com o uso de drogas e o direito à assistência pelos serviços sociais e de saúde (FLACH, 2010).

As ações de Redução de Danos foram inseridas nos espaços institucionais que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – conforme estipulado em suas diretrizes para o funcionamento em seu artigo 2º, que impõe o desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, como ações possíveis de serem elaboradas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e de pessoas em sofrimento mental (PORTARIA Nº 3.088, 2011).

Ainda, segundo declara a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a abstinência não pode ser o único objetivo de tratamento a ser alcançado, tornando-se necessário lidar com as diferentes possibilidades e escolhas do sujeito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No Brasil, o modelo proibicionista se caracterizou como estratégia que teve como prioridade a redução da oferta e estruturou-se por meio dos modelos morais e criminais que buscaram o enfrentamento às drogas, o encarceramento dos usuários

e o modelo de tratamento da dependência das drogas como patologia de origem biológica. Nesse sentido, destaca-se o início da construção da legitimação da política antidrogas com a aprovação da Lei nº 6.368/76, que dispôs sobre as medidas de prevenção e de repressão ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes pela população; essas políticas proibicionistas têm suas características embasadas no medo, na repressão, na persuasão moral, na intolerância do consumo de drogas e no imperativo da abstinência como condição para o acesso aos programas de tratamento (LEI Nº 6.368, 1976; PASSOS & SOUZA, 2011; MACHADO & BOARINI, 2013).

Em análise ao contexto da evolução histórica das políticas sobre drogas, percebe-se que estas são marcadas por conflitos que advêm de visões ambíguas. Existem as políticas que visam ao cuidado por meio do respeito ao direito de escolha do paciente e as políticas nas quais prevalece o paradigma da abstinência, pela imposição na descontinuidade imediata do uso. Estas que na maioria das vezes exercem de forma coercitiva o cessar do uso como única direção de tratamento possível (SANTOS & MIRANDA, 2016).

A Política Nacional Antidrogas, elaborada no Decreto nº 4.345, que vigorou de agosto de 2002 até abril de 2019 ia de encontro ao embate em torno do paradigma da abstinência, exclusivamente contra os dispositivos disciplinares direcionados ao usuário de drogas como prisões, manicômios e também às comunidades terapêuticas e fazendas terapêuticas que trazem como elemento a disciplina e a moral religiosa. Desse modo, determinava ações como uma estratégia de saúde pública que controlem possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo. Agiam de acordo com o respeito à liberdade de escolha, visando à inclusão social e à cidadania para os usuários e para seus familiares, em seus contextos de vida, com um modo de atuar clínico e de efeitos terapêuticos eficazes (PORTARIA Nº 1.028, 2005; PASSOS & SOUZA, 2011).

No entanto, vale ressaltar que a proposta da Redução de Danos não é totalmente oposta à abstinência, aceita que ela pode ser uma alternativa de reduzir as consequências do uso de drogas para alguns indivíduos, mas destaca, sobretudo, que cabe somente ao paciente essa escolha e não deve ser imposta pelos profissionais da saúde em um projeto terapêutico. Assim, os profissionais de saúde têm o importante papel de auxiliar o paciente para melhorar as condições de vida de forma individual, além de desenvolver no paciente a compreensão da abstinência ou da manutenção do uso como direito de escolha dele (TISOTT, HILDEBRANDT, LEITE, MARTINS & COSENTINO, 2015).

Na mesma direção, a Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), inclui as ações de Redução de Danos entre suas estratégias, o que torna a responsabilidade pelas aplicações de suas ações não somente da comunidade e pessoas próximas, mas de todos os profissionais que compõe a Rede de Atenção Psicossocial. Nesse sentido, inclui aplicar diversas ações de cuidados e de atenção aos pacientes e a seus familiares que respeitem seus direitos e não vise à abstinência como recurso único de tratamento (PORTARIA Nº 3.088, 2011).

Ocorre que em 11 de abril de 2019 foi publicado o Decreto nº 9.761, assinado pelo presidente Jair Messias Bolsonaro, instituindo uma nova Política Nacional sobre Drogas, que já em seu preâmbulo revogou o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. O novo decreto põe fim à RD, apontando a abstinência como a única alternativa aos usuários de drogas, reforçando o papel das comunidades terapêuticas e estimulando o regresso à lógica manicomial (BRASIL, 2019). Por se tratar de uma publicação ainda recente, não foram localizados no buscador acadêmico da Google e no banco de dados da SciELO pesquisas relacionadas aos impactos do Decreto n.º 9.761.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, uma instância colegiada e deliberativa e integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, em reunião ordinária

realizada nos dias 11 e 12 de abril de 2019 elaborou um extenso relatório cujo teor recomenda ao Ministério Público Federal que pleiteie a revogação do Decreto n.º 9.761, sustentando tal pedido com diversas deliberações, algumas das quais listadas a seguir: 1) não há mais espaço na sociedade para tratar agravos à saúde mental como impeditivo para o exercício da cidadania; 2) não se pode retroceder nos avanços obtidos pela Lei da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial; 3) as atuais alterações na Política Nacional sobre Drogas são danosas ao desenvolvimento histórico de um modelo de atenção; 4) as alterações propostas reorientam a política sobre drogas para a alienação e asilamento, retirando direitos das pessoas impedindo sua participação social, ampliando seu sofrimento; 5) as Comunidades Terapêuticas não produzem saúde, atuam a partir de privação de liberdade, do isolamento humano do usuário, promove a violação de direitos humanos, contribui para a lógica manicomial e impede a socialização das pessoas que fazem uso abusivo de drogas; 6) a diminuição do imposto sobre droga lícita em detrimento dos riscos à saúde entra em contradição com a finalização da política de redução de danos; 7) o modelo asilar oferecido pelas comunidades terapêuticas tem eficácia inferior no tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no comparativo com o modelo ambulatorial ofertado pelo SUS nos CAPs; 8) além da privação da liberdade entre as Comunidades Terapêuticas vistoriadas detectou-se que não há uma política ativa de informação e transparência que permita à pessoa internada uma tomada de decisão autônoma e soberana acerca da cessação do tratamento; 9) a Política Nacional Sobre Drogas é legitimada como fruto de amplo debate nacional, mantendo-se atual em termos técnicos e científicos próprios de um Estado laico, cuja gestão financeira conta com a participação de conselhos estaduais e municipais de Saúde; 10) o Conselho Nacional de Saúde não foi ouvido para a efetivação desta política (BRASIL, 2019).

Assim, com base nas assertivas apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde, constata-se que o decreto foi proferido com um viés punitivo visando desagregar a estratégia de redução de danos da nova política nacional sobre drogas e que tal decisão foi tomada de forma unilateral, sem que fosse sequer oportunizado ao

Conselho Nacional de Saúde opinar, sugerir e contribuir na nova legislação. Rosa (2012) lembra que o governo brasileiro atua como signatário da Convenção Americana de Direitos Humanos, conhecida por Pacto de San Jose da Costa Rica, um marco internacional de proteção de toda e qualquer pessoa ou coletividade contra a intolerância, a discriminação e ao desrespeito, então em desrespeito a este pacto internacional, o atual governo então promulga um decreto que é apontado pelo seu próprio ministério da saúde como desajustado e incoerente com o progresso no trato humano. O Decreto n.º 9.761 fundamenta a nova política sobre drogas como uma dinâmica necessária às novas configurações do uso de drogas e dos crimes decorrentes do seu uso e reforça o papel do Poder Judiciário e do Ministério Público como agentes de repressão, então torna-se relevante uma análise das consequências decorrentes da judicialização das questões envolvendo o uso de drogas.

#### 2.4 A JUDICIALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOBRE DROGAS E A DIGNIDADE HUMANA

No cenário atual, para se compreender alguns dos interesses que se aliam à necessidade de internar certa parcela da população, é possível citar exemplos como: a necessidade de diminuição dos índices de criminalidade, que denunciam os níveis de desigualdade de um país subdesenvolvido que emerge no cenário mundial como uma das novas superpotências econômicas, nessa sociedade cercada pelo discurso do medo e assombrada pelo mito das classes perigosas (COIMBRA, 2001). Essas e outras tantas questões contribuem para a emergência de um terreno fértil para a sustentação de saberes que produzam uma desigualdade naturalizável como verdade, ainda que haja outras produções bastante expressivas que colocam as contradições do discurso científico em questão.

É interessante que, mesmo povoadas de ambiguidades e controvérsias, as ciências duvidosas que instruem os processos judiciais conseguem manter a legitimidade das justificativas oferecidas para internação compulsória dos dependentes químicos, isso porque se aliam a outros interesses sociais de manutenção de certos estatutos de



verdade. É o que versam Reishoffer e Bicalho (2009), que ao analisarem a produção de subjetividades a partir da proliferação da insegurança no Brasil, vão mostrar como, com o processo de redemocratização do país, os principais veículos de comunicação passam a denunciar o aumento da violência urbana e auxiliam na promoção de um sentimento de insegurança na população e de um recrudescimento das políticas de segurança pública. Posteriormente, com o fortalecimento da lógica neoliberal e diminuição da intervenção do Estado nas questões econômicas e sociais, a ordem pública passa a confundir-se com o controle da criminalidade e neutralização daqueles que colocam em risco o sossego dos “cidadãos de bem”.

Em detrimento da ausência do Estado no controle da desigualdade social, ocorre o aumento de suas ações no controle penal. O Estado Penal, apoiado por uma criminologia de cunho positivista, buscou identificar de forma objetiva e asséptica o inimigo interno, em nome da defesa da ordem pública, diante da guerra civil contra o crime organizado e contra as drogas. A figura do jovem negro e pobre como sujeito potencialmente delinquente que representa ameaça caracteriza de forma expressiva a presença desse discurso, supostamente científico e claramente moralista, que criminaliza a desigualdade e a pobreza (BARATTA, 2011).

Em seu famoso discurso de criminologia, Baratta (2011) utiliza o conceito de metarregras para explicar essa seletividade presente no campo do controle do crime. Segundo o autor, existiram critérios, fundados em certos valores socialmente aceitos, que funcionariam como metarregras que conduzem a aplicação das regras formalmente constituídas. No âmbito do Direito Penal essas metarregras retiram em um maior ou menor rigor na aplicação da lei relacionados ao tipo de crime cometido ou a quem o cometeu.

O procedimento afirma a presença de certos crimes eleitos como aqueles que devem ser fortemente combatidos (como o tráfico de drogas) e aqueles que podem ser tolerados (como o compartilhamento de filmes pela internet). No que se refere aos sujeitos considerados delinquentes, da mesma forma, existe um recrudescimento da

força punitiva sobre certos grupos populacionais em detrimento de outros. Para constatar isso, bastaria olhar para a população carcerária e verificar que ela não é representativa do montante de pessoas que praticam atos delituosos. Nesse sentido, evidencia-se que o que está em questão na aplicação da lei penal não é somente a tutela dos direitos, mas um recorte político no interior da população, constitutivo de categorias populacionais para quem será destinada com maior severidade a força punitiva da lei.

Reishoffer e Bicalho (2009) ressaltam que a segurança pública se constitui como um dos vetores na produção de subjetividades no contemporâneo. Isso significa que esse é um vetor que contribui na construção de modos de pensar, sentir e atuar no mundo. Nesse sentido, constitui-se como um elemento importante na compreensão daquilo que nos leva a aceitar determinados enunciados como verdade. Assim, evidencia-se que a produção de sentidos atrelada ao campo da segurança pública vai produzir efeitos tanto no nível micropolítico relacionado à produção de subjetividades quanto no nível macropolítico no delineamento de políticas de segurança pública.

A Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, visa à proteção dos indivíduos que possuem tais condições. O seu art. 2º elenca os direitos dos pacientes e familiares, que inclui, dentre outros, o melhor tratamento de saúde e o tratamento humano e respeitoso (BRASIL, 2001).

Para esses cidadãos ou pacientes com transtornos mentais tem-se, como regra, a não internação, que só pode se dar em condição excepcional. Compulsoriamente, então, apenas nos casos específicos da lei de execução penal. A questão que se põe é: se a lei 10.216/01 foi elaborada para proteger os deficientes mentais e teve como principal “bandeira” a desospitalização, como se pode, racionalmente, explicar a utilização dessa mesma lei para pessoas que não são portadoras de doenças mentais e, pior, tornar a internação a regra, contrariando todos os onze anos de debates e tramitação desse diploma legal antes citado.

Neste ponto, com base na interpretação da própria lei, conclui-se que dependente químico não é deficiente mental e que a internação compulsória prevista na lei só deveria ser aplicada nos casos de deficientes mentais infratores.

Considerando-se as conclusões acima, percebe-se a distorção que vem sendo feita com a Lei 10.216/01 pelos atores jurídicos. Ora, dependente químico não é deficiente mental. Pode até ser que um deficiente mental faça uso de drogas tidas como ilícitas, porém não é essa a realidade que vem sendo levada ao Poder Judiciário.

Os usuários de drogas etiquetadas como ilícitas, seja de forma recreativa ou abusiva, são pessoas capazes e não devem ser tratadas como portadores de doenças mentais, desse modo, carece de amparo legal a utilização da Lei 10.216/01 para o requerimento de internação compulsória de dependente químico.

Não fosse esse argumento suficiente, é também inconstitucional a utilização de internação compulsória para o tratamento de dependentes químicos por violar a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde. O desrespeito ao primeiro é notório (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Existem ainda as informações prestadas pelo Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2018), com relatos de pacientes que passaram, de forma compulsória, por clínicas de tratamento para dependentes químicos, com ocorrências de tortura, castigos por se recusarem a aderir à religião pregada pela clínica em questão, recusa em fornecer alimentação, proibição de recebimento de visita dos familiares e, tampouco, de ligações telefônicas, violações que transgridem os direitos básicos de dignidade humana.

O princípio da dignidade da pessoa humana está previsto no art. 1º, III da Constituição de 1988, sendo um princípio fundamental da República brasileira e norma constitucional que permeia todo o ordenamento jurídico (BRASIL, 1988). Luiz Edson

Fachin (2008) sintetiza bem o espírito constitucional ao elevar o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento da República:

“Nesse âmbito, a Constituição Federal de 1988 erigiu como fundamento da República a dignidade da pessoa humana. Tal opção colocou a pessoa como centro das preocupações do ordenamento jurídico, de modo que todo o sistema, que tem na Constituição sua orientação e seu fundamento, se direciona para sua proteção” (FACHIN, 2008, p.52).

Em contraposição ao princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, tem-se o quadro de profunda injustiça social em que se encontra mergulhada a sociedade brasileira, destacando os níveis de desigualdade social que se consolidam a partir de uma forte concentração de renda.

Com a promulgação da Carta de 1988, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Adotou-se, assim, o conceito ampliado de saúde formulado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, pela primeira vez na história constitucional do País, o direito à saúde foi previsto expressamente como um direito social.

Não há dúvida de que a Carta de 1988 constituiu um marco histórico na realidade da saúde no Brasil. É inconteste que o desejo do movimento sanitário era romper com a realidade de exclusão ao direito à saúde para a maior parte da população brasileira, que não tinha, e não tem, condições financeiras de arcar com um médico particular ou um plano de saúde privado.

## 2.5 DROGAS E A SITUAÇÃO CARCERÁRIA DO ESPÍRITO SANTO

Quanto aos estudos realizados no Estado do Espírito Santo, Miguel (2015) demonstra em seu estudo, realizado em Vitória/ES, o que chama de a grande subjetividade da

legislação brasileira antidrogas. Segundo ele, existe uma considerável variação entre a forma de julgamento dos réus, com base na sua situação socioeconômica. Em seu artigo 28, §2<sup>a</sup>, a lei nº 11.343/2006 elenca os critérios a serem observados pelos juízes para distinguirem o traficante de drogas do usuário. Ocorre que, conforme apontado pelo autor, esses critérios são subjetivos, pois fazem menção à natureza e à quantidade da substância apreendida, mas sem delimitar uma quantidade específica.

A subjetividade apontada pelo referido autor tem contribuído para a alarmante constatação de que 39,8% da população carcerária capixaba é formada por condenados por tráfico de drogas. Ainda, afirma que as razões que fundamentam este dado são pautadas no atual modelo de segurança pública que é influenciado, historicamente, pelo discurso de guerra às drogas e de políticas americanas proibicionistas, o que se espelha em todo o país. Com relação à legislação vigente, o autor aponta que a pena do traficante foi majorada e que não foram estabelecidos critérios objetivos para distinguir o traficante do usuário. Nesse modelo legislativo, cabe ao juiz de direito uma análise subjetiva, o que, por vezes, pode incidir em injustiças e comprometimento do sistema prisional, o que vai de encontro ao que se espera de um Estado Democrático de Direito.

Ainda no que se refere à pesquisa realizada por Miguel (2015), aponta que a falta de objetividade da lei antidrogas, para distinguir o usuário do traficante, faz com que o julgamento dos casos previstos na lei nº 11.343/2006 constituam verdadeira “loteria” para o réu. Em seus levantamentos, Miguel (2015) aponta que o maior percentual de condenações por tráfico de drogas ocorreu com apreensões entre dez e cem gramas de drogas - 53,9%. Em apenas 7,8% das condenações por tráfico de drogas houve por parte da polícia apreensões entre dez e cem quilos da substância. Ainda, 15% das condenações por tráfico de drogas aconteceram em situações em que menos de dez gramas da substância foram apreendidas. Na visão do autor, a busca pela punição ao tráfico de drogas tem sido responsável pela superlotação do sistema penitenciário do Espírito Santo, uma vez que 39,8% de seus presos, conforme dados de 2012, estariam recolhidos em razão do tráfico de drogas.

O autor conclui atribuindo à política de “guerra às drogas” e todo o seu subjetivismo a responsabilidade pela superlotação e falência do sistema penitenciário, uma vez que o excesso de pessoas presas sem critérios objetivos contribui para o enfraquecimento do Estado Democrático de Direito e acaba por inviabilizar a gestão das unidades prisionais.

Como é possível observar, os problemas associados ao sistema prisional e ao tráfico e uso de drogas no Espírito Santo contém elementos históricos importantes, mas possuem características análogas às que aparecem em outras regiões do Brasil e em outros países.

Outro recente estudo realizado acerca do impacto da política nacional antidrogas na lotação dos presídios capixabas entre 2011 e 2016, demonstrou que cerca dos 40% dos presos recolhidos nos presídios capixabas respondem por um dos tipos penais previstos nos artigos nº 33 e 35 da Lei nº 11.343/2006: o tráfico de drogas e a associação para o tráfico (RICAS, 2018).

Segundo o autor, no período de 2010 a 2017, o crescimento do número de presos em razão de tráfico de drogas e de tráfico internacional de drogas cresceu, respectivamente, 143% e 284%, muito acima da evolução da população carcerária total que, no mesmo período, incluindo todos os tipos de crimes, cresceu cerca de 80%.

Ainda, mapeando os dados existentes em 150 sentenças condenatórias referentes a tráfico de drogas, no período compreendido entre 2011 a 2016, nas comarcas da Grande Vitória/ES e, analisando aquelas em que os réus respondiam pelos crimes de tráfico de drogas e associação ao tráfico, Ricas (2018) constatou que a idade média dos homens condenados por tráfico de drogas é de 27 anos de idade, enquanto a idade média das mulheres é de 29 anos de idade e que o tempo médio de condenação foi de 8,7 anos para os homens e de 7,62 anos para as mulheres.

No intuito de auferir o grau de periculosidade dos condenados, o autor verificou ainda a presença ou não de arma de fogo no momento da prisão. Diferente do que era esperado, constatou que, nas 150 sentenças analisadas, apenas 12 homens portavam arma de fogo e 4 homens portavam munição. Em relação às mulheres, apenas 3 portavam armas e 2 munições. Assim, avaliando a proporção de indivíduos que não portavam arma de fogo ou munição no ato da apreensão, verificou que estes representavam 84% dos homens e 90% das mulheres, demonstrando assim, que o grau de periculosidade desses condenados era relativamente baixo (RICAS, 2018).

Com este estudo, Ricas (2018) apontou a alarmante contribuição da atual política antidrogas brasileira no cenário da superlotação das penitenciárias do Estado do Espírito Santo, apontando a ineficiência da atual estratégia de “guerra as drogas”, praticada e reforçada no país.

## 2.6 O PROGRAMA INTEGRADO DE VALORIZAÇÃO À VIDA E O NÚCLEO INTEGRADOR DA REDE

O Programa Integrado de Valorização à Vida (PROVIV) é um programa de responsabilidade da Coordenação Estadual sobre Drogas do Estado do Espírito Santo, criada por meio da Lei Complementar nº 605 de 05 de dezembro de 2011, e tem por finalidade proporcionar o acesso das pessoas com dependência química e suas famílias as possibilidades de cuidados/tratamentos realizados pelo Núcleo Integrador da Rede (NIR).

O PROVIV configura-se como um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social das pessoas com dependência química, visando a redução das diversas vulnerabilidades associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Tais informações foram obtidas no documento de apresentação do programa, fornecido para esta pesquisa.

Ainda segundo o mesmo documento, o PROVIV foi estruturado em quatro frentes, procurando aproximar as diretrizes das políticas sobre drogas existentes:

1) Prevenção, busca a promoção da qualidade de vida para a população, prevenção do uso abusivo de drogas, com estratégias voltadas para a redução dos fatores de riscos específicos e fortalecimento dos fatores de proteção e a disseminação de informações qualificadas sobre drogas;

2) Formação, pesquisa e divulgação de temas relacionados às drogas e suas consequências, com atenção integrada nas situações de uso indevido e/ou dependência de drogas, com o devido encaminhamento a estruturas de tratamento da rede que compõe o serviço;

3) Reinserção social, com serviços de acolhimento e cuidado aos dependentes químicos em situação de vulnerabilidade social, suporte e projetos de intervenção institucionais, como atendimento interdisciplinar aos jovens acautelados nas unidades do IASES, parceria com o Escritório Social, que atende os egressos do sistema prisional, além de outras parcerias com instituições que facilitam a reinserção dos pacientes no mercado de trabalho;

4) Municipalização, estimulando a criação e fortalecimento dos Conselhos Municipais e dos Fundos Municipais sobre Drogas, promover e facilitar eventos e seminários entre instituições, realizar convênios, acordos, contratos e ajustes entre os entes governamentais e instituições e manter um cadastro, na área de dependência química, das informações referentes ao serviço, para consulta e acesso pelos municípios.

Assim, em seus documentos, o PROVIV informa que as suas atuações têm por objetivos sensibilizar os diversos atores políticos para as necessidades de desenvolver ações concretas junto a população, visando a redução das vulnerabilidades associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, fomentar



capacitações, formações continuadas com os diferentes atores municipais para implantação de ações preventivas. Ainda, busca identificar e fortalecer os projetos e programas municipais existentes, visando a articulação das ações e a viabilização do acesso da população as diferentes políticas sociais. Por fim, pretende fortalecer os serviços especializados de atendimento ao dependente químico, propiciando um serviço qualificado e articulado aos programas governamentais existentes.

O Núcleo Integrador da Rede (NIR) configura-se como um equipamento da Coordenação Estadual sobre Drogas, e está ligado as ações do Programa Integrado de Valorização à Vida, sendo a porta de entrada do dependente químico e sua família, aos serviços ofertados pelo PROVIV. É um local público, localizado na capital do Estado do Espírito Santo, onde são oferecidos atendimentos de assistência social, aconselhamento terapêutico, psicologia e medicina, com o objetivo de ampliar as oportunidades de cuidado/tratamento aos dependentes químicos que estejam em sofrimento devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas e apoio às suas famílias. Além disso, o NIR realiza avaliação, encaminhamento, monitoramento e acompanhamento dos pacientes direcionados à Rede de Atenção Psicossocial e às Comunidades Terapêuticas. São atendidos os adictos e seus familiares, no Estado do Espírito Santo, que sofrem em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas.

O PROVIV através do Núcleo Integrador da Rede tem articulado as ações de prevenção, tratamento e reinserção social através do desenvolvimento de projetos específicos focados em dada clientela ou situação demandada. Nessa categoria são executados pelos profissionais atuantes do NIR e da Coordenação Estadual Sobre Drogas (CESD) diversos projetos também vinculados ao Judiciário e ao Executivo, a citar alguns:

- 1) O Escritório Social: este projeto é uma proposta de acolhimento e suporte às necessidades dos egressos do sistema penitenciário que são encaminhados pelo Escritório Social com demanda de orientação e/ou acompanhamento quanto ao uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Estes pacientes são atendidos no fluxo de rotina do NIR, percorrendo todas as etapas previstas para qualquer paciente. A importância desta parceria é a possibilidade de reversão de processos de recaída e ou reincidência criminal a esta parcela da população dada sua vulnerabilidade. Poder acolher, orientar e realizar um trabalho de contra referência com o Escritório Social são metas deste projeto.

2) Audiências de Custódia: esta parceria visa garantir o encaminhamento para os locais de tratamento de casos que necessitam de suporte sobre uso abusivo e/ou dependência química que receberam essa diretiva na audiência de custódia. O NIR oferece, da mesma forma que no projeto do Escritório Social a entrada nos fluxos de atendimento e avaliação do NIR, com vistas a evitar a reincidência ou gravidade de atos em decorrência da falta de inserção em tratamentos para dependência química.

3) O IASES: os jovens e adolescentes acautelados do IASES estão sendo acompanhados por uma equipe do NIR composta por Conselheiro Terapêutico, educador físico, psicólogo, assistente social, médico clínico e um médico psiquiatra. Através de um contato semanal que prioriza uma abordagem grupal, rodas de conversa e capoeira o vínculo estabelecido visa ser ponto facilitador para as questões relativas ao uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas, com foco prioritário na construção de um projeto de vida, com o suporte clínico das especialidades médicas. A importância desta parceria reflete o eixo da ressocialização e a necessidade de quebra do ciclo da exclusão e reincidência do jovem infrator envolvido com as drogas.

### 3. OBJETIVOS

Esta pesquisa teve por objetivo geral analisar a eficácia do Programa Integrado de Valorização à Vida na redução de reincidência criminal de pacientes que participam ou participaram do programa.

Assim, a pesquisa foi pautada nos seguintes objetivos específicos:

- 1) Verificar a formação dos profissionais atuantes no PROVIV;
- 2) Identificar o que os profissionais participantes entendem sobre redução de danos;
- 3) Verificar o grau de satisfação dos agentes envolvidos no Programa;
- 4) Analisar os documentos referentes ao Programa Integrado de Valorização à Vida (PROVIV), buscando identificar sua forma de atuação, suas metas e seus resultados, conforme o protocolo de registro apresentado no Quadro 1;
- 5) Caracterizar os pacientes que foram inseridos no PROVIV a partir do ano de 2015, com base no quadro de recepção fornecido pelo Programa;
- 6) Identificar questões ligadas ao encaminhamento (crime, droga ilícita) e ingresso dos pacientes entrevistados ao PROVIV;
- 7) Identificar, na perspectiva do paciente, o que mudou em sua vida após o ingresso no Programa;
- 8) Verificar o grau de satisfação dos pacientes envolvidos no Programa;
- 9) Levantar os indicadores de reincidência criminal dos pacientes participantes junto aos registros processuais do Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo;

10) Verificar se as medidas adotadas pelo Programa Integrado de Valorização à Vida junto aos pacientes com implicações penais proporcionaram uma efetiva redução na reincidência criminal dos pacientes participantes.

## 4. MÉTODO

Optou-se pela realização de um estudo qualitativo, tendo em vista a subjetividade que circunda o trabalho. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimentos até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa:

“[...] se preocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1999, p. 21).

Ainda, em sua obra enfatiza que o processo da realização de uma pesquisa consiste na forma de alcançar o objeto, podendo este ser redefinido no decorrer do exercício e com as situações vivenciadas. Assim, as pesquisas qualitativas devem:

“[...] considerar sujeitos de estudo: gente, em determinada condição, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação” (MINAYO, 1999, p. 22).

O modelo para construção das categorias empíricas foi o método hermenêutico-dialético apresentado por (MINAYO, 2006), por possibilitar a compreensão a partir dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, enquanto que a dialética estabelece uma atitude crítica ao estudar o dissenso, a mudança e os macroprocessos.

### 4.1 PARTICIPANTES

Delimitou-se, como participantes da entrevista semiestruturada, inicialmente, profissionais de saúde que atuassem no Programa de Valorização à Vida (PROVIV), e pacientes em tratamento no programa que já tiveram implicações criminais relacionadas ao uso de drogas ilícitas. Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: profissionais e pacientes do PROVIV que participam do serviço a

partir do ano de 2015, por se tratar de um período em que o programa passou a atuar com uma nova configuração; ainda, para os profissionais, foram selecionados apenas aqueles que acompanharam os pacientes do programa, em tratamento, por um tempo mínimo de seis meses, tempo sugerido pela própria coordenação do programa para que o profissional entrevistado já tivesse um mínimo de familiaridade com o serviço realizado.

Fazem parte do referido serviço, as seguintes categorias profissionais: auxiliar administrativo, técnico de enfermagem, conselheiro terapêutico, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, médico clínico, médico psiquiatra, nutricionista, educador físico e técnico de nível superior. Inicialmente, buscava-se entrevistar ao menos dois profissionais de cada especialidade, no entanto, devido à dispersão da equipe pelos vários setores que compõem a rede de parcerias intermediadas pelo NIR, foram entrevistados apenas os profissionais disponíveis e atuantes na sede do PROVIV, em Vitória/ES.

Quanto aos pacientes entrevistados, foram selecionados aqueles que faziam o acompanhamento no programa há, no mínimo, seis meses, seguindo o prazo sugerido pela coordenação do serviço, que tivessem 18 anos completos ou mais e que alegassem já terem praticado delitos cometidos em razão do uso de drogas ilícitas.

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Vila Velha e aprovada em 24/10/2018, no parecer nº 2.979.214. Devido à obrigatoriedade do cumprimento das exigências normativas aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a pesquisa de campo somente se iniciou após a aprovação. Os sujeitos convidados a participar do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), os quais foram assinados após manifestarem o desejo de participarem da pesquisa.

#### 4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Para a coleta de dados foram utilizados dois roteiros de entrevista semiestruturada, que combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas: um, destinado aos profissionais atuantes no PROVIV e, o outro, aos pacientes do programa que tiveram envolvimento criminoso em decorrência do uso de drogas ilícitas. Segundo Minayo (1992), a entrevista é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo, pois nesta o pesquisador busca informações contidas nas falas dos atores sociais; uma vez que a entrevista não se pretende a uma conversa despretensiva e neutra, pelo contrário, nesta busca-se dados oferecidos por alguém que vivência uma determinada realidade. E, ainda sobre a importância da entrevista:

“Mesmo que o pesquisador já domine questões da história que indaga e muito embora cada participante já tenha para si uma história guardada, por ocasião da entrevista, como retomada deliberada e provocada dessa história, ela será efetivamente refeita: pelo entrevistado, através de associações, repetições ou desqualificações de idéias e nexos que se constroem no presente da entrevista; pelo pesquisador, na dinâmica do relato – pelos fatos que este traz e em seu encadeamento, totalmente originais, na narrativa” (SCHRAIBER APUD PEDUZZI, 1998, p.68).

A entrevista é o recurso mais usual no trabalho de campo, e é especialmente adequado para obter informações sobre o que as pessoas sabem, acreditam, esperam, sentem e desejam fazer, bem como suas justificativas e representações a respeito desses temas.

Ainda, segundo Norbert Elias que trabalha com a noção de habitus numa abordagem configuracional (ELIAS, 1994), em que a sociedade e os grupos são vistos como espaços de interações e de redes intercomunicantes. As relações entre os indivíduos ocorrem sempre de maneira interdependente, ou seja, conformando identidades pessoais e sociais.

As entrevistas foram gravadas para garantir a fidedignidade das respostas. O termo colaborador é importante na definição do relacionamento entre entrevistado e entrevistador, uma vez que estabelece uma relação de afinidade entre as partes, essencial para o bom desenvolvimento do estudo. As entrevistas junto aos pacientes e os profissionais do programa seguiram os roteiros apresentados nos Quadros 2 e 3,

respectivamente. A análise dos documentos apresentados pela Coordenação do PROVIV se deu conforme os critérios do protocolo de registro apresentado no Quadro 1.

Para coletar os dados de reincidência criminal, foram realizadas pesquisas no Sistema de Consulta em Bases Criminais do ES (SISCRIM), que é uma base de dados resultante da integração das seguintes bases de informação: folha de antecedentes criminais, presos provisórios, processos criminais de 1ª e 2ª instância, execuções penais, mandados de prisão e presos condenados, alimentados pelos seguintes órgãos: Superintendência de Polícia Técnico-Científica, Polícia Civil, Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social, Tribunal de Justiça, Serviço de Polícia Interestadual e pela Secretaria de Justiça.

O acesso ao sistema se deu pelo site do Tribunal de Justiça do Estado do Espírito Santo (TJES), no sítio na internet [www.tjes.jus.br](http://www.tjes.jus.br), na sua intranet, que é acessada mediante senha. Nesta etapa, foram lançados os nomes dos pacientes do serviço do PROVIV, com base nas documentações de registro fornecidos pelo programa, utilizando-se de outras informações cadastrais, tais como o CPF e nome da mãe para evitar a incidência de homonímia. É importante salientar que, nos termos do art. 5º, LVII da Constituição Federal, são considerados possuidores de antecedentes criminais apenas os réus que possuem contra si sentença penal condenatória transitada em julgado.

A caracterização dos pacientes foi traçada com base nos documentos de registro fornecidos pelo programa, que delimitam o sexo, idade, grau de escolaridade e se estão em situação de rua.

O Protocolo de Registro teve o fito de coletar nos documentos fornecidos pelo PROVIV os dados referentes às questões norteadoras do serviço desenvolvido. Para tanto, o foco se deu em como o programa expõe seus objetivos e sua metodologia de trabalho, por meio das atividades desenvolvidas. Por fim, foram verificados os critérios de avaliação dos resultados obtidos pelo PROVIV, com base na documentação



disponível. Para tanto, foi utilizado um protocolo de registro, conforme descrição a seguir.

**Quadro 1 – Protocolo de Registro**

Questões Analisadas	Dados Obtidos
Objetivos	
Metodologia de Trabalho	
Critérios de Avaliação dos Resultados	

As questões destinadas aos pacientes pretendem verificar a relação entre a dependência de drogas ilícitas e a prática de crimes, bem como suas perspectivas de reincidência após o tratamento.

**Quadro 2 – Roteiro de entrevista aplicado junto aos pacientes:**

Objetivos	Questão do roteiro
-----------	--------------------

<p><b>Objetivo 6.</b> Identificar questões ligadas ao encaminhamento (crime, droga ilícita) e ingresso do paciente ao PROVIV.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Há quanto tempo frequenta/frequentou o PROVIV?</li> <li>2. O que o trouxe ao programa PROVIV?</li> <li>3. Explique como tem sido/como foi a sua experiência com o tratamento proposto pelo PROVIV?</li> <li>4. Quais são suas expectativas com o tratamento proposto pelo PROVIV? Por que?</li> <li>5. Você tinha alguma expectativa quanto ao tratamento, ao entrar no programa?</li> <li>6. Há quanto tempo utiliza/utilizou drogas ilícitas?</li> <li>7. Qual droga utiliza/utilizou?</li> <li>8. O que o levou ao uso da(s) droga(s)?</li> <li>9. Praticou algum crime por conta do uso de drogas ilícitas? Em caso positivo, qual crime praticou?</li> <li>10. O que o motivou a cometer o crime apontado?</li> <li>11. Praticou outros crimes? Quais?</li> </ol>
<p><b>Objetivo 7.</b> Identificar, na perspectiva do paciente, o que mudou em sua vida após o ingresso no Programa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Após o ingresso no programa, você acha que alguma coisa mudou?</li> <li>13. Em caso positivo, o que mudou? Ao que você atribui essa mudança?</li> <li>14. Como você avalia o seu autocontrole em relação ao uso da droga ilícita, considerando a sua situação anterior ao ingresso no Programa e a sua situação atual?</li> <li>15. Você praticou algum ilícito em razão do desejo de usar droga após o ingresso no PROVIV?</li> <li>16. Em caso positivo, o que o levou a praticar esse ato?</li> <li>17. Voltaria a praticar crimes para satisfazer seu desejo de utilizar drogas ilícitas?</li> </ol>

<p><b>Objetivo 8.</b> Verificar o grau de satisfação dos pacientes envolvidos no Programa;</p>	<p>18. Sente-se satisfeito com os resultados do PROVIV? Por que?</p> <p>19. Ter participado do programa lhe trouxe algum benefício ou prejuízo? Qual?</p> <p>20. Você acha que o programa tem algo a melhorar?</p> <p>21. Caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior, explique qual seria a melhoria.</p> <p>22. Considerando as experiências que você tem, hoje, com o programa; se você pudesse voltar no tempo, você participaria do programa novamente? Por quê?</p>
--	--

As perguntas elaboradas para os profissionais atuantes no programa PROVIV tem como objetivo analisar a percepção do facilitador acerca da política de Redução de Danos onde atuam, verificar suas experiências com os pacientes envolvidos em crimes relacionado ao uso de drogas ilícitas.

**Quadro 03** – Roteiro de entrevista aplicado junto aos profissionais atuantes no PROVIV:

Objetivos	Questão do roteiro
<p><b>Objetivo 1.</b> Verificar a formação dos profissionais atuantes no PROVIV.</p>	<p>1. Idade, estado civil, grau de instrução, formação profissional, tempo de atuação profissional, se possui vínculo empregatício e o tempo de atuação no PROVIV.</p>
<p><b>Objetivo 2.</b> Identificar o que os profissionais participantes entendem sobre redução de danos.</p>	<p>2. O que você entende por estratégia de redução de danos?</p> <p>3. Você teve alguma formação específica no que se refere à política de redução de danos?</p> <p>4. Caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior, explique os contextos em que isso se deu.</p>

	<p>5. Você identifica a redução de danos na abordagem do PROVIV?</p> <p>6. Em caso positivo, de que forma?</p>
<p><b>Objetivo 3.</b> Verificar o grau de satisfação dos agentes envolvidos no Programa</p>	<p>7. Você se sente satisfeito com os resultados alcançados pelo PROVIV? Por que?</p> <p>8. Você acha que o programa tem algo a melhorar?</p> <p>9. Caso tenha respondido afirmativamente a questão anterior, explique qual seria a melhoria.</p>

Foram considerados para a coleta de dados instrumentos metodológicos como a entrevista semiestruturada dos pacientes e dos profissionais do Programa Integrado de Valorização à Vida (PROVIV) no exercício de suas atividades. A entrevista semiestruturada teve fontes primárias como dados de identificação e contemplou questões abertas sobre o tema, realizadas no segundo semestre de 2018 e no primeiro semestre de 2019.

Assim, desde o início da pesquisa até a elaboração desta análise dos dados teve os seguintes passos operacionais:

- 1) Definição do tema, do problema e do objetivo de pesquisa;
- 2) Revisão de literatura sobre o tema;
- 3) Levantamento de suposições para o problema investigado, que se deu durante o andamento da pesquisa até seu final;
- 4) Definição dos meios para a coleta de dados, o que foi feito por meio de pesquisa documental, com base nos arquivos fornecidos pelo PROVIV e por meio de entrevistas semiestruturadas;
- 5) Aplicação das entrevistas semiestruturadas;

- 6) Leitura do conteúdo das entrevistas, destacando os pontos relevantes à pesquisa desenvolvidos pelos entrevistados;
- 7) Leitura dos arquivos e documentos fornecidos pelo programa para preenchimento do Protocolo de Registro;
- 8) Definição das categorias para análise, com base nas questões centrais abordadas pelos entrevistados submetidos às entrevistas semiestruturadas;
- 9) Transcrições e discussões acerca dos depoimentos colhidos nas entrevistas semiestruturadas;
- 10) Caracterização dos pacientes do serviço com base nas informações documentais fornecidas pelo PROVIV;
- 11) Análise acerca da reincidência criminal dos pacientes inseridos no programa, por meio de técnica estatística simples, com base no documento de inscrição apresentado pelo PROVIV;
- 12) Análise e discussão acerca da eficiência do PROVIV, confrontando as informações do Protocolo de Registro com os relatos obtidos nas entrevistas;
- 13) Elaboração do relatório final de pesquisa, pautados no cumprimento dos objetivos gerais e específicos.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS E DA COLETA DOCUMENTAL**

### **5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS**

Inicialmente, cumpre ressaltar que, em razão do sigilo quanto à identidade dos participantes, firmado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), foram omitidas as informações que denotassem ou facilitassem a identificação dos entrevistados. Ao todo foram entrevistados 20 profissionais do PROVIV, dos quais, após as inquirições iniciais da entrevista, apenas 10 se adequaram aos critérios anteriormente definidos nesta pesquisa. Foram também entrevistados 15 pacientes que frequentavam o PROVIV, dos quais apenas 3 se enquadraram no recorte deste estudo, pois 8 deles não frequentavam o programa pelo tempo mínimo estabelecido, de seis meses e outros 4 declararam nunca terem praticado qualquer tipo de delito.

Ainda, optou-se por omitir completamente a sigla e a profissão dos entrevistados, visto que tal informação poderia facilmente levar à sua identificação, dado o contexto no qual as respostas se apresentavam. Assim, os referidos interlocutores serão apresentados apenas como “Profissional” ou “Paciente do serviço”, seguido de uma numeração empregada a eles apenas por um critério de organização, sem qualquer relação direta com a ordem em que as entrevistas foram coletadas.

As entrevistas foram coletadas no Centro de Acolhimento e Atenção Integral sobre Drogas, um setor público que visa à articulação em rede e encaminhamento de demandas da população capixaba, localizado no bairro Centro do município de Vitória/ES. Os contatos do pesquisador com os entrevistados se deram durante o expediente de trabalho do setor, com a autorização do coordenador do setor e conforme a disponibilidade do profissional ou paciente, de forma discreta, em ambiente reservado e sem interromper nenhuma etapa do serviço prestado.

Isto posto, quanto às informações coletadas na entrevista semiestruturada aplicada aos profissionais do PROVIV, foram três os temas principais, pertinentes à discussão, que emergiram:

- 1) Noções dos profissionais sobre a política de Redução de Danos;
- 2) A Redução de Danos e a abstinência na atuação do PROVIV;
- 3) As impressões e necessidades do PROVIV.

Nas entrevistas coletadas junto aos pacientes do PROVIV que atenderam os critérios desta pesquisa, outros dois tópicos relevantes à análise surgiram:

- 1) A relação dos pacientes com os crimes e as drogas;
- 2) As experiências dos pacientes com o PROVIV.

Assim, serão a seguir apresentados os tópicos acima relacionados, ponto a ponto, com recortes fidedignos dos depoimentos prestados pelos profissionais e pacientes, seguidas das discussões pertinentes e estruturadas na fundamentação teórica desta dissertação.

Para melhor preservar o contexto dos argumentos apresentados, as transcrições se deram de forma integral, com eventuais recortes para eliminar os trechos que possibilitariam a identificação dos entrevistados. As considerações dos profissionais e dos pacientes serão dispostas em sequência para uma melhor visualização e aglutinação de ideias, que serão discutidas ao final dos respectivos temas.

### **5.1.1 Noções dos profissionais sobre a política de redução de danos**

este momento da entrevista, os profissionais entrevistados foram questionados acerca do que sabiam a respeito de Redução de Danos, com base em suas experiências pessoais e profissionais.

**Profissional 1:** *estratégia de redução de danos é uma proposta que veio do Governo Federal para o Brasil todo, que é tentar minimizar o sofrimento da pessoa com a droga, ou seja, a pessoa criar possibilidade para que a pessoa possa afastar total, ou parcialmente o uso de drogas e uma estratégia. Nas minhas duas formações, capacitações, na especialização eu trabalhei muito nisso, redução de danos, como ela chegou, como ela surgiu, eu via, o curso que eu fiz sobre sistema de saúde, quando implantou os cabos, como é que era a proposta dela que era reduzida a troca de seringas, essas coisas todas, e hoje ela tomou outra dimensão.*

**Profissional 2:** *redução de danos no nosso ambiente de trabalho é algo recente né, até então não se trabalhava tanto com essa política como no momento, a gente começou a trabalhar muito mais com redução de danos de um certo período pra cá, inicialmente a gente não trabalhava, não via tanto, principalmente com esse olhar de redução de danos. Então, redução de danos são formas de buscar trazer aquele sujeito de novo para a sociedade, independente do uso de drogas, mas que ele possa contribuir não só socialmente, não só economicamente, mas que ele possa retomar a sua vida mesmo fazendo o uso de drogas, ou seja, tentando reduzir o dano mesmo, propriamente, de uma forma que ele consiga manter uma vida.*

**Profissional 3:** *na verdade o que eu entendo como redução de danos é minimizar tudo que envolve o uso de drogas, tanto uso compulsivo quanto o que tá no entorno e eu conheci um trabalho de São Paulo que foi até o senhor que veio, esqueci o nome dele, que fez um trabalho que fez uma palestra na UFES, e ele estava colocando isso que redução de danos é a mudança de uso.*



*Apesar de ser uma coisa muito nova aqui para gente, a PROVIV nunca trabalhou com redução de danos, desde o início a finalidade aqui para gente nunca foi redução de danos.*

*A gente tem essa dificuldade do entendimento da redução de danos e pelo que eu entendi não é a troca de uma substância pela outra que todo mundo acha - parou de usar crack então agora vai usar maconha para minimizar e parar de usar o crack - o que ele colocou na palestra é que deve minimizar toda a situação, de uso em geral entendeu? Não necessariamente você vai parar de usar crack, você pode diminuir o uso do crack ou até fazer a mudança da substância, diminuindo todo seu contexto de droga entendeu? Tentando retomar a vida mesmo, ele (o palestrante) colocou isso, retomar a dignidade, tentando retomar a vida sem necessariamente trabalhar a abstinência, entrar no contexto da abstinência a gente tem essa dificuldade porque, no começo quando abriu a Rede Abraço (antigo nome do PROVIV), o tratamento era muito focado na cura da dependência química.*

*Se falava em cura, a gente tinha conselheiros terapêuticos que não eram conselheiros terapêuticos, que eram pessoas que fizeram tratamento e acompanhamento terapêutico sem o suporte profissional adequado, não contemplavam psicólogo, assistente social, a comunidade, mas que como eles chamam de “suporte espiritual” do trabalho, eles conseguiram de alguma forma alcançar abstinência.*

*Eu volto a dizer a gente tinha uns grupos aqui dentro, grupos de famílias, grupos de estudos, mas não se era trabalhada a redução de danos. Quando o PROVIV veio, também veio com uma proposta da abstinência total, uma coisa mais técnica, não era mais aquela história de pão, trabalho e oração, então você não come, ora e trabalha.*

*Ele (o PROVIV) veio com uma proposta de método Minnesota que eram os “12 Passos”, veio com uma proposta mais técnica, com acompanhamento psicológico, com acompanhamento social, e é isso que eu te falo, não que a proposta da Rede Abraço não tivesse efetividade, ela tinha resultados mas, agregou toda uma nova metodologia, pois tem gente que não acredita nos “12 Passos”, tem gente que acredita*

*que a dependência química tem cura, que vai entrar na comunidade terapêutica, que Deus vai ajudar, que ela precisa de espaço para meditar ou orar, trabalhar e ficar fora; que vai sair e tá livre das drogas.*

*Já a outra proposta o que a gente tenta trabalhar, e que a maioria dos profissionais daqui acreditam, é essa percepção de não existir a cura, é uma coisa científica já comprovada, e a gente tenta, através do método Minnesota dos “12 Passos” passar isso para o paciente. Então, esse método ele também prevê abstinência total, ele não trabalha com redução de danos, embora existem pessoas dentro do grupo que não são excluídas por estarem em uso de forma nenhuma, mas a finalidade deles é abstinência total. Vieram com esse método da adicção, questão de não ser só a dependência química, que é apenas a “ponta do iceberg” na questão da compulsão, da necessidade da mudança de comportamento. Hoje vem sendo trabalhado dessa forma com uma proposta terapêutica mais presente com medicação.*

*[...] hoje nós temos médicos mais comprometidos, inclusive com a necessidade do paciente. Eles veem a necessidade da medicação e a gente tem comunidades terapêuticas que acompanham e que já tem preparo para administrar melhor isto, porque tem uma equipe de especialização. [...] Então ele (o serviço) se profissionalizou mais, mas, a questão de redução de danos é complicada, e eu volto a te dizer, os conselheiros terapêuticos, todos eles são ex-dependentes químicos de resultado com a abstinência total, então nós temos um grupo que testemunha o apoio ambulatorial. [...] No grupo, o trabalho de redução de danos se apresenta no intuito de ser aceitável que você diminua o consumo e continue frequentando o grupo, mas o objetivo de tudo ali (no grupo) é a abstinência, entendeu? Não é te deixar à vontade na redução de danos. [...] O paciente vai continuar frequentando o grupo normalmente, vai continuar ouvindo, participando, vai continuar o passo a passo, mas é baseado na leitura dos “12 Passos”, é todo baseado em uma leitura em uma discussão mas o objetivo principal integrante do grupo é abstinência total, pois ele (o grupo) não acredita redução de danos.*

*Então, você entendeu aquela contradição que eu te falei, que se aceita a redução de danos, mas não se trabalha a redução de danos? Pois nós somos um grupo onde você pode ser sincero, pode falar e vai ser aceito mas, o meu objetivo é que você pare de usar droga, pois eu não acho correto que você use maconha entendeu, não vai ser contra você pois não tem problema nenhum. [...] Teve uma vez um embate com um professor (especialista em redução de danos) que foi, assim, enriquecedor, mas sim, ele é um “demônio” para algumas pessoas que tentaram essa questão da redução de danos viu? Teve também essa psicóloga, que estava com a gente, ela pediu transferência e saiu. A sua opinião sobre redução de danos pode ser diferenciada e pode dar certo para mim.*

**Profissional 4:** *primeiro a gente não trabalha com redução de danos.[...] O paciente chega para a gente e fala: “eu quero dar um tempo, amenizar”, às vezes tem alguns problemas na família, e depois “sai fora”. Reduzir e amenizar a situação, eu acho que é “tapar o sol com a peneira”, na verdade, não existe redução de danos. Vai demorar um pouco mais, mas vai voltar tudo, não tem jeito, isso é um fato, a redução de danos que está aí eu não concordo, para mim tem que ser (abstinência) geral, total.*

**Profissional 5:** *bem, naquela época (quando entrou no PROVIV) nem foi trabalhada essa questão, porque falaram que era proibido, só o CAPS que trabalhava né? Mas eu já trabalhei muito com redução de danos [...] por exemplo, se a pessoa fuma crack, cigarro, bebe e a gente tira o crack a gente tenta que ele fique com o cigarro e vai diminuindo isso, diminuir o que sofrimento dele né? Ele sofre porque ele usa isso ou aquilo e a gente tenta que ele use menos, que ele tenha uma atividade, a gente orienta para ele fazer ginástica, natação, fazer alguma coisa que tire essa tensão de usar só a droga e que ele faça uma outra coisa na vida, isso que eu penso que é redução de danos.*

**Profissional 6:** *é muito importante, porque na vida desse paciente que nos procura, ele possui um comprometimento social, sobretudo uma autoestima muito prejudicada. Quando eles passam por uma equipe muito disciplinada, como a do PROVIV, eles*

*começam a ver que existe uma outra proposta, um outro horizonte e que eles são reconhecidos como cidadãos, então no meu entendimento isso ajuda muito para melhora da autoestima e encaminhamento para o mercado de trabalho e inserção familiar, então no meu entendimento é muito importante.*

**Profissional 7:** *a gente até tenta discutir isso né? Eu e a colega (outra profissional). Na realidade é tentar diminuir os prejuízos que a própria substância traz ao indivíduo, que vem em busca do tratamento, se ele parte de uma droga pesada para outra mais leve, uma situação que eu particularmente acho meio complexo de falar se eu concordo ou não, mas desde que eu tire esse paciente de um local de risco, por exemplo, a pessoa que faz o uso do crack.*

**Profissional 8:** *com base na minha experiência, antes de trabalhar aqui no PROVIV eu trabalhava no CAPS também e no meu ponto de vista, pela experiência que tenho, não sou a favor redução de danos. No meu ponto de vista a redução de danos não é uma ação eficaz para o tratamento. É muito cômodo trocar a cocaína pela maconha, ou então trocar todas as minhas substâncias por um chá milagroso, então eu não vejo uma saída eficaz.*

**Profissional 9:** *não é muito a “nossa política” porque nós trabalhamos mais com abstinência total, mas depende, cada caso é um caso né? Dependendo do paciente, vamos dizer se ele está no uso abusivo do crack e faz uso também da maconha, então trabalhamos a retirada do crack e, esporadicamente, o vício da maconha. Isso porque alguns pacientes têm dificuldade em largar todas as substâncias, então trabalhando na redução vai diminuindo o uso da maconha, até ele determinar uma data para deixar também a maconha.*

**Profissional 10:** *se um dos meus pacientes, que eu atendo hoje em dia, é um paciente que faz o uso compulsivo de crack e rouba a mãe, puder parar com isso e ficar fumando um “baseado”, para mim tá tranquilo, não importo com isso, ele vai trazer menos prejuízo para a sociedade, a minha visão é essa. Não que eu concorde com*

*isso, porque para mim não funciona, [...] mas para outras pessoas funciona e eu acho isso bacana.*

A partir dos relatos apresentados, é possível constatar uma discrepância entre os profissionais atuantes no PROVIV, que ora reconhecem na estratégia de redução de danos, ora a condenam prontamente com base em um raciocínio de ineficiência. A fala de alguns profissionais sugere um conhecimento superficial do que seria a proposta interventiva pautada na redução de danos.

É possível traçar uma linha temporal quando, antes, na antiga Rede Abraço, a política de RD era um “tabu” a ser evitado e, apenas recentemente, nas novas gestões do PROVIV, permitiu-se discutir junto aos trabalhadores daquele serviço os recursos dessa ferramenta, que, com base nos relatos elencados, ainda é mal vista e percebida como uma inimiga da abstinência total.

Parte-se do pressuposto que o consumo caminha sempre no sentido de um uso dependente ou, pelo menos, problemático e por isso seria necessário evitar que um primeiro uso ocorra. Considerando que nenhuma forma de consumo é tolerada, a RD é tomada tão somente como uma estratégia para se chegar aos pacientes que não aceitam os tratamentos voltados para a abstinência, sendo denominada por alguns autores de prevenção secundária ou terciária. Vem da psiquiatria contribuição significativa dessa concepção. Os sujeitos são concebidos como passivos diante do uso, frágeis, incapazes de se adaptar socialmente às normas e regras sociais e nesse sentido ficam subjugados e cooptados pelo poder da droga, não conseguem escapar do caminho determinista de, iniciado o uso, tornar-se dependente (CARLINI ET AL., 2003).

Nesse sentido, os conceitos e estratégias parecem se orientar para afastar a droga do indivíduo ou o indivíduo da droga, pois o entendimento é que essa relação sempre vai ter como fim último a dependência. Essa forma de conceber o sujeito tem servido de justificativa para a manutenção de respostas conservadoras e autoritárias

(BRITES, 2006) oferecendo suporte para a criminalização do consumo de um conjunto de substâncias psicoativas, mas que também tem sido suporte para as políticas em relação às drogas lícitas.

Foi mencionado ainda a “demonização” de um especialista em RD, por parte de alguns profissionais do programa, que ainda resistem à penetração desta estratégia nos tratamentos. Tal reação evidencia a dificuldade em ajustar determinados paradigmas no treinamento de quem, em tese, deveria absorver e reproduzir esta prática e que, infelizmente, não é capaz de fazê-lo.

Essa dificuldade em se apreender os conceitos e as ferramentas oferecidas pela RD é ainda reforçada pelas próprias Comunidades Terapêuticas, que se opõem por completo a qualquer outra perspectiva que não a abstinência total e isso se dá pelos seus próprios interesses, tanto políticos quanto econômicos. Leal, Santos e Jesus (2016) discorrem a respeito:

“Isso encontra eco no imaginário popular que sonha com soluções mágicas e rápidas, e não incomum é o desejo do afastamento do convívio social destes usuários que algumas vezes possuem comorbidades, estão em situações ilegais e, em muitos casos, em situação de marginalidade social. A internação nesses espaços dificulta, portanto, a possibilidade de um novo percurso por linhas mais qualificadas e produtivas. E a partir da concepção religiosa que possuem a respeito do consumo de drogas pelo indivíduo, conforme mencionado, a proposta de tratamento é direcionada para a abstinência total. Não se discute outra abordagem e a perspectiva de redução de danos é, geralmente, rechaçada por seus dirigentes” (LEAL; SANTOS; JESUS, 2016, p.42)

O Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2018), resultado de visitas em diversas instituições de internação para usuários de drogas no país constatou indícios de tortura, cárcere privado, violação de sigilo de correspondências dos internados, irregularidades envolvendo internações compulsórias, violação da liberdade religiosa dos pacientes, condições sanitárias inadequadas, violação às normas sobre os períodos de internação, administração irregular de medicações, dentre outros tantos problemas detalhados pelos pesquisadores.

### 5.1.2 A redução de danos e a abstinência no PROVIV

Outro tema recorrente, já previamente tratado no tópico anterior por alguns dos entrevistados, foi aprofundado em outra ocasião, quando foram questionados se eles identificavam, nas práticas do PROVIV, as práticas decorrentes da estratégia de Redução de Danos:

**Profissional 1:** *nosso tratamento aqui pode ser via ambulatório, a pessoa vem uma vez por semana conversa com a psicóloga, participa dos grupos, e nesse tipo de tratamento a pessoa pode continuar usando, então às vezes essas pessoas optam por esse tipo de redução, parando com o crack, mas continuam com a bebida, com o tabaco, ou até mesmo com a maconha. Então no ambulatório não se visa obrigatoriamente a abstinência. O outro tipo de tratamento que a gente proporciona é o acolhimento, a internação e esse, necessariamente, deve existir a abstinência total, porque a pessoa vai para um ambiente protegido de drogas a consciente disto. La não vai poder usar drogas, vai seguir com as normas. Na realidade, no fim, a gente visa a abstinência.*

**Profissional 2:** *eu acho que ainda é algo deficiente que precisa ter um olhar mais cuidadoso, não só com uma questão de treinamento (dos profissionais), mas um olhar mais profissional mesmo, livre de preconceitos em relação a isso, porque ainda existe muito preconceito. A gente julga a questão da redução de danos como algo ineficiente mas, as vezes o profissional nem conhece e nem sabe do que se trata, a maioria usa o senso comum, acha que redução de danos ainda é aquela questão de distribuir seringas, camisinhas, não é só isso, eu entendo um pouco disso pois eu já estudei a respeito e aqui sinto falta em trabalhar um pouco mais na linha da redução.*

*Aqui, de forma geral, se visa muito mais a abstinência total do que a redução de danos, por causa do preconceito, até mesmo pelo profissional, isso é o que eu percebo, é o meu olhar. Falta melhorar a questão de redução de danos, e tudo isso deveria ocorrer por um treinamento, capacitação de quem trabalha aqui.*

**Profissional 3:** *eu não vejo atuação de redução de danos aqui. Existe, no primeiro atendimento uma avaliação inicial e em alguns casos eu avalio se ele (o paciente) tem vontade de cessar o uso de todas as drogas. Mas quando a gente encaminha para o tratamento, temos em mente que seria o grupo tem uma abordagem com objetivo na abstinência.*

*Eu não vou comprometer sua pesquisa, sendo bem sincera, porque eu sei que se eu der uma informação errada, amanhã ou depois será pior. Mas eu acho que se vier um dado diferente do que se espera, que ele venha como um estímulo para melhoria do serviço, para mudança, eu acho que essa é uma boa finalidade, entendeu? Não tava tudo “limpo” na época da Rede Abraço, onde você montava uma comunidade terapêutica, que pega o dinheiro do governo. É claro, vai ter o custo com água com energia, mas vamos botar beliches porque não precisa de conforto e pronto.*

*Quem cozinha é quem tá internado lá, quem planta é quem tá internado lá, quem reforma é quem tá lá, entendeu? Se eu quero fazer uma comunidade terapêutica então, eu vou hospedar os pacientes em contêiner, como já aconteceu e pronto. Tudo lá é considerado laborterapia. Eu não discordo da laborterapia, mas também não acho muito honesto esse método, o aproveitamento da mão de obra desse jeito. Às vezes lá só isso como terapia, não tem aquela proposta de ir com assistente social e psicólogo na comunidade, a linha de pensamento do gestor da comunidade terapêutica bate de frente com a linha de frente dos psicólogos e da assistente social, que às vezes não conseguem trabalhar. Alguns desses gestores vem com a proposta “água, trabalho e oração”, elas (assistentes sociais) com a proposta técnica, os psicólogos com a proposta terapêutica.*

**Profissional 4:** *eu não identifico a proposta de redução de danos, aqui a ideia é realmente tratar o sujeito na forma de geral abstinência, total. Alguns aqui até acham que é o cigarro e o álcool que leva as outras drogas.*

**Profissional 5:** *essa abordagem (redução de danos) não é recorrente aqui. O que são praticados são os “12 Passos”, para que a pessoa fique limpa totalmente, que fica*



*em abstinência total. Só tivemos uma vez uma comunidade terapêutica que autorizava fumar cigarro, mas nas outras não.*

*Antigamente aqui a gente não podia nem falar em redução de danos, depois que mudou o secretário, aí que as pessoas aqui começaram a falar disso, porque quando eu cheguei aqui [...] fiquei meio assustada, porque era proibido falar de redução de danos e para mim era algo muito importante, porque era muito difícil pegar uma pessoa que usa muitas drogas e querer que ela largue tudo no mesmo dia, isso é impossível.*

**Profissional 6:** *sim, identifico a aplicação de redução de danos aqui, inclusive tivemos a oportunidade de rever alguns critérios, mas isso foi recentemente. Eu trabalho com a ideia de que droga é doença, um veneno, então aliviamos o processo de desintoxicação com analgésico e outros suplementos, com vitamina B1, complexos de sais minerais, e outros.*

**Profissional 7:** *eu não acho que seja o objetivo aqui. E eu acho não é que a redução de danos acerta quando fala que ele (o paciente) pode ser tratado simplesmente trocando uma substância mais pesada por uma mais leve, eu acho um assunto mais complexo, na minha opinião.*

**Profissional 8:** *não, eu não identifico, tanto que quando eu vim para cá, eu achei isso muito estranho, porque senti que o PROVIV é o “pai” do CAPS, porque no PROVIV a dinâmica e o fluxo de trabalho dele é muito mais amplo. As nossas ações são voltadas para o dependente químico e a gente consegue ver o resultado, mas eu não vejo a redução de danos aqui.*

**Profissional 9:** *sim, meu trabalho é individual com o paciente, uma abordagem individual mesmo, uma terapia que é uma modalidade de tratamento para dependência química. Então aqui dá para identificar, por ter mais tempo com o paciente, a redução dos danos.*

**Profissional 10:** *não, isso não acontece aqui, porque trabalhamos a proposta da abstinência total.*

Mesmo após a legitimação da Redução de Danos como Política sobre Drogas, ainda é possível apontar diversos obstáculos que dificultam a sua consolidação, a disseminação de seus princípios e a sua aplicação na saúde pública. Entre os desafios que a Política Nacional de Redução de Danos encontra, a não aceitabilidade de suas premissas como ação válida para o tratamento de álcool e outras drogas é a que mais se destaca. Uma possível explicação para esse posicionamento advém da construção histórica de que os cuidados em saúde desses pacientes sempre oscilaram entre os cuidados de caráter religioso ou entre os modelos médicos, quase sempre mantendo um posicionamento excludente e segregador (MACHADO & BOARINI, 2013).

Um segundo obstáculo e de grande influência diante das representações sociais construídas sobre a Política Nacional de Redução de Danos são os discursos – demonizantes – a respeito do consumo de drogas que circulam no país. Muitas vezes sustentados pela mídia, com expressões do tipo droga é um caminho sem volta, ou ainda, crack: cadeia ou caixão (PASSOS, 2010), esses discursos acabam por reafirmar a psiquiatrização e a judicialização do uso de substâncias ilícitas, distorcendo e limitando as possibilidades de cuidados a esses pacientes.

Amaral (2013) demonstrou em seu trabalho a extensa diminuição do financiamento para programas de redução de danos nos últimos anos, reflexo da dificuldade em se difundir uma opção diversa da abstinência. Por mais que o PROVIV apresente a proposta de redução de danos como uma nova estratégia de saúde, as práticas que buscam a abstinência – e, portanto, assimilam os usos de psicoativos sempre como potencialmente problemáticos – são as que realmente são aplicadas.

Ocorre que as duas vertentes de abordagem, a abstinência e a redução de danos, se tocam menos do que poderiam na prática e parecem ocupar espaços e tocar indivíduos de maneira colateral, não coincidente. Ou se está de um lado, ou de outro,

o que não deveria ser. Se na teoria existe uma espécie de circuito lógico o qual os indivíduos que ingressam no programa podem trilhar, ao atentarmos para seus deslocamentos concretos é possível perceber que essa perspectiva não existe na prática, pois não parece existir outra opção aos pacientes além da abstinência, única e exclusivamente.

### **5.1.3 As impressões e necessidades do PROVIV**

Com os apontamentos relativos às práticas do programa, foi oportunizado aos profissionais a apresentação de suas satisfações, insatisfações e dos problemas enfrentados pelo PROVIV, no intuito de verificar se os próprios entrevistados conseguiam pontuar as qualidades e as deficiências do programa, constatadas nesta pesquisa:

**Profissional 1:** *não estou totalmente satisfeito com o programa [...] eu acho que no Estado do Espírito Santo estamos em um estado delicado, delicado no seguinte: mudança de governo, o governo praticamente reduziu o investimento ao tratamento de clínica [...] A função do próprio Estado é muito maior do que só clínica, ela tem que trabalhar prevenção, fazer as conferências, articular com a secretaria da educação, falar sobre o álcool e drogas nas escolas, trabalhar a reinserção do paciente, promover o cuidado daqueles que estão em situação de rua, levar para um local e tratar da saúde deles.*

*Acho que o Estado tem muito mais a oferecer do que só a porta de entrada na clínica, então nesse ponto eu acho que falta ainda crescer muito as políticas públicas. Existiam mais três ou quatro gerentes aqui, que eram tratamento, prevenção e restrição, hoje se resumiu a uma gerência que é hospitalização e tratamento, então a função dela ficou resumida a isso, a gente pode pensar em ampliar essas funções em uma mudança administrativa no órgão que eu acho que deve vir aí.*

**Profissional 2:** *eu acho que o serviço tem evoluído bastante, inclusive politicamente, falando e tratando da política sobre drogas e tendo rompido algumas barreiras, como os outros serviços da rede antigamente. O serviço era um pouco isolado, hoje acho que o serviço está avançando nesse sentido de criar mais vínculos, e que o que fazemos aqui dá sim resultados, são frutos que surgem muito lentamente às vezes até passam despercebidos por conta da complexidade, mas estão lá.*

*Quanto aos problemas, bom, sempre há algo a melhorar, inclusive na questão técnica, em relação a uma melhor capacitação (dos profissionais) mas, de forma geral, humanamente falando, eu acho que o tratamento tem sim qualidade, tem se apresentado de forma satisfatória, Mas sempre há o que melhorar.*

**Profissional 3:** *a redução de danos é uma questão tão nova que ninguém aqui tem preparo, talvez só quem tivesse preparo para levar isso adiante, esse conhecimento [...] fossem os psicólogos [...]. O que eu sinto é muita frustração de você (o entrevistador) chegar aqui a gente não tem nada para poder mostrar, não ter um levantamento desses dados. Quando eu cheguei aqui curiosamente eu fiz um levantamento de evasão das comunidades terapêuticas, que tinha aumentado [...] porque antes se você chegasse aqui era internado no mesmo dia, você passava pela avaliação e no mesmo dia pelo médico e era internado, e na unidade terapêutica, [...] mesmo tendo assistente social, psicólogos, em questão de segurança lá tinha muitas fugas, mandado de prisão em aberto, ameaças de traficantes, dívidas de drogas, então na internação, no tratamento acabava surgindo [...] como uma forma de fugir daqueles problemas de situação de rua, todos esses problemas que eram pontuais e estavam ali naquele momento. [...]Je aí, nesse contexto, alguns falam “eu estou ameaçada de morte”, desculpa, você tá ameaçado de morte mas a internação não vai resolver sua ameaça, quem vai resolver sua ameaça é a polícia e a polícia não vai, entendeu então, eu não posso usar também o PROVIV como “estratégia de abrigo”, como estratégia de fuga da violência, neste sentido. Para estas questões existem outros programas que realmente eles não vão procurar. Eu não posso obrigar a pessoa sem que ela esteja com a menor vontade de se cuidar, apenas para fugir porque está ameaçada de morte, então hoje a gente tem esse olhar um*

*pouco mais amplo sabe, sem, tomando muito cuidado porque a maioria deles estão ameaçados de morte, mas gente não pode só achar que todo mundo que tá ameaçado de morte não quer tratar a dependência entendeu? temos que ter um olhar mais amplo.*

*Então, eu acho que a questão da capacitação dos profissionais deveria melhorar, pois hoje ela é bem reduzida, a equipe toda é bem restrita a algumas pessoas entendeu? Então, algumas pessoas monopolizam conhecimento, isso tem que melhorar. Talvez essa questão de redução de danos a gente não conhece porque nunca foi um interesse da administração pública, e ela vem através de legislação.*

**Profissional 4:** *não estou satisfeito, eu acho que ainda falta a sessão da rede pois o PROVIV é um trabalho lindo, mas se não tiver parcerias com os municípios, não adianta muito. A maioria dos municípios do interior não tem nada, nenhum serviço nessa área, saindo aqui o sujeito não tem condições financeiras de voltar e tudo que a gente fez vai por água abaixo. Isso deixa a gente muito triste, então o que mais falta é essa parceria.*

*Ainda, tem a questão da burocracia, porque tudo no governo tem muita burocracia. É muito protocolo, tem que seguir o protocolo e às vezes o protocolo atrapalha são muitas divergências, teria que ser para ontem né? [...] a gente trabalha com muitas pessoas em situação de rua, por exemplo, que estão ameaçadas, [...] a gente não tem esse suporte (da segurança pública). Eu acho, assim no meu ver, que se cada município tivesse um trabalho direcionado a todos os tipos de pessoas, a esses tipos de público, uma equipe mínima né? Eu acho que falta realmente a municipalização, a integralidade dos serviços, deixar essa equipe mínima trabalhando está matando o nosso Estado.*

**Profissional 5:** *eu acho que a gente faz um bom trabalho aqui, acho que melhorou muito, não sei se é por causa da equipe mesmo que foi melhorando. Quando eu entrei aqui tinha pessoas que tinham muito pouco tempo formadas, não tinham experiência nenhuma de tratamento contra dependência química né? [...] E aí eu acho que foram*

*colocando as pessoas com mais experiência e foi melhorando, por um tempo nós tivemos capacitações que fazíamos toda sexta, falando sobre drogas sobre dependência, sobre o que acontecia nas famílias dos pacientes, e eu acho que isso foi melhorando o trabalho.*

*Agora, nós perdemos um convênio com HPM e não temos para onde mandar os pacientes para fazer a desintoxicação, para o paciente com uso muito intenso de droga e para uma comunidade terapêutica isso é um risco, porque eles não têm recursos, podem dar um surto e não tem médico, não tem enfermeira. [...] Então não sei o que nós vamos fazer com os pacientes que faziam a desintoxicação e o trabalho que a gente fazia também.*

**Profissional 6:** *estou satisfeito, o motivo maior é o acolhimento, a partir do momento em que o paciente retorna na primeira visita, na primeira entrevista ele volta na segunda, volta na terceira, já nos deixa feliz, porque é sinal que ele está querendo, tá buscando uma transformação e uma reforma íntima na vida dele. Alguns deles não têm moradia, a moradia deles é na rua, com todas as agressões, a partir do momento que nós conseguimos retirar esse morador de rua e ele vem para o programa e se senta naquela sala de espera junto com outras pessoas, que não são moradores de rua mas gente diferente deles, e que eles observam que eles são tratados como seres humanos e dignos, eles também já começam a refletir que eles estão sendo tratados adequadamente, e para nós isso é muito gratificante talvez mais ainda do que o prazer de eles estarem se sentindo acolhidos. [...] Mas poderíamos melhorar muito com parcerias de internação se a rede pública abraçasse a causa.*

**Profissional 7:** *eu estou satisfeito, mas acho que tem muita coisa que tenha melhorado, na realidade, só o poder público olhando com um olhar mais sensível mesmo, só tende a melhorar. [...] Nós temos uma questão de profissional da área da psiquiatria, no meu entender ele deveria ter uma carga horária maior, para poder atender os pacientes com mais frequência [...] porque a demanda não tem diminuído, só aumentado.*

**Profissional 8:** *eu não fico satisfeita com a rede, porque a gente tem uma dificuldade muito grande em ter uma resposta, um feedback da rede que a gente precisa. [...] nós precisamos da rede de Segurança Pública, nós precisamos da rede do judiciário, nós não temos feedback, não temos uma outra referência do tipo o paciente que chegou até aqui. Se ele foi encaminhado ao judiciário a gente encaminha todo o nosso processo para o judiciário e nós não temos retorno, a gente não sabe como que está a vida desse paciente. [...] nós não temos um feedback para saber se está vivo. [...] Então o PROVIV deveria, no meu ponto de vista, criar equipe porque a gente entende que a equipe que tá hoje não dá conta de fazer essa busca, então deveria ampliar a equipe para que existisse essa possibilidade.*

**Profissional 9:** *estou satisfeita, principalmente no ambulatório, que tem uma adesão de mais ou menos 80%, são poucos que não aderem, então eu me sinto muito satisfeita porque eu já trabalhei em outros programas que não tinham essa decisão, então quando o paciente chega no PROVIV, ele chega disposto para o tratamento mesmo, às vezes vem pelos braços da família, da esposa, mas, devido às informações que ele tem aqui dentro ele fala: “não, eu tenho que fazer o tratamento por mim e não pela minha família”.*

*O que poderia melhorar seria em abrir um espaço para essas informações, trabalhar prevenção, trabalhar com adolescentes né? Pré-adolescentes para que não chegue a ter a dependência química, então eu noto observo, não só aqui no serviço, mas em outros espaços, principalmente na educação, que falta trabalhar prevenção.*

**Profissional 10:** *satisfeito sim, mas claro que tem coisas que podem melhorar, todo serviço tem, mas eu acho que é um serviço bem bacana e tá funcionando. [...] quando a gente fala de dependência química nós estamos falando de pouco resultado, infelizmente, principalmente no Brasil. [...] Poderia melhorar sim, mas eu acho que o serviço de dependência química no Brasil todo pode melhorar, mas eu gosto muito do serviço daqui.*

*Eu acho que a uma melhoria seria a presença de mais um psiquiatra aqui, porque a gente tem a segurança de, antes de mandar para a comunidade terapêutica, passar pelo psiquiatra e às vezes a demanda é maior do que o psiquiatra pode atender e aí o paciente precisa entrar na fila de espera para poder ser atendido [...] para depois ir para comunidade terapêutica. E quando eu falo hoje é que as vezes o paciente está ameaçado de morte no município, está com todo aquele problema das drogas na comunidade dele e se tiver que esperar, ele pode morrer, ele pode ser preso, pode acontecer uma série de fatores. E aí ele tem ainda que esperar para passar pelo psiquiatra, então se tivesse uma carga horária maior ou um outro psiquiatra, ajudaria bastante.*

A proposta do NIR prevê a participação de instituições filantrópicas, religiosas e governamentais em auxílio mútuo, em uma articulação supostamente eficiente, o que geralmente não acontece, com base nas informações prestadas pelos profissionais. Para que as estratégias da Política Nacional de Redução de Danos sejam compreendidas e efetivamente praticadas, é de grande importância o entendimento do trabalho em rede. O conceito de redes, então, pode ser compreendido como o conjunto de atores, que incluem os profissionais, as instituições, os grupos comunitários, os pacientes de serviços e seus familiares, que se comunicam e agirão de maneira articulada a fim de garantir a integralidade das ações e de desenvolverem soluções para determinadas necessidades (MACHADO, 2009).

No entanto, segundo Siqueira (2014), existe certa limitação nessas articulações e o que tem prevalecido é a criação de protocolos e de ideias sem a consideração necessária da realidade vivenciada pelos usuários e do diálogo entre os atores e essa população. Assim, para a superação desse desafio, torna-se necessário uma aproximação adequada aos sujeitos em questão, a fim de se construir projetos apropriados a suas singularidades, sendo essa articulação essencial para a efetivação das ações do serviço.



Essas diversidades podem ser justificadas por uma dificuldade de sustentabilidade financeira, com uma irregularidade de manutenção de recursos; de uma sustentabilidade política, que tenha o apoio da gestão pública e da população; e de uma sustentabilidade técnica, associada a uma ausência de manutenção de qualificação e uma formação permanente para que se consigam padrões técnicos adequados (DELGADO, 2013).

Existem ainda os problemas do conhecimento limitado por parte de alguns profissionais da área da saúde sobre a Política Nacional de Redução de Danos e sobre seus fundamentos (SOUZA & CARVALHO, 2012). Assim, a ausência de formação de recursos humanos direcionada ao trabalho em Redução de Danos tem sido outra importante limitação perante a implementação das estratégias, e essa ausência de esclarecimento resulta na permanência de muitos profissionais no ideário de que a utilização das estratégias de Redução de Danos seja incentivadora à permanência do uso de drogas.

Com um olhar técnico e individualizado, um gestor desse órgão público poderia aprender mais com as trajetórias das vidas dos próprios pacientes, ao se debruçar nas razões decorrentes de suas falhas na adesão às intervenções terapêuticas, para que então se dissipem as noções generalistas que dizem que os dependentes químicos não possuem controle sobre o próprio comportamento e apresentam falhas de caráter. Talvez não seja o paciente que deva necessariamente se adaptar ao sistema fornecido, já que ele evidentemente possui falhas e contradições, melhor seria se o sistema fosse aberto e acolhedor a ponto de absorver e lidar com as contradições inerentes ao próprio paciente. É o que reforça Loeck (2014), em sua análise:

“[...] os pacientes que participam de alguma modalidade terapêutica normalmente transitam por uma série de intervenções terapêuticas, muitas vezes contemplando modelos terapêuticos diferentes, entrando e saindo deste ou daquele por motivos diversos. E esses trajetos, caminhos ou deslocamentos não necessariamente representam passos ou etapas lógicas dentro de um sistema idealmente projetado, mas podem estar – e isto é bastante comum – relacionados a insucessos, dificuldades, rupturas ou problemas na interação entre os indivíduos e um ou outro modelo terapêutico

e, inclusive, de assimilação do próprio papel de doente“ (LOECK, 2014, p.128).

Assim se tece uma rede de cuidado pautada na individualidade, escolha e participação voluntária do próprio paciente do serviço, o que se reflete em um maior aproveitamento de todos os envolvidos.

#### **5.1.4 A relação dos pacientes do PROVIV com os crimes e as drogas**

Inicialmente, buscou-se entender a como os pacientes entrevistados haviam se relacionado com as drogas e com o crime, momento em que também externaram suas reflexões a respeito do arrependimento e do desejo de correção:

**Paciente do serviço 1:** *utilizo drogas há pelo menos 15 anos, hoje tenho 42. Eu trabalhava com teatro, eu trabalho com contrarregragem, montando e desmontando os cenários de teatro, com direção de arte. [...] A primeira droga que utilizei foi o álcool, muito álcool, meu pai que me ensinou a beber. A primeira droga ilícita que usei foi a cocaína, há uns 10 anos. [...] O que me levou a ela (cocaína) foi burrice, vou falar que é burrice porque eu trabalhava, eu tinha que montar as coisas no teatro, tinha que montar os camarins, deixar os camarins prontos, e tinha um ator maldito, que eu não gosto nem de comentar o nome dele, que sempre chegava duas horas antes da peça no teatro e falava “aqui a sua “coca-cola”, aqui a minha “coca-cola”, vai lá no Vidigal para a gente” e o burro aqui ia, isso virou um costume.*

*Quanto ao crime, pratiquei roubo, [...] e apontei a faca para minha mãe, deu Lei Maria da Penha. É porque estava muito, muito alterado e eu fiquei muito nervoso porque ela arrombou a porta do meu quarto, que estava trancado. Depois que entrei aqui eu não pratiquei outro delito não, porque não vale a pena, quando você ver que não vale a pena você fala assim: “nossa eu fiz isso?”. Você olha para trás e fica: “nossa eu fiz isso, não eu não fiz isso”, tem uma coisa chamada “espelho mental”, que a gente faz no AA, quando você escreve aquilo você fica assustado, você fica assim: “não, eu não cheguei a esse ponto”, mas aí quando você vê, sim, eu fiz isso tudo.*

**Paciente do serviço 2:** *eu comecei a usar com 14 anos, hoje tenho 23, faço 24 em março. A primeira droga que usei foi o cigarro, logo depois da maconha, comecei a usar na escola. Cometi pequenos furtos, tirei de dentro de casa, infelizmente. [...] Já peguei o cartão de crédito da minha esposa e cartão de banco e já saquei R\$ 300,00 e gastei tudo com droga. Já peguei o telefone na casa do meu avô, panela de pressão, entre outras coisas assim.*

*No mesmo período que eu to aqui estou limpo, graças a Deus, estou bem e não estou fazendo uso de nenhuma substância. É difícil, eu não nego que às vezes eu me automedico para dormir, mas o comportamento da adicção tem melhorado bastante, cara. Eu não sei te responder se voltaria a cometer crime por isso, a gente não sabe, porque se eu fosse te responder eu falaria que não, mas quando a gente tá no efeito da droga o nosso comportamento é outro.*

**Paciente do serviço 3:** *eu tenho 27 anos, comecei a usar droga na faixa de uns 13 para 14 anos, iniciei com cigarro, do cigarro foi para maconha, depois da maconha foi para cocaína e em questão de pouco tempo, acredito que em um ano, eu já tinha usado todas as drogas. Aos 21 anos, eu matava minha sede com bebida destilada, eu tive cirrose com 21 anos e nisso eu já tinha conhecido a minha mulher, e minha mulher falou: “você tem que parar ou você vai morrer”, e ela insistiu tanto que eu parei de frequentar “rave”. Mas aí eu migrei, do sintético eu fui para a cocaína, eu falei: “ah vou dar um “tequinho” aqui na minha casa”, e nisso, cheirando muito, até que minha mulher me largou quando ela descobriu. Depois de várias tentativas né? De eu me recuperar eu não conseguia sozinho, ela acabou me largando e depois disso eu ingressei no crack.*

*No final da história do uso do crack eu pratiquei o primeiro crime. Eu odiava quem roubava, quem fazia qualquer tipo de coisa desse tipo né? O crack me levou a fazer isso entendeu? Aluguei um carro, de vagar eu tentei parar sozinho né? Ingressei no trabalho, o dinheiro que ele me deu aluguei um carro para começar a trabalhar de Uber, e nisso o Uber tem vários tipos de pessoa que você coloca dentro do carro e*

*nisso acabei caindo, acabei caindo e voltei a usar drogas. Nisso que eu comecei a usar drogas usando muito, muito, eu precisava de dinheiro e eu não estava trabalhando, um traficante do meu bairro me chamou para fazer um “corre” com ele lá e eu fui dirigir para ele roubar, acabou que uma pessoa anotou a placa do carro e eu me ferrei entendeu? Tudo por causa do uso”.*

As histórias acima relatadas têm elementos semelhantes e dão pistas sobre a problemática do acesso às drogas na adolescência. O Relatório Brasileiro Sobre Drogas de 2018 apontou que é justamente na adolescência e no início da juventude que repousam os maiores índices de dependência química, em todo o país (BRASIL, 2009).

A prática de delitos se dá como uma alternativa à manutenção do vício quando outras formas de adquirir a droga se tornam escassas. É também quando toda a estrutura biopsicossocial do paciente começa a ruir, seja pelo desequilíbrio emocional que, por vezes, são potencializados pelo uso excessivo da droga, seja pelo abalo na estrutura familiar, que sofre junto ao dependente químico, seja pela própria saúde, que tende a fraquejar diante da introdução de substâncias mais pesadas, como o crack ou a cocaína.

Drogas não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra (SIMÕES 2008, p. 13).

#### **5.1.5 As experiências dos pacientes com o PROVIV**

Os pacientes entrevistados relataram suas experiências com o programa, expectativas e puderam se expressar a respeito das mudanças percebidas neles mesmos, positivas ou não:

**Paciente do serviço 1:** *eu fui encaminhado do CAPS para cá, para conseguir internação, porque o CAPS não interna. O erro do CAPS, que eu falo que eu aprendi isso no AA, é que eles não trabalham com abstinência, eles trabalham com redução de danos, a psicóloga diz você não precisa parar de usar, você pode usar outra coisa mais fraca, e eu acho que isso não resolve.*

*A experiência aqui tá sendo boa, eu só fiquei chateado porque na consulta psiquiátrica que eu ia para a internação falaram que não preciso de internação. Aí o menino que ajuda o médico lá no grupo de atendimento ambulatorial, ele falou: “você não precisa de internação, você vai tentar internação e não vai dar certo”.*

*A minha psicóloga lá no CAPS sentou comigo para conversar e falou: “olha, o PROVIV só tá internando agora terapêutico da Maranata, você não vai se adaptar lá”, aí eu perguntei: “por que eu não vou me adaptar lá?”, aí ela falou: “porque são sete meses”. Ela me deu um cronograma de como seriam os dias lá, eu ia fazer uma entrevista do culto, se a entrevista do culto não fosse satisfatória para essa pessoa que fez a entrevista, eu não conseguiria, aí eu falei: “é assim? Então eu não vou, sete meses eu não quero, eu quero o HPM”. Então falaram que o HPM não está fazendo mais (internação), então o que eu vou fazer? Aí ela falou assim: “vamos fazer o seguinte, eu vou tirar você do AA, aí tentar colocar você no grupo de tratamento.*

*O que eu não quero é usar mais (drogas), é impressionante quando você fala que não quer usar mais, aparecem quinze, vinte pessoas te oferecendo. Mas já mudei bastante, principalmente depois que eu entrei no AA, porque agora eu estou sabendo disso, da doença (dependência química), coisa que eu não sabia. [...] meu autocontrole não está tão bom quanto eu queria que estivesse, mas já está bem*

*melhor, eu ainda me descontrolo um pouco com coisa pequena, eu ainda acho que os problemas eu resolvo com droga.*

**Paciente do serviço 2:** *até agora (o programa) tem me ajudado bastante, porque até então eu não tinha essa noção de ter uma doença, para mim era só um vício, e que eu não ia conseguir sair daquilo lá, ia morrendo. Então para mim tem sido bom porque tem me ajudado, porque eu estou entendendo agora que é realmente uma doença e eu não poderia conviver com aquilo.*

*Eu espero uma mudança de vida total, uma conversão né? Eu espero realizar os meus sonhos que estão atrasados, ter as minhas coisas de volta, se meu “poder superior” me permitir, tudo depende dele, das minhas expectativas com o programa, que são as melhores né cara? Porque a gente tem que pensar sempre positivo, não podemos pensar negativo né? Eu tenho é sim uma autoestima bem elevada, eu creio que eu vou conseguir sim.*

*Muita coisa tem mudado, nas duas primeiras semanas foi bem difícil, porque eu estava até com medo de me automedicar para poder dormir, mas eu não tinha expectativa porque eu já passei por três internações, a primeira com 16 anos, fiquei internado três meses saí, tive uma recaída. A segunda internação com 17 anos, fiquei internado mais seis meses e “caí” de novo. A terceira internação não consegui ficar 40 dias lá dentro, na primeira oportunidade que eu tive de sair eu fiz o uso (de droga), agora com programa creio eu que eu estou conseguindo ficar bem sim, porque até então não estou fazendo uso de medicamento para dormir e estou limpo. Somente com a ajuda do programa mesmo, então as minhas expectativas são as melhores, são as melhores possíveis. [...] eu me aceitei, eu não conseguia sair daquela situação né? Eu acho que essa mudança é primeiro para minha melhora, porque eu tenho que pensar em mim, eu tenho que vir em primeiro lugar em tudo, porque se eu não tiver bem, ninguém vai estar bem, estando limpo a minha família vai ficar bem, meus filhos vão ficar bem, minha mulher vai ficar bem, então para mim eu tenho que vir em primeiro lugar.*

*Antes eu não tinha controle nenhum, quando a gente está no uso a gente não tem controle de nada cara, a gente não tem controle nenhum. Aí o controle agora, no caso, para ser bem sincero para você, digo que eu prefiro nem controlar, quem controla agora é meu “poder superior”.*

**Paciente do serviço 3:** *minha experiência foi ótima, assim, não foi imediata porque está sendo ainda, a recuperação ela não acaba, eu aprendi que a minha melhora começou agora, mas a partir do momento que eu entrei aqui eu vi que isso aqui era o que eu precisava entendeu? [...] o que mudou cara, foi a minha forma de ver a minha doença, a minha vida né? Na verdade antes eu não sabia que isso era uma doença, eu nem sabia porque isso estava acontecendo comigo, estava entrando até em uma depressão, achando que não tinha jeito mais para mim e aqui o programa me mostrou que tem jeito e isso fez toda diferença na minha vida, porque senão eu estaria morto agora ou eu teria me matado ou teriam me matado, então assim, tá fazendo toda a diferença na minha vida.*

*Isso é por causa do programa e, claro, que parte de mim também, mas o programa em si ele é completo, ele me oferece muitas coisas que vai da recuperação, a minha saúde, ao meu estilo de vida, como citei, meu bem-estar minha ressocialização com a sociedade, com minha família entendeu? E várias outras coisas que eu não consigo citar aqui, mas deve ter com certeza. Meu autocontrole aumentou, agora a força de vontade é maior entendeu? E assim, o programa ele me oferece as ferramentas, se eu usar essas ferramentas, com certeza a minha força ela vai ser maior entendeu?*

Um ponto recorrente nos serviços de atendimento aos usuários de drogas em todo o Brasil é a utilização do Método de Minnesota, ou o método dos “12 Passos”, mencionado também anteriormente por alguns dos profissionais do PROVIV. Esta pesquisa não tem o objetivo de analisar profundamente as implicações deste método, tampouco questionar a sua eficiência, mas será útil analisar algumas de suas características, pois no relato dos pacientes é possível verificar um certo grau de doutrinação e adesão a este método, ao se referirem o que foi aprendido no AA,

quando se referem ao “poder superior” e quando transferem para esta noção divina o controle de suas compulsões (RODRIGUES, 2002).

O programa de “12 Passos” surgiu nos Estados Unidos no ano de 1935 e foi formulado por Bill W. e Dr. Bob S., com foco inicial para o tratamento do alcoolismo e mais tarde foi ampliado para o tratamento de praticamente todos os tipos de dependência química. Segundo Rodrigues (2002), seus dois primeiros passos são:

- 1) Admitir que a própria impotência perante as drogas, que foi perdido o domínio sobre a própria vida;
- 2) A crença que um “poder superior” é capaz de devolver a sanidade perdida.

Segundo os princípios do Método de Minnesota, é necessária a admissão desta falência completa, da absoluta impotência, que somente poderá ser remediada pela ação de um “poder superior”. Torna-se então extremamente improvável, ou mesmo impossível, a libertação da compulsão por um ato de vontade, por um exercício de liberdade.

Liberdade e compulsão aparecem neste contexto como conceitos que se antepõem, já que admitir uma falência completa, com uma conseqüente impotência, implica em se abrir mão da possibilidade da liberdade e da escolha (RODRIGUES, 2002).

Neste sentido, explicou Rodrigues (2002):

“[...] para a programação do AA, não há de fato a possibilidade da escolha; a condição do “dependente” é de desgoverno de sua vida, de impotência, não havendo espaço para a liberdade. Recorre-se então a um “poder superior”, que passa a ser o responsável pela “sanidade”. Por outro lado, a admissibilidade da impotência não é por si mesma uma ato de liberdade e, por conseguinte, de vontade? Na condição de não-vontade, pressuposta no primeiro passo, não está inserida, exatamente, a vontade de se recuperar de que se carecia anteriormente? Ou, em outras palavras, se fosse o “dependente” impotente, teria ele poder para se decidir a enfrentar a sua compulsão? Nos parece que somente por um ato de extrema vontade e de liberdade é possível alguém tomar tal decisão” (RODRIGUES, 2002, p.119).



Essa reflexão paira na forma como os próprios pacientes se percebem no contexto de dependência química e dificilmente seria diferente, uma vez que foram submetidos a este método desde o primeiro momento, em suas fragilidades. Frisa-se que este trabalho não tem a pretensão de confrontar os resultados obtidos por este método, mas tão somente problematizar a sua inserção no contexto da liberdade de escolha posposta pela política de redução de danos.

O PROVIV utiliza em seus grupos a mesma noção pragmática de “adição”, interpretada como uma doença incurável. O grupo se preocupa mais em definir passos para a “recuperação” do que detalhadamente explanar características diagnósticas. As Comunidades Terapêuticas usam as definições de dependência dos manuais biomédicos para, a partir disso, apresentar sua proposta terapêutica baseada na tríade “disciplina, trabalho e oração” (LOECK 2014).

Em sua obra, Mol (2011) diferencia a “lógica da escolha” da “lógica do cuidado”, onde as redes terapêuticas não necessariamente permitem ao paciente fazer escolhas racionais acerca do seu tratamento, pois seus trabalhos implicam na constituição ou reconstituição de identidades, de subjetividades e, portanto, na vida social das pessoas. No caso do PROVIV, uma vez condicionados a determinado método que demanda a sua submissão a uma força externa, a aceitação de sua própria impotência e a consciência de que possui uma doença crônica, ao paciente é vedado a percepção de alternativas para o seu tratamento.

## 5.2 RESULTADOS DAS COLETAS DOCUMENTAIS

O PROVIV forneceu, como fonte documental acerca de dados dos pacientes, uma planilha do programa Microsoft Excel® onde eram lançadas informações referentes ao cadastro dos pacientes do programa. Dentro do recorte estabelecido nesta pesquisa, de janeiro de 2015 a fevereiro de 2019, mês em que o documento foi

gerado, segundo os dados encontrados na referida planilha, foram atendidos 4287 pacientes.

Com base nessa planilha, foi possível caracterizar alguns dados relativos aos pacientes que utilizam o programa por meio de média aritmética e frequência simples. Assim, foi possível obter a idade média dos pacientes registrados, a frequência de ocorrência dos sexos, o grau de instrução que declararam possuir, se estavam ou não em situação de rua no momento do registro e o estado civil que possuíam, a seguir dispostos:

1) Idade média dos pacientes registrados no serviço: a idade média registrada se deu aos 38 anos, com um desvio padrão de 4 anos, muito acima da faixa etária que apresenta a maior porcentagem de dependência, que é a de 18 a 24 anos, conforme apontado pelo Relatório Brasileiro Sobre Drogas de 2018 (BRASIL, 2009).

2) Ocorrência dos sexos: segundo os dados apresentados, 83% dos pacientes recepcionados no serviço eram do sexo masculino e 17% do sexo feminino.

O alto índice de pacientes registrados, do sexo masculino, em proporção ao sexo feminino, possui respaldo nos mais variados relatórios de pesquisas sobre drogas (BRASIL, 2009), que registram uma maior incidência não só do crime e da violência, mas também do uso de drogas entre os homens.

3) Graus de instrução: das informações extraídas do documento de registro do PROVIV, constam que 46,3% dos registrados possuem o ensino fundamental, 31,5% o ensino médio, 15,6% optaram por não responder, 4,2% cursaram o ensino superior, 1,5% declararam não saber ler ou escrever e 0,9% cursaram o ensino técnico.

Considerando a idade média dos pacientes registrados, 38 anos e a prevalência do ensino fundamental e médio como grau de instrução dois terços dos pacientes cadastrados no período, torna-se possível estabelecer um paralelo direto entre a

educação e o uso de drogas, pois outros estudos recentes apontam que a juventude e a adolescência são os períodos mais recorrentes nos índices de dependência química (BRASIL, 2009), que em muito contribui para a evasão escolar (CARDOSO, 2014).

4) Situação de rua: cerca de 8,6% dos registrados declararam estar em situação de rua. Há uma equipe de assistência social do PROVIV que é responsável por sondar, instruir e oportunizar aos indivíduos em situação de rua o acesso ao serviço. Segundo uma pesquisa do Instituto Jones dos Santos (2018) sobre a população em situação de rua da região metropolitana da Grande Vitória, apenas 17,3% dos entrevistados motivaram a sua condição com o uso de drogas ilícitas.

5) Estado civil: restou declarado que 52,8% dos registrados no período eram solteiros, 14,9% casados, 12,7% não declararam, 5,6% eram divorciados, 5,5% viúvos, 1,4% separados e 1,1% em regime de união estável.

Segundo o relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2016, a idade média dos cônjuges solteiros, ao casar, era de 30 anos entre pessoas de sexos diferentes e 34 anos entre pessoas do mesmo sexo (IBGE, 2016).

Considerando a média etária dos pacientes registrados, de 38 anos e a proporção de solteiros de 52,8%, torna-se possível sugerir que o uso de drogas pode ter desmotivado ou de alguma forma dificultado a formação de um vínculo, o que se sustenta também nos relatos dos próprios pacientes, que enfrentaram diversos problemas de âmbito familiar.

Isto posto, com as informações coletadas na tabela de cadastro fornecido pelo PROVIV, foi possível caracterizar, em parte, os pacientes que buscaram o programa. No entanto, outro aspecto, ainda relevante à pesquisa, merece atenção nessa etapa de análise documental: o índice de incidência e a verificação da reincidência criminal dos pacientes registrados.

### 5.2.1 Análise de reincidência criminal

Um dos objetivos do presente estudo era verificar a possível relação dos serviços prestados pelo PROVIV com a redução da reincidência criminal. Ocorre que nenhum documento fornecido pelo programa foi capaz de pontuar, de forma eficaz, qualquer registro criminal dos pacientes, o que de certo seria muito útil, por se tratar de um serviço que é a porta de entrada de uma rede intercalada com serviços relacionados à Justiça, tais quais o Escritório Social e a parceria com o IASES.

Ocorre que tal percalço foi eventualmente superado, após uma longa pesquisa. Isso foi possível porque na planilha enviada pelo PROVIV, constavam, junto aos nomes dos pacientes registrados, os nomes dos seus genitores, a data em que foram registrados no sistema do programa e a “data de alteração”, que refletia a data da última atualização no sistema, feita por um dos funcionários do serviço. Assim, com base nessas informações e acesso ao Sistema de Consulta em Bases Criminais do Espírito Santo (SISCRIM) foi possível lançar os nomes dos pacientes, um a um, além dos nomes de seus genitores, para se evitar a ocorrência de homônimas, ou seja, o apontamento de indivíduos com o mesmo nome e, com isso, constatar se existia ou não algum antecedente criminal imputado ao paciente em análise. Além disso, com base na data de registro junto ao PROVIV e na data da última atualização, era possível constatar se o antecedente criminal ocorreu antes, durante ou após o ingresso do paciente no programa.

Isto exposto, verificou-se que, dos 4287 pacientes registrados no período selecionado para esta pesquisa, 21% possuem antecedentes criminais, sendo que em 17% dos casos o registro criminal ocorreu em data anterior ao ingresso do paciente no programa e em 4% dos casos a imputação criminal se deu em data posterior à sua data de registro junto ao PROVIV. Ainda, considerando apenas os que já possuíam um registro criminal, 7% foram reincidentes entre as datas do registro inicial e o último registro lançado no sistema do programa.

Em relação aos três pacientes selecionados nas entrevistas semiestruturadas, todos possuíam antecedentes criminais com datas anteriores às respectivas datas em que ingressaram no programa e a nenhum deles foi imputado um novo registro criminal a contar do período em que passaram a frequentar o PROVIV.

Dada a limitação de informações documentais fornecidas, não foi possível, com base apenas nestes dados, auferir a eficácia dos serviços prestados pelo PROVIV na reincidência dos demais pacientes que frequentam ou frequentaram o programa, visto que não é mensurável o tempo efetivo de participação desses indivíduos nos serviços disponíveis, ou seja, não é possível acompanhar o caminho percorrido por esses pacientes, o que pode representar apenas visitas esporádicas, uma única visita posterior, ou um acompanhamento dedicado, pois o único dado indicativo é a data do último registro desse paciente.

Ainda assim, com base no elevado índice de pacientes com antecedentes criminais que buscam o auxílio do PROVIV, com os depoimentos dos profissionais entrevistados no que tange à criminalidade dos usuários de drogas atendidos e também nos relatos dos próprios pacientes entrevistados, parece razoável apontar que esse programa deveria ter uma maior atenção do Poder Público e, especificamente, da Segurança Pública, pela grande convergência de indivíduos com implicações criminais que buscam no serviço ofertado não uma ajuda quanto ao problema da droga, mas também em cessar os comportamentos delituosos decorrentes do seu uso.

### **5.2.2 Análise do protocolo de registro**

Os demais documentos recepcionados pelo PROVIV foram utilizados na construção e organização do protocolo de registro, apresentado integralmente no Anexo 2. Por meio dessa aglutinação de informações, tornou-se possível analisar se o PROVIV tem atendido aos objetivos que anuncia. Desta feita, serão a seguir apresentados os seus objetivos primários e, com base nas respostas da entrevista semiestruturada aplicada

aos profissionais do programa, será possível compreender se os pontos listados têm sido atendidos pelo PROVIV.

1) Sensibilizar os diversos atores políticos para as necessidades de desenvolver ações concretas junto a população, visando a redução das vulnerabilidades associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Não é possível atender completamente a este objetivo somente com base nas entrevistas coletadas. Isto porque, embora o serviço funcione essencialmente com esta visão, a falta de articulação com a “rede” que compõem os diversos atores políticos foi um problema que por diversas vezes foi apontado pelos entrevistados.

2) Fomentar capacitações, formações continuadas com os diferentes atores municipais para implantação de ações preventivas.

Os depoimentos coletados apontam, com uma considerável frequência, os problemas e limitações decorrentes de formações e capacitações dos seus servidores, no que tange às políticas de RD. Deveria o programa dar especial atenção a esta falha, pois o despreparo tende a repercutir e ecoar erros que deveriam ser sanados.

3) Identificar e fortalecer os projetos e programas municipais existentes, visando a articulação das ações e a viabilização do acesso da população as diferentes políticas sociais (SUS, educação, segurança, cultura e esporte).

Da mesma forma, pelos depoimentos dos profissionais entrevistados pode-se concluir que a carência de programas e serviços municipais tem sido um grande entrave na ampliação do atendimento do PROVIV. Neste caso, compete ao Poder Público alocar seus recursos no investimento e planejamento dessa necessária expansão.

4) Fortalecer os serviços especializados de atendimento ao dependente químico, propiciando um serviço qualificado e articulado aos programas governamentais existentes.

Nesse sentido o programa acerta em fornecer uma gama de serviços, clínicos, psicológicos e sociais, para o dependente químico que lá comparece. Esse trabalho multifacetado foi o maior motivo de elogios entre os entrevistados.

### **5.2.3 Um novo banco de dados**

Diante da carência de dados acima elencados e da fragilidade das informações deles obtidos, se faz necessário uma nova configuração para captação dessas valiosas informações. É o que também apontou uma das profissionais entrevistadas, da seguinte forma: *“a gente tem uma dificuldade muito grande em ter uma resposta, um feedback da rede que a gente precisa. [...] nós precisamos da rede de Segurança Pública, nós precisamos da rede do judiciário, nós não temos feedback, não temos uma outra referência do tipo o paciente que chegou até aqui. Se ele foi encaminhado ao judiciário a gente encaminha todo o nosso processo para o judiciário e nós não temos retorno, a gente não sabe como que está a vida desse paciente. [...] nós não temos um feedback para saber se está vivo. [...] Então o PROVIV deveria, no meu ponto de vista, criar equipe porque a gente entende que a equipe que tá hoje não dá conta de fazer essa busca, então deveria ampliar a equipe para que existisse essa possibilidade”.*

Nas visitas às instalações do PROVIV para obtenção dos documentos e coleta das entrevistas, verificou-se que o programa possui capacidade técnica e física para estruturar e alimentar um banco de dados mais eficiente. Uma vez que foi necessária uma extensa análise das tabelas de registro apresentadas pelo serviço, algumas sugestões úteis podem ser listadas.

Inicialmente, quanto ao registro de ingresso e retorno dos seus pacientes, o programa deveria individualizar esses pacientes em suas estatísticas para que se permita a criação de um acompanhamento gradual e eficiente de cada etapa percorrida pelo indivíduo, possibilitando um estudo mais detalhado de situações pontuais e eventos que possam ocorrer, ao saber em que momento do tratamento o paciente abandonou o serviço, por exemplo.

Ainda, tratando-se de um serviço que se propõe articular com outros serviços, torna-se imperiosa uma troca de informações concreta e acessível, para se evitar o desperdício de informações coletadas pelos serviços por onde passou o paciente registrado, permitir, com a aglutinação de informações, a criação de novos filtros e ter uma perspectiva ampliada do perfil do paciente que busca o PROVIV. Isso poderia ocorrer por meio de um banco de dados virtual vinculado a uma mesma rede (intranet) ou mesmo online, podendo ser alimentado e consultado por todos os órgãos que encaminham, recebem ou instruem esses pacientes.

Por fim, para uma melhor visualização e estudo dos dados coletados desta forma, torna-se importante a possibilidade de converter essas informações em gráficos, categorias ou outras métricas úteis à confecção de relatórios e estudos relativos às mais diversas utilidades.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral dessa pesquisa foi verificar a eficácia do PROVIV na redução da reincidência criminal dos pacientes de drogas ilícitas que participam ou participaram do programa. De forma incidental, buscou-se analisar o funcionamento dos serviços prestados pela ótica dos profissionais que atuam nos atendimentos e dos próprios pacientes selecionados para a entrevista.

Com base nos três pacientes selecionados para as entrevistas, verificou-se que o programa é eficiente na redução da reincidência criminal, visto que a nenhum desses pacientes foi imputado novo antecedente criminal em data posterior ao ingresso no PROVIV.

Não foi possível analisar se os trabalhos desempenhados pelo PROVIV auxiliam ou não na redução da reincidência criminal dos demais pacientes que visitam ou visitaram o programa, isto porque os registros fornecidos não foram capazes de especificar a data de permanência dos pacientes cadastrados no serviço, apontando tão somente a data em que foram incluídos no sistema e a data em que o seu cadastro foi atualizado pela última vez nesse registro, não possuindo meios de mensurar a passagem do paciente pelo serviço. No entanto, cruzando as informações de registro obtidas no PROVIV com o banco de dados do Sistema de Consulta em Bases Criminais do Espírito Santo, pode-se concluir que, dos 4287 pacientes atendidos de janeiro de 2015 a fevereiro de 2019, 21% possuíam algum antecedente criminal, sendo que em 17% dos casos a ocorrência havia ocorrido em data anterior ao ingresso no PROVIV e os outros 4% adquiriram essa restrição criminal em data posterior ao registro no programa. Ainda, considerando apenas os que já possuíam um antecedente criminal, 7% obtiveram uma nova imputação penal entre o tempo de registro inicial e a data da última atualização no sistema do PROVIV.

Com isso é possível evidenciar que, primeiramente, a ausência de um registro preciso nos sistemas do serviço público analisado impossibilita diversos tipos de estudos e

análises que por ventura se façam necessárias para uma melhor compreensão do serviço prestado, o que também prejudica o próprio PROVIV, ao se privar de meios de informações importantes para analisar o seu próprio desempenho. Isto posto, foi sugerido formas de se ampliar ou de se estruturar um banco de dados mais robusto e eficiente, capaz de fornecer todas as informações relacionadas aos pacientes atendidos e de articular com outros serviços e políticas públicas às quais o PROVIV é vinculado.

Ademais, foi possível caracterizar os indivíduos que buscam o programa, que possuem a idade média de 38 anos, com um desvio padrão de 4 anos, sendo que a maioria possui apenas o ensino fundamental completo. Com base no Relatório Brasileiro Sobre Drogas e na pesquisa do IBGE acerca da idade média dos cônjuges ao se casar, concluiu-se que os pacientes que buscam o PROVIV ultrapassaram em 8 anos a idade média para se casar no país, em 18 anos a idade média em que se apresenta o maior índice de dependência no uso de drogas e possuem um baixo nível de instrução. A isso podem ser atribuídos diversos fatores, sendo os principais o tempo que o dependente químico levou até buscar auxílio no programa, a dificuldade em se relacionar e estabelecer relacionamentos saudáveis, a evasão escolar no período da adolescência por conta do uso de drogas.

Quanto à análise dos serviços do PROVIV, com base nas entrevistas produzidas e nos depoimentos coletados, observou-se que os profissionais do programa, em sua grande maioria, não possuem o conhecimento adequado para a aplicação das estratégias de redução de danos e muitos sequer a tomam como uma prática benéfica aos pacientes. Muito embora o PROVIV se apresente como um programa que oferece a redução de danos, na prática isso não acontece, tanto pela falta de treinamento adequado dos profissionais quanto pela predominância da mentalidade de que a abstinência é o único meio resolutivo para os seus pacientes. Esse conceito, inclusive, é reforçado e desejado pelos próprios pacientes entrevistados, que desconhecem a RD como uma alternativa possível.

A expectativa do presente trabalho é, portanto, contribuir para reflexões no campo da Segurança Pública e também da Saúde, contribuindo para outras pesquisas relacionadas.

## REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. **A educação para a Autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas**. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). *Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

AMARAL, B. P. **Redução de danos e utopias piratas: a participação de usuários de drogas na implantação de políticas públicas sobre drogas em Porto Alegre**. Trabalho de Conclusão de curso. Porto Alegre: Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

ANDRADE, T. M. **Redução de danos, um novo paradigma?** In: BRASIL. Ministério da Saúde. União Europeia. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Paris: Editions Scientifiques ACODESS, 2002.

BARATTA, A. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal. Introdução à Sociologia do Direito Penal**. 6° ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BASTOS F.; KARAM M.L.; MARTINS S.M. **Drogas, dignidade e inclusão social : a lei e a prática de redução de danos no Rio de Janeiro**. ABORDA, 2003.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm). Acesso em 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm). Acesso em 13 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a nova Política Nacional sobre Drogas. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm)>. Acesso em 13 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria No. 1.028, de 01 de julho de 2005.** Brasília. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria No. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria No. 2.1917, de 14 de outubro de 2004.** Brasília. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197\\_14\\_10\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de Danos.** Saúde e Cidadania. Brasília. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 018, de 12 de Abril de 2019.** Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2019/Reco018.pdf>>. Acesso em 14 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília. 2003. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Brasília DF: CFP, 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas : capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias** / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312 p. Disponível em <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/livro-texto.pdf>>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; **Relatório brasileiro sobre drogas;** IME USP – Brasília: SENAD, 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216 de 6 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Revogada pela Lei nº 11.343. Diário Oficial da União, Brasília-DF. 1976.

BRITES, C.M. **Ética e uso de drogas : uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARDOSO, L. R. D. & MALBERGIER, A. **Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes**. *Psicol. Esc. Educ.*, Maringá, v. 18, n. 1, p. 27-34. 2014.

CARLINI-MARLATT, B.; REQUIÃO, D. H.; STACHON, A. C. **Redução de danos: uma abordagem de saúde pública**. *J. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 381-386, 2003.

CARLINI, E. L. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. V. D. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. 2010.

\_\_\_\_\_, E. L. A. **Redução de danos: uma visão internacional**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2003.

CARNEIRO, H. S., **As drogas e a história da humanidade**, *Revista Diálogos – Conselho Federal de Psicologia*, 2009.

\_\_\_\_\_. **A fabricação do vício**. 2002. Disponível em <[http://www.neip.info/downloads/t\\_hen1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

CARVALHO, L. V. B. et al. **Exposição ocupacional a substâncias químicas, fatores socioeconômicos e Saúde do Trabalhador: uma visão integrada**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe2, p. 313-326. 2017.

COELHO, I.; OLIVEIRA, H. B. **Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública**. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367. 2014.

COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas - um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, Niterói: Intertexto, 2001.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, DROGAS E DEMOCRACIA: **rumo a uma mudança de paradigma**, disponível em <[http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy\\_statement\\_PT.pdf](http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2016/07/drugs-and-democracy_statement_PT.pdf)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

DELGADO, P. G. G.. Reforma psiquiátrica. In T. M. Grigolo & R. O. Moretti-Pires. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Políticas de saúde mental e direitos humanos. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC. 2013.

ELIAS, N. A **Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1994.

FACHIN, L. E. **Questões do direito civil brasileiro contemporâneo**. Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

FIORE, M. **Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público**. São Paulo: Mercado de Letras; 2009.

FLACH, P. M. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2010.

FONSECA, E.M. **Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. **A política antidrogas brasileira: velhos dilemas**. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000200014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

IBGE, **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**, Estatísticas do Registro Civil, 2016.

Instituto Jones dos Santos Neves; **Pesquisa sobre população em situação de rua da Região Metropolitana da Grande Vitória** - Relatório. Vitória, ES, 2018.

KARAM, M. L. **Redução de Danos, Ética e Lei**. In: **Drogas, Dignidade e Inclusão: A Lei e Prática de Redução de Danos**. Associação Brasileira de Redutores de Danos. Rio de Janeiro. 2003.

LEAL, F. X; SANTOS, C. C. M; JESUS, R. S. **Política Sobre Drogas no Estado do Espírito Santo: consolidando retrocessos**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 15, n. 2, p. 423 - 436. 2016.

LEMGRUBER, J. **Pena Alternativa: cortando a verba da pós-graduação no crime**. In: VELHO, G. & ALVITO, M. Cidadania e violência. Rio de Janeiro. Editora da UERJ. 2000.

LOECK, J. F. **A dependência química e seus cuidados: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS**. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014.

LOPES, C. V. A & ALBUQUERQUE, G. S. C. **Agrotóxicos e seus impactos na saúde humana e ambiental: uma revisão sistemática**. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 518-534. 2018.

MACEDO, G. C. **A admoestação ao usuário de drogas e a descriminalização da conduta de uso, ante a nova Lei Anti-drogas**. In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XII, n. 71, dez 2009. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=7076](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7076)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

MACHADO, L. V., & Boarini, M. L. M. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de Redução de Danos**. Psicologia: ciência e profissão, 33(3). 2013.

MACIEL, S. C. **Representação social sobre drogas e seus usuários: um estudo comparativo com profissionais das áreas jurídica e de saúde**. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. 1997.

MIGUEL Cardoso, E. **Impunibilidade ou seletividade penal: a subjetividade na diferenciação da figura do traficante e do usuário de drogas na cidade de Vitória/ES**. Criminologias e Política Criminal. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

\_\_\_\_\_, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes. 1995.

MOL, A. **The logic of care. Health care and the limits of choice**." International Conferences – The Body and Catastrophes: Towards a New Utopia. Seoul, Coreia do Sul: Kyung Hee University. 2011.

MOTA, L. **Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?** Curitiba, PR: Juruá. 2009.



NUNES, A. **A realidade das prisões brasileiras.** Recife. Nossa Livraria. 2005.

PASSOS, E. H., & Souza, T. P. **Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas.** Psicologia Sociedade, 23(1), 154-162. 2011.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. **Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas.** Serv. Soc. Rev., v.3, n.1, p.39-60, 2000.

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (NPGME). **Manual para Elaboração de Projeto de Pesquisa.** Disponível em <<https://www.sigaa.ufs.br/sigaa/verProducao?idProducao=976660&key=2f83a6deed e25ffc7ab523e59ddc99e1>>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

REIS, A. S.; FROTA, M. G. C. **Guia básico para a elaboração do projeto de pesquisa.** Disponível em <<https://www.ufmg.br/proex/cpinfo/educacao/docs/06a.pdf>>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

REISHOFFER, J. C.; BICALHO, P. P. G. **Insegurança e produção de subjetividade no Brasil contemporâneo.** Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 425-444. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922009000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de Maio de 2019.

RICAS, E. C. **A influência da política nacional antidrogas na lotação dos presídios capixabas de 2011 a 2016.** Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2018.

RODRIGUES, J. T & ALMEIDA, L. P. **Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120. 2002.

ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e biopolítica: uma genealogia da redução de danos.** 2012. 373 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

SANTOS, V.E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. **Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil.** Physis, v.20, n.3, p.995-1015, 2010.

SANTOS, C. C. M; JESUS, R. S. de. **Políticas de Atenção às questões relacionadas ao uso indevido de álcool e outras drogas no Espírito Santo.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2014.

SANTOS, V. B., & Miranda, M. **Projetos/Programas de redução de danos no Brasil**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador, 5(1), 106-118. 2016.

SCHRAIBER L. B., PEDUZZI M. **Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil**. Educ Méd Salud. 1993.

SIMÕES, J. A. "Prefácio", in LABETE, B. C. et al. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador. EDUFBA. 2008.

SOUZA, T. P., & CARVALHO, S. R. **Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória**. Polis e Psique. 2012.

TINOCO, R. Forum: **Para uma história dos efeitos das drogas: dos usos cerimoniais aos consumos malditos**. Revista Antropológicas, 6, 221-245. 2002.

TISOTT, Z. L., Hildebrandt, L. M., Leite, M. T., Martins, R. V., & Cosentino, S. F. **Álcool e outras drogas e a implantação da política de redução de danos no Brasil: revisão narrativa**. Rev. de Atenção à Saúde, 13(43), 79-89. 2015.

TOTUGUI, M. **Visão histórica e antropológica do consumo de drogas**. In R. Bucher (Org.), As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial (pp. 1-7). São Paulo, SP: EPU. 1988.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO

“UMA ANÁLISE DA TERAPÊUTICA SOBRE DROGAS NO PROVIV”.

Responsável pela pesquisa: André Roepke.

Universidade Vila Velha (UVV).

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma via do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo). Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Essa pesquisa procura realizar um estudo sobre a eficiência do Programa Integrado de Valorização à Vida e a redução da reincidência criminal. Caso decida aceitar o convite, você será submetido a uma entrevista semiestruturada, cujo objetivo será realizar um levantamento do que os entrevistados entendem como política de Redução de Danos praticada pelo Programa Integrado de Valorização à Vida, praticado no Estado do Espírito Santo, auxilia na redução da reincidência criminal relacionada ao uso de substâncias psicoativas ilícitas.

Os riscos envolvidos com sua participação são: o de sentir constrangido, pressionado ou quem sabe até desconfortável com algumas perguntas que contém no

questionário, riscos que serão minimizados através das seguintes providências: supressão da pergunta que causou desconforto, interrupção ou em último caso a suspensão do procedimento. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: auxiliar no aprimoramento de políticas de redução de danos, fornecendo informações importantes para a expansão dos programas existentes e no surgimento de outros, contribuindo não só para a sociedade e para a saúde pública, mas também para a segurança pública.

Todas as informações a respeito da identidade dos participantes serão sigilosas. O material com as suas informações (gravações, entrevistas, entre outras) ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade do pesquisador com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade e que será destruído após a pesquisa. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma via deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para André Roepke, por meio do telefone (27) 99925-1007, do e-mail [andre.rpk@gmail.com](mailto:andre.rpk@gmail.com) ou na coordenação do curso do

Mestrado em Segurança Pública, na Universidade Vila Velha, localizada na Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21 - Boa Vista II, Vila Velha - ES, 29102-920.

Dúvidas sobre a pesquisa envolvendo princípios éticos poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UVV localizado Prédio da Reitoria no subsolo: na Rua Comissário José Dantas de Melo, nº 21, Boa Vista, Vila Velha-ES, CEP: 29.102-770, Tel.: (27) 3421-2063, E-mail: cep.uvv@gmail.com. Horário de funcionamento: 2ª a 5ª 07:00 as 17:00 e 6ª feira - 07:00 as 16:00. Secretária: Sirlene Gomes Neves. Reclamações e/ou insatisfações relacionadas à participação do paciente na pesquisa poderão ser comunicadas por escrito à Secretaria do CEP/UVV, desde que os reclamantes se identifiquem, sendo que o seu nome será mantido em anonimato.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa “UMA ANÁLISE DA TERAPÊUTICA SOBRE DROGAS NO PROVIV”, dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade.

Participante (Paciente ou Profissional atuante): (assinatura, nome e CPF)

---

**ANDRÉ ROEPKE**

**122.335.807-02**

**ANEXO 2 – PROTOCOLO DE REGISTRO**

<b>Questões Analisadas</b>	<b>Dados Obtidos</b>
Objetivos	<p>1) Sensibilizar os diversos atores políticos para as necessidades de desenvolver ações concretas junto a população, visando a redução das vulnerabilidades associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.</p> <p>2) Fomentar capacitações, formações continuadas com os diferentes atores municipais para implantação de ações preventivas.</p> <p>3) Identificar e fortalecer os projetos e programas municipais existentes, visando a articulação das ações e a viabilização do acesso da população as diferentes políticas sociais (SUS, educação, segurança, cultura e esporte).</p> <p>4) Fortalecer os serviços especializados de atendimento ao dependente químico, propiciando um serviço qualificado e articulado aos programas governamentais existente.</p>
Metodologia de Trabalho	<p>1) Ações individuais: o paciente e/ou sua família são recepcionados e cadastrados pela recepção do programa e são encaminhados a um ou mais dos seguintes serviços:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atendimento de enfermagem, onde são verificados sinais vitais, pesagem e testes rápidos para algumas sorologias (HIV, Sífilis, Hepatite B, etc).</li> <li>- Aconselhamento terapêutico: oportunizam os pacientes o compartilhamento de sua experiência de vida, compreensão das vulnerabilidades decorrentes do uso e abuso de drogas, possibilitar a compreensão da doença da dependência química e informar sobre as etapas de encaminhamento do serviço.</li> <li>- Atendimento psicossocial: abordagem aprofundada, no âmbito social e psicológica, individualizada ao caso de cada paciente, acerca da sua vida pessoal, familiar, funcional, financeira, social e religiosa.</li> <li>- Atendimento médico: análise por especialidades clínicas e psiquiátricas, conforme adequado a cada caso.</li> </ul> <p>2) Ações coletivas, que ocorrem de duas formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo de acolhimento terapêutico: o mesmo serviço acima apresentado, quando envolvem dois ou mais pacientes.</li> <li>- Grupo de pré-tratamento: proporciona troca de experiências e informações, suscitando reflexões sobre todos os aspectos que norteiam a doença da dependência do uso de drogas.</li> </ul>

3) Avaliação inicial de famílias, que são realizadas nas seguintes modalidades:

- Grupo de acolhimento familiar: apresentar as famílias e/ou acompanhantes dos pacientes aos serviços prestados pelo PROVIV.

- Atendimento psicossocial à familiares: compreensão da demanda familiar, ensinar sobre a violação de direitos, identificar a incidência de comportamentos codependentes, encaminhamentos às redes sociais e assistenciais do município e fomentar a importância da família no tratamento do paciente.

4) atendimentos Ambulatoriais, que monitoram os pacientes encaminhados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no intuito de saber se os mesmos aderiram à proposta de trabalho do serviço e a busca de alternativas para os pacientes que não se adequaram. O mesmo é feito com os pacientes desistentes das Comunidades Terapêuticas, avaliando junto a eles os motivos da desistência e ofertando novas possibilidades de tratamento.

Outra vertente deste trabalho aborda os pacientes do pós-tratamento, trabalhando questões que demandem atendimento individual. Ainda, em parceria a outro programa do Governo do Estado, atendem crianças e adolescentes que fazem ou fizeram uso de drogas. Por fim, é disponibilizado um atendimento ambulatorial à família do paciente, quando há uma demanda social e/ou psicológico.

5) Ações coletivas, voltadas aos egressos das Comunidades Terapêuticas que se encontram abstinente e motivados a dar continuidade ao tratamento de forma autônoma, o serviço é estendido aos familiares destes pacientes. São trabalhadas questões voltadas para o processo de recuperação, seguindo um conteúdo pragmático envolvendo a partilha de sentimentos e experiências, seminários com membros de Narcótico Anônimos e Alcoólicos Anônimos e o estudo dos “12 Passos”.

6) Acompanhamento nas Comunidades Terapêuticas: monitoram as atividades desenvolvidas nas comunidades credenciadas, realizam o atendimento individual dos pacientes acolhidos.

7) Atendimento de educador físico, nutricionista e terapeuta ocupacional que monitoram as atividades praticadas nas Comunidades Terapêuticas no âmbito da saúde, condicionamento físico, alimentação e orientação de todas as práticas direcionadas pelas comunidades.

8) Clínica de desintoxicação: realização do processo de desintoxicação em leitos do Hospital da Polícia Militar (HPM), com o acompanhamento de médicos, psicólogos e educadores físicos.

9) Projetos de capacitação e acompanhamento interinstitucional, por meio do recebimento de egressos do sistema penitenciário encaminhados pelo Escritório Social ou por diretivas de audiências de custódia. Essa parceria se estende aos jovens e adolescentes egressos do IASES. Por fim, em parceria com a Secretaria da Saúde e instituições ligadas aos operadores de Direito, buscam alternativas para a demanda de judicialização de internações de pacientes para tratamento de dependentes químicos no Estado.