



SAMARA VILAS BOAS FAGUNDES

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (Caps AD) E EM UMA INSTITUIÇÃO DO TERCEIRO SETOR, LOCALIZADAS EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS.

**LAVRAS – MG
2019**

SAMARA VILAS BOAS FAGUNDES

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (Caps AD) E EM UMA INSTITUIÇÃO DO TERCEIRO SETOR, LOCALIZADAS EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS.

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Administração Pública, para obtenção do título de Bacharel.

Prof. Dr. Gustavo Costa de Souza
Orientador

Prof. Rafael de Deus Garcia
Coorientador

LAVRAS - MG

2019

SAMARA VILAS BOAS FAGUNDES

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS: UM ESTUDO DE CASO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (Caps AD) E EM UMA INSTITUIÇÃO DO TERCEIRO SETOR, LOCALIZADAS EM UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS.

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do curso de Administração Pública, para obtenção do título de Bacharel.

APROVADA em 6 de dezembro de 2019

Prof. Dr. Fernando Nogueira Martins Júnior - UFLA

Prof. Dra. Camila Maria Risso Sales - UFLA

Prof. Dr. Gustavo Costa de Souza

Orientador

Prof. Rafael de Deus Garcia

Coorientador

LAVRAS-MG

2019

*Para Felipe Rozzetto Rodrigues, melhor amigo e inspiração,
e Paulo Henrique T. R. Leonardo, parceiro de vida e amor.*

AGRADECIMENTOS

Um ciclo se encerra... O sentimento é de dever cumprido e de profunda gratidão pelos ensinamentos aprendidos em cada fase desta jornada, que me fizeram evoluir em todos os aspectos. Entretanto, sem ajuda e apoio, jamais conseguiria chegar até aqui.

Gostaria de agradecer, primeiramente, ao grupo de mulheres Gabriela Francine, Meire Evaristo, Cinthia Ferreira, Ana Guedes, Karina Sousa, Priscila Franciely, Milena Ávila e Angélica Sales. Amigas pessoais e de graduação, cujas contribuições e palavras de apoio, compõem as reflexões que preenchem essas páginas. Agradeço por terem sido abrigo durante os momentos de tempestade desta jornada e por me darem confiança e força para continuar. Diante de tamanha empatia e bondade, a única forma de agradecer, plenamente, é retribuindo em minhas ações.

Ao departamento de Segurança Patrimonial da Marelli, aos meus coordenadores Danilo e Luiz Cláudio, pelo apoio e compreensão, que me possibilitaram dedicar à pesquisa e concluir a graduação. Agradeço a todos os colegas de departamento, principalmente ao Wellington Mendes e Joana Livia, pelo apoio e incentivo. Em especial, ao Sidnei Silva e à Ana Livia, pelos momentos de descontração nas tensas manhãs e por alimentarem meu recém-adquirido vício a doses cavalares de cafeína e cigarros de palha.

A todos os profissionais do Caps Ad e da Instituição, por me acolherem e me permitirem conhecer e vivenciar suas rotinas de trabalho, o que enriqueceu imensamente esta pesquisa. Agradeço, em especial, à Assessora em Estratégias para Saúde Mental do município e ao Diretor Geral da instituição, por me concederem suas autorizações para executar a pesquisa de campo. O trabalho de cada profissional e das instituições, em relação à dependência química, é louvável.

Aos amigos do ¼ #, Henner Henrique e Tayane Silveira, por todo o apoio e apreço e, ao Felipe Rozzetto, inspiração deste trabalho.

Ao meu pai Jose Bento e minha irmã Cecília, por todo amor e incentivo. Agradeço, em especial, à minha mãe Simone, que compartilhou, comigo, a trajetória da graduação e que também encerra o seu ciclo. Vivenciar esse momento ao seu lado é mais que uma vitória, é uma honra.

Aos meus familiares, minha tia Silvia e meu primo Michel.

Ao meu companheiro de vida, Paulo Henrique, que vivenciou os melhores e piores momentos durante trajetória da graduação e do desenvolvimento desta pesquisa. Grata por

todo o amor, amizade, apoio e sua desmedida compreensão, principalmente nos momentos em que precisei me desconectar do nosso mundo para me dedicar à pesquisa.

Ao coorientador Rafael de Deus, cujas observações e contribuições enriqueceram o desenvolvimento desta pesquisa.

Por fim, agradeço imensamente ao orientador Gustavo, por sempre me instigar a extrair o meu melhor nesta pesquisa e pelas oportunidades que me proporcionou. Obrigada pela amizade adquirida, atenção, apoio e por se fazer sempre presente, mesmo durante o período em que precisou se ausentar. Obrigada por tudo!

“É ao foro interno de cada um que incumbe decidir se o remédio é adequado à doença, pior do que ela ou porventura origem até da própria doença. O gênio dos gregos batizou as drogas com um termo phármakon que significa ao mesmo tempo remédio e veneno, pois é dependendo do conhecimento, da ocasião e do indivíduo que um se transforma no outro. É do ser humano, e de modo nenhum das drogas, que depende o remediarem ou estragarem. Tal como existiram sempre, em toda a parte, e- a julgar pelos dias de hoje- amanhã haverá mais do que ontem, a alternativa não é um mundo com ou sem elas. A alternativa é instruir sobre o seu emprego correcto ou demonizá-lo indiscriminadamente: semear o conhecimento ou semear a ignorância.”

(Antonio Escohotado)

RESUMO

As drogas se tornam merecedoras de intervenções públicas quando aspectos referentes ao tráfico, como mortes e violência, e o uso abusivo de substâncias lícitas/ilícitas resultam em efeitos colaterais que atingem negativamente a sociedade, tornando-se um problema social. Mediante a isso, as drogas se tornam objetos de políticas públicas, por meio das quais o Estado adquire legitimidade para agir, com o objetivo de inibir/diminuir os efeitos colaterais desse problema. Assim, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) estabelece estratégias para reduzir a oferta e demanda de drogas no país, bem como as práticas de intervenções públicas e privadas para tratamento, recuperação e reinserção de dependentes químicos. Portanto, o questionamento que instiga esta pesquisa é: como é executada a PNAD pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e por uma instituição do terceiro setor (IT), no âmbito municipal? O trabalho tem, como objetivo geral, analisar a execução da PNAD, por meio de um estudo de caso no Caps Ad e em uma IT que exerce atividades de acolhimento, tratamento e recuperação de dependentes químicos, em um município de Minas Gerais. Para tanto, estabeleceu-se os seguintes objetivos específicos: realizar o delineamento histórico da Política Global e Nacional de controle sobre drogas; e analisar como as práticas de intervenções públicas e da sociedade civil, na área de tratamento, recuperação e reinserção de dependentes químicos, contribuem para que as orientações e diretrizes propostas na PNAD sejam alcançadas. Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória-descritiva, que utilizou, como procedimentos técnicos, a pesquisa bibliográfica, documental, de campo e estudo de caso. Para a coleta de dados, realizou-se a observação não participante nas instituições selecionadas, caderno de campo e entrevistas semiestruturadas com os profissionais responsáveis por executar ações referentes à PNAD. Como resultado, identificou-se que as práticas de intervenção pública e da sociedade civil, no âmbito do município analisado, contribuem para que as orientações e diretrizes de tratamento sejam alcançadas, porém, de forma não abrangente. Contudo, compreende-se que o Caps Ad e a IT analisada, ao atuarem isoladamente, possuem limitações na implementação e execução das observações e diretrizes propostas na PNAD, por insuficiência de recursos financeiros e/ou técnicos. Desta forma, a articulação e cooperação entre estas instituições, políticas de saúde, assistência social, educação e a iniciativa privada, promoverão a intersetorialidade das ações sobre drogas no âmbito municipal. Assim, a intersetorialidade proporcionará a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência e atenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, na qual poderão ser implementadas e executadas ações mais abrangentes, eficazes e efetivas para o tratamento, recuperação e reinserção social.

Palavras Chave: Drogas. Políticas Públicas. Políticas sobre drogas. PNAD. Proibicionismo.

ABSTRACT

Drugs become deserving of public intervention when trafficking-related aspects such as deaths and violence, and the abuse of licit/illicit substances result in side effects that negatively affect society and become a social problem. Through this, drugs become objects of public policies, through which the State acquires legitimacy to act, in order to inhibit/diminish the side effects of this problem. Thus, the National Drug Policy (NDP) establishes strategies to reduce the supply and demand of drugs in the country, as well as the practices of public and private interventions for treatment, recovery and reintegration of drug addicts. Therefore, the question that instigates this research is: how is NDP performed by the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (Caps AD) and by a third sector institution (IT) at the municipal level? The objective of this work is to analyze the implementation of NDP, through a case study in Caps Ad and in an IT that performs activities of reception, treatment and recovery of drug addicts, in a city of Minas Gerais. To this end, the following specific objectives were established: to make the historical outline of the Global and National Drug Control Policy; and to analyze how the practices of public and civil society interventions, in the area of treatment, recovery and reintegration of drug addicts, contribute to achieve the guidelines and guidelines proposed in NDP. Regarding the methodology, it is a qualitative and exploratory-descriptive research, which used, as technical procedures, bibliographic, documentary, field research and case study. For data collection, non-participant observation was performed in the selected institutions, field notebook and semi-structured interviews with the professionals responsible for carrying out actions related to NDP. As a result, it was found that the practices of public intervention and civil society, within the municipality analyzed, contribute to the treatment guidelines and guidelines are reached, but not comprehensively. However, it is understood that the Caps Ad and the IT analyzed, acting in isolation, have limitations in the implementation and execution of the observations and guidelines proposed in NDP, due to insufficient financial and/or technical resources. Thus, the articulation and cooperation between these institutions, health policies, social assistance, education and private initiative, will promote the intersectoriality of drug actions at the municipal level. Thus, the intersectoriality will provide the structuring and strengthening of a care and attention network focused on the abuse and/or dependence of alcohol and other drugs, in which more comprehensive, effective and effective actions for the treatment, recovery and recovery can be implemented and social reinsertion.

Keywords: Drugs. Public Policies. Drug Policies. NDP. Prohibitionism.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
Caps AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
Caps i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
Conad	Conselho Nacional Antidrogas
Conen	Conselho Estadual de Entorpecentes
Confen	Conselho Federal de Entorpecentes
Comad	Conselho Municipal Antidrogas
CNF	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
DEA	<i>Drugs Enforcement Administration</i>
IT	Instituição do Terceiro Setor
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
NA	Narcóticos Anônimos
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PBPD	Plataforma Brasileira de Política de Drogas
PD	Permanência dia
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PTI	Plano Terapêutico Individual
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
Senad	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
Sisnad	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNPFRE	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
TO	Terapeuta Ocupacional
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA	17
2.1	Síntese histórica da política global e nacional de controle sobre drogas	17
2.1.1	Relação humana com as drogas	18
2.1.2	Origem do Proibicionismo	23
2.1.3	Os tratados internacionais sobre drogas no século XX	26
2.1.4	Controle social e a criminalização das drogas no Brasil: século XVII ao XX	32
2.1.5	Brasil e os tratados internacionais: construção do sistema nacional de controle sobre drogas no século XX	36
3	POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS	44
3.1	Definições de Políticas Públicas	45
3.2	Modelos de análise de políticas públicas	46
3.3	Política Nacional sobre Drogas: tratamento, recuperação e reinserção social .	51
3.4	Redução de Danos	55
4	METODOLOGIA	56
4.1	Delimitação da pesquisa e amostra	56
4.2	Classificação da Pesquisa	57
4.3	Objeto de estudo	58
4.4	Técnicas de coleta e análise dos dados	59
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1	Sobre a PNAD	61
5.2	Processo de Atendimento	63
5.2.1	Tratamentos	69
5.2.2	Recuperação, reinserção familiar, social e ocupacional	77
5.3	Capacitação	79
5.4	Limitações	81
5.4.1	Acolhimento	82
5.4.2	Tratamento	84
5.4.3	Reinserção familiar, ocupacional e social	86
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICES	95
	ANEXOS	99

1 INTRODUÇÃO

Ao considerar a relação humana para com as drogas, é possível constatar que esse vínculo é tão antigo e particular que perpassa pelo âmbito cultural, religioso e cotidiano da evolução social. Na antiguidade, em diversas civilizações, o uso de drogas possibilitava a alteração da consciência, a expansão do pensamento, a aproximação e comunhão com os deuses, bem como a cura para enfermidades ou, simplesmente, era utilizada para a obtenção de prazer (ESCOHOTADO, 2004; CARNEIRO, 2014). Essa relação se faz tão enraizada no desenvolvimento antropológico que, propor uma sociedade livre de drogas, pode ser considerado quase uma utopia.

Discorrendo sobre essa temática, a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ define a palavra ‘drogas’ como qualquer substância não produzida pelo organismo, cuja propriedade é a de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Sendo assim, a classificação dessas substâncias psicoativas ou psicotrópicas, em termos médicos e de assistência, é realizada levando em consideração os efeitos que causam no Sistema Nervoso Central (SNC) e no comportamento do indivíduo, sendo denominadas, conforme Louis Chaloult (1971, citado por ALARCON, 2012), como: Substâncias Depressoras ou Psicolépticos²; Estimulantes ou Psiconalépticos³; e Perturbadoras ou Alucinógenas⁴.

Em face do exposto, vale lembrar que são exemplos populares e acessíveis de substâncias psicotrópicas e psicoativas no Brasil: cocaína, maconha, bebidas alcoólicas, tabaco, açúcar, café, Aspirina®, Ritalina®⁵, dentre outras. O que difere essas substâncias, além de seus efeitos, é a percepção social que se criou sobre cada uma delas. Nesse sentido,

¹Observatório brasileiro de informações sobre drogas - OBID. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php?id_conteudo=11221&rastra=O+que+%C3%A9+a+Droga>. Acesso em: 25 mar. 2019.

²Depressoras da Atividade do SNC ou Psicolépticos: álcool; soníferos ou hipnóticos; ansiolíticos; opiáceos; inalantes ou solventes (ALARCON, 2012, p. 105).

³Estimulantes da Atividade do SNC ou Psiconalépticos: cocaína (e seus derivados como *crack* e *merla*); anfetaminas; tabaco (ALARCON, 2012, p.105).

⁴Perturbadoras da Atividade do SNC ou Alucinógenas: mescalina (do cacto mexicano); maconha ou THC (tetrahydrocannabinol); psilocibina (cogumelos); lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca), LSD; MDMA (*ecstasy*); anticolinérgicos (ALARCON, 2012, p. 105).

⁵Ritalina é o nome comercial de um medicamento para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) indicado para crianças, cujo composto é o metilfenidato, um psicoestimulante da família da cocaína. O consumo auxilia no “desempenho de tarefas escolares e acadêmicas, pois aumenta a atividade das funções executivas, aumentando a concentração, além de atuar como atenuador de fadiga” (SILVA, et al. 2012, p. 46).

todas as substâncias mencionadas são drogas, entretanto, a classificação jurídica separa-as em lícitas e ilícitas. Além da rotulação de legalidade e ilegalidade, a construção da percepção social é maciçamente influenciada pela mídia. A incitação ao consumo de drogas lícitas, como bebidas alcoólicas e medicamentos, por meio de propagandas que remetem seu consumo a situações de prazer, bem-estar e saúde, fazem com que os indivíduos desassociem os malefícios dessas substâncias e considerem apenas o consumo das drogas, ditas ilícitas, como algo problemático.

Atualmente, a palavra ‘droga’ é remetida a algo imoral, nocivo e pejorativo, devido a uma concepção disseminada por uma ideologia proibicionista. A origem histórica do proibicionismo, segundo Rodrigues (2006), aconteceu por volta dos anos de 1839 e 1842, em decorrência do demasiado consumo de ópio⁶ na China, cujo fornecimento feito pela Inglaterra gerava um comércio de alta importância internacional. Em virtude do número de chineses viciados, o imperador decidiu controlar a venda e o consumo que não fosse estritamente para fins medicinais, impondo as primeiras medidas de repressão, como punição física aos usuários e proibição de importação e venda do produto. Essa proibição culminou em duas guerras entre os dois países, conhecidas como “Guerra do Ópio”, nas quais a Inglaterra saiu vitoriosa e impôs um tratado à China, legalizando o mercado da substância (SILVA, 2013).

Em 1909, o tema da proibição voltou a ser discutido. Segundo Rodrigues (2006), mediante à percepção social que se estabeleceu diante da problemática do vício de ópio na China, as duas principais potências da época, Inglaterra e Estados Unidos da América, articularam-se, formando a primeira Conferência Internacional sobre o Ópio em Xangai, para tratar da regulamentação do cultivo e comércio do ópio e seus derivados, por meio da criação de normas internacionais de proibição.

Segundo Fonseca e Bastos (2012), a articulação dessas duas potências possuía interesses puramente econômicos que se encobriam atrás da faceta de preocupação com as consequências do consumo excessivo das drogas no mundo. Mediante a estes aspectos, em 1912, na Holanda, ocorreu a Conferência Internacional de Haia, em que treze países se reuniram para estabelecer regulamentação sobre a produção e comércio de ópio, morfina e cocaína. Nessa conferência, instituiu-se a base da atual política global proibicionista, forjada

⁶Ópio é uma substância psicotrópica extraída de uma planta chamada “*Papaver somniferum*, conhecida popularmente com ‘Papoula do Oriente’. Ao se fazer cortes na cápsula da papoula, quando ainda verde, obtém-se um suco leitoso, o ópio (a palavra ópio em grego quer dizer ‘suco’). Quando seco, este suco passa a se chamar ‘pó de ópio’” (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS- CEBRID, 2011, p. 25). Esta substância possui diversas propriedades farmacológicas e por meio dela é sintetizada a morfina e heroína.

em molde norte-americano, que estabeleceu a repressão como instrumento de controle sobre a produção, comércio e uso de drogas (SILVA, 2013). Vale ressaltar que o argumento da política proibicionista sobre drogas é que, por meio da ameaça de punição como exemplo da restrição de liberdade, as pessoas mudariam seus hábitos de consumo.

Nesse viés, conforme dados da *United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC* (2019), após a histórica conferência, aconteceram mais três importantes conferências sobre a problemática, sendo elas: a Convenção Única de Narcóticos, em 1961; a Convenção de Drogas Psicotrópicas em 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas, em 1988, denominadas de Convenções de Drogas das Organizações das Nações Unidas (ONU). Outro marco histórico ocorreu no início dos anos 1970, quando a política proibicionista norte-americana, mediante à intensificação do tráfico internacional, lançou a emblemática campanha de Richard Nixon de “Guerras às Drogas”⁷. Dessa forma, a campanha proibicionista tomou força com a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988, cujos moldes e diretrizes nortearam as ações de criminalização das drogas no mundo.

Os tratados internacionais sobre drogas, os quais mais de 150 nações se submetem atualmente, são geridos pela *United Nations Office on Drugs and Crime*, órgão internacional de controle, instituído em 1997, por meio da junção entre o Programa de Controle de Drogas das Nações Unidas e o Centro de Prevenção ao Crime Internacional (UNODC, 2019). As atividades do UNODC, com base nessas convenções, norteiam e delimitam a atual política mundial sobre drogas, auxiliando os Estados-membros no desenvolvimento de suas legislações nacionais, estabelecendo marcos legais de referência sobre drogas nacional e regionalmente. Além disso, proporcionam também, capacitação técnica, realização de pesquisas e disponibilização de um amplo banco de dados para que os Estados se organizem no combate às drogas ilícitas, ao crime e terrorismo.

A proibição das drogas no Brasil foi inicialmente promovida, segundo Rodrigues (2006), pela classe médica e psiquiátrica. Para estas, o consumo dessas substâncias era associado ao atraso social do país e, também, à desordem pública. O meio de repressão utilizado nesse discurso, de acordo com Adiala (2011), era a estratégia de combate às epidemias, através do modelo sanitarista, aplicada no âmbito do comportamento social. Desta maneira, a questão das drogas transpassa do campo da medicina para o policial. Machado e Boarini (2013) pontuam que as medidas de combate às drogas provenientes do âmbito da

⁷ O presidente Richard Nixon declarou em rede nacional que a partir daquele momento o inimigo número um dos Estados Unidos da América seriam as drogas.

segurança pública e da justiça fundavam-se na punição ao usuário com internação e isolamento social.

Em 1914, de acordo com Carvalho (2013), o Brasil começou o processo de internalização dos tratados internacionais sobre o controle de drogas após ratificar a Conferência de Haia e, logo após, a Convenção de Genebra. No ano de 1991, ao promulgar os tratados internacionais das Convenções de Drogas das Organizações das Nações Unidas, o Brasil comprometeu-se a implementar as diretrizes estabelecidas e formular sua política interna pautada nessas normativas de repressão às drogas, concluindo, assim, o processo de internalização dos tratados e a sua consolidação no rol de países signatários.

As drogas se tornam uma questão merecedora de intervenção pública quando o seu consumo abusivo causa efeitos colaterais que impactam, negativamente, a sociedade, tornando-se um problema de cunho social. Os exemplos desses efeitos colaterais, de acordo com Queiroz (2008), são a violência e as mortes, advindas do tráfico desse mercado que sobrecarregam o sistema de segurança pública. Em complemento a esses exemplos, Machado e Boarini (2013) elencam também: a dependência química; as internações relacionadas ao consumo de álcool, tabaco e *crack*, que afetam a saúde pública; além da disseminação do vírus HIV e hepatite, por parte dos usuários de drogas injetáveis. A partir destes aspectos, as drogas se tornam objeto de políticas públicas — conjunto de programas, projetos e atividades realizadas pelo governo, com o objetivo de inibir/diminuir os efeitos colaterais desse problema (NASCIMENTO, 2006).

Cabe ainda mencionar que, no Brasil, por meio da mobilização de diversos atores, da realização de seminários, fóruns e estudos cientificamente fundamentados, foi instituída, em 23 de maio de 2005, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que estabelece as estratégias para a redução da demanda e oferta destas substâncias. A PNAD é embasada na Lei nº 11.343/2006, denominada Lei de Drogas, que normatiza procedimentos de prevenção, reinserção, repressão, além de definir crimes e instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Em consonância com o surgimento da Política Nacional sobre Drogas, em 2001, ocorreu a reforma psiquiátrica, colocando fim aos hospitais psiquiátricos que englobavam, não só as internações de pacientes com diferentes tipos de transtornos mentais, mas também de dependentes químicos (BRASIL, 2005). A mudança possibilitou a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estabelece os pontos de atenção para o atendimento da saúde mental, incluindo os efeitos nocivos do uso abusivo de álcool e outras drogas. A rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por diversos dispositivos para o

cuidado da saúde mental, incluindo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad), que tem, por finalidade, a prestação de atendimentos clínicos de atenção diária, em âmbito municipal, para dependentes químicos, visando a redução das internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Retornando ao exposto, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas tem como objetivo, articular, integrar, organizar e coordenar as atividades concernentes à prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes; à repressão da produção não autorizada; e ao tráfico ilícito de drogas (BRASIL, 2006). O propósito do SISNAD é trabalhar a inclusão social dos cidadãos, minimizando as possibilidades de acesso ao consumo de drogas, por meio da instrução e conscientização acerca dos riscos e malefícios causados, assim como atenção ao usuário e reinserção social do mesmo (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, a Política Nacional Sobre Drogas é orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos. A estratégia de atuação é a cooperação e articulação desses atores, a fim de conscientizar sobre a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2011). Sendo assim, os principais aspectos abordados na PNAD estão relacionados à prevenção; tratamento; recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde; redução da oferta e repressão; estudos, pesquisas e avaliações, além de diferenciar o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante, tratando-os de forma específica (BRASIL, 2019).

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, o Senado Federal aprovou, em 15 de maio de 2019, o Projeto de Lei da Câmara (PLC 37/2013), que altera o SISNAD e a Lei 11.343, de 2006, estabelecendo assim, a reforma da atual Política Nacional sobre Drogas. (PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS- PBPD, 2019)⁸. Dentre as novas orientações e diretrizes, pode-se elencar: o fortalecimento das comunidades terapêuticas; ações mais rígidas contra o tráfico; facilidade de internação involuntária de dependentes químicos; abstinência como lógica de tratamento dos serviços de saúde mental; além de não estabelecer critérios objetivos para diferenciação entre usuário e traficante.

Dados os fatos, percebe-se a necessidade de compreender a relação histórica existente entre as drogas e a sociedade, levando a desvendar as razões e os interesses intrínsecos em sua regulamentação social, além dos desdobramentos dos fatos que determinaram a concepção da

⁸ Plataforma Brasileira de Políticas Públicas sobre Drogas - PBPD. PCL 37 é aprovada no congresso federal. Disponível em:<<http://pbpd.org.br/plc-37-e-aprovado-no-congresso-federal/>> Acesso em: 3 ago.2019.

normativa global que fundamenta as bases da Política Nacional sobre Drogas e delimitam suas ações. Portanto, o questionamento que instiga esta pesquisa é: como é executada a Política Nacional sobre Drogas pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e uma instituição do terceiro setor (IT) no âmbito municipal?

O trabalho tem, como objetivo geral, analisar a execução da Política Nacional sobre Drogas, por meio de um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad) e em uma instituição do terceiro setor, que exerce atividades de acolhimento e recuperação de dependentes químicos em um município de Minas Gerais.

Para tanto, estabeleceu-se os seguintes objetivos específicos: a) realizar o delineamento histórico da Política Global e Nacional de controle sobre drogas; e b) analisar como as práticas de intervenções públicas e da sociedade civil, na área de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional de dependentes químicos contribuem para que as orientações e diretrizes propostas na PNAD sejam alcançadas.

Em relação à metodologia, trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa, que utilizou, como procedimentos, a pesquisa bibliográfica, documental, de campo e o estudo de caso. A técnica de coleta de dados foi a da observação não participante, entrevistas semiestruturadas e caderno de campo. Durante a realização da pesquisa de campo, optou-se pela omissão do nome do município para preservar a riqueza das percepções dos profissionais.

O intuito inicial da realização desta pesquisa é a busca pela compreensão dos fatos históricos e políticos que possibilitaram o surgimento da política proibicionista sobre drogas no Brasil, que determina a construção de leis e de políticas públicas sobre a temática e influenciam a percepção social.

Diante da atual percepção social sobre drogas, construída de maneira preconceituosa e contraditória, o presente estudo busca tratar a problemática de forma científica, interdisciplinar e respeitosa, contribuindo com implicações que motivem o desenvolvimento de uma consciência crítica, além de possibilitar a ampliação da visão social e científica sobre a questão, por meio de diversas perspectivas sobre drogas.

Além dessas justificativas, a pesquisa colabora para a elucidação da problemática apontada no trabalho devido à ausência de estudos a respeito da Política Nacional sobre Drogas, no âmbito do município analisado, e sob a perspectiva da Administração Pública, que possibilite compreender as ações dos atores políticos e sociais quanto a sua execução e efetivação.

Ademais, a pesquisa visa contribuir com o conhecimento existente e, também, atingir aos objetivos estabelecidos pela PNAD, no que tange à realização de estudos, análises e avaliações sobre as práticas das intervenções públicas e privadas, na área de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional do usuário, possibilitando o desenvolvimento de instrumentos para que essas atividades sejam aprimoradas.

2 FUNDAMENTAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA

O presente estudo estrutura-se partindo da relação humana com as drogas na antiguidade, explanando o seu papel no desenvolvimento dos aspectos culturais de diversas sociedades, a fim de identificar os tipos de drogas consumidas, bem como as diferentes percepções sociais e os mecanismos de regulação existentes sobre o uso de drogas. Assim, a partir da constatação dos padrões elencados no período delimitado, serão demonstrados os fatores que determinaram a transformação da percepção social, que ocasionou o surgimento da ideologia proibicionista, esta que influencia o discurso sobre as drogas, leva à instituição dos tratados internacionais e consolida a Política Global sobre Drogas, ratificada por diversas nações, inclusive pelo Brasil.

Ademais, o trabalho estabelece o delineamento histórico sobre as drogas no Brasil, procurando esclarecer como ocorreu a construção da regulamentação social do uso de substâncias ilícitas e suas motivações no final do século XIX e ao longo século XX, além do processo de internalização da ideologia proibicionista, por meio dos tratados internacionais e as transformações que estes trouxeram para a problemática das drogas no país.

Além disso, serão abordados, também, os conceitos, definições e modelos de análises de políticas públicas, os aspectos da PNAD, referentes ao tratamento, recuperação e reinserção de dependentes químicos e a instituição Caps Ad, bem como as estratégias de tratamento da redução de danos (RD).

2.1 Síntese histórica da política global e nacional de controle sobre drogas

O ser humano sempre fez uso de drogas em diferentes contextos com variados objetivos (MACRAE, 2001; ESCOHOTADO, 2004; CARNEIRO, 2014). “A existência e o uso de substâncias que promovem alterações na percepção, no humor e no sentimento são uma constante na humanidade, remontando a lugares longínquos e a tempos imemoriais”

(SIMÕES, 2008, p. 13). Assim também, a percepção social sobre as drogas se modificou ao longo dos tempos, assumindo diversos contornos e interpretações (ESCOHOTADO, 2004; CARNEIRO, 2014).

Este primeiro capítulo busca explicar essa relação e demonstrar que, até o final do século XIX, o consumo de drogas não era visto como um problema social, mas como um fenômeno cultural, e os mecanismos de controle existentes sobre o uso de drogas eram a autorregulação e a moderação.

Além disso, serão abordados os aspectos históricos da ideologia proibicionista que, segundo Rodrigues (2006) e Silva (2013), determinaram a mudança da percepção social sobre as drogas e instituíram os tratados internacionais que constituem a Política Global sobre Drogas, adotada amplamente por diversas nações, inclusive pelo Brasil.

Ao fim, será feito o delineamento histórico das drogas no Brasil e o desenvolvimento do seu sistema de controle, buscando pontuar os principais acontecimentos de sua construção.

2.1.1 Relação humana com as drogas

Na Pré-História, diversas civilizações possuíam o conhecimento a respeito de plantas e substâncias que eram utilizadas não só como fonte de alimentos, mas também para se obter “efeitos úteis no combate à dor, no aumento do estímulo para atividades e na obtenção de estados de êxtase que se tornaram manifestações do sagrado” (CARNEIRO, 2014, p. 13).

Antonio Escotado, na obra “História Elementar das Drogas” (2004), expõe que o cultivo da papoula é originário da Europa e da Ásia Menor. Registros em tábuas sumérias do terceiro milênio a.C., cilindros babilônios, imagens da cultura cretense-micênica e hieróglifos egípcios já faziam referências ao uso farmacológico do ópio. O uso da “resina da papoula, que é o ópio, servia para neutralizar as dores, a tosse, a febre e a diarreia” (CARNEIRO, 2014, p. 13). Além do ópio, outra droga consumida na antiguidade era o cânhamo (*cannabis sativa*)⁹, proveniente da China. Foram encontradas evidências da utilização de suas fibras em registros que datam de 4.000 a.C., assim como indícios encontrados em um tratado médico chinês do século I, que afirmava que “o cânhamo tomado em excesso faz ver monstros, mas se utilizado por um longo tempo permite comunicação com os espíritos e o alívio do corpo” (ESCOHOTADO, 2004, p. 16).

⁹O termo cânhamo (em inglês *hemp*) refere-se ao caule da planta *cannabis sativa*. Possui maior concentração de canabidiol (CBD) e menor concentração de tetrahydrocannabinol (THC) “um alucinógeno encontrado presente nas folhas e nos frutos da mesma planta” (RODRIGUES, 2006, p. 30).

Na Índia, o cânhamo era considerado como um excelente afrodisíaco, além de proporcionar aos usuários uma mente mais ágil. No budismo, era usado para facilitar a meditação, além de ser usado em “tratamentos oftalmológicos, contra a febre, insônia, tosse seca e disenteria” (ESCOHOTADO, 2004, p. 16). De acordo com Rodrigues (2006, p. 30), o hábito de “fumar a *cannabis* teria sido trazido para o Brasil pelos primeiros escravos vindos da África”. Devido à sua facilidade de adaptação a variedades climáticas e altitudes, o seu cultivo se faz presente em diversos locais do mundo, sendo, atualmente, a substância ilícita mais consumida.

As drogas tradicionais da América são: a cafeína, o guaraná, o mate, o cacau e a coca. Esta última, tradicional da região dos Andes, tem as folhas consumidas pelos nativos para “aplar a fome, revigorar as energias, pelo seu efeito excitante e estimulante e para amenizar os efeitos da altitude” (RODRIGUES, 2006, p. 30). Os efeitos dessa droga não produzem estados de transe ou de viagem, mas sim, uma “injeção de energia que possibilita comer menos e trabalhar mais” (ESCOHOTADO, 2004, p.19). Além disso, das folhas da coca, é extraído um alcalóide conhecido como cocaína, descoberto por volta de 1855. Assim também, a bebida mais comercializada no mundo, juntou em seu nome e na sua fórmula inicial, “as duas drogas mais estimulantes da América e da África: a folha de coca e noz de cola” (CARNEIRO, 2014, p. 18).

Na Grécia Antiga, o uso de drogas era visto como algo relativo, dependente da sua dosagem, podendo ser usado para medicar ou para envenenar. Para descrever essa percepção em relação às drogas, Escotado (2004) expõe que Teofrasto, discípulo direto de Aristóteles e autor do primeiro tratado de botânica que se tem conhecimento, refere-se ao uso de uma planta chamada *datura metel*¹⁰ da seguinte maneira:

Ministra-se uma drama se o paciente tiver apenas de se animar e pensar bem de si mesmo; o dobro se tiver de deliberar e sofrer alucinações; o triplo se tiver de ficar permanentemente louco; ministrar-se-á uma dose quádrupla se tiver de morrer (HIST.PLANT., IX, II, 6 citado por ESCOTADO, 2004, p. 24).

O ópio nessa cultura era amplamente utilizado como fármaco e seus líderes políticos possuíam o costume de consumir elevadas doses, com o objetivo de se autoimunizarem e evitar o envenenamento (ESCOHOTADO, 2004).

Segundo Escotado (2008, citado por TORCATO, 2016, p. 30), os gregos também conheciam o “cânhamo e o utilizavam tanto para fins medicinais quanto como

¹⁰*Datura metel* é uma espécie de planta herbácea (erva) de aspecto arbustivo, com grandes flores em formato de trombeta de coloração branca que possui efeitos narcóticos, alucinógeno e antidepressivo.

potencializadores do efeito embriagador do vinho. Ele era um entre outros ‘aditivos’ que podiam ser adicionados ao vinho, como o meimendo e a mandrágora”.

Apesar de serem imparciais em relação ao uso de diversas drogas, não significava que os gregos ignoravam as consequências do consumo abusivo. O que difere da percepção atual sobre as drogas “é que a perigosidade social e individual das drogas se concentrou no vinho” (ESCOHOTADO, 2004, p. 26). Dessa forma, o consumo de ópio “não era visto pelos gregos como algo degradante, ao contrário do vinho, visto com bastante reserva” (MACRAE, 2001, p. 27).

Em Roma, durante o império, a percepção sobre as drogas era fortemente influenciada pela grega. Os romanos também demonstravam neutralidade em relação ao consumo e seus efeitos dependiam da dosagem e da maneira de uso. Assim como em outras civilizações, o ópio era amplamente consumido e a *cannabis* era fumada em eventos sociais. As bebidas alcoólicas eram bastante apreciadas e seu consumo era visto como uma prática de autoconhecimento e relaxamento (ESCOHOTADO, 2004). Porém, com a instituição do cristianismo, essa percepção de neutralidade em relação às drogas começou a esvair-se.

Nesse sentido, Macrae (2001, p. 27) afirma que a recriminação ao uso de drogas deu-se não somente por sua associação a práticas pagãs, “mas também por seus usos terapêuticos para aliviar o sofrimento, já que a dor e a mortificação da carne eram concebidas pelos cristãos no poder como formas de aproximação a Deus”. Assim, os sacerdotes da nova religião determinaram a proscrição dos tradicionais saberes farmacológicos, associando as suas práticas à heresia, levando os necessitados a buscarem a cura por meio de recursos de eficácia duvidosa, como por exemplo, indulgências eclesiásticas, relicários, substâncias e objetos ungidos.

No Islamismo, até o século XIV, havia uma boa aceitação quanto ao uso de substâncias psicoativas. A percepção em relação à essas substâncias, era de neutralidade, assim como pensava a cultura greco-romana (ESCOHOTADO, 2004). Nesse período, havia apenas restrições ao consumo de bebidas alcoólicas, cuja censura era devido ao “comportamento ridículo e à falta de confiabilidade de certas pessoas que se embriagavam” (MACRAE, 2001, p. 27).

No mundo árabe, o café começou a ser consumido a partir do século X, considerado uma excelente bebida para combater a fadiga durante a leitura dos textos sagrados, além de ser uma perfeita combinação com ópio líquido. No entanto, com o enfraquecimento do poder islâmico no século XIV, tomado por movimentos fundamentalistas, o uso de drogas, como o

do haxixe e do álcool, por exemplo, não foi mais tolerado, e os usuários foram perseguidos e punidos (ESCOHOTADO, 2004).

Na Europa, durante a Idade Média, diante dos diversos problemas sociais enfrentados no período, como guerras, epidemias e invasões, demandou-se o surgimento de bodes expiatórios para tais situações e, aqueles que praticavam a formulação de unguentos e bebidas — que serviam como medicamentos ou para diversas outras finalidades —, foram taxadas de bruxas. Assim, nesse período, o consumo de drogas era relacionado à bruxaria, e seus “praticantes” e usuários foram caçados e levados à inquisição (ESCOHOTADO, 2004).

Na Renascença, o convívio com a cultura oriental, em que permaneciam os tradicionais saberes farmacológicos, possibilitou uma reaproximação gradual com as drogas (MACRAE, 2001). No século XVI, tais conhecimentos e saberes da alquimia começaram a ser usados nas práticas médicas. O alquimista e médico da época Paracelsus¹¹ “foi um grande defensor do uso do ópio, desenvolvendo uma tintura à base dessa substância, o láudano, que a partir de então passou a ser utilizado na medicina em larga escala” (MACRAE, 2001, p. 27).

As grandes navegações, nos séculos XV e XVI, foram impulsionadas pela busca por especiarias, plantas exóticas e diversas outras drogas pelos continentes. De acordo com Carneiro (2005, p. 12), “a existência de diferentes drogas nas diversas regiões da Terra foi a própria razão apresentada pelos homens daquele tempo para impulsionar o comércio”. Assim, o ópio, o açúcar, o tabaco, o café, foram massivamente consumidos, ocasionando a era mercantil moderna.

Para contextualizar sobre esse fenômeno, Gaspar Barléu (1940), um defensor, segundo Carneiro (2005), da expansão do comércio holandês, expressa-se da seguinte maneira:

Admire-se nisto a sabedoria de Deus: - quis que nascessem as drogas quentes nas regiões tórridas, e as frias nas regiões frígidas, sem dúvida para que, trocando-se os produtos necessários aos homens, se aproximassem os povos, obrigados pela língua comum a tornarem-se amigos (BARLÉU, 1940, p. 8).

Na era do Iluminismo, durante o século XVIII, os padrões e normas religiosas não foram mais aceitos como norteadores de conduta e, com isso, o consumo de drogas, antes remetido ao paganismo, voltou a ser praticado. A ideia de que a dor agradava a Deus deixou de ser evidente e o uso médico e lúdico das drogas recobrou à sua legitimidade (ESCOHOTADO, 2004). Portanto, nessa época, a percepção social sobre as drogas e o seu consumo se modificaram novamente. Nesse período, de acordo com Macrae (2001, p. 28),

¹¹Philippus Von Hohenheim, conhecido como Paracelsus (1493-1540), foi um médico, cirurgião e químico. Estimulou o desenvolvimento da química farmacêutica com suas descobertas de novos remédios (SILVA, 2013, p. 56).

iniciou-se uma vasta produção e a venda de “medicamentos baratos à base de ópio, utilizados para tratar uma gama de sintomas que iam da insônia a contrações do útero e distúrbios gástricos. Eram utilizados por reis, nobres, plebeus, soldados, prelados e artistas.” Assim, Escotado (2004, p. 76) afirma que “a era dos láudanos [propagou-se] na Europa e América durante dois longos séculos sem oposição ou conflito”.

Ainda nesse viés, durante o século XIX, cientistas conseguiram isolar o princípio ativo de “várias plantas, produzindo fármacos como a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mescalina (1896) e os barbitúricos (1903)” (MACRAE, 2001, p. 29). Com a extração do princípio ativo das plantas, o seu manejo se tornou mais fácil, além de possibilitar o cálculo da sua dosagem, ampliando o seu consumo para variados fins (ESCOHOTADO, 2004).

Diante do exposto, cabe ainda mencionar a respeito do consumo das bebidas fermentadas que, assim como ópio e o cânhamo, estão entre as drogas mais antigas descobertas pela humanidade. O descobrimento do processo de fermentação de frutas e cereais, através da ação de microfungos — chamados também de leveduras —, possibilitou não somente a produção de pães, mas também das bebidas alcoólicas, que eram fermentadas no intuito “de se obter uma bebida mais potável do que a água corrente, quase sempre contaminada de micro-organismos daninhos” (CARNEIRO, 2014, p.15).

Desse modo, cada sociedade desenvolveu o cultivo de algum cereal específico, resultando em bebidas alcoólicas características, tendo como exemplos: a produção de saquê, realizada a partir do arroz cultivado na Ásia, e a fabricação de cerveja, derivada do trigo e cevada europeias que, além de representarem a base da alimentação desses locais, também são uma fonte de drogas psicoativas (CARNEIRO, 2014).

O mecanismo de regulação do consumo de drogas na antiguidade, “assim como dos alimentos, do sexo e outras atividades era o da temperança. Essa palavra significa moderação” (CARNEIRO, 2014, p.16). A moderação é a virtude norteadora, tão primordial quanto a prudência, a coragem e a justiça. A ética clássica de usar moderação em diversos aspectos da vida, e de se evitar tanto o excesso como a abstinência, não só de drogas e alimentos, mas em todas as coisas, foi um ensinamento duradouro que influenciou a evolução humana (CARNEIRO, 2014).

Assim, a ideia de abstinência ao consumo de substâncias psicoativas, é uma atitude muito rara na antiguidade, “que só floresceu em sociedades muito repressivas e militarizadas, mas, em geral a maioria das sociedades admitiu o uso de bebidas e de drogas combatendo apenas o excesso” (CARNEIRO, 2014, p. 17). MacRae (2003, p. 1) afirma que mais que

pensar em “termos da necessidade de prevenir contra o uso de drogas em geral, deve-se buscar evitar o seu abuso, ou seja, o mau uso que pode resultar em importantes ameaças ao bem-estar do indivíduo ou da sociedade”.

Por intermédio desses aspectos, Carneiro (2014, p. 14) pontua que é indispensável um olhar histórico para se compreender o valor econômico, social e científico das drogas, e desvendar “os nexos e os interesses que buscam regulamentar socialmente o consumo de tais substâncias”.

Sendo assim, “a importância das substâncias psicoativas é, portanto, inestimável e os psicofármacos não apenas cumprem o papel de remédios excepcionais em todas as vertentes das medicinas tradicionais como caracterizam práticas religiosas de inúmeros povos” (CANEIRO, 2014, p.13).

Em suma, buscou-se demonstrar como as drogas foram tradicionalmente consumidas por diversas civilizações, em diferentes momentos da História, para fins medicinais, religiosos ou recreativos. A regulação quanto ao uso de drogas ocorreu em relação aos momentos, aos locais adequados e à moderação. Assim também, a percepção social se modificou em diferentes momentos mas nunca antes vista como algo nocivo e pejorativo, como é atualmente disseminada pela ideologia proibicionista, cujos aspectos serão abordados a seguir.

2.1.2 Origem do Proibicionismo

Conforme exposto, o consumo de drogas, até o início do século XX, era amplamente tolerado. O comércio de ópio, *cannabis* e cocaína, consideradas hoje como substâncias ilícitas, eram legais, popularmente usadas para fins medicinais e recreativos, o que demonstra que o fenômeno do proibicionismo é recente. Para se compreender os aspectos que levaram a essa rápida mudança de percepção social sobre as drogas que perpassa da tradição à ilegalidade, será abordado, a seguir: como o uso abusivo e a dependência química da droga mais antiga da história corroborou para a atual política proibicionista.

Assim como mencionado anteriormente, o ópio é droga mais antiga consumida pela humanidade. De acordo com Silva (2013, p. 58), “por se tratar de um produto barato, acessível e eficaz, servindo como analgésico, sedativo, remédio contra a febre e outros males”, seu consumo para fins medicinais se universalizou. A dependência resultante do consumo excessivo de ópio era aceita como um ônus pela supressão da dor, portanto, não configurava um problema social e não demandava atenção da opinião pública ou dos governantes. O problema da dependência atingia apenas as classes mais favorecidas e seu

consumo para fins recreativos era moralmente aceito (ESCOHOTADO, 2004; RODRIGUES, 2006; SILVA, 2013).

A percepção social sobre o consumo do ópio começou a se modificar e chamar a atenção internacional devido à evolução do seu padrão de consumo. As plantas psicoativas eram consumidas até meados século XIV, geralmente por via oral, *in natura* ou através de infusões, o que estabelecia uma margem de segurança em relação à superdosagem, pois havia baixa concentração de componentes psicoativos (ESCOHOTADO, 2004; SILVA, 2013). Com a mudança do hábito de consumo influenciado pelo tabagismo, hábito de origem ocidental, o ópio passou ser fumado, o que ocasionou a rápida disseminação do seu uso para fins recreativos no Reino Unido, nos Estados Unidos da América e na China, causando sérios problemas de dependência (SILVA, 2013).

No Reino Unido e nos EUA, o problema da dependência ao uso do ópio, no século XIX, aconteceu de duas maneiras: devido à “rápida popularização do uso recreativo entre intelectuais e donas de casa de classe média, que consumiam o ópio como substituto do álcool, cujo consumo lhes era vedado pelos costumes da época” (SILVA, 2013, p. 61); e através do láudano, que era amplamente disponível e vendido pelas boticas. Entretanto, a percepção social começou a se transformar quando o problema da dependência do ópio se alastrou pelas classes menos favorecidas (ESCOHOTADO, 2004; RODRIGUES, 2006).

Contudo, o marco histórico dessa transformação ocorreu devido ao problema da dependência do ópio na China.

A situação transformou-se a partir de meados do século XVII, com a introdução no país do hábito do fumo do tabaco por marinheiros europeus. A partir da abertura do Porto de Cantão em 1685 pelo Governo Imperial, o comércio começou a florescer nos dois sentidos, mas a um alto preço para a China: as quantidades maciças de tabaco desembarcadas popularizaram o hábito do fumo, começando a causar um problema de saúde pública. Prenunciando um padrão que se repetiria na China e no resto do mundo a partir de então, um édito da época proibindo o hábito logrou agravar ainda mais a situação: proibidos de fumar tabaco, os chineses passaram a fumar ópio. A expansão exponencial do hábito estimulou o aumento das importações de ópio indiano, dando início a um lucrativo círculo vicioso (SILVA, 2013, p. 65).

De acordo com Rodrigues (2006, p. 33) “calcula-se que no século XVIII havia cerca de um milhão de chineses viciados em ópio, o que do ponto de vista dos traficantes de drogas significava um amplo espaço comercial para ser conquistado”.

Diante desse aspecto, o ópio se tornou um importante instrumento da política mercantil na Ásia, sendo a Inglaterra detentora do seu monopólio. A exploração “do mercado

consumidor chinês gerava enormes lucros à Coroa Britânica, que exportava para esse mercado a papoula oriunda da Índia” (RODRIGUES, 2006, p. 33). O “ópio era visto como uma *commodity* tão legítima quanto, por exemplo, o uísque” (SILVA, 2013, p. 66).

O Imperador Chinês, ao longo século XIX, criou sucessivas leis com intuito de reprimir as importações e controlar a epidemia do vício. No entanto, não obteve êxito, e o comércio permaneceu através do “contrabando e da corrupção de agentes governamentais” (SILVA, 2013, p. 65).

Diante destes fatos, Rodrigues (2006) expõe que, devido à epidemia do vício que se disseminou entre os chineses, o imperador e seus conselheiros se viram diante de um impasse social: determinar a legalização ou banimento total do ópio em seu território. Entretanto, na contramão desse dilema, a Inglaterra investia “fortunas na manufatura e distribuição da droga, gerando uma imensa participação dos lucros e rendimentos da venda de ópio na balança internacional de pagamentos do Reino Unido da época” (RODRIGUES, 2006, p. 34). O ópio tornou-se, então, um produto fundamental da política externa inglesa.

Contudo, novamente o problema se intensificou e a China tentou banir e confiscar os carregamentos de ópio da Inglaterra, estabelecendo repressão ao consumo e proibindo o seu comércio. Essa política resultou em duas guerras, entre 1839-1842 e 1856-1860, conhecidas como “Guerra do Ópio”. “Derrotada, a China se viu obrigada a se abrir para o comércio com os estrangeiros e assistir à disseminação do vício entre seus compatriotas” (TORCATO, 2016, p. 118).

Não podendo combater a imposição do comércio feita pela Inglaterra através das armas, a China o fez pela enxada, permitindo o plantio da papoula em seu território, com intuito de enfraquecer as importações e libertar-se das pressões ocidentais.

A estratégia surtiu efeito: e por volta de 1880, as importações de ópio indiano já estavam em plena queda, embora o consumo prosseguisse. [...] Impedido, durante as décadas seguintes, de tentar controlar o consumo interno de ópio, o Governo chinês buscava sensibilizar a comunidade internacional para os níveis de dependência de drogas em seu território, que chegou a atingir, segundo estimativas, 27% da população. Necessitava, portanto, que o ópio deixasse de ser percebido como mero produto comercial, passando a ser considerado uma ameaça social, política e de saúde pública. Os protestos contra as importações forçadas permaneceriam ignorados, até que uma combinação de fatores domésticos e estratégicos levasse os governos ocidentais em particular, o norte-americano e, em menor medida, o britânico – a reavaliar seus interesses na questão (SILVA, 2013, p. 68).

Esses acontecimentos demonstram os conflitos de interesses existentes entre os dois países em “relação ao controle da venda e consumo de ópio e seu reflexo na economia

mundial, marcada pela oposição entre o proibicionismo chinês e o interesse inglês na legalização do ópio na China, por motivação puramente comercial” (RODRIGUES, 2006, p. 37).

Sendo assim, diante do exposto, compreende-se que foram os aspectos decorrentes das guerras e dos conflitos entre China e Inglaterra que influenciaram a mudança da percepção social em relação às drogas no século XIX, marcando o surgimento das discussões e a criação de tratados internacionais sobre a problemática no século XX.

2.1.3 Os tratados internacionais sobre drogas no século XX

As motivações que levaram à urgência de instituir mecanismos internacionais de controle e de proibição ao uso e ao comércio de drogas se embasavam em três aspectos. O primeiro está relacionado aos efeitos colaterais do consumo abusivo do ópio, que levavam à dependência química do usuário e impactavam a saúde pública. O segundo, relacionado ao desejo da classe médica em obter monopólio sobre o receituário das drogas. E, por último, o fato de que a disseminação do consumo das drogas com fins recreativos, pelas classes menos favorecidas, ocasionava consequências para a ordem social (ESCOHOTADO, 2004; SILVA, 2013). “Com tal articulação, a questão das drogas psicoativas transformou-se em um grande problema que justapunha três planos de graves ameaças: à moral, à saúde pública e à segurança pública” (RODRIGUES, 2004, p.7).

A percepção moralista, disseminada pelos norte-americanos brancos e protestantes, associava o consumo de substâncias que induziam aos prazeres pecaminosos a grupos que nos Estados Unidos daquela época, “eram vistos com enorme desconfiança, quer fosse por seus hábitos exóticos e condenáveis, quer fosse pelos empregos que supostamente roubavam aos ‘cidadãos decentes’” (RODRIGUES, 2004, p. 6).

Segundo Passeti e Escohotado (1991; 1998 citado por RODRIGUES, 2004, p. 6) os “chineses eram identificados como viciados em ópio; negros eram identificados como consumidores de cocaína; os irlandeses como inveterados bebedores de álcool; os mexicanos e outros hispânicos, como indolentes e lascivos fumadores de maconha”.

Essas motivações levaram a uma verdadeira cruzada moralista, a partir do final do século XIX. O espírito reformista dos EUA “não se restringiu à questão das drogas, inserindo-se no bojo de um movimento progressista, destinado a fortalecer o tecido moral da sociedade e controlar a ganância do empresariado” (SILVA, 2013, p. 69).

Diante desses aspectos, os EUA assumem o papel de condutor da política mundial de controle e comércio das drogas.

EUA propuseram-se a estabelecer uma política global sobre o tema, oposta à das potências coloniais europeias, envolvendo países produtores e consumidores. Para lograr seus objetivos, utilizariam uma combinação de pressões morais, apoio a códigos reguladores, incentivos econômicos e uma diplomacia ativa. Militarmente inferiores aos impérios globais da época, recorreriam ao argumento ético da imoralidade das drogas nas primeiras conferências internacionais sobre a matéria, determinando a direção em que o tema evoluiria mundialmente (SILVA, 2013, p. 75).

A estratégia dos EUA, segundo Carvalho (2011), em financiar as Conferências Internacionais, consistia em resolver dois problemas: por um lado, melhoraria suas relações comerciais com a China, por outro, enfraqueceria seu principal concorrente, a Inglaterra.

Em 1909, sob a liderança norte-americana, formou-se a “Comissão do Ópio”, em Xangai. Com a ausência do Caribe e de países da América Latina, representantes de treze países, dentre eles as potências coloniais da época e representantes do Imperador chinês, se reuniram com intuito de discutir a problemática do ópio na China e realizar um levantamento sobre a questão das drogas no globo. Na ocasião, visava-se estabelecer “limites à produção e ao comércio de ópio e seus derivados” (RODRIGUES, 2006, p. 38), o que impactava negativamente o mercado europeu.

As potências coloniais alegavam que o consumo de ópio, para fins que não fossem medicinais, não era imoral ou prejudicial e que cada país deveria ser responsável pelo controle interno de tais substâncias, negando-se a negociar qualquer tratado de controle judicialmente vinculante (ESCOHOTADO, 2004; SILVA, 2013). Alemanha, Suíça e Holanda, que possuíam importantes indústrias farmacêuticas em seus territórios, dispuseram-se a estabelecer controles sobre matérias-primas, mas recusaram-se a restringir a produção de drogas. As potências europeias se demonstraram imparciais sobre a temática, pois “embora simpatizantes com as iniciativas norte-americanas, assumiram posição distanciada, considerando a questão pouco prioritária” (SILVA, 2013, p. 78).

Apesar da conferência não resultar em acordos concretos e nem em responsabilidades internacionais, ela possibilitou o debate internacional sobre o controle das drogas, que culminou em “um sistema de cooperação internacional em assuntos sobre drogas, que inspirou a primeira convenção sobre ópio de 1912, e inaugurou a prática de encontros diplomáticos para o controle de drogas psicoativas” (RODRIGUES, 2006, p. 38).

A Convenção de Haia aconteceu em 1912, mais uma vez motivada pelos EUA. Nesta conferência, estiveram presentes os mesmos países da convenção de Xangai, para novamente

discutirem a problemática das drogas. De acordo com Silva (2013), os entraves enfrentados nestas conferências para instituir mecanismos de controle sobre as drogas eram desafiadores, pois uma coisa é declarar um princípio e, outra, era restringir uma indústria multinacional lucrativa. “Mesmo concordando com a existência de um problema internacional, a preocupação principal dos governos participantes seguia sendo com as perdas comerciais” (SILVA, 2013, p. 79).

No entanto, desta vez, a pressão exercida pelos EUA para que fosse implementada a “sua política a nível internacional, culminou com a elaboração de um documento de grande impacto, que explicitamente exigia a limitação da produção e venda de ópio e opiáceos (morfina)” (RODRIGUES, 2006, p. 38), além de incluir a cocaína na lista de substâncias psicoativas.

Em resumo, Silva (2013) conclui que:

A Convenção de Haia foi o primeiro tratado internacional de controle de drogas, regulamentando de forma incipiente a fabricação, comércio e uso da cocaína, ópio e seus derivados. Constituiu o primeiro passo para a construção do complexo arcabouço normativo internacional, fornecendo um modelo para legislações futuras. Deu à questão um tratamento repressivo e proibicionista: determinou a restrição da produção, venda e uso do ópio a necessidades “legítimas” (medicinais e científicas), estipulou a supressão gradual do seu fumo, estabeleceu um sistema de autorizações e registros e proibiu a exportação de drogas para Estados que banissem sua importação. Definiu quimicamente opiáceos e cocaína, de modo a eliminar as lacunas legislativas, que até então permitiam que os traficantes declarassem impunemente seus produtos como derivados ou substitutos. Marcou o início de um verdadeiro internacionalismo na questão, refletindo a crescente conscientização de que outras nações além da China haviam sido “contaminadas” pelo consumo do ópio. Mais importante, consolidou o princípio de que era um dever – e um direito – de todo Estado velar pelo uso “legítimo” de certas drogas (SILVA, 2013, p. 80).

Sendo assim, a conferência representou o marco de consolidação da política proibicionista dos EUA no âmbito global e, também, a necessidade de se estabelecer a cooperação internacional no controle dos narcóticos, restringindo-se seu uso lúdico, apenas permitindo o uso médico. Aos poucos, a percepção social sobre o controle se estendeu a outras drogas, levando “a proibição total da cocaína e de derivados da coca e mais adiante dos diversos tipos de *cannabis sativa*” (RODRIGUES, 2006, p. 38).

O processo de interiorização dessa nova política internacional de drogas levou a alguns países a criarem novas legislações nacionais. “Nos EUA, por exemplo, sobre a justificativa de adequação às Convenções Internacionais, tornaram mais rígidas as leis de controles de drogas, com a Edição do “*Harrison Act*” de 1914” (RODRIGUES, 2006, p. 38).

Assim também, na França, ocasionou a criação das “*Lois sur les drogues*”, de 1916, e no Reino Unido, o “*Dangerous Drug Act*”, de 1920. O que demonstra, segundo Torcato (2016), que o puritanismo proibicionista não gerava entusiasmo na comunidade internacional.

A 1ª Convenção de Genebra foi elaborada em 1931, com o objetivo de estabelecer “medidas para supressão do uso de ópio no Extremo Oriente. O resultado foi a decisão de abolir as concessões para comércio de ópio, passando os governos a assumir o controle por meio de um sistema de licenças e proibição de reexportação” (SILVA, 2013, p. 84). Outra decisão proveniente dessa convenção foi a de limitar “a fabricação mundial de drogas para finalidades médicas e científicas, e restringir as quantidades de drogas disponíveis em cada estado e território” (RODRIGUES, 2006, p. 39).

Em 1936, foi realizada a 2ª Convenção de Genebra, em que 41 países estiveram presentes, incluindo, pela primeira vez, alguns latino-americanos e caribenhos, dentre eles, Brasil, Bolívia, Chile, Cuba, Nicarágua, República Dominicana, Uruguai e Venezuela (SILVA, 2013), que significou, de acordo com Rodrigues (2006, p. 39), em um grande avanço no que se refere ao “controle das drogas narcóticas, ao determinar aos governos nacionais a submissão de estatísticas anuais sobre a produção, consumo e fabrico de drogas à recém criada *Permanent Central Opium Board*”. Pela primeira vez, criou-se um sistema internacional de monitoramento de drogas.

Cabe expor que, nesta Convenção, os debates em relação ao consumo de drogas centravam-se no controle do ópio e seus derivados, além da cocaína. Não havia uma preocupação quanto ao consumo da *cannabis*. No entanto, o médico da delegação egípcia levantou a discussão sobre a planta, alegando que a mesma era tão nociva quanto o ópio. A afirmação do delegado foi corroborada pelo médico brasileiro Dr. Pernambuco Filho, que alegou diante do comitê que a “maconha é mais perigosa que o ópio” (RODRIGUES, 2015; VALOIS, 2017). De acordo com Valois (2017, p. 142) “esse episódio levou a internacionalização e à equiparação da maconha ao ópio e à cocaína” e a sua inclusão no rol internacional de substâncias proscritas, limitando o seu consumo apenas para fins medicinais (RODRIGUES, 2015; TORCATO, 2016).

Contudo, segundo Silva (2013, p. 84), o documento final instituído nesta convenção, “manteve a liberdade dos Estados para produzir e comerciar drogas em quaisquer quantidades, contanto que fornecessem relatórios precisos aos órgãos da Liga das Nações, de cujo escrutínio podiam, aliás, furtar-se”. O regime de controle imposto demonstrava-se inexperiente e limitado, focalizando unicamente no controle da oferta (ESCOHOTADO, 2004; SILVA, 2013).

Diante do exposto até o momento, somente com a criação das Organizações das Nações Unidas, conhecida como ONU, “em 1945, após o fim da 2ª Guerra Mundial, foram estabelecidas as linhas mestras do controle internacional de drogas vigente até os dias atuais, tendo sido concluídas três sob seus auspícios, ainda hoje em vigor” (RODRIGUES, 2006, p. 39).

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, realizada pela ONU, representou um grande marco nos esforços internacionais para controlar as drogas. A ONU conseguiu “simplificar o arcabouço legal de controle do comércio de drogas que havia sido criado ao longo de meio século e que estimulará uma rede de obrigações entre os Estados complexa e plena de brechas e limitações” (SILVA, 2013, p. 108). Possibilitou a instituição de um extenso sistema de controle e “atribuiu a responsabilidade aos estados-parte de incorporação das medidas ali previstas em suas legislações nacionais, além de ter reforçado o controle sobre a produção, distribuição e comércio de drogas nos países nacionais” (RODRIGUES, 2006, p. 39). Foram declaradas “‘ilícitas’ as plantas contendo substâncias para produção de drogas entorpecentes ou psicotrópicas (aí se incluindo folha de coca e *cannabis*) e estabeleceu um marco jurídico multilateral para sua erradicação” (SILVA, 2013, p. 109). Estabeleceu também, repressão total ao uso para fins recreativos, como exemplo, o fumo de ópio e *cannabis* e a mastigação de folhas de coca, além de estipular prazo para que os países colocassem fim aos seus hábitos milenares (SILVA, 2013).

Nesse momento nota-se a radicalização do controle internacional de drogas, que passou a buscar a total erradicação do consumo e da produção de determinadas substâncias, inclusive algumas que eram consumidas há milênios por tribos nativas da América Latina, como é o caso de folha de coca no Peru e na Bolívia. Pretendia-se impor uma valoração negativa sobre uma cultura ancestral, sem levar em consideração a diversidade cultural dos povos (RODRIGUES, 2006, p. 40).

Esse fato demonstra o impacto dos tratados internacionais na transformação da percepção social sobre as drogas, ao perpassar da tradição à criminalização. As condições impostas “aos países produtores foram desproporcionais com relação àquelas impostas aos países consumidores, lançando sobre os primeiros os principais custos — econômicos, políticos, sociais e humanos — do regime” (SILVA, 2013, p. 118). Sobre o aspecto da mudança de percepção social, Torcato (2016) pontua, como exemplo que, na primeira metade do século XX, a percepção sobre o hábito de mascar a folha de coca era associada ao atraso e degeneração indígena, enquanto a cocaína era vista como um fruto benéfico da modernidade.

No entanto, na ideia atual, o consumo da folha de coca se trata de uma tradição respeitável, enquanto a cocaína é vista como um vício intolerável.

Retornando ao histórico dos tratados internacionais, em 1971, foi elaborada a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, que inclui na lista de substâncias ilícitas as drogas psicotrópicas, como exemplo, os estimulantes, anfetaminas e o ácido lisérgico (LSD). Assim, alegou-se que essas substâncias, os sedativos-hipnóticos e tranquilizantes, eram passíveis de se submeterem ao controle internacional, mediante os efeitos danosos que causavam ao indivíduo e à sociedade (ESCOHOTADO, 2004; RODRIGUES, 2006; SILVA, 2013).

Ao fim, “o sistema internacional de controle sobre drogas atingiu o seu ápice da repressão com a vigente Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988” (RODRIGUES, 2006, p. 40). O consenso entre os “governos tinha sido alcançado, considerando-se o fenômeno das drogas ilícitas como *um desafio coletivo global, assentado nos princípios da cooperação e da co-responsabilidade, dentro da proposta repressiva*” (RODRIGUES, 2006, p. 41, grifo da autora).

Atualmente, a Política Global de Drogas é baseada nessa convenção, em que os Estados-membros “se comprometem a elaborar, implementar e ratificar tratados, sob os auspícios das Nações Unidas, que elaboram os modelos uniformes de controle de substâncias” (RODRIGUES, 2006, p. 41). É esta Política Global que determina, a cada nação signatária, inclusive o Brasil, a articulação de suas políticas nacionais sobre drogas.

Em resumo, Carvalho (2013) expõe em que se constitui a ideologia proibicionista, disseminada por meio dos tratados internacionais. Segundo o autor:

[...]trata-se de conjunto de discursos e leis antidrogas que ficou conhecido como proibicionismo [...] que se consolidou como modelo legal mundial para tratar de uma sempre crescente lista de drogas. O proibicionismo conjuga argumentos de quatro tipos: o moralista, o de saúde pública, o de segurança pública e o de segurança internacional. O uso de drogas seria um desvio de conduta (moral) que levaria a um problema geral de vício e degradação pessoal e social (saúde pública); como as drogas proibidas continuariam consumidas haveria a formação de um mercado ilícito (segurança pública) que ganharia, como narcotráfico, contornos de problema global (segurança internacional). Assim, o proibicionismo visa erradicar permanentemente práticas sociais relacionadas a drogas que são milenares por meio de leis e repressão policial e militar. (NÚCLEO DE SOCIABILIDADE LIBERTÁRIA-NU-SOL citado por CARVALHO, 2013, p.10).

Por meio do histórico dos tratados internacionais, buscou-se demonstrar como ocorreu a concepção e construção do arcabouço normativo da atual Política Global sobre drogas.

Analisando esses aspectos históricos, é possível compreender em que se baseia a conduta proibicionista da Política Nacional sobre Drogas no Brasil, que se articula com o objetivo de combater a oferta e demanda de drogas no país através da repressão.

2.1.4 Controle social e a criminalização das drogas no Brasil: século XVII ao XX

Desde a chegada dos colonizadores europeus no Brasil no final do século XV, até às primeiras décadas do século XX, não existia uma preocupação social em relação ao uso de drogas no país (FIORE, 2005; ADIALA, 2011; CARNEIRO, 2014; TORCATO, 2016).

Pode-se assinalar, como primeira medida de regulamentação sobre entorpecentes no Brasil, a instituição das Ordenações Filipinas, com vigência no país durante o século XVII até as primeiras décadas do século XIX (RODRIGUES, 2006; CARVALHO, 2016; TORCATO, 2016). De acordo com seu título 89, era proibido “ter em casa, ou vender, rosalgar [arsênio], ópio ou outro material venenoso, sem ser boticário ou pessoa autorizada a tanto [...], com pena de perda de sua fazenda e degradação para a África” (RODRIGUES, 2006, p.136).

No Primeiro Império, em 1830, segundo Fiore (2005), a proibição da *cannabis* foi a primeira forma de controle sobre o uso de alguma droga no Brasil. No entanto, esse controle estava mais relacionado com as “práticas tradicionais de um crescente contingente de população negra e miscigenada, escrava ou liberta, na capital do Império, do que o controle sobre o uso de drogas propriamente dito” (FIORE, 2005, p. 263). O uso da *cannabis* era diretamente associado às classes mais baixas.

Drogas de uso predominante entre os escravos, como a maconha, foram perseguidas pelos senhores de escravos, dando origem a sua estigmatização como substância dos afrodescendentes, dos pobres e dos moradores de favelas. Mesmo havendo um uso farmacêutico dos cigarros de maconha para asma e muitas outras afecções, estes eram importados da Europa e chamados de cânhamo indiano. O uso popular da maconha, termo que vem do idioma africano quimbundo da região Banto de Angola, se disseminou em camadas populares das grandes cidades e áreas do interior do país e só veio a ser proibida nacionalmente a partir do ano de 1932, embora desde o século XIX já houvesse registro de perseguições ao “pito de pango” dos escravos (CARNEIRO, 2014, p. 21).

Com a instituição do Primeiro Código Penal Republicano, em 1890, “no seu artigo 159 foi previsto o crime de expor à venda ou ministrar substâncias venenosas sem autorização e sem as formalidades exigidas pela lei, punindo apenas com multa” (RODRIGUES, 2006, p. 136). Rodrigues (2006) e Adiala (2011) expõem que a regulação existente se centralizava no

comércio de substâncias, como cocaína, morfina e clorofórmio pelos boticários, em que somente podiam ser vendidas a médicos e cirurgiões.

Contudo, durante a passagem do século XIX para o XX, o surgimento do debate sobre o controle do uso social e a criminalização das drogas, estava diretamente ligado ao processo de consolidação da atividade médica, como um saber cientificamente legitimado (FIORE, 2005; MORAIS, 2005; RODRIGUES, 2006).

No ano de 1904, a mudança de percepção social surge por meio do discurso médico-psiquiátrico, preocupado com as questões sociais referentes ao uso de drogas, centralizando-se, principalmente, em relação ao consumo de álcool (ADIALA, 2011).

De acordo com Rodrigues (2006, p. 135), os médicos legistas e os psiquiatras, especialmente, “atribuíam ao alcoolismo e aos narcóticos as causas do atraso social do país, o que ameaçaria a ordem pública, e por isso deveria levar ao seu controle médico e criminal, em prol da eugenia”. Nesse contexto, a proibição das drogas “atenderia aos interesses econômicos e de legitimação social de uma classe médica organizada que assumia maior poder junto ao Estado e uma função reformadora e moralizadora da sociedade” (ADIALA, 2011, p. 15).

[...] a medicina moderna se constitui com uma vocação política intrínseca, centrada principalmente no sentido da ordenação e normatização positiva da vida social, que, principalmente com o crescimento das cidades, tomadas como um caos fecundo para todo o tipo de doença, loucura e desordem, tinha obrigação de agir [...]. Algumas substâncias, nomeadas a partir de então como drogas, propiciavam estados de loucura, comportamentos anormais e se tornavam enfim, vícios que impedem um desenvolvimento de uma vida social saudável e regrada (FIORE, 2005, p. 262).

Sendo assim, durante a década de 1920, as drogas se tornam um problema público, com a instituição de leis e medidas para conter a ameaça (FIORE, 2005; ADIALA, 2011). Ao mesmo tempo em que “o prestígio das drogas decaía, aumentava a autoridade da psiquiatria para tratar dessas doenças da civilização [...]. Sob a ação inebriante das drogas se encontraria escondida a causa da loucura e do crime, da degeneração do indivíduo e da nação” (ADIALA, 2011, p. 111).

Neste período desponta uma produção médico-psiquiátrica, que pela via do álcool divulga a importância da abordagem social do problema. Esta dimensão social do problema será então, ao longo dos anos de 1910 e 1920, palco das opiniões veiculadas em relação a várias outras substâncias além do álcool (o ópio e seus derivados e a maconha), seja debatendo a questão da regulação do Estado, seja apresentando os problemas decorrentes desses “vícios sociais degradantes” (ADIALA, 2011, p. 71).

O controle social sobre as drogas, como mencionado, concentrava-se principalmente nas bebidas alcoólicas, na medida em que o consumo “era muito disseminado entre o

proletariado e as camadas populares da cidade, grupos sociais que eram associados a comportamentos considerados indesejáveis e contrários às regras da civilização” (ADIALA, 2011, p. 93).

O alcoolismo colocava não só a questão das consequências fisiológicas e anátomo-patológicas de seu uso, como o problema da cirrose hepática, mas também trazia para o debate médico as questões morais ligadas à embriaguez. As figuras do “bêbado vagabundo”, do “alcoólatra perturbador da ordem social” e do “alcoolista criminoso”, comuns então, colocavam em evidência o papel das bebidas alcoólicas na prática do crime e da desordem [...] (ADIALA, 2011, p. 97- 98).

Paralelamente, no cenário internacional, acontecia uma forte movimentação da comunidade médica a favor da proibição do comércio de bebidas alcoólicas, o que também seria adotado pela medicina brasileira (ADIALA, 2011; TORCATO, 2016).

A preocupação internacional com as consequências do alcoolismo resultou, em 1885, na realização do *I International Congress on Alcoholism*, reunindo médicos da Europa e dos Estados Unidos contrários ao abuso de bebidas alcoólicas. Esses congressos foram realizados bianualmente, até 1923, e ali eram discutidos os efeitos do abuso de bebidas alcoólicas entre os trabalhadores da indústria, sobre suas condições de vida, seu bem-estar e sua eficiência no trabalho, a etiologia do alcoolismo e a relação entre alcoolismo e pobreza. Toda essa discussão sobre o alcoolismo fez com que ganhasse força a opinião médica contrária ao uso de alcoólicos na terapêutica, uma visão que destacava os perigos desse consumo, mesmo quando realizado em pequenas doses (ADIALA, 2011, p. 91).

Assim, durante a Primeira República, a discussão em relação à questão das drogas era fomentada por uma geração de médicos, psiquiatras, cientistas e intelectuais, que visavam a inserção do Brasil entre os países civilizados.

O debate sobre um projeto para a nação marcava o início da vida republicana, cujo foco estaria centrado na constituição física e moral de um contingente populacional que era visto como um entrave ao desenvolvimento do país. Essa geração acreditava que a ciência não era apenas um agente de modernização do país, mas também um testemunho de que o Brasil se tornava civilizado, e a crescente organização da ciência, com o estabelecimento das condições de sua institucionalização, especialização e profissionalização, fazia parte de processo civilizatório em curso. Essa geração acreditava que a ciência e a educação eram elementos fundamentais para que o Brasil pudesse ser uma sociedade civilizada, e para isso formulavam projetos baseados em um ideal positivista de progresso que permitissem atingir a saúde do corpo social (ADIALA, 2011, p. 131).

Esse projeto, que visava a modernização do Brasil, e idealizado “por esses missionários do progresso”, teria expressão no movimento sanitarista da época” (ADIALA, 2011, p. 132). A era do saneamento levou à criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, e do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, permitindo que as “políticas

públicas de saúde desempenhassem ‘um papel central’ no processo de construção [...] do Estado Nacional, reforçando o caráter civilizatório da ciência” (ADIALA, 2011, p. 132).

Na área da psiquiatria, além da Sociedade Brasileira de Psiquiatria e Neurologia, criou-se também, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). A liga era uma entidade civil, financiada pelo governo federal e por entidades filantrópicas (FIORE, 2005; ADIALA, 2011). Era constituída por médicos, educadores, intelectuais e juristas, que se articulavam com o objetivo de promover um “programa de higiene mental e eugenia no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social” (ADIALA, 2011, p. 65). Sua principal bandeira era o combate ao alcoolismo, principal responsável pelas de internações nos hospícios e nas prisões, através de campanhas de semanas antialcoólicas (FIORE, 2005; ADIALA, 2011).

As semanas antialcoólicas receberiam grande cobertura da imprensa e, em 1928, os líderes do movimento chegaram a ser recebidos pelo Presidente da República, para levar propostas enérgicas contra o consumo de álcool e a formação de um fundo de propaganda antiálcool. Essas propostas eram inspiradas na Lei Seca adotada nos EUA em 1920, através da 18ª emenda constitucional, que proibia a fabricação e a comercialização de bebidas alcoólicas. Proposta semelhante foi apresentada ao Congresso brasileiro por Afrânio Peixoto, que em 1924 que havia sido eleito deputado federal pela Bahia (ADIALA, 2011, p. 134).

Diante de todo o esforço, a campanha antialcoólica não obteve êxito, pois a lei seca não fora aprovada, tampouco a criação de reformatórios. Curiosamente, as ações legislativas do governo ao longo da década de 1920 “foram orientadas na direção de outras formas de intoxicação – o morfismo e o cocainismo – que não haviam despertado a mesma preocupação que o alcoolismo para a maioria dos psiquiatras” (ADIALA, 2011, p. 134).

Sendo assim, Adiala (2011, p. 24) expõe que o proibicionismo das drogas no Brasil teria sido promovido pelo “discurso psiquiátrico, que transferiu o modelo de combate às epidemias do sanitarismo para o campo do comportamento social, fortalecendo assim sua posição no interior do aparato estatal, através da medicalização do crime”.

Por meio do exposto, buscou-se demonstrar como se iniciou o processo de construção do sistema nacional de controle sobre drogas no Brasil até a década de 1920, promovido pela classe médica e psiquiátrica. Contudo, devido às pressões diplomáticas, para que fossem ratificados os tratados internacionais, esse discurso também passa a ser promovido por juristas e policiais, resultando na mudança de percepção social, além de propor mudanças no código penal em relação aos entorpecentes (FIORE, 2005).

Portando, a seção seguinte abordará o processo de internalização da ideologia proibicionista americana, por meio dos tratados internacionais, e as transformações que estes trouxeram para a problemática das drogas no Brasil, bem como sua influência na construção do sistema nacional de controle sobre drogas.

2.1.5 Brasil e os tratados internacionais: construção do sistema nacional de controle sobre drogas no século XX

Com o advento dos tratados internacionais disseminou-se uma ideologia proibicionista, forjada em molde norte-americano, na qual se instituiu uma política global de repressão ao consumo e comércio de drogas, ratificada por diversas nações.

O Brasil tardou a se posicionar a respeito dos debates e negociações internacionais sobre drogas. De acordo com Silva (2013, p. 11) apesar de haver registro de um histórico acordo entre o “Reino do Brasil e o Império Chinês para Supressão do Tráfico do Ópio, a verdade é que a nossa postura foi, durante mais de 50 anos, a de que o ópio e outras drogas não eram um problema nosso”.

Contudo, durante o século XX, devido às pressões diplomáticas dos EUA, aconteceram algumas iniciativas pontuais que levaram à internalização do proibicionismo norte-americano, o qual determinou que a construção do sistema nacional de controle fosse alinhada a essas normativas.

Em 1914, o Brasil ratificou a Convenção de Haia de 1911, conhecida como Convenção do Ópio. Segundo Adiala (2011), uma comissão foi nomeada pela Academia Nacional de Medicina para elaborar um parecer que respondia a uma consulta do Ministério da Justiça e do Interior sobre as disposições desta convenção. Essa comissão recomendou ao governo, estabelecer restrições ao uso de ópio, morfina e cocaína, a não ser para fins estritamente medicinais. Mediante a isso, segundo Fiore (2005, p. 266) “o presidente Hermes da Fonseca edita o decreto 2.861 de 8 de julho de 1914”, com um único artigo.

Artigo unico.[sic] Ficam aprovadas para produzirem todos os seus efeitos no territorio nacional as medidas tendentes a impedir os abusos crescentes do opio, da morphina e seus derivados, bem como da cocaína, constantes das resoluções aprovadas pela Conferencia Internacional do Opio realizada em 1 de Dezembro de 1911 em Haya, e cujo protocollo foi assignado pelo representante do Brasil na mesma Conferencia; revogadas as disposições em contrario (DECRETO 2.861, 8 DE JULHO DE 1914)¹².

¹²Legislação Informatizada- Decreto 2.861, 8 de julho de 1914. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-2861-8-julho-1914-575437-publicacaooriginal-98630-pl.html>> Acesso em: 6 ago.2019.

As recomendações deste decreto eram de ordem administrativa e legislativa, visando à fiscalização das farmácias no que tange à venda de ópio, morfina e cocaína sem receituário médico e a proibição de importação e exportação destas substâncias (ADILA, 2011). Devido aos desdobramentos da Primeira Guerra Mundial, a execução das observações da Convenção de Haia só aconteceu de maneira efetiva em 1921 (FIORE, 2005).

Neste contexto, as preocupações da classe médica brasileira somam-se às orientações dos tratados internacionais. O problema do abuso de bebidas alcoólicas e drogas, inicialmente tratados como problemas distintos, passariam a ser compreendidos na mesma classe de problemas: *toxicomania* (ADIALA, 2011).

Sendo assim, no ano de 1921, durante a presidência de Epitácio Pessoa, criou-se uma comissão chefiada pelo juiz criminal Galdino Siqueira, composta por médicos, juristas e policiais (FIORE, 2005; ADIALA, 2011). Dentre esses membros, segundo Fiore (2005, p.267), estavam “dois dos mais eminentes médicos da época, Juliano Moreira (diretor de assistência a alienados) e Carlos Chagas (chefe de saúde pública)”, para elaborar, de acordo com Adiala (2011, p.142), “uma legislação específica para substâncias narcóticas, como exigia o Protocolo da Conferência do Ópio, o que viria a ocorrer em seis de julho de 1921, com edição do Decreto-Lei nº4.294”.

Pela primeira vez, por meio do Decreto nº 4.294 a venda de ópio e seus derivados e de cocaína passam a ser punidas com prisão. Além disso, a embriaguez “por hábito” que acarretasse “atos nocivos a si próprio, a outrem, ou à ordem pública” passava a ser punida com internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. Com um novo decreto no mesmo ano (14.969), foi tipificada na legislação brasileira, pela primeira vez, a figura jurídica do toxicômano numa legislação brasileira. Criava-se, para tratá-lo (ou corrigi-lo), o “Sanatório para Toxicômanos”, e sua internação poderia ser requerida por ele próprio, pela família ou por um juiz (FIORE, 2005, p. 267).

De acordo com Torcato (2016, p. 289) “a partir da década de 1930, mais especificamente a partir de 1932, inicia uma nova fase nas políticas que tratam do uso de substâncias ‘entorpecentes’”. Em relação a essa nova fase da política de drogas brasileira, Adiala (2011) expõe que:

[...] a partir dos anos de 1930, ocorre não apenas uma transformação no discurso sobre as drogas – passando do campo da medicina para o campo policial – mas também uma transformação nas drogas consideradas problemáticas, no caso a concentração do discurso proibicionista sobre a *cannabis sativa* ou maconha. Esta diferenciação em relação às drogas aparecia sob a forma de uma distinção entre “vícios elegantes” (cocaína e morfina) e “vícios deselegantes” (maconha), que representou também uma

diferenciação no tipo de repressão estabelecida e da população-alvo da repressão (ADIALA, 2011, p. 24).

A nova legislação que entra em vigência por meio do Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932, ampliou o rol de substâncias proibidas e “passou a considerar o porte de qualquer uma delas crime passível de prisão, mantendo o poder da justiça de internar o toxicômano por tempo indeterminado” (FIORE, 2005, p. 267).

A partir desse decreto, em 1935, criou-se a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE). Pela primeira vez, foi criado no país, um conselho para fiscalizar o comércio de importação e exportação de drogas e o consumo de tais substâncias. A CNFE era constituída por representantes de diversas áreas e órgãos governamentais, entre as quais se destacava a “área da saúde, essa comissão tinha por tarefa a supervisão do controle e da repressão aos entorpecentes no país inclusive aquelas não proscritas totalmente devida ao uso medicinal como a morfina” (FIORE, 2005, p. 267).

De acordo com Carvalho (2013, p. 57), “a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes [...] passou a ser a autoridade máxima no que diz respeito às substâncias psicoativas no país”. Por intermédio desse conselho, instituiu-se um modelo de gestão governamental sobre entorpecentes que, de certa forma, permanece na atualidade.

O CNFE elaborou uma nova legislação, aprovada já sob a ditadura do Estado Novo, a Lei de Fiscalização de Entorpecentes (Decreto-lei n. 891 de 1938), uma lei mais rígida e detalhada. Duas novidades importantes: a fixação de uma mesma pena para o porte, para o uso ou para venda, independentemente da quantidade apreendida, e a proibição do tratamento da toxicomania no domicílio sendo essa considerada uma doença de notificação obrigatória cujo *status* é o mesmo de doenças infecciosas (FIORE, 2005, p. 267-268).

O Decreto-lei nº 891, de 1938, foi elaborado para atender às observações da Convenção de Genebra de 1936, estabelecendo a regulamentação a “questões relativas à produção, ao tráfico e ao consumo, e, ao cumprir as recomendações partilhadas, proíbe inúmeras substâncias consideradas entorpecentes [...]. Determina como pena a prisão celular de 1 a 5 anos e multa” (CARVALHO, 2016, p. 50).

Salo de Carvalho (2016, p. 49, grifo do autor) afirma que “embora sejam encontrados resquícios de criminalização das drogas ao longo da história legislativa brasileira, somente a partir da década de 1940 é que se pode verificar o surgimento de *política proibicionista sistematizada*”.

Sendo assim, o arcabouço legal e institucional construído por meio dos decretos anteriores, consolida-se com o Código Penal de 1940 (RODRIGUES, 2006; CARVALHO,

2016; TORCATO, 2016). De acordo com Rodrigues (2006, p. 141), na legislação de 1940, permaneceu a visão médica do dependente químico como um doente que necessitava de tratamento e não “deveria ser enviado para a prisão, ao mesmo tempo em que se intensificava o controle penal sobre as drogas, com a crescente utilização do direito penal como forma de controle social sobre os atos de comércio”.

Segundo Torcato (2016, p. 292), “as mudanças em matéria de legislação que ocorreram entre 1932 e 1946 serão o fundamento legal do proibicionismo até 1964, quando começará uma reordenação da política de drogas”.

Antes de 1964 “não havia uma percepção maior em relação ao problema das drogas, razão pela qual não se alterou a legislação no período, o que se deu somente com o retorno à ditadura, após o golpe militar [...], com o incremento do controle penal sobre as drogas” (RODRIGUES, 2006, p. 142).

O Brasil ratificou todos os tratados internacionais posteriores à Convenção de Haia: a 2º Convenção sobre Ópio de 1925, por meio do Decreto n. 22.950/33; e a 1º Convenção de Genebra de 1931, com o Decreto n. 113/34. Após promulgar, em 1964, a Convenção Internacional Única de Entorpecentes de 1961, o tratado mais importante de todos, o país ingressou definitivamente “no cenário internacional de combate às drogas e de intensificação da repressão” (RODRIGUES, 2006, p. 142).

Em relação à problemática das drogas no período ditatorial, Valois (2017) expõe que:

O medo foi a principal arma da ditadura, como é da política de drogas. É o medo que sobra como política quando morre o Estado social para dar lugar ao Estado mínimo, ainda, mas, sob o regime militar, tornou-se um espectro mais grave, uma vez que a sociedade inteira estava literalmente sob armas. O medo, instrumento principal de qualquer ditadura, incompatível com a democracia, no Brasil, é um medo *made in USA*. A guerra às drogas é um subproduto desse medo com que se mantêm colônias administrativas. A única mudança no combate às drogas durante o regime militar foi a de agravamento do medo. Durante esse período, a determinação para se caçar, algemar e prender qualquer um que estivesse próximo de uma substância tida como ilegal, vinha dos quartéis, sempre, e como nunca, com o aval do Norte (VALOIS, 2017, p. 349).

Sendo assim, no regime instaurado pelos militares, implementou-se um sistema penal repressivo e autoritário. “No primeiro momento do regime militar foram editados a Lei 4.451/66, que incluiu o plantio de espécies produtivas de entorpecentes no rol dos crimes, e o Decreto-Lei nº 159/67, que estendeu a proibição legal às anfetaminas e alucinógenos” (RODRIGUES, 2006, p.143).

Posteriormente, foi instituído o Decreto-Lei 385, de 1968, considerado bastante repressivo, no qual se modificou o art. 281 do Código Penal, passando a criminalizar o usuário, impondo pena idêntica ao traficante, contrariando as observações internacionais e rompendo com o discurso de diferenciação (RODRIGUES, 2006; CARVALHO, 2016). Com um novo parágrafo incluso, há previsão de que “*nas mesmas penas incorre quem ilegalmente: traz consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica*” (CARVALHO, 2016, p. 56, grifo do autor).

Contudo, na década de 70, instaurou-se o Decreto-Lei n. 5.726/71. Embora tenha se mantido o modelo bélico, a nova legislação assumiu um caráter menos repressivo que as anteriores, porém, alinhada às observações dos tratados internacionais, além de retomar o discurso médico-jurídico (RODRIGUES, 2006).

Na realidade o que mudou foi a previsão de medida de segurança para a “recuperação do infrator viciado”, mediante a determinação judicial de internação para tratamento psiquiátrico (art.9º.e 10º), podendo ser atenuada a pena em caso de diminuição de capacidade de entendimento. Caso houvesse a “recuperação completa”, poderia ser declarada a extinção da punibilidade. Desta forma, o viciado não mais era punido como traficante (RODRIGUES, 2006, p. 146).

Segundo Salo de Carvalho (2016, p. 57), “o fato de não mais considerar o dependente como criminoso escondia faceta perversa da lei, pois continuava a identificar o usuário ao traficante, impondo pena privativa de liberdade de 1 a 6 anos”.

Para atender às observações dos novos tratados internacionais, o governo militar criou uma comissão para elaborar um anteprojeto, que resultaria na Lei n° 6.368 de 1976, denominada Lei de Tóxicos. Segundo Fiore (2005), essa lei instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (SNPFRE) e o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen). De acordo com Rodrigues (2006, p.147), “tal lei foi considerada exemplar na adequação às normas e compromissos internacionais assumidos pelo Brasil”.

Carvalho (2016, p. 59, grifo do autor) expõe que a Lei 6.638/76 não difere das normativas antecedentes. “A distinção, porém, é no que concerne à graduação das penas, cujo efeito reflexo será a definição do modelo político-criminal configurador do estereótipo do *narcotraficante*”:

A Lei de Tóxicos obriga que todas as pessoas físicas ou jurídicas colaborem na erradicação do uso de substâncias ilegais e passa considerar a dependência física e psíquica, que deve ser determinada por critério médico para decisão da justiça. A internação deixa de ser obrigatória, sendo substituída pelo tratamento. Além disso, divide as penalidades previstas para quem porta a substância para vender (Art. 12) e quem porta para consumo

próprio (Art. 16). Apesar da pena mais branda para quem infringe a segunda norma, ambas prevêm detenção como pena (FIORE, 2005, p. 269).

Em 1977, por meio do Decreto nº 79.383, o Brasil promulgou a Convenção das Nações Unidas sobre Drogas Psicotrópicas de 1971, que determina aos países signatários que estabeleçam, como pena aos delitos de tóxicos, a prisão ou outra penalidade que prive a liberdade, “muito embora admitisse como alternativa à pena o tratamento, ainda que forçado, o que completou o arcabouço jurídico e determinou a inserção total do Brasil no modelo internacional de controle de drogas” (RODRIGUES, 2006, p. 152).

A política de drogas que se instituiu na década 70, influenciada pela campanha de “guerra às drogas” dos EUA, criou novos estereótipos e nova legitimação repressiva com a estigmatização do “inimigo interno”, que seria o traficante de drogas, ao mesmo tempo em que flexibilizou a punição do usuário, o que constitui a marca do controle penal sobre drogas no Brasil daí por diante [...]” (RODRIGUES, 2006, p. 153).

De acordo com Salo de Carvalho (2016):

Os reflexos do projeto externo norte-americano incidiram diretamente nas políticas de segurança pública dos países da América Latina. Se a lei 5.726/71 pode ser considerada reflexo desta assertiva, com a lei 6.368/76 o discurso jurídico-político belicista toma a dimensão de modelo oficial do repressivo brasileiro. A institucionalização do discurso jurídico-político nos países produtores -- ou, no caso do Brasil, país de rota de passagem do comércio internacional --, a partir da transferência do problema doméstico dos países consumidores, redundará em instauração de modelo genocida de segurança pública, pois voltado à criação de situações de guerras internas (CARVALHO, 2016, p. 61).

Sendo assim, de acordo Rosa del Olmo (1981, citado por CARVALHO, 2016, p. 61), o discurso jurídico-político do proibicionismo norte-americano, imposto aos países de periferia, dava pouca ou nenhuma importância “à historicidade, às questões sociais, às políticas econômicas, bem como à relação cultural entre a droga e os grupos sociais envolvidos”.

A Constituição Federal de 1988 inclui a definição de crime *hediondo*¹³ no mesmo capítulo dedicado aos direitos e garantias fundamentais aos cidadãos, transformando o tratamento criminal dado às questões das drogas no país (RODRIGUES, 2006; TORCATO, 2016). Sendo assim, em 1990, criou-se a Lei 8.072, conhecida como Lei de Crimes Hediondos, “que equiparou o delito de tráfico de entorpecentes a esse rol, restringiu garantias,

¹³ Os Crimes Hediondos são aqueles considerados de extrema gravidade, não sendo eles passíveis de pagamento de fiança para se conseguir liberdade imediata e são insuscetíveis à anistia ou indulto. Fonte: Disponível em: < <https://dicionariodireito.com.br/crime-hediondo> > Acesso em: 9 ago. 2019.

aumentou penas e fez com que presos passassem mais tempo nas prisões brasileiras” (RODRIGUES, 2016, p. 155).

Em relação à Lei de Crimes Hediondos, Torcato (2016) discorre que:

Ela foi responsável por restringir o direito de presunção de inocência e dificultar a progressão de regime das pessoas presas pelo tráfico de drogas. Ela foi uma das principais responsáveis por multiplicar a população carcerária do país, que combinado com os baixos investimentos no setor levaram à superlotação dos presídios, à ampliação da violência em torno dos condenados (e seus familiares) e ao fortalecimento do crime organizado (TORCATO, 2016, p. 315).

Continuando com o exposto da construção do sistema nacional de controle sobre drogas, na década de 1990, institui-se o discurso de “lei e ordem”¹⁴, que, segundo Rodrigues (2006, p. 155) possuía um “caráter repressivo, moralista, populista e passional, ainda de inspiração norte-americana”. Ainda de acordo com a autora, o novo discurso se molda aos novos tempos, endurecendo o sistema penal e estabelecendo como estratégia o autoritarismo, visando a segurança urbana e estereotipando o traficante como inimigo número um do Estado.

Essa movimentação de “Guerra às Drogas” mobilizou o Exército e a polícia, cujos impactos foram o significativo aumento da população carcerária que, por sua vez, solidificou a indústria do crime. *“Nesse sentido, a prisão de traficantes em massa passou a contribuir para a economia das prisões, e para os lucros tanto políticos quanto econômicos dos detentores do poder, responsáveis diretos pela elaboração de leis repressivas”* (RODRIGUES, 2006, p. 156, grifo da autora).

Em 1991, o Brasil ratificou o último tratado internacional, a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988, por meio do Decreto nº 154/91. Dentre as características dessa normativa, pela primeira vez, passou-se a associar as drogas ao crime organizado (RODRIGUES, 2006; TORCATO, 2016).

Os pontos principais recomendados pela convenção eram: combate às organizações de traficantes, por meio da cooperação internacional; criação de instrumentos investigatórios cada vez mais intrusivos e sofisticados; criminalização da lavagem de dinheiro; e confisco dos ativos financeiros. Tais recomendações serviram de base para a elaboração de leis especiais que modificaram o sistema penal brasileiro nos anos seguintes (RODRIGUES, 2006, p. 156).

¹⁴ No início dos anos setenta aparecem as primeiras campanhas de ‘lei e ordem’ tratando a droga como inimigo interno. Permitia-se assim a formação de um discurso político para que a droga fosse transformada em uma ameaça à ordem. As ações governamentais e a grande mídia trabalham o estereótipo político criminal. Na medida em que se enuncia a transição democrática, este novo inimigo interno justifica maiores investimentos no controle social (BATISTA, 2003, p. 84).

Em relação à organização institucional da política de drogas, um marco importante foi a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e o Conselho Nacional Antidrogas (Conad), por meio do Decreto 2.632, de 1998, constituindo, assim, o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) que, segundo Fiore (2005, p. 270) tem, como objetivo: o planejamento, coordenação, supervisão e controle das “atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, e atividade de recuperação de dependentes”.

Segundo Rodrigues (2006, p.168), o problema das drogas ilícitas, no discurso oficial, é “visto como uma questão de Estado, ‘por afetar a segurança, a saúde, o trabalho, a previdência social, o bem-estar individual e da família e até mesmo alguns aspectos da soberania’, centrada na esfera federal”.

A Secretaria Nacional Antidrogas é um órgão vinculado diretamente ao Gabinete de Segurança Institucional do Presidente da República. Sua criação foi inspirada na *Drugs Enforcement Administration* - DEA, órgão que controla a política de repressão às drogas implementada nos EUA (FIORE, 2005). Cabe à Senad, juntamente à Polícia Federal, delimitar as ações da política de drogas, que, posteriormente, será aprovada pelo Conad.

Por meio do exposto, buscou-se demonstrar como ocorreu a construção do sistema nacional de controle sobre drogas ao longo século XX e a influência do proibicionismo norte-americano corroborado pela “Guerra às Drogas”, na construção do discurso e da imagem sobre drogas perante a opinião pública.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Diante do exposto histórico, as drogas se tornam merecedoras de intervenções públicas quando os aspectos referentes ao tráfico, como mortes e violência e o uso abusivo de substâncias lícitas/ilícitas resultam em efeitos colaterais que atingem negativamente a sociedade, tornando-se um problema social. “Quando algo — um conjunto de ações ou as consequências destas — revelam-se um problema social, comumente esse problema torna-se objeto de políticas cujas ações tendem a inibir, diminuir os fatores ditos causais” (NASCIMENTO, 2006, p. 185). “É por meio de políticas públicas que o Estado adquire legitimidade para agir sobre um grupo de indivíduos ou sobre um dado segmento da sociedade, na tentativa de implementar suas ações” (NASCIMENTO, 2006, p. 187).

De acordo com o último Relatório Brasileiro sobre Drogas de 2009, a problemática do uso e abuso de drogas afeta milhares de pessoas direta e indiretamente, gerando custos sociais

e econômicos que demandam a implementação de políticas públicas de saúde e segurança abrangentes, descentralizadas e integradas que visem à redução da demanda e oferta de drogas.

Diante da repressão instaurada como mecanismo de controle no século XX, o proibicionismo brasileiro, no século XXI, assume um caráter moderado nas políticas e legislações de segurança, ao diferenciar o usuário, que teve a conduta praticamente despenalizada, do traficante, que teve as penas acentuadas (RODRIGUES, 2006). Além disso, instituiu políticas públicas que estabelecem estratégias para redução e oferta de drogas, bem como práticas de intervenções públicas e privadas para tratamento, recuperação e reinserção de dependentes químicos. Tais práticas, voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, passam, também, a serem articuladas à Política de Saúde Mental, vinculada ao SUS, instituída por meio da reforma psiquiátrica. Neste sentido, a dependência química deixa de ser tratada por meio de internações involuntárias ou compulsórias em hospitais psiquiátricos, sendo tratadas em equipamentos de saúde mental, como no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, que utiliza a lógica de redução de danos como estratégia de prevenção e tratamento.

O capítulo seguinte abordará conceitos, definições e modelos de análises de políticas públicas, bem como os aspectos referentes à PNAD, no âmbito de tratamento recuperação e reinserção de dependentes químicos e a sua confluência com a Política de Saúde Mental, que leva à criação do Caps Ad. Ao fim, serão expostos os aspectos da lógica de Redução Danos, que marcam uma mudança significativa nos rumos da política de drogas do país, no âmbito da saúde, ao romper com o paradigma proibicionista.

3.1 Definições de Políticas Públicas

Existem várias definições sobre o conceito de políticas públicas. Segundo Dye; Peters; Jenkins (1972; 1986; 1978 citado por PIRES; GOMIDE, 2015, p. 122), “definem política pública como um curso de ação visando determinados resultados a partir de um conjunto de escolhas ou decisões tomadas por um governo”. Contudo, de acordo com Souza (2006, p. 24), “a definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, em que [...] decisões e análises sobre políticas públicas implicam em responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz”.

Esses conjuntos de ações e decisões se constituem através de planos, programas e projetos governamentais que são destinados a solucionar problemas públicos. Secchi (2016, p. 27) define um problema público como “uma situação indesejada para qual a coletividade

vislumbra uma possibilidade de melhoria”. Numa definição muito corrente, políticas públicas governamentais tratam do “Estado em ação” (JOUBERT; MULLER, 1987 citado por MARQUES, 2013). De acordo com Souza (2006, p. 26) resume-se política pública como a área do “conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”.

Assim, políticas públicas são entendidas como ações governamentais que visam solucionar problemas públicos. No entanto, seu processo de formulação e concepção vai muito além dos aspectos racionais, que objetivam a solucionar tais problemas, trata-se de um campo de embate de ideias e interesses (SOUZA, 2006; MARQUES, 2013).

Na definição de Easton (1965, citado por SOUZA, 2006), as políticas públicas se constituem como um sistema que se estabelece através da relação entre a formulação, os resultados e o ambiente, cujos resultados e efeitos são influenciados pelas demandas que recebem dos partidos, da mídia e de grupos de interesses.

Apesar de existirem várias definições acerca de políticas públicas, assume-se que o tema se trata de um campo holístico, ou seja, “uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que exista diferenças sobre a importância relativa destes fatores” (SOUZA, 2006, p. 25)

Sendo assim, diante de tais definições, para um melhor entendimento sobre as ações dos governos e suas políticas, serão abordados alguns dos modelos mais consagrados de formulação e análise de políticas públicas.

3.2 Modelos de análise de políticas públicas

No campo de políticas públicas foram elaboradas diversas teorias para explicar e analisar o processo de formulação de políticas e, assim, melhor compreender as ações governamentais e suas motivações, além dos impactos que tais ações acarretam na vida dos indivíduos (SOUZA, 2006).

De acordo com Barcelos (2013), os modelos teóricos de análise de políticas públicas podem ser divididos em dois grupos: “racional compreensivo” e “teorias sintéticas”.

Ainda de acordo com o autor, o grupo “racional compreensivo” contempla teorias que compreendem o processo de formulação de políticas públicas por meio de cálculos racionais, com o objetivo de alcançar soluções e prever resultados por intermédio de estatísticas e

métodos quantitativos. Assim, políticas públicas são entendidas como ótimas soluções para atender às demandas da sociedade, estudadas e explicadas por métodos quantitativos.

Juntamente com essa perspectiva, surge outra abordagem, conhecida como modelo *inputs e outputs* de David Easton (1965). De acordo com essa teoria, a produção de políticas públicas acontece a partir das demandas sociais. Neste sentido, as demandas da sociedade entram (*inputs*) na “caixa preta” do Estado e saem (*outputs*) na forma de políticas públicas (BARCELOS, 2013; MARQUES, 2013). Segundo Marques (2013, p. 30), “as políticas eram entendidas como respostas do sistema a impulsos de fora, sendo o Estado pensado como um alocador automático e técnico que responderia a conflitos e disputas externas a ele”.

Devido às limitações do modelo racional compreensivo, outras abordagens surgiram, afastando a ideia de que o processo de decisão de políticas públicas seria a busca pela melhor alternativa centrado na racionalidade das escolhas. As novas abordagens teóricas desenvolvidas “por autores como Schattschneider (1960) e Bachrach e Baratz (1962), levaram à compreensão de que as decisões, fosse em organizações públicas ou privadas, resultam das disputas entre diversos atores” (BARCELOS, 2013, p. 148). Nessa perspectiva, determinados grupos conseguem influenciar a percepção social sobre uma determinada questão, fazendo com que se torne um problema social. Assim, de acordo com Barach e Baratz (1963 citado por MARQUES, 2013, p.31), a formulação de políticas públicas seriam embasadas por poder e por influência, e que “os atores se mobilizariam não apenas para influenciar o processo de decisão”, mas para determinar o que será incluído na agenda governamental. Esse processo é denominado como “mobilização de viés”. Sendo assim, de acordo com Barcelos (2013, p.148) o “processo de tomada de decisão é compreendido [...] como processos políticos, em que o poder e sua distribuição entre os diversos atores que participam do ‘jogo’ adquirem um papel fundamental”.

Outra abordagem teórica que criticou o enfoque racional do processo de tomada de decisão foi a dos autores Cohen, March e Olsen (1972), conhecida como “modelo da lata do lixo”. Para os autores, diante de vários problemas e, dada as limitações operacionais e orçamentárias que envolvem a produção de políticas públicas, a escolha das soluções e dos problemas são feitas de acordo com a preferência das organizações (SOUZA, 2006; MARQUES, 2013). Desta forma, Souza (2006) e Barcelos (2013) afirmam que na base de análise deste modelo, existe a compreensão de que não há, obrigatoriamente, uma ligação entre problemas e soluções e que as soluções é que procuram por problemas.

Diante desses aspectos, a ênfase na racionalidade das produções governamentais começa a se esvaír, passando a incluir a análise dos processos de concepção de políticas públicas, aspectos subjetivos, como crenças, valores, ideias e discursos.

Nesse sentido, Barcelos (2013) expõe que:

Políticas públicas passam a ser vistas e analisadas, assim, como jogos de força, disputas entre vários atores, dotados das mais variadas gamas de recursos, além das mais diversas visões de mundo, sistemas de crenças e de valores. Esses atores, no afã de influenciar os processos de “construção” das políticas públicas e de tomada de decisão, desenvolveriam as mais diversas estratégias. O fenômeno “política pública”, assim, não poderia mais ser visto como uma “solução ótima” gestada no interior da “caixa-preta” dos governos visando atender às demandas da sociedade. Passa a haver uma grande convergência entre distintos modelos de análise no que diz respeito ao fato de os “modelos racionais” não darem conta de explicar tal complexidade do fenômeno. Nesse contexto, a noção de “processo” ganha importância central, pois as políticas públicas passam a ser entendidas como o resultado de processos complexos, não apenas administrativos ou gerenciais, mas também, e essencialmente, sociais (BARCELOS, 2013, p. 149).

O segundo grupo das “teorias sintéticas” é composto por vertentes analíticas que buscam compreender o fenômeno da concepção de políticas públicas, em meio a esses ambientes de alta complexidade (BARCELOS, 2013). O foco de análise dessas perspectivas são os aspectos subjetivos que circundam o processo de tomada de decisão das políticas públicas.

Os modelos teóricos desenvolvidos são: “Teoria dos Fluxos Múltiplos” de John Kingdon (1980); teoria do “Equilíbrio pontuado” de Baumgartener e Jones (1993); e o “Modelo das Coalizões de Defesa” de Sabatier e Jenkins-Smith (1993). Segundo Barcelos (2013, p. 150), esses modelos abordam o fenômeno das políticas públicas por meio de diferentes perspectivas, contudo, complementares entre si, o que possibilita um entendimento muito mais amplo e profundo “em relação aos processos que dão origem à ação governamental em ambientes democráticos marcados pela enorme pluralidade de atores e instituições que podem influenciar das mais diversas e inesperadas maneiras”.

A teoria do “Equilíbrio Pontuado” tem como premissa a observação do período de estabilidade dos processos de políticas públicas, e reconhece que, quando ocorrem mudanças, normalmente elas são incrementais (CAPELLA, 2006; SOUZA, 2006). Porém, o equilíbrio de determinadas áreas de políticas públicas é interrompido ou modificado devido a momentos que provocam uma mudança brusca, ocasionando uma ruptura com a orientação predominante (CAPELLA, 2006; SOUZA, 2006; BARCELOS, 2013). Assim, nesses momentos de ruptura, as principais diretrizes da política pública são descartadas ou

modificadas, e a política passa a ser norteada pelo novo padrão vigente (CAPELLA, 2006; MARQUES, 2013).

De acordo com Capella (2006) e Barcelos (2013), o ponto de análise desta teoria é a atenção que os decisores direcionam a determinados temas que entram em sua agenda em detrimento dos demais. Essa atenção tende a ser influenciada pela imagem que determinado tema se apresenta perante à opinião pública (CAPELLA, 2006). Assim, a imagem da política pública é o resultado do embate entre atores que objetivam influenciar a sua construção. “A conformação do campo de ação política seria fortemente influenciada por essas ideias, que estabeleceriam elegibilidades e constituiriam atores (TRUE, JONES e BAUMGARTNER, 2007, citado por MARQUES, 2013, p. 43).

Esses atores geralmente possuem algum conhecimento sobre o tema ou são especialistas, e a produção das políticas públicas acontecem por meio de suas interações. No entanto, o rumo das políticas é determinado dentro dos subsistemas de políticas públicas, que são compreendidos como núcleos ou ambientes especializados ocupados por esses atores. (CAPELLA, 2006; BARCELOS, 2013; MARQUES, 2013). Os atores agem no interior desses subsistemas, com o objetivo de “influenciar na forma como é construída determinada imagem ou visão sobre a política pública, que é a que ficará marcada no contexto externo ao subsistema (sociedade em geral ou opinião pública)” (BARCELOS, 2013, p. 151), ou para construir uma nova imagem que sobreponha a vigente.

Posto isto, Barcelos (2013, p. 152), afirma que a imagem de uma política pública está associada, “portanto, às diferentes maneiras mediante as quais o tema do qual trata a política é construído e discutido em espaços públicos de deliberação como fóruns, comitês e conselhos ou na mídia”. Assim, nessa perspectiva teórica, a imagem e os símbolos são de grande importância no processo de decisão de políticas públicas (CAPELLA, 2006; SOUZA, 2006; BARCELOS, 2013).

Outra abordagem das teorias sintéticas é a “Teoria dos Fluxos Múltiplos”. A ideia inicial desta abordagem é o entendimento do modelo de Cohen, March e Olsen (1972), em que os decisores escolhem os problemas que serão tratados em sua agenda a partir das soluções já pré-existentes e de acordo com os interesses da organização (MARQUES, 2013).

O pressuposto desta teoria é de que o ambiente político é incerto e complexo, e que nesse sentido, “governantes e tomadores de decisão, muitas vezes ou na maioria delas, não sabem bem o que querem, não conseguem compreender toda a complexidade dos problemas com os quais são obrigados a lidar”, além de lidarem com a rotatividade dos envolvidos nos processos de escolha e tomada de decisão (BARCELOS, 2013, p.153). Nesse cenário,

acrescenta-se à imprevisibilidade quanto à efetividade das soluções que serão tomadas pelas políticas públicas, escassez de recursos e de tempo. Assim, em meio a essas circunstâncias, “respostas precisam ser dadas, decisões precisam ser tomadas e políticas precisam ser implementadas” (BARCELOS, 2013, p. 153).

A Teoria de Fluxos Múltiplos, portanto, busca compreender como os problemas passam a integrar a agenda governamental, como ocorre a concepção e manutenção de políticas públicas em meio a esse cenário de complexidade (BARCELOS, 2013; MARQUES, 2013). Mediante a isso, Kingdon (1984, citado por MARQUES, 2013, p. 40) expõe que a análise de políticas públicas deve ocorrer por meio do estudo aprofundado das trajetórias de médio prazo de “três dinâmicas independentes, mas interrelacionadas, que o autor denomina de ‘*policy streams*’ – os fluxos dos problemas a serem objetos de políticas, das soluções de políticas para tratar de tais problemas e da própria dinâmica política (*politics*)”. Quando esses três fluxos se alinham, abre-se uma “janela de oportunidades”, resultando em um momento propício para instituir mudanças nas políticas públicas (CAPELLA, 2006). Esse alinhamento pode ocorrer naturalmente ou por meio da mobilização de empreendedores políticos, que atuam nos três fluxos, “construindo o reconhecimento de uma questão social como um problema, incentivando o desenvolvimento de soluções e a promoção de acordos e alianças políticas, assim como alinhando todos esses elementos” (MARQUES, 2013, p. 40).

Sendo assim, de acordo com Capella (2006, p. 28), o modelo de Fluxos Múltiplos evidencia o papel “das ideias, das interpretações e da argumentação, no processo de formulação de políticas públicas”, sendo as ideias mais influentes, na escolha das alternativas, do que os grupos de pressão.

O modelo proposto por Sabatier e Jenkins-Smith (1993) tem, como foco de análise, as “coalizões de defesa”, que são compreendidas como grupos de interesses compostos por “atores que se articulam e defendem certas ideias ou crenças compartilhadas no âmbito de determinado subsistema de políticas públicas” (BARCELOS, 2013, p. 157). Assim, de acordo com Marques (2013, p. 41), “as mudanças em políticas públicas seriam resultadas das interações e conflitos entre essas coalizões de defesa de políticas públicas no interior de cada subsistema de políticas, por sua vez em interação com outros subsistemas”.

Nesse sentido, Barcelos (2013, p. 159) expõe que “atores que compartilhem crenças, visões e percepções em relação ao modo como devem ser construídas e implementadas as políticas públicas em sua área de atuação tenderão a agir de maneira coordenada” na defesa dessas crenças. Para tal objetivo, articulam-se, utilizando diversos recursos e estratégias de atuação, para que consigam influenciar de maneira efetiva o processo de tomada de decisão de

políticas públicas. Dentre as principais características desse modelo, “destacam-se a inserção de crenças, valores e o papel da aprendizagem política como importantes conceitos no processo de construção e mudança nas políticas públicas” (SABATIER e JENKINS-SMITH, 1993, citado por VICENTE, 2015, p.78).

Por meio dessas perspectivas conceituais e do exposto histórico, compreende-se que, no processo de formulação e decisão sobre políticas públicas sobre drogas, os decisores levam em conta a submissão do país e as observações dos tratados internacionais, bem como a imagem das drogas perante a opinião pública. Imagem esta, construída de maneira conflituosa e contraditória, influenciada pelo proibicionismo e corroborada pela guerra às drogas. Assim, as decisões são baseadas em aspectos morais, religiosos e de controle racial, que estão intrínsecos no discurso proibicionista, ao invés de serem pautadas em fundamentos científicos, o que, segundo Rodrigues (2006), diante do fracasso das políticas sobre drogas, dificulta enormemente a adoção de medidas alternativas ou tentativas de sua modificação.

3.3 Política Nacional sobre Drogas: tratamento, recuperação e reinserção social

A Política Nacional sobre Drogas foi instituída em 23 de maio de 2005, representando uma mudança significativa de perspectiva ao substituir a Política Nacional “Antidrogas” criada em 2002. A política “Antidrogas” instaurou um modelo belicista, em que as drogas eram “retratadas como ameaças à humanidade e à vida em sociedade, buscando incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e indevido de drogas lícitas” (SANTOS; OLIVEIRA, 2013, p. 85). Além disso, de acordo com Rodrigues (2006), a política reforçou a percepção social de que a culpa dos efeitos colaterais da “guerra às drogas”, como as mortes, a criminalidade e a violência, eram do usuário de drogas, eximindo o sistema. Neste sentido, o usuário de drogas se torna uma ameaça à sociedade, instituindo a represália ao mesmo, por meio do direito penal e do medo. Essa percepção preconceituosa em relação às drogas e aos usuários foi corroborada pelo governo, através de campanhas televisivas, e a dependência química, perante ao senso comum, passa a ser “relacionada à marginalização, frequentemente ao crime, de forma que muitos usuários de drogas acabam excluídos de todo o sistema de serviços que a administração pública propicia” (SILVEIRA, 2008, p. 9).

Assim, diante desses aspectos, a Política Nacional sobre Drogas visa atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas, além de considerar o uso abusivo

como problema de saúde pública, estabelecendo estratégias para tratamento, recuperação e reinserção social para dependentes químicos.

A PNAD orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, com o intuito de disseminar a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2011).

Dentre os principais aspectos da PNAD, podem ser elencados: o direito de toda pessoa receber tratamento para drogadição; a priorização da prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz de menor custo para sociedade; o reconhecimento das diferenças entre a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada e sem discriminação; o reconhecimento da estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos. (BRASIL, 2011).

No que se refere ao tratamento, recuperação e reinserção, a PNAD traz as seguintes orientações e diretrizes:

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

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

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

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

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

2.2.5 Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-morbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2011, p.17-18).

Além desses aspectos, a internação involuntária deixa de ser uma estratégia de tratamento e passa a assegurar aos usuários e seus familiares, o acesso a tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional pelo Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2011).

Neste sentido, a PNAD conflui-se com a Política de Saúde Mental, instituída por intermédio da Reforma Psiquiátrica, de 2001, embasada pela lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Conforme o exposto histórico, durante o século XX, a questão do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas foi tratada por uma ótica predominantemente psiquiátrica e médica. Deste modo, a estratégia de tratamento para a dependência química era a exclusão/separação dos usuários do convívio social, resultando em uma proposta de atenção de caráter fechado, tendo como principal objetivo a ser alcançado, a abstinência por meio de internações involuntárias ou compulsórias em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2003).

Com a instituição da reforma e o fim da internação manicomial, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que estabelece os pontos de atenção para o atendimento da saúde mental, incluindo os efeitos nocivos do uso abusivo de álcool e outras drogas. A rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por diversos dispositivos para o cuidado da saúde mental, incluindo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad). O Caps Ad tem, por finalidade, prestar atendimentos clínicos de atenção diária, em âmbito municipal, para dependentes químicos, visando a redução das internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). De acordo com Sócrates (2016, p. 62), os Caps Ad “constituem atualmente a principal estratégia de atenção à saúde relacionada ao consumo de drogas”.

O Caps Ad funciona durante os cinco dias úteis da semana e tem capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês, além de possuir uma equipe

multiprofissional composta por, no mínimo, 13 funcionários, com formações que variam de nível médio a superior, dentre eles:

1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004, p. 27).

Cada usuário do Caps Ad deve ter um plano terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que “respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades” (BRASIL, 2004, p. 16). Neste sentido, o Caps Ad oferece “atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e orientações psicossociais), atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e condições para repouso e desintoxicação ambulatorial” (SÓCRATES, 2016, p. 62). A lógica de atuação do equipamento é a redução de danos, que se constitui em:

[...] uma estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autoregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada (BRASIL, 2003, p. 27).

Dentro desta perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas de tratamento, recuperação e reinserção passam a contemplar uma grande parcela da população, de forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários (BRASIL, 2003).

De acordo com a política do Ministério da Saúde para usuários/dependentes de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), para que sejam implementadas e executadas ações referentes à políticas públicas sobre drogas, é necessária a construção e “fortalecimento de uma rede de assistência na atenção comunitárias associada à rede de serviços de saúde e sociais que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários” (BRASIL, 2003, p. 6). Os dispositivos que integram essa rede devem agir de forma deliberada e eficaz, conforme os conceitos de território e rede, além disso, devem ampliar a lógica de redução de danos e atender às necessidades da comunidade que estão inseridos (BRASIL, 2003). Neste sentido, a rede deverá ser construída nas interfaces intrasetoriais, por meio de programas do “Ministério da Saúde e de outros ministérios, órgãos governamentais e não-governamentais e

demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersectorial” (BRASIL, 2003, p. 6).

Assim, no século XXI, as políticas sobre drogas, na perspectiva da saúde pública, rompem com a lógica proibicionista, ao serem reestruturadas pelas práticas de redução de danos, superando as estratégias antidrogas e moralistas presentes nas ações desenvolvidas no país na área de álcool e outras drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

3.4 Redução de Danos

O conceito de Redução de Danos surge como uma estratégia de controle da disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis nos anos 80. Assim, cria-se, na Inglaterra e na Holanda, os primeiros centros de troca de seringas e agulhas, os quais os usuários de drogas injetáveis poderiam ter acesso a um material mais seguro para uso. Tal estratégia baixou, consideravelmente, o índice de contaminação entre os usuários de drogas injetáveis (ARAUJO; MOREIRA, 2008).

De acordo com Silveira (2008, p.9), “surge então a redução de danos como estratégia inteligente e eficiente para minimizar as consequências adversas do uso indevido de drogas”, visando, segundo Araújo e Moreira (2008), ações preventivas, cujos resultados não dependessem da aderência destes pacientes aos tratamentos que objetivavam à abstinência.

Deste modo, Silveira (2008) expõe que a estratégia de redução de danos

[...] parte de uma realidade que se impõe (dependentes são dependentes), sem tentar negá-la ou modificá-la por discursos impositivos, morais ou éticos. Ao tratar o dependente como um igual, abre-se uma porta e os profissionais de saúde logo descobrem que, através do vínculo, é possível despertar no outro o desejo de se cuidar. Trata-se de uma atitude que respeita o indivíduo e oferece meios acessíveis de melhorar sua qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde. Redução de danos engloba um conjunto de estratégias dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas. Estas estratégias têm por objetivo reduzir as consequências negativas que o uso de drogas pode ocasionar (SILVEIRA, 2008, p. 9).

Em uma abordagem mais ampla, Ribeiro (2008) expõe que a redução de danos se trata de uma:

[...] política humanista e pragmática que visa a melhora do quadro geral do cidadão que usa drogas, sem que lhe seja exigido o absentismo ou imposta a renúncia ao consumo dessas substâncias. A ótica da nova abordagem é a de que se o cidadão usa drogas, ao menos que o faça com os menores danos possíveis à sua saúde física e mental, à sua vida de relação – família,

trabalho, sociedade, etc. – e, finalmente, à própria comunidade em que vive (RIBEIRO, 2008, p.55).

Exemplos de estratégia de redução de danos são: as campanhas que orientam as pessoas a não dirigirem após consumir bebidas alcoólicas; uso de preservativos; mudança de via de utilização ou migração para drogas que causem menor dano possível. Nessa lógica, por exemplo, “o usuário deixa de usar cocaína injetável e passa a usá-la na forma aspirada ou passa a consumir maconha, embora ele não tenha conseguido abandonar o uso, está seguramente fazendo um uso de menor risco” (HAIEK, 2008, p.28).

Segundo Niel (2008):

[...] muitos dependentes de *crack* relatam, quando em atendimento, que sentem um efeito benéfico na diminuição da fissura causada pelo *crack* quando fumam maconha. Mas o que ocorre nessa estratégia de RD é que se o indivíduo não consegue parar de usar o *crack* e consegue, através da maconha, abster-se do *crack* de forma a aproveitar o efeito farmacológico da maconha no alívio da fissura, então devemos entender essa transição como um passo importante na recuperação desse sujeito. Isso não significa estimular o uso de maconha, até porque seria crime, já que se trata de uma droga ilícita. Entretanto, “tolerar” esse uso durante esse processo de transição é uma estratégia que tem se mostrado benéfica para muitos pacientes (NIEL, 2008, p. 50).

Assim, a redução de danos surge como um instrumento que se contrapõe à lógica proibicionista, que estigmatiza o dependente químico e o usuário que não quer ou não consegue largar o consumo de drogas, reconhecendo-o como cidadão de direitos e sujeito político (PASSOS; SOUZA, 2011; CARVALHO; PELLEGRINO, 2015).

4 METODOLOGIA

O objetivo desta pesquisa é analisar a execução da Política Nacional sobre Drogas, por meio de um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad) e em uma instituição do terceiro setor, que exerce atividades de acolhimento e recuperação de dependentes químicos em um município de Minas Gerais. Portanto, nesta seção, serão abordados os procedimentos metodológicos que estruturam e delimitam o caminho a ser percorrido para alcançar o objetivo proposto.

4.1 Delimitação da pesquisa e amostra

A delimitação espacial desta pesquisa é um município de Minas Gerais, com o levantamento das instituições públicas e do terceiro setor, que sejam consideradas como referências no exercício de atividades relacionadas ao acolhimento, tratamento e recuperação de dependentes químicos neste município.

O levantamento das instituições foi realizado por meio do contato com o Centro de Atenção Psicossocial e instituições do terceiro setor. Após esse levantamento, foram identificados os responsáveis e, posteriormente, solicitada a autorização para realizar a observação não participante. Durante esse período, foram identificados os atores envolvidos na execução das atividades, dentro dessas instituições.

A amostra foi definida pelo critério de acessibilidade e tipicidade. Os atores foram selecionados de acordo com o interesse e a disponibilidade de participação na pesquisa. Em seguida, a seleção foi feita de acordo com a função exercida e com o nível de conhecimento sobre a problemática. Após isso, foram realizadas entrevistas em profundidade, guiadas por um roteiro semiestruturado, baseadas nos objetivos da pesquisa. As informações e os dados foram transcritos e analisados, respectivamente.

4.2 Classificação da Pesquisa

Esta pesquisa é classificada, quanto à sua abordagem, como qualitativa. Esse tipo de abordagem possui a capacidade de exposição mais aprofundada de compreensões dos atores envolvidos no fenômeno. De acordo com Vergara (2015) e Santos (2005), abordar um problema, qualitativamente, pode ser uma forma adequada para conhecer a natureza de um fenômeno social. Para Minayo (1994, p. 21), a pesquisa qualitativa trabalha com o que ele denomina de “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”.

Algumas características básicas identificam os estudos denominados "qualitativos". Segundo esta perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes (GODOY, 1995, p. 21).

Quanto aos objetivos, esta pesquisa é caracterizada como exploratória-descritiva. Exploratória porque, embora existam vários enfoques sobre políticas de drogas, não se

identificou a existência de estudos que abordem os aspectos da Política Nacional sobre Drogas no âmbito do município analisado, principalmente na perspectiva da Administração Pública.

Mediante a isso, Vergara (2016, p. 49) conceitua pesquisa exploratória como aquela “realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa”. O planejamento desse tipo de pesquisa é bastante flexível e envolve: “levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso” (GIL, 2008, p. 46). Sendo assim, torna-se descritiva, também, porque visa descrever as ações executadas nas instituições selecionadas e como elas se correlacionam com os objetivos estabelecidos na PNAD.

Dessa forma, “a pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Entretanto, esse tipo de pesquisa não visa explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação” (VERGARA, 2016, p. 49).

Em relação aos procedimentos técnicos, a pesquisa é classificada como bibliográfica, documental, de campo e estudo de caso. Para compreender os aspectos históricos que fundamentam a Política Nacional sobre Drogas e as definições e conceitos sobre Políticas Públicas, a pesquisa fundamenta-se através de materiais científicos, visando à representatividade do estado da arte do tema. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida por meio de livros, artigos científicos, teses e monografias o que possibilita “a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p. 45), sendo indispensável na realização de estudos históricos.

Já a pesquisa documental é desenvolvida por meio “de materiais de natureza diversas, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ou interpretações complementares” (GODOY, 1995, p. 21), de acordo com os objetivos da pesquisa. A investigação documental aconteceu mediante a análise de leis, relatórios, regulamentos e arquivos internos das instituições mencionadas.

O estudo de campo foi realizado nas instituições selecionadas, para a coleta de dados primários, por meio da observação não participante, entrevistas e caderno de campo. De acordo com Vergara (2016, p. 50), a pesquisa de campo consiste em uma “investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo”.

Além desses aspectos, optou-se pelo método de estudo de caso, pois se trata de um estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad) e em uma

instituição do terceiro setor de um município mineiro. Através desse método, o pesquisador tem a oportunidade de verificar *in loco* os fenômenos estudados. O método consiste em um estudo aprofundado e exaustivo de seus objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (SANTOS 2005; VERGARA 2016).

4.3 Objeto de estudo

O objeto deste estudo é a implementação e execução da Política Nacional de Drogas no âmbito de prevenção, tratamento, reabilitação, reinserção social e ocupacional dos usuários de drogas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad) e em uma instituição do terceiro setor que exerce atividade acolhimento e recuperação de dependentes químicos em um município de Minas Gerais.

4.4 Técnicas de coleta e análise dos dados

Após a identificação das instituições, foi estabelecido contato com os responsáveis para obtenção de autorização para coleta de dados, por meio da observação não participante, caderno de campo e da realização de entrevistas com os responsáveis, gestores públicos, enfermeiras, monitores, psicólogos e médicos. O intuito era obter informações a respeito das ações executadas dentro das instituições e as percepções dos profissionais em relação à Política Nacional sobre Drogas.

A observação não participante aconteceu nos dias 1 e 2 de outubro de 2019, das 7h00min às 12h00min, no Caps Ad, e no dia 9 de outubro de 2019, das 08h00min às 18h00min, na referente instituição, resultando no total de 20 horas de observação.

De acordo com Vergara (2012, p. 80) “à observação não participante, é aquela que é feita sem que haja interferência ou envolvimento do observador na situação. O pesquisador tem o papel de espectador, permanecendo fora da realidade estudada”.

Durante a observação, utilizou-se o caderno de campo para anotações da percepção pessoal desenvolvida, sobre a rotina dos profissionais e das atividades realizadas pelos pacientes dentro e fora das instituições.

Durante todo o tempo da observação, um caderno de campo diário deve abrigar as descrições dos fatos, a interpretação do observador a seu respeito, os *insights* que tem à luz das categorias que arrolou e da decodificação do observado que conseguiu realizar. O pesquisador registra, por escrito, uma conversa com ele mesmo. Utilizando uma analogia, esses registros são como um mosaico cujas configurações se alteram a cada nova peça acrescentada.

Durante esse processo, não deverá haver censura, nada deverá ser considerado inútil. Não raro, aquilo que hoje parece irrelevante ao observador mais tarde poderá ser a chave que lhe abrirá as portas para determinada compreensão. Anotações devem ser feitas em detalhe, registrar sentimentos do observador e do observado, assim como todas as informações possíveis de obter (VERGARA, 2012, p. 92).

Em relação às entrevistas, Neto (1994) expõe:

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (NETO, 1994, p. 57).

Mediante a isso, com o intuito de explorar ao máximo a percepção desses responsáveis, optou-se pela aplicação de entrevistas semiestruturadas — um misto entre a entrevista estruturada e não estruturada — para o levantamento das informações. O pesquisador utiliza um roteiro dirigido com perguntas previamente formuladas e tem a liberdade para inserir perguntas acerca de dúvidas ou assuntos que venham a surgir no decorrer da entrevista (NETO, 1994).

As entrevistas no Caps Ad foram realizadas nos dias 3 e 9 de outubro de 2019, na instituição selecionada, resultando no total de 13 entrevistados e 07h49min de áudios gravados, com o auxílio de um aplicativo de *smartphone*. Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e da assinatura dos entrevistados, foi iniciada a gravação do áudio da entrevista, garantindo anonimato aos entrevistados. As perguntas giraram em torno dos seguintes questionamentos: tempo de trabalho nas instituições e com dependentes químicos; rotina de atividades dentro das instituições; percepção a respeito da PNAD; atividades relacionadas com as observações e diretrizes propostas na PNAD.

Para organizar e interpretar os dados qualitativos coletados, os áudios foram transcritos e analisados por meio da técnica “análise de conteúdo”, que possibilita ao pesquisador compreender “as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens levados em consideração” (CÂMARA, 2013, p. 182).

Lavine e Dione (1999, p. 214) definem a técnica de análise de conteúdo como um estudo minucioso de seu conteúdo, das palavras e frases que compõem, procurando-lhes o sentido, captar as intenções, [...] reconhecer o essencial e selecioná-los em ideias principais. Gomes (1994, p.74), afirma que “através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas

para questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação”.

Sendo assim, por meio da análise de conteúdo, foi possível compreender, com maior riqueza de detalhes e profundidade, a percepção dos indivíduos e as interações para com as instituições.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de analisar a execução da Política Nacional sobre Drogas na perspectiva de tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes químicos no âmbito municipal, foram coletados dados no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e em uma instituição do terceiro setor. A escolha destas instituições ocorreu por serem consideradas referências no município analisado, no que tange o acesso público e gratuito para o tratamento da dependência química. Sendo assim, a seguir serão apresentados os resultados.

5.1 Sobre a PNAD

Em sua primeira orientação, a política traz:

O estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas (BRASIL, 2011, p.17).

A partir dessa observação, constatou-se que, no município analisado, as ações garantidas e promovidas pelo Estado, apoiadas técnica e financeiramente, é a oferta de tratamento e recuperação, por meio do equipamento de saúde mental Caps Ad.

O Caps Ad iniciou suas atividades no município em 2011, funcionando de segunda à sexta-feira, das 7h00min às 16h00min, oferecendo, diariamente, serviços de atenção psicossocial para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Suas atividades englobam o acolhimento, tratamento e recuperação de dependentes químicos, orientadas pela lógica de redução de danos. O equipamento possui uma equipe técnica composta por 14 profissionais de diversas especialidades, como médico psiquiatra, clínico geral, psicólogos, enfermeiro, técnicos de enfermagem, secretaria, educador físico, farmacêutico e serviços gerais. Atualmente, possui 50 pacientes em tratamento de

Permanência Dia (PD), além de realizar uma média mensal de 160 atendimentos com clínico geral e 48 com médicos psiquiatras, englobando o tratamento ambulatorial.

Durante o período de observação, foi possível acompanhar, além da rotina de trabalho dos profissionais, as atividades dos pacientes dentro e fora do equipamento.

Contudo, paralelamente a esse equipamento, atuam as instituições do terceiro setor. A instituição analisada nesta pesquisa é financiada e amparada por doações e apoiada, tecnicamente, por voluntários. As IT abarcam as internações voluntárias, sendo as principais responsáveis por atender grande parte desta demanda, oferecendo, como modalidades de tratamento, a laborterapia, utilizando a convivência entre pares e a espiritualidade como instrumentos.

A IT selecionada foi fundada em 2006, inicialmente para acolher moradores de rua idosos com problemas mentais e alcoolismo. Porém, devido à mudança do perfil dos moradores de rua, englobando jovens com problemas relacionados às drogas, a instituição foi modificando-se, no intuito de realizar um trabalho biopsicossocial, com foco na dependência química. De acordo com plano de trabalho da IT, o objetivo é:

[...] oferecer gratuitamente proteção social especial de alta complexidade, promovendo um espaço de acolhimento para homens na faixa etária de 18 a 65 anos que, estão com vínculos familiares rompidos, em exclusão social e em situação de rua devido a dificuldades sociais, transtornos mentais, envolvimento com álcool e/ou outras drogas, cuja a administração pública encontra dificuldade em assistir. Nós enquanto sociedade civil, nos mobilizamos no sentido de minimizar o dano biopsicossocial gerado pela complexa condição de vida do morador de rua e do dependente químico, oferecendo acolhimento, promovendo saúde, humanização, capacitação e reintegração à sociedade (IAREM, 2019, p. 2).

A IT possui um corpo técnico composto por 15 funcionários e, em sua sede, localizada em uma fazenda, trabalham 11 funcionários, dentre eles: monitores/conselheiros, que são ex-internos; motoristas; técnico de enfermagem (interno da casa); além de um médico e um psicólogo que prestam serviços voluntariamente. Sua capacidade de acolhimento é de 80 pacientes e, atualmente, possui 55 internos.

Posto isto, os entrevistados foram questionados a respeito da PNAD. Dentre os 13 entrevistados, 4 responderam que conheciam sobre a política, porém, de maneira superficial, e não souberam relacionar as observações e diretrizes às ações praticadas pelas instituições.

1) Você conhece a PNAD?

(Profissional 1 - Caps Ad): Não a fundo.

(Profissional 2 - Caps Ad): Confesso que a nova reformulação não.

(Profissional 3 - Caps Ad): Eu já li, mas dizer que conheço a fundo não.

(Profissional 1 - IT): Superficialmente.

2) Você sabe dizer de que forma as práticas da unidade condizem com as observações e diretrizes da PNAD, no âmbito de tratamento, recuperação e reinserção?

(Profissional 1 - Caps Ad): Eu acho que poderiam aplicar mais.

(Profissional 2 - Caps Ad): Não sei dizer.

(Profissional 3 - Caps Ad): Não a fundo.

Isso demonstra que as informações referentes à PNAD não são difundidas no âmbito do município analisado, principalmente entre as instituições e os profissionais envolvidos em sua execução. A partir desta constatação, a seguir, serão expostas as práticas de intervenções públicas e privadas, no que se refere ao tratamento, recuperação e reinserção dos dependentes químicos.

5.2 Processo de Atendimento

Um dos objetivos da observação não participante foi acompanhar a rotina de atividades das instituições selecionadas. As duas instituições funcionam como portas abertas para o acolhimento de dependentes químicos, que são feitos por livre demanda ou por encaminhamentos, como por exemplo, pelo Programa de Saúde da Família (PSF), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), conselho tutelar e ordens judiciais. Os dependentes adentram nessas instituições voluntariamente, à exceção dos menores de idade, pelo Caps Ad, que são acolhidos, na maioria dos casos, por ordem do conselho tutelar ou judiciais.

No Caps Ad, quando o usuário acessa pela primeira vez esse equipamento, ele é atendido pela secretária, que preenche uma ficha com suas informações e, em seguida, a psicóloga de plantão o acolhe. No acolhimento dos menores, o responsável legal tem que estar presente.

Durante o processo de acolhimento, os pacientes são entrevistados, com o propósito de compreender sua situação, seu histórico de vício, dentre outras informações. Esse primeiro momento, de acordo com os entrevistados, é de grande importância, pois inicia-se a construção de vínculos entre o paciente e a equipe. Assim, conforme afirma Silveira (2008, p. 9), “ao tratar o dependente como um igual, abre-se uma porta e os profissionais de saúde logo descobrem que, através do vínculo, é possível despertar no outro o desejo de se cuidar.” Após a entrevista, se o problema identificado não for relacionado à dependência química, o paciente é direcionado para outros equipamentos de saúde.

Ao final do acolhimento, o paciente é encaminhado para atendimento ambulatorial, realizado pelo clínico geral e médico psiquiatra, no qual é analisado o quadro de dependência e, então, proposto o plano terapêutico individual (PTI). O PTI é elaborado, visando atender às necessidades do paciente, respeitando suas particularidades, personalizando, assim, seu atendimento dentro da unidade e fora dela, além de propor atividades durante a permanência diária na unidade (BRASIL, 2004). Os tipos de tratamentos oferecidos são: o clínico, que engloba o ambulatorial, e a PD; encaminhamento para internação em comunidade terapêutica; e/ou hospital psiquiátrico. Assim, a proposta do PTI depende da análise médica e psicológica, contudo, a decisão final sobre o tratamento é do paciente.

(Profissional 1 - Caps Ad) O acolhimento é de livre demanda. Tem a psicóloga no período da manhã e à tarde. Primeiramente, é feita uma ficha com todos os dados dos pacientes... tem que estar com o cartão do SUS para a produção e lançamento no SUS Fácil. O paciente entra e... no caso do menor... ele tem que estar sempre acompanhado pelo tutor legal. É preconizada uma série de perguntas... só que a gente não faz porque particularmente acho muito maçante... porque você fica ali muito robotizada... fazendo aqueles tipos de perguntas. Acho melhor você criar um vínculo, uma confiança com o paciente... aí você começa a conversar, a criar uma segurança com o paciente... você o deixa à vontade para falar o que quer e nisso ele vai se entregando... vai contando... aí você pergunta há quanto tempo ele está em uso... se é somente droga ou bebida. Você tem que colocar na íntegra as palavras do paciente no prontuário. Na ficha que você está fazendo o acolhimento você coloca há quanto tempo ele está em uso e após esse primeiro acolhimento... se o médico estiver ali... conforme a urgência... você passa o paciente no médico. Não tendo vaga, você marca para a data mais próxima possível. O médico vai ler o relatório que você escreveu e a partir dali ele vai fazer o procedimento médico... fazer as prescrições e se for necessário... nesse acolhimento... você já consegue notar se ele precisa ficar em permanência dia aqui com a gente... aí você começa a trabalhar aquilo com o paciente, para convencê-lo que o tratamento aqui é melhor do que uma internação fora... que recebendo o tratamento aqui, ele vai estar perto da família... que ele vai ver a família à noite... que a família vai estar mais presente do que ele ir para fora... que ficar 60 dias longe da família é muito brusco para ele. Ficar longe da família em um lugar que ele não conhece ninguém. (...) aí a gente trabalha isso com ele e em muitas vezes a gente convence mais eles ficarem aqui em permanência dia do que em uma internação fora, que sou totalmente contra.

(Profissional 2 - Caps Ad) Alguns vêm por demanda espontânea... reconhecem que precisam de algum tipo de acompanhamento e de tratamento. Então eles vêm e agendam uma consulta com o médico e aí no dia a gente faz esse acolhimento. A gente conversa com eles, onde identificamos o histórico de uso, como está a relação familiar, o que realmente é muito ligado ao uso de drogas, a frequência com que é usado e aí vai depender da entrevista de cada um. Tem pessoas que vão relatar que o vício está mais relacionado com o trabalho e com os conflitos que a dependência traz para ele. Nesse momento é possível identificar se ele vai fazer o tratamento aqui... que é o que a gente chama de permanência dia, ou se ele vai se manter como paciente ambulatorial. Dependendo do caso, se

não for relacionado com dependência química a gente encaminha para outras unidades. **(Pesquisadora) Depois da acolhida, como vocês definem o tipo de tratamento que ele irá receber?** Vai muito do desejo do paciente... porque às vezes você percebe que se ele fizer um acompanhamento em permanência dia é o ideal pra ele, mas às vezes ele não se adapta a ficar aqui... às vezes ele não quer. Então a gente expõe pra ele, coloca os benefícios que a PD tem... a importância de fazer um acompanhamento mais próximo... mas se o paciente não quer, a gente o deixa como paciente ambulatorial. Então não é nem tanto uma decisão nossa, porque se ele não quer ficar, não tem aderência ao tratamento. A gente sugere, orienta o paciente e a família, mas a decisão final é do paciente.

Em relação ao acolhimento de menores é feito o seguinte procedimento:

(Profissional 2- Caps Ad) Ele tem que vir acompanhado por um responsável... geralmente pai, mãe ou quem for o responsável legal. Acolhemos os dois primeiro, conversamos, realizamos os procedimentos necessários de cadastro e pedimos a assinatura do responsável. Conversamos um pouco com os dois para saber qual é a demanda, aí peço licença para o acompanhante para conversar com o menor, porque geralmente o menor não vai falar muita coisa na frente do responsável. Já os médicos não atendem se o responsável não estiver junto, por ser um menor... mas tem muita coisa que o menor só relata quando não está perto do responsável. Então é nesse momento que é feito um trabalho mais profundo, para identificar o que está acontecendo e quais são os motivos dos conflitos com a família. Deixamos muito claro para o menor que o que está sendo conversado ali não vai ser exposto para a família... e realmente não é. Depois, chamamos o responsável e ouvimos o que esses pais têm a dizer sobre o menor e... aí fazemos o encaminhamento devido, seja para o médico daqui ou para um acompanhamento psicológico.

(Profissional 3- Caps Ad) O menor também chega normalmente, quase que 90% encaminhado do conselho tutelar... voluntariamente ele não vem. Assim, são raríssimas vezes que ele vem por vontade própria. Também não é muito comum a família do menor vir... o que vem é um pedido do conselho tutelar... porque está tendo problema na escola, na rua... com a polícia... (...) nesse caso, o conselho foi atrás da família e ela meio que foi obrigada a vir aqui. Aí nós avaliamos esse menor... não temos como deixar o menor em PD, porque no município não tem o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil... o Caps i. Então tratamos esse menor no ambulatório primeiro, tentando resgatá-lo... e aproximar a família (...) em último caso, nós pedimos a internação do menor. Somos bem criteriosos para pedir essa internação, porque vimos que já tiveram várias internações e que o menor volta e... recai com muita facilidade, por ele não ter muito apoio da família.

Durante a observação, os profissionais foram questionados como é assegurado que o menor compareça ao tratamento visto que, na maioria dos casos, ele adentra de maneira involuntária no equipamento. De acordo com os profissionais, o controle é feito por meio de ofícios e relatórios enviados ao conselho tutelar, ou pela instituição que o encaminhou. Diante do relato, compreende-se que, quando o tratamento acontece de forma involuntária, as terapias muitas vezes não surtem efeitos, pois tal estratégia se traduz como algo coercitivo.

Como exposto na fala dos entrevistados, os aspectos que envolvem a dependência química estão relacionados diretamente ao ambiente familiar. Posto isto, os profissionais foram questionados sobre as ações voltadas para as famílias dos pacientes, visto que, na PNAD, o acesso a modalidades de tratamento, recuperação e reinserção social devem, também, ser garantido a elas.

O acesso às diferentes modalidades de tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada (BRASIL, 2011, p. 17).

Assim, as famílias que buscam por acompanhamento são encaminhadas para o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) dos bairros ou para o Caps II, e as ações realizadas pelo Caps Ad se resumem em reuniões de família e consultas com psicólogos.

Continuando com o processo de atendimento, na IT, o acolhimento acontece por livre demanda ou por encaminhamento. Quando o paciente chega à instituição, no primeiro momento, são avaliadas as suas condições e, caso ele esteja lúcido e em situação de rua, é levado para dentro da sede, onde lhe é oferecido alimentação, condições para higiene pessoal e roupas limpas. Dependendo dos casos, alguns indivíduos necessitam de algumas semanas para se recuperar e, após essa recuperação, é realizada uma entrevista para identificar seu histórico de uso, dentre outras informações.

Em outras situações, quando o indivíduo chega à sede e está em condições de realizar o acolhimento, inicialmente é feita uma entrevista com o diretor ou com um monitor responsável. Se o acolhido se enquadrar no perfil da instituição e das condicionantes impostas, ele passa por um período de adaptação de uma semana e, após esse período, fica interno na instituição por, no mínimo, três meses. Após o acolhimento, o interno é encaminhado para o médico voluntário da instituição para avaliação clínica e realização de exames, como ECG, Raio X do tórax, dentre outros, no intuito de identificar possíveis doenças, como o HIV, Hepatite e Tuberculose, por exemplo.

Apesar de ser uma instituição católica, que utiliza a espiritualidade como ferramenta de tratamento, aceitar tais práticas não é uma condicionante para que o dependente seja acolhido:

(Profissional 3- IT) O acolhimento é feito de maneira aberta. Acolhemos jovens com faixa etária a partir de 18 anos até os idosos. Como estamos em processo de experiência e aprendizado, não fazemos o acolhimento de menores... tivemos uma experiência que não deu certo. **(Pesquisadora)** **O acolhimento é feito por livre e espontânea demanda, ou através de encaminhamento?** O acolhimento é feito através das duas formas: quando a

pessoa ou família nos pede ajuda é recebida e acolhida; ou por meio de encaminhamento do Caps, prefeitura, ou por mandado judicial. **(Pesquisadora) Como é feito o acolhimento e a triagem?** Depende da maneira como a pessoa chega... se for em situação de rua, a princípio é encaminhado para um banho, troca de roupa, alimentação e descanso. Se for através de encaminhamento e está visualmente bem, é feita uma entrevista. **(Pesquisadora) Como é a entrevista, sobre o que é conversado e o que a instituição oferece a ele?** A princípio, pedimos que a pessoa aceite que precisa de ajuda... conversamos sobre o que a trouxe até aqui... como foi chegar até essa situação. Ela nos conta sua história... qual é a dependência ou talvez a pessoa não tenha dependência nenhuma... às vezes o problema é familiar... nunca teve ou não sabe o que é uma família. Após esse acolhimento inicial, a pessoa é levada para tomar um banho, descansar e se alimentar. Em alguns casos, é necessário levar a alimentação, pois a pessoa está fraca, e algumas chegam a ficar quinze dias na cama, ou as vezes no outro dia já está trabalhando. Não existe uma regra básica para o acolhimento, vai depender de cada situação.

(Profissional 2 - IT) Tem pessoas que procuram a casa por vontade própria e tem pessoas quem vem por que a mãe quer internar a força e o filho não quer, então ele não fica. Aqui só fica voluntariamente, porque a casa é aberta não tem cerca, ele é livre para ir embora quando quiser. Tem também, é... pessoas que vêm por ordem judicial, mas nós não estamos acolhendo, porque se é ordem do juiz, essa pessoa não quer tratamento. Então... quando a pessoa vem aqui é por que ela quer se tratar mesmo. Ai se ele quiser ficar nós fazemos uma entrevista para o acolhimento.

(Profissional 1- IT) O acolhimento começa no primeiro contato e como foi feito esse contato... se foi a família quem ligou... se foi o dependente quem nos procurou ou se foi encaminhado por ordem judicial. **(Pesquisadora) O município também encaminha pacientes para IT?** Direto! Através do CRAS, CREAS, CAPS e hospitais. Eles chegam de diversas maneiras, então é feita uma triagem através de um documento chamado de anamnese. Esse documento vai descrever toda a vida da pessoa... aí estudamos a vida dele e avaliamos se tem perfil da casa. Caso seja positivo e ele desejar voluntariamente a participar do processo de acolhimento, ele será acolhido e então passará pelo período de adaptação que é de uma semana. Nesse período, se ele gostar e se adaptar, ele vai ficar por um período estipulado de no mínimo 3 meses. **(Pesquisadora) Quais são os critérios desse perfil?** Primeiro, tem que ser homem, independentemente de ser hétero ou homossexual, ele é acolhido, não existe distinção de opção sexual. Segundo, ter mais de 18 anos e ter menos de 60. Para menores de 18 anos, o responsável é o Estatuto da Criança e do Adolescente e acima de 60 anos o Estatuto do Idoso... eles é quem devem amparar. Terceiro, tem que ser internação voluntária... a pessoa não pode ser forçada e nem impedida. Quarto, o nível de lucidez... caso a pessoa não esteja lúcida, não acolhemos... nesse caso, ele é encaminhado ao hospital até se restabelecer, pois é necessário que ele esteja ciente. Caso o acolhimento ocorra e a pessoa não esteja lúcida, acredito que estamos invadindo a sua liberdade. Às vezes, a pessoa não quer ser acolhida e é um desrespeito fazer isso sem que ela saiba. Quinto, pessoas com doenças graves onde não conseguimos dar o suporte necessário, como por exemplo, pessoas com ferimentos graves... porque não temos como fazer os curativos constantemente (...) ou câncer. A casa não é para atender questões de saúde e sim sociais... basicamente, a triagem é isso. Sexto critério, também importante... se a pessoa estiver devendo algo para

justiça. Nós ligamos para a polícia para fazer um levantamento e verificamos se existe um “nada consta”. Se tiver alguma coisa, então nós não acolhemos. Deixamos isso bem claro com as pessoas que acolhemos. **(Pesquisadora) A partir desse acolhimento, como vocês definem o tipo de terapia que o paciente irá realizar?** O ideal seria que essa definição acontecesse de forma singular, individualmente. O que a gente chama de Plano Terapêutico Singular (PTS). Porém, como a instituição sobrevive de doações, o número de funcionários e colaboradores é pequeno... nós não conseguimos fazer esse tipo de trabalho de forma singular. Hoje é impossível fazer isso. O que fazemos é um trabalho de forma coletiva, respeitando a individualidade e limitações de cada um. Se a pessoa não gosta de coisas de espiritualidade, de religião... ela não é obrigada a participar. A gente respeita essas questões das diferenças de credo, crenças e tudo mais.

Quando questionados sobre a prática espiritual, os entrevistados fizeram o seguinte relato:

(Pesquisadora) Você pode me explicar sobre a questão da espiritualidade? Vocês a utilizam como forma de tratamento?
(Profissional 3- IT) Geralmente quando a pessoa chega em uma situação dessas dentro da casa, ela chega muito ferida, tanto por fora como por dentro. Então não adianta eu querer falar que aqui nós somos católicos e que nós temos a fórmula secreta, que ela vai embora. A princípio, nós temos que trazer ela para nós, temos que estabelecer vínculos, porque a raiz dos problemas nós não sabemos e às vezes a pessoa também não sabe. Então, dependendo da maneira como a pessoa se comporta na entrevista nós dizemos que trabalhamos com o fortalecimento da parte espiritual. Aí a pessoa vai te falar se é evangélica, católica ou de outra religião. Então dizemos que eles estão na casa deles, que não há problema algum com tipo de religião que ele segue ou senão segue nenhuma.

(Pesquisadora) Gostaria de saber se aceitar o tratamento religioso é uma condicionante para o paciente permanecer na instituição?
(Profissional 1- IT) Não, até porque a parte religiosa a gente não considera como tratamento, utilizamos a espiritualidade como uma ferramenta. É feito como algo que... que possa ajudar agregar, mas não é uma condicionante para a pessoa estar aqui. Nós já acolhemos pessoas que eram ateus... ficaram na casa, deram certo e recuperaram. Em momento algum, impomos que elas tivessem que acreditar em Deus... que tivessem que ser batizados ou coisas do tipo.

Em relação ao acolhimento das famílias dos internos, a instituição possui parceria com um grupo de mútua ajuda familiar, chamado “Amor Exigente”. Esse grupo oferece tratamento e apoio para as famílias, preparando-as para reinserção familiar:

(Profissional 2 - IT) Nós encaminhamos as famílias para esse grupo, como uma forma de receber apoio. Então eles ajudam as famílias que estão desesperadas, que não sabem lidar com dependente dentro de casa. Porque é... tão importante quanto tratar o dependente, é tratar a família, é um conjunto... porque a própria família faz com que o indivíduo tenha recaída.

Sendo assim, em relação ao processo de atendimento, as duas instituições funcionam como portas abertas, tratando o dependente, conforme explícito por Silveira (2008), de maneira humanitária, respeitando sua autonomia, suas escolhas, crenças e limitações, além de reconhecerem que aceitar o tratamento, de forma voluntária, e estabelecer vínculos são fatores importantes na aderência ao tratamento e recuperação, resgatando, no usuário, seu papel autorregulador (BRASIL, 2003).

Contudo, as instituições possuem modalidades de tratamento distintas. No Caps Ad, os pacientes permanecem no convívio social, no seio familiar, expostos às drogas e aos fatores que condicionam suas compulsões. Assim, a lógica de tratamento desse equipamento é orientada para redução de danos e a abstinência é considerada um ideal, mas não como um fim (BRASIL, 2003; RIBEIRO, 2008). Na IT, os pacientes ficam internos, vivendo em comunidade, longe das drogas e do convívio familiar. Dessa forma, a lógica de tratamento é orientada pela abstinência total (BRASIL, 2003). Mediante esses aspectos, serão relatados, a seguir, os tipos de tratamento de cada instituição.

5.2.1 Tratamentos

Conforme exposto, após o acolhimento, as instituições estabelecem um plano de tratamento para o paciente, seja de forma individual, no caso do Caps Ad, seja de maneira coletiva, como na IT, respeitando as aptidões e limitações de cada dependente.

(Profissional 3 - Caps Ad) Ele pode ter três tipos de tratamento... ele pode ter um tratamento medicamentoso, que pode ser no ambulatório, ou na PD. Ele vai receber uma medicação, vai ficar aqui com a gente, fazendo tratamento diário na PD, ou ele vai para o ambulatório fazendo os retornos de acordo com a gravidade, ou ele vai ter um encaminhamento para uma internação em comunidade terapêutica, ou um encaminhamento para internação em hospital psiquiátrico. Então são três modalidades... ou ele faz o tratamento clínico que engloba a PD e o ambulatorial, ou ele vai ser encaminhado para uma comunidade terapêutica, ou para o Hospital Psiquiátrico. Tudo vai depender da análise médica, com ajuda também da análise da psicóloga. Há também o apoio da família... muitas vezes a família já vem pedindo a internação, e às vezes não é o caso de internação. A gente tem que explicar para a família, que a gente sempre tenta evitar uma internação, porque às vezes a própria família já meio que te força e te induz a pedir uma internação porque ela não quer ter muita responsabilidade, principalmente com menores... a gente vê muito isso com menores.

Por meio da fala do profissional, compreende-se a importância da PNAD em não utilizar a internação involuntária como estratégia de tratamento (BRASIL, 2011) pois, como o

profissional relata, as famílias tentam induzir uma internação forçada como uma forma de se livrar do “incômodo”, contudo, conforme enfatiza Passos e Souza (2011), os dependentes também são cidadãos de direitos e sujeitos políticos, portanto, suas escolhas deve ser respeitada. Neste sentido, a PNAD permite que os profissionais tenham discricionariedade para tomar decisões e assegurar que os dependentes tenham acesso a outras formas de tratamento, que o respeite como indivíduo e ofereça meios para melhorar sua qualidade de vida e saúde (SILVEIRA, 2008).

Sendo assim, as modalidades de tratamento oferecidas pelo Caps Ad condizem com as propostas por Sócrates (2016), em que os pacientes devem ter acesso a um plano terapêutico individual que englobe tratamento medicamentoso, psicoterápico e orientações psicossociais.

No tratamento ambulatorial, o paciente realiza o tratamento em casa, por meio de medicamentos e, é acompanhado pelo clínico geral e psiquiatra, de acordo com a frequência estipulada no acolhimento inicial.

Na Permanência Dia, a rotina de tratamento funciona da seguinte maneira:

- 1) 8h00min: chegada;
- 2) 08h30min: café da manhã e medicação;
- 3) 10h40min atividades físicas ou laborais, como por exemplo, alongamentos, caminhadas pelo bairro e atividades com pintura;
- 4) 11h00min: almoço e descanso;
- 5) 15h00min: café da tarde;
- 6) 16h00min: retorno para casa.

Ao longo desse período, é realizado o tratamento medicamentoso, de acordo com as especificidades de cada dependente. Além disso, são realizadas dinâmicas e rodas de conversa.

Neste tratamento, os pacientes têm acompanhamento psicológico no período da manhã e da tarde, sendo atendidos individualmente, de acordo com suas necessidades. São acompanhados, também, por um educador físico, clínico geral e psiquiatra. O equipamento possui 50 pacientes nesta condição, que vêm diariamente, ou de acordo com o que foi estipulado na triagem. Às segundas e quartas-feiras, os pacientes são acompanhados até o complexo esportivo do município, onde praticam atividades físicas com os demais pacientes da saúde mental.

Para contextualizar a rotina de tratamento da Permanência Dia, será exposto um trecho do caderno de campo, referente à observação no Caps Ad, realizada no dia 2/10/2019. Para assegurar o anonimato dos envolvidos, todos os nomes mencionados são fictícios.

Assim, Rafael e Maria são os técnicos de enfermagem; Gabriel e Fátima trabalham nos serviços gerais; e Miguel é o educador físico.

[...] pergunto a Rafael se posso acompanhá-lo na observação dos dependentes no pátio. O pátio é um espaço médio, descoberto, com alguns brinquedos antigos presos ao chão: um balanço e uma gangorra. Além desses objetos, há dois bancos de cimento. Observo os pacientes: brancos, negros, idosos, jovens, mulheres e homens. Todos os tipos de dependência, mas a principal é o alcoolismo. Dou bom dia a todos e sigo nos calcanhares de Rafael. Na área coberta, que fica anexa à cozinha, há outra turma de pacientes. Maria está com eles, com uma grande bandeja, cheia de copinhos descartáveis. Os copinhos são identificados com os nomes dos pacientes e as medicações. De um a um, ela vai entregando os copinhos com a medicação. Em seguida, os pacientes pegam suas canecas e vão para um grande filtro de água. Gabriel está aferindo a pressão de cada um e anotando os resultados no livro de registros, além de colher as assinaturas no livro de presença da PD. Ele me explica o que está fazendo e que, se houver algum paciente com a pressão alterada, eles passam para os médicos. Neste momento, estou de costas, mas sinto o peso de vários olhares me observando. Quando Maria se afasta dos pacientes, aproveito para perguntar como ela age quando está entregando a medicação e percebe que algum paciente está sob o efeito de alguma droga. Ela disse que olha nos olhos do paciente e fala que hoje ele não vai tomar e que ele sabe o porquê. Acompanho a dinâmica das atividades da manhã, enquanto Fátima serve pão e café para os pacientes. Ela diz que muitos estão ali pelas refeições. Às 09h20min, Rafael e Miguel convidam-me para acompanhá-los até o ginásio esportivo do município para fazer atividades físicas junto aos demais pacientes da saúde mental. Digo que sim e os dois reúnem os pacientes que vão para o ginásio. Saímos em um grupo de 10 pessoas: eu, Rafael, Gabriel, Miguel e mais 6 pacientes. Vamos caminhando até o ginásio poliesportivo. Caminhamos por um percurso com vários morros, característicos do município, sob o sol quente da manhã. No caminho, Miguel conta que, no início, havia condução para levar e trazer os pacientes; posteriormente, só para a volta e, por fim, começou a alternar os dias. Diante da situação, ele preferiu conduzir os pacientes a pé até o ginásio, pois assim eles não deixariam de fazer as atividades. O objetivo dessa prática é que eles saiam da unidade para realizar outros tipos de atividades ocupacionais, porém, sem a condução, nem todos os pacientes podem participar. Ele relata que considera a Permanência Dia e as atividades que são realizadas muito importantes, pois ali os pacientes estão acolhidos e longe das drogas. Ele diz que devido às medicações que os pacientes tomam, as atividades ficam limitadas, porém, sempre as adapta para que todos possam participar, além disso, expõe a falta que um

terapeuta ocupacional faz para conduzir as atividades na parte da tarde, pois os pacientes ficam muito ociosos. Chegamos ao ginásio por volta das 09h50min, o ônibus dos demais pacientes da saúde mental ainda não chegou. O ginásio possui várias quadras para atividades físicas e Miguel relata as atividades que são feitas ali, como futebol, vôlei, peteca, além dos aparelhos de academia ao ar livre. Alguns pacientes se sentam nos bancos debaixo das árvores e outros utilizam os aparelhos da academia ao ar livre. Os outros estão aguardando para realizar as atividades na quadra coberta. Quando o ônibus dos demais pacientes da saúde mental chega, logo desce a responsável pelos pacientes, que já comunica a Rafael que, para a volta, só há 4 vagas no ônibus. Neste momento, estou sentada com os dependentes em um banco de cimento e todos os pacientes da saúde mental, adultos, jovens homens, mulheres, um a um, pegam em nossas mãos dando-nos bom dia com um largo sorriso no rosto, agitando-nos para as atividades. Por parte deles, não existe nenhuma indiferença, e o clima é bem divertido. Há bastante expectativa pelas atividades que serão realizadas. Os educadores físicos, a todo o momento, incentivam os pacientes a participarem das atividades, sempre com um sorriso e com clima de descontração. Observo as atividades, até que resolvo entrar na fila com os pacientes e participar. Sem dúvidas, é uma interação social e ocupacional de muita importância. Senti-me envolvida e acolhida nesse momento, como parte de algo. Mesmo que por pouco tempo, esqueci da pesquisa e foquei na atividade. Preocupei-me em seguir as orientações dos professores para que fosse feita uma fila no início da quadra, e que um a um dos pacientes deveriam ir correndo para rede de vôlei, que está no meio da quadra, e realizar um salto simulando um bloqueio. Faço a primeira volta ao som de risos de descontração, tanto dos professores quanto dos pacientes. Não percebo preconceitos e nem indiferenças, mas, solidariedade entre eles. Finalizamos essa atividade e, como os pacientes almoçam às 11h00, Rafael nos chama para retornar. Ele escolhe 4 pacientes para voltar no ônibus e eu e os demais voltamos a pé. Durante o retorno, Rafael para em um estabelecimento, compra um pacote de pirulitos e distribuiu para os pacientes. Ele diz que sempre compra alguma coisa para eles, como picolés, balas e chocolates, que é uma “atitude mínima”, mas que os pacientes ficam muito satisfeitos.

Assim, conforme exposto, a modalidade de tratamento ofertada aos menores é a ambulatorial, acompanhadas por clínico geral e psiquiatra. Para que ocorresse a Permanência Dia relatada, seria necessária a implantação de um Caps i no município. Diante da demanda significativa, o que foi proposto é que o equipamento funcionasse um dia da semana para oferecer esse tratamento, contudo, apenas um dia não é suficiente, e, como a oferta aconteceria mediante ao interesse dos adolescentes, isso não ocorre.

(Profissional 2 - Caps Ad) Nós já tivemos muitos casos em que o menor fez uso de maconha, por exemplo, apenas duas vezes na vida e só. Não está em uso, aí você identifica uma desestabilização emocional, conflito familiar que um acompanhamento psicológico é suficiente. **(Pesquisadora) Aqui vocês só trabalham com a dependência química?** Sim. Nesse caso, por exemplo, vamos encaminhar para um setor que ele possa fazer um acompanhamento psicológico. O que é um problema, porque... a gente não tem muito para onde mandar... a gente não tem uma instituição própria para fazer acolhimento desses menores. Eu falo muito da importância de ter um Caps infantil no município. Então geralmente eu mando essas demandas para a clínica da universidade aqui do município, ou encaminho para algum trabalho clínico público, mas geralmente eles estão superlotados. Fazemos o encaminhamento, mas acredito que a maioria não está em acompanhamento psicológico. **(Pesquisadora) Então as demandas infantis, tanto de tratamento, quanto de acompanhamento, ficam descobertas?** Ficam totalmente a desejar. **(Pesquisadora) Existe uma demanda muito grande?** Bastante... e por isso eu falo da importância de um Caps infantil, porque já houve essa conversa de que não teria uma demanda significativa, mas tem sim. A gente não tem muito o que fazer com o menor. **(Pesquisadora) Vocês não podem manter o menor aqui na unidade?** Em PD não. Aqui na unidade, somente adultos. O que já foi discutido a respeito sobre o que seria possível fazer diante da demanda infantil, seria destinar um dia da semana para tratamento do menor na unidade, mas isso não acontece.

Outro aspecto relatado é que, quando é identificado que o menor não é um dependente químico, porém fez uso de drogas devido a uma desestabilização emocional ou conflito familiar, o acompanhamento psicológico sanaria a demanda, atuando como uma ação preventiva, visto que adolescentes estão em condições de vulnerabilidade e existe uma tendência ao vício. Assim, a oferta de tratamento psicológico público que englobe esse grupo é limitada, sendo amparada por uma instituição particular, que realiza um trabalho voluntário.

Continuando com os aspectos referentes ao tratamento, o Caps Ad é orientado pela lógica de Redução de Danos, pois os pacientes que adentram a esse equipamento permanecem em convívio social, expostos às drogas e aos fatores de sua compulsão. A RD compreende que existem dependentes que não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas, mesmo que, em alguns casos, o ideal seja a abstinência. Mediante a esse contexto, a imposição imediata de abstinência não é fator de obrigatoriedade para que esses pacientes acessem os serviços ofertados, pois reconhece que abstinência total nesse ambiente seria dificilmente alcançável (ARAÚJO; MOREIRA, 2008).

Deste modo, a estratégia de tratamento é baseada na tolerância, na construção de vínculos, no reconhecimento das diversidades, livre de julgamento moral e de imposições autoritárias (HAIKE, 2008; SILVEIRA, 2008). A RD visa a redução dos riscos psicossociais e físicos, como por exemplo, redução das doses e frequência de uso, troca de uma substância

por uma menos nociva, uso de medicamentos para controlar compulsão e efeitos da abstinência, além de incentivar o autocuidado (NIEL, 2008).

(Profissional 3 - Caps Ad) Quando eu comecei a trabalhar no Caps Ad, a minha visão era muito de... conseguir uma abstinência, então eu ficava muito frustrada quando não conseguia. Mas com o tempo fui vendo que a redução de danos é tão importante quanto a abstinência. Então... é... tem paciente que você não vai conseguir a abstinência nunca... mas você consegue melhorar o trabalho dele, a relação com a família, a relação com a sociedade. Coincidência... ontem mesmo eu atendi um paciente assim. Ele era usuário de *crack* e hoje ele usa maconha. Ele está superbem. Ele está trabalhando, ele veio com a esposa e ela está superfeliz porque ele já melhorou muito. Eu sempre insisto... então... vamos tentar parar também com a maconha, mas redução de danos para ele já foi 100% do tratamento. Reduzir riscos às vezes é mais importante do que à abstinência. Por que você consegue uma melhora significativa do paciente. Ele sente que está importante. ‘Nossa eu não consegui parar, mas estou tão bem, melhorei tanto’, que isso pra ele é como se fosse à abstinência pra gente. É verdade mesmo... A esposa disse que ele está ótimo. Que antes ele usava *crack*... quebrava tudo dentro de casa, gastava o dinheiro todo que recebia. Hoje ele usa maconha, mas faz um uso mais controlado, mas mesmo assim a gente não deixa de pensar numa abstinência.

O relato do profissional vai ao encontro com a perspectiva apontada por Haiek (2008) e Niel (2008), no que refere ao controle da compulsão do *crack* pelo uso da maconha, como uma transição importante no processo de recuperação do paciente.

Em relação ao processo de recuperação, no caso do tratamento ambulatorial, os pacientes vão sendo acompanhados periodicamente durante as consultas e, conforme a evolução, recebem alta. Na Permanência Dia, os pacientes são acompanhados pelos psicólogos individualmente e, aqueles que estão em estados mais graves, como desestabilidade emocional e surto, são acompanhados com maior frequência.

Assim, quando o paciente está emocionalmente estável, em condições de ter uma vida social, que consiga trabalhar e retomar as suas atividades, fazendo o uso das medicações corretamente, reduzindo os riscos do consumo, estando em abstinência ou não, estará apto para receber alta. Quando ele recebe alta do Caps Ad, é direcionado ao PSF do bairro, passando a ser acompanhado pelos médicos, agentes de saúde e enfermeiros do equipamento. Caso o paciente tenha alguma recaída e os médicos acharem que é necessária uma nova avaliação, ele retorna para o Caps Ad e, conforme a avaliação, retoma o tratamento.

Na instituição do terceiro setor, o tratamento oferecido é laborterapia, utilizando, como instrumento, a convivência entre pares e a espiritualidade. Após o acolhimento, o interno, conforme sua aptidão e limitações, será inserido em alguma atividade laboral que envolve

desde cuidados com animais, horta, plantio, até cuidados domésticos, oficina de blocos e paletes.

(Pesquisadora) Qual a importância da prática laboral? (Profissional 3 - IT) O sentimento de utilidade que ela causa. A pessoa volta a sentir útil, volta a desenvolver à vontade pelo trabalho. Além disso, o suor ajuda na desintoxicação do corpo. **(Pesquisadora) Esse sentimento de utilidade, qual o impacto na recuperação?** Através desse sentimento, ele começa a descobrir habilidades que desconhecia. Como eles chegam com o sentimento de inutilidade e rejeição, o trabalho faz com que se sintam parte de algo... que fazem parte de uma comunidade e de uma família. No dia a dia, ele começa a conhecer pessoas que passaram por situações iguais ou piores que a dele e também a desenvolver o lado espiritual, que ajuda a compreender a sua situação.

Deste modo, a convivência entre pares possibilita a interação social entre indivíduos que têm algo em comum e, no caso da dependência química, compartilhem histórias e experiências sobre a situação de rua ou transtornos do vício. Essa convivência promove uma transformação na percepção que indivíduo tem de si e de seu comportamento em relação às drogas.

No que concerne às práticas espirituais, a rotina acontece conforme o seguinte relato:

(Profissional 1- IT) [...] às 5h30min toca a sirene para acordar os internos. Às 6 horas eles vão para capela e... para realizarmos uma oração. A instituição é católica, porém não é uma oração doutrinária e sim um momento de meditação. O momento de espiritualidade é baseado em textos bíblicos ou não, às vezes eu trago textos, como por exemplo, hoje falei sobre o pequeno príncipe, sobre o cuidado com a família e etc. É bem diversificado, às vezes levo algo de filosofia para eles refletirem, mas basicamente é voltado para a questão da espiritualidade.

Além dessas práticas, a IT recebe o apoio de grupos de mútua ajuda, como o Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (N/A) e Neuróticos Anônimos, que realizam reuniões semanais na sede da instituição.

Em relação ao tratamento clínico, o médico voluntário realiza o atendimento uma vez por semana, das 8h00min às 12h00min, atendendo às demandas que são mais simples e, nos casos mais urgentes, emitindo encaminhamentos, conforme às especificidades. Para esses casos, a instituição utiliza o Sistema Único de Saúde, única contrapartida que o município oferece para a instituição. Além do atendimento médico, a IT conta com um psicólogo voluntário, que acompanha, não somente os internos, mas também os monitores/conselheiros.

Neste contexto, os pacientes estão longe do convívio social e familiar, bem como da exposição às drogas, assemelhando com a proposta de tratamento apontada por Brasil (2003), cuja a estratégia é a separação/exclusão do convívio social, por meio de internações,

oferecendo uma atenção de caráter fechado, tendo como meta a abstinência total. Porém, diferentemente da lógica manicomial, as internações acontecem voluntariamente, e os pacientes decidem quando querem interromper o tratamento. Entretanto, a abstinência é imposta e, conforme o relato dos entrevistados, a recaída é uma condicionante para que o paciente deixe a IT, diferentemente da estratégia de Redução de Danos do Caps Ad.

Contudo, a instituição permite o uso de substâncias lícitas, como cigarros e o uso de medicamentos controlados, para amenizar a ansiedade e os efeitos da abstinência. Os entrevistados foram questionados sobre o que acontece em situações em que o paciente tem alguma recaída durante o tratamento e como a instituição lida com este fato:

(Pesquisadora) Já aconteceu de algum paciente usar drogas aqui dentro? (Profissional 3 - IT) Acontece e já aconteceu... de pegar usando e também de trazer para dentro da casa. **(Pesquisadora) E o que acontece com o paciente? (Profissional 3 - IT)** Depende do que aconteceu... Se for uma situação onde ele quis, aí não temos como fazer nada, temos que o deixar ir. Porém, se for um deslize, não existe cobrança maior que a dele... que a consciência. Neste caso, não adianta querer culpar ou pisar na pessoa, ele mesmo vai se culpar e muitas vezes não precisa mandar embora, pois ele se sente tão culpado que acaba indo embora por conta própria. Algumas vezes, a pessoa resolve pedir perdão a todos. Tudo que acontece faz parte do caminho do aprendizado.

Nesse aspecto, a lógica de abstinência se conflui com o proibicionismo, no que tange à punição pelo uso de drogas, seja pelo próprio indivíduo ou pela instituição. O indivíduo culpa-se por não conseguir atingir o ideal de abstinência, desacredita de si mesmo e abandona o tratamento.

Em relação à percepção da IT sobre a lógica de redução de danos, foi feito o seguinte relato:

(Pesquisadora) Por que vocês não utilizam a redução de danos? (Profissional 1 - IT) Primeiro, porque existe um preconceito em relação a essa prática na sociedade. Se a gente começasse a aplicar a redução de danos acho que as pessoas não compreenderiam e deixariam de ajudar a casa. Segundo, pelo perfil das pessoas que a gente acolhe... eu acho que elas não teriam capacidade de compreender essa lógica de redução de danos. Eu acho que não funcionaria. Terceiro, ela é uma prática cara, que demanda recursos para capacitação. As pessoas que trabalham ali teriam que se capacitar para trabalhar com essa lógica. É fundamental que as pessoas sejam treinadas para isso, para lidar com a redução de danos. É outra forma de pensar à dependência química. Não é simplesmente falarmos 'vamos fazer a RD', não é isso... É outra forma de entender o sujeito e seu conflito. É uma prática muito mais complexa. Eu também tenho as minhas dúvidas se ela realmente funciona. Eu vi pouca coisa de estudo... coisa concreta... que demonstre que, por exemplo... olha a gente... pegou tantos indivíduos que praticaram a RD e, no final, a gente teve uma amostragem de tantos % que se recuperaram. A gente não tem muita pesquisa.

Os entrevistados reconhecem que, ao permitir o uso de medicamentos e de cigarros dentro da IT, — a troca de uma substância por outra —, para controlar a compulsão e os efeitos da abstinência, de certa forma, praticam a redução de danos, apontada por Haiek (2008) e Neil (2008), mesmo que minimamente.

Por meio da fala do profissional, compreende-se que a adoção de estratégias de tratamento, como a redução de danos, que se contrapõe ao senso comum, apontado por Brasil (2003) e Rodrigues (2006), — em que os meios de tratamento de todo o usuário de drogas devem ser a internação ou a prisão —, são estigmatizadas.

Continuando com o exposto, em relação ao acompanhamento da evolução dos pacientes e dos aspectos sobre alta, os profissionais entrevistados relataram que a avaliação acontece por meio do discurso dos pacientes e das interações dentro da instituição:

(Profissional 1 - IT) Por meio do discurso, nós conseguimos avaliar se essa pessoa está evoluindo... se está se adaptando ou se está tendo conflito. Então, pelo discurso e pela forma que a pessoa vai formulando os motivos que a levaram para as drogas... os motivos que fazem com que permaneça, e o que faz com que ela queira sair, a gente consegue dar esse prognóstico, se está tendo evolução ou não.

Em relação ao processo de alta, os entrevistados relataram que, quando o paciente considera que está pronto para retornar à vida social e lidar com as drogas, é feita uma reflexão com os demais profissionais e, se assim desejar, encerra-se o tratamento e ele deixa a instituição.

Por meio dos fatos e relatos supracitados, identificou-se que as instituições compreendem a dependência química de distintas maneiras, confluindo com a lógica proibicionista, no alcance da abstinência e, com a antiproibicionista, concernente com a redução de danos.

5.2.2 Recuperação, reinserção familiar, social e ocupacional

A PNAD traz, no que concerne à etapa de recuperação:

deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2011, p.18).

Conforme apontado pelos entrevistados, dentre os fatores que estão relacionados com dependência química, a desestrutura familiar é o principal. Neste sentido, promover ações

para que a família seja acolhida juntamente com o dependente, assegurando-lhes acesso a modalidades de tratamento voltadas para esse grupo, bem como acompanhamento para reinserção familiar, é fundamental para a recuperação e rompimento do ciclo consumo/tratamento (BRASIL, 2011).

As ações realizadas pelo Caps Ad, no que tange à reinserção familiar, é a realização de reuniões de família e acompanhamento psicológico. A IT promove retiros espirituais e apoio do grupo de mútua ajuda, como o “Amor Exigente”.

No que refere-se à reinserção social e ocupacional, os entrevistados foram questionados se as instituições possuem parcerias com organizações públicas ou privadas para a oferta de cursos de capacitação para os dependentes ou oportunidades de emprego. Houve concordância nas respostas, afirmando que não existe.

No Caps Ad, no início de seu funcionamento, os pacientes tiveram a oportunidade de realizar cursos de panificação, promovido pelo próprio equipamento. Contudo, não houve uma articulação para que tivessem a oportunidade de se inserirem no mercado de trabalho. A IT realizou uma parceria com uma construtora no município, porém, o ambiente de construção civil possibilitou que os pacientes tivessem recaídas e, devido a esse fato, a parceria foi cortada.

Os entrevistados foram questionados se as ações promovidas pelo poder público são eficazes-efetivas, e se as ações realizadas pelas instituições contribuem para o rompimento do ciclo consumo/tratamento. Assim, houve concordância nas respostas em relação à atuação do poder público, afirmando que as ações promovidas não são eficazes. Contudo, as ações realizadas pelas instituições, possibilitam que o indivíduo consiga romper com o ciclo consumo/tratamento. Além desses aspectos, os entrevistados relatam que a reinserção ocupacional, assim como a familiar, são pilares fundamentais a recuperação dos dependentes.

(Pesquisadora) Você acha que as práticas de reinserção social, familiar e ocupacional, promovidas pelo Estado, são eficazes? (Profissional 2 - Caps Ad) Isso é um ponto falho. Porque a gente já teve parcerias com cursos profissionalizantes que possibilitava ao paciente retomar um lugar na sociedade, principalmente em termos de trabalho. Hoje nós não temos isso. **(Pesquisadora) Você acha que o que é feito aqui consegue, de certa forma, romper com ciclo consumo/tratamento?** Eu acredito que sim, porque a gente tem um bom número de altas e de pacientes que conseguiram retomar a vida social... que ele consiga voltar a estudar. Tem um paciente que recebeu alta há 3 meses e ele está estudando, tirando carteira, mas são poucos casos assim.

(Profissional 3 - Caps Ad) É muito difícil de romper. (Pesquisadora) Sempre há reincidência? Sempre! Porque não tem muito apoio. Ele tem

dificuldade de conseguir um emprego, aí ele vai ficando muito na rua e isso facilita com que ele tenha recaída.

(Pesquisadora) Como é feita a reinserção ocupacional? Vocês possuem parcerias com alguma empresa ou instituição que oferece cursos profissionalizantes ou oportunidades de emprego? (Profissional 3 - IT) Atualmente não existe. Há um tempo, tentamos uma parceria com uma construtora, eles trabalhavam como ajudante de eletricista e pedreiro, porém, nesse meio de obra existe muita droga e muito álcool, então eles iam para trabalhar, mas o círculo de amigos e o ambiente de construção civil... por ter muita droga e muito álcool... as pessoas acabavam recaído. Existe também o preconceito porque a maioria já foi presa... a questão de estar saindo de uma clínica de recuperação também faz perder a credibilidade. Até tentamos fazer vários cursos, inclusive a universidade já ministrou cursos na casa, mas ainda é uma deficiência. Atualmente, estamos mais preocupados com acolhimento e ainda não conseguimos chegar numa segunda etapa, que é ressocializar. Nós os auxiliamos fazendo currículos e entregamos para que eles possam correr atrás, mas ainda não temos um programa que ajude a pessoa voltar para a sociedade. **(Pesquisadora) Em relação à recuperação, qual a importância do trabalho nessa parte?** Esse é um dos pilares para pessoa se manter bem e não voltar para as drogas... para ter uma vida digna e ser um cidadão do bem e autônomo. Ter um apoio familiar, o trabalho que o oriente, o credo, ou algo que ele possa acreditar... e a frequência em reuniões do tipo do AA e NA... pois a droga é uma doença crônica e a pessoa não consegue ficar 100% livre. Então, quando a pessoa consegue estruturar isso, trabalho, família e reunião de alcoólicos anônimos e narcóticos anônimos, quer dizer que ela está bem. O que nós já reparamos é que as pessoas que estão bem até hoje... elas fazem todos esses processos.

Posto isto, compreende-se que as ações realizadas pelo Caps Ad, que possibilitem ao paciente reinserir-se socialmente, acontece por meio da redução de danos, realizada no processo de tratamento. Da mesma forma, acontece com na IT, por meio da melhora da condição do indivíduo, que é assegurada sua reinserção.

No que se refere ao poder público, as ações asseguradas no texto da PNAD não acontecem, impactando, diretamente, no processo de recuperação e contribuindo para o não rompimento do ciclo consumo/tratamento.

5.3 Capacitação

Além de garantir recursos técnicos e financeiros para tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional, a PNAD assegura que todos os setores governamentais e não governamentais, envolvidos nestas etapas, devem receber capacitação continuada, avaliada e atualizada, com o intuito de disseminar bons conhecimentos que agreguem na execução das respectivas práticas, principalmente na redução de danos (BRASIL 2011).

Ademais, assegura que deve ser desenvolvido e disponibilizado um “banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento das práticas de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional [...]”, que tenha o acesso facilitado e vasta divulgação. (BRASIL, 2011, p.18).

Portanto, os entrevistados foram questionados se receberam algum tipo de capacitação além das suas respectivas profissões para trabalharem com dependentes químicos ou se possuem acesso a algum banco de dados que possibilite o aperfeiçoamento de suas atividades dentro das instituições.

No Caps Ad, todos os entrevistados relataram que exerceram suas profissões pela primeira vez, no que se refere à dependência química, quando foram trabalhar no equipamento e que não receberam nenhum treinamento para lidar com dependentes, por parte do município, além de não possuírem nenhum acesso a banco de dados com informações científicas que possibilitem aprimorar suas atividades, no que diz respeito à etapa de acolhimento, tratamento, recuperação e redução de danos.

(Pesquisadora) Durante o tempo que você está trabalhando aqui na unidade, você recebeu algum tipo de treinamento? (Profissional 3 - Caps Ad) Não! Nem eu e nem ninguém da equipe. **(Pesquisadora) Vocês possuem acesso a algum banco de informações sobre práticas e inovações que foram bem-sucedidas em alguma outra unidade, ou até mesmo estudos a respeito da dependência química que possa agregar no trabalho?** Não tem nenhum acesso a esse tipo de informação e nem alguém que tenha experiência no ramo que venha falar com a gente. Se a gente quiser saber alguma coisa a respeito, nós mesmos que temos que procurar... oferecido pelo município não tem.

(Pesquisadora) Quando você veio trabalhar aqui no Caps Ad, ou ao longo dos anos de trabalho aqui, você recebeu algum treinamento para lidar com dependentes químicos? (Profissional 3 - Caps Ad) Não recebi! Eu mesma que tenho que estudar e correr atrás.

(Pesquisadora) Quando você veio trabalhar aqui na unidade, você recebeu algum tipo de treinamento para trabalhar com dependentes químicos? (Profissional 4 - Caps Ad) Não! Não tive nenhum tipo de treinamento.

Alguns entrevistados na IT são ex-internos, outros já trabalhavam com dependentes químicos, e os demais tiveram seu primeiro contato com dependentes quando foram trabalhar na instituição. Questionados se receberam algum treinamento por parte do poder público, visto que a instituição exerce atividades que vão ao encontro com que está estabelecido na PNAD, — que assegura a capacitação continuada a órgãos não governamentais envolvidos na etapa de tratamento, recuperação e reinserção por meio de recursos financeiros (BRASIL, 2011) —, todos entrevistados responderam que “não”, e a capacitação que receberam foi por

meio da própria instituição, como por exemplo, cursos de primeiros socorros e de monitores de comunidade terapêutica.

Além disso, os profissionais do Caps Ad relataram qual foi importância de receber capacitação específica para exercer suas profissões dentro do equipamento e os impactos que a ausência de capacitação específica causa entre a equipe e a prestação dos serviços.

(Profissional - 4 Caps Ad) Eu acho que uma pessoa pra trabalhar num ambiente desse... primeiro tem que saber como lidar com o paciente... principalmente na abordagem. A pessoa tem que conhecer principalmente a respeito de drogas, porque tem funcionário que não sabe o que é o cheiro de uma maconha... como que você coloca uma pessoa para trabalhar num ambiente desse sem conhecimento nenhum sobre drogas? Você tem que saber identificar quando um paciente chega aqui drogado ou alcoolizado... porque se não pode acarretar tanto em riscos pra mim, como profissional de saúde, como para todos os internos, entendeu? [...] A pessoa pode entrar num surto de uma hora pra outra. Além disso, o treinamento é importante porque, quando um paciente chega aqui alcoolizado e drogado, se você não souber identificar se o paciente está sobre o efeito de alguma substância, como você vai ministrar uma medicação? As medicações são muito fortes, e existem vários riscos.

(Profissional 2 - Caps Ad) É importante [a capacitação] para ter uma equipe adequada, de preferência com pessoas que saibam o que estão fazendo, porque o que a prefeitura faz: faz um processo seletivo e quem tiver melhor colocação vem trabalhar aqui e às vezes a pessoa não tem nenhum tipo de experiência, nunca teve contato com dependentes químicos. Então, eu acho importante montar uma equipe que tenha experiência e que saiba minimamente sobre a dependência química. **(Pesquisadora) Aqui na unidade vocês têm alguma dificuldade em relação a isso, com aspecto do perfil profissional?** Tem... porque ninguém aqui passou por treinamento... ninguém tinha muita experiência com a área. **(Pesquisadora) Ocorre alguma situação em relação às práticas profissionais que impactam no serviço final?** O paciente sofre algum tipo de efeito sim, porque muitas vezes eu já identifiquei que o próprio funcionário tem preconceito com o paciente que é dependente químico. Então, às vezes, quando uma pessoa é direcionada para um trabalho onde ela sabe o que ela está fazendo, de onde ela veio, qual a formação e tipo de experiência que ela teve, é muito mais agregável ao trabalho da equipe. Isso impacta no resultado final. **(Pesquisadora) Você pode me dizer de que maneira impacta?** Essa questão do preconceito mesmo. Já teve paciente que deixou tratamento porque teve conflito com o funcionário. Algum funcionário acaba expondo alguma coisa sobre o paciente. Então, eu acho que é uma coisa que deveria ser mais trabalhada... em relação ao sigilo mesmo, daquilo que o paciente vive.

Assim, compreende-se que, o que é assegurado na PNAD, no que se refere à capacitação, não é implementado e nem executado nas instituições do município analisado, impactando nos relacionamentos em equipe e, principalmente, no serviço final.

5.4 Limitações

A partir destas constatações, os entrevistados foram questionados sobre as limitações de cada instituição, no que se refere ao acolhimento, tratamento e reinserção, bem como em quais aspectos o poder público deveria dar mais atenção em relação à dependência química.

5.4.1 Acolhimento

No Caps Ad, as limitações apontadas pelos entrevistados são as ações voltadas para o acolhimento das famílias. Apesar de serem encaminhadas para o CRAS dos bairros e das reuniões realizadas pelo equipamento, o acolhimento não acontece de maneira satisfatória. A maioria das famílias não é acompanhada e não se envolve na recuperação dos dependentes químicos. Assim, quando o paciente está em recuperação, reinserir-se em um ambiente familiar desestruturado e doente faz com que se perpetue o ciclo consumo/tratamento, pois, como apontam as falas dos entrevistados, os conflitos familiares estão diretamente relacionados com a dependência química.

Neste aspecto, de acordo Brasil (2004) o Caps Ad deve contar com uma equipe multiprofissional, incluindo um assistente social, “além de realizar visitas domiciliares” (SÓCRATES, 2016, p. 62). O Caps Ad do município não possui esse profissional em seu corpo técnico, e as visitas domiciliares não acontecem devido à falta de recursos, como o transporte, por exemplo. Contudo, como apontam os próprios funcionários, a assistência social funciona bem no município, assim, a integração e articulação intersetoriais previstas na PNAD poderiam sanar essa limitação e promover ações mais efetivas e eficazes em relação ao acolhimento das famílias.

(Profissional 2 - Caps Ad) Eles não possuem estrutura familiar. A maioria deles... o problema é a estrutura familiar. Tanto que... quando nós fazemos a reunião de família, quase não vem ninguém. É muito difícil. Na minha última reunião de família, veio um e é o que está melhorando. O paciente que melhora é o que a família está perto. O paciente que não melhora, a família não é participativa. Eu vejo que o preconceito já começa dentro da família.

(Pesquisadora) A assistente social seria necessária para cobrir qual aspecto? (Profissional 3 - Caps Ad) Para cobrir o aspecto familiar... porque a gente não tem o apoio da família no tratamento. Muitas vezes o paciente está aqui porque a família quer que o Caps funcione como uma creche. Então coloca o paciente aqui para ficar livre dele em casa... Então ele vai sair de manhã, vai ter almoço, ele vai ter o café e não vai estar me dando nenhum problema, mas quando ele retorna em casa à noite, ele não tem nenhum apoio. Então, a assistente seria para visitas domiciliares... para preparar a casa... preparar a família para reinseri-lo novamente até ter essa alta do Caps

Ad... porque a gente tem muita dificuldade nesse sentido. A família reclama ‘porque você está dando alta pra ele?’ [...] Ele está aqui há um ano. Então, ele vai ter que ficar aqui no Caps para o resto da vida?! A gente não quer o Caps seja uma instituição crônica. A gente quer que ele venha para cá... que trate a dependência dele e que volte a ser inserido na família, na sociedade, no mercado de trabalho... porque se ele tem uma doença psiquiátrica, que impeça essa reinserção na comunidade, ele não vai mais estar aqui... ele vai estar no Caps II.

(Profissional 1 - Caps Ad) Enquanto recurso técnico... no caso de equipe... faltam alguns profissionais que são importantes, como um terapeuta ocupacional... então, em termos de equipe, eu também acho falho. Assistente social... pra fazer um acompanhamento individual de cada paciente... para que sejam acompanhados mais de perto. A assistência funciona bem no município, lá no CRAS no CREAS, assim, eles podem acompanhar essas famílias, para que elas sejam orientadas sobre os benefícios delas, o que é de direito delas, já que o trabalho da assistência é a garantia de direitos.

(Pesquisadora) Vocês possuem alguma limitação em relação à acolhida, tratamento e reinserção do dependente químico e de seus familiares?

Um dos maiores problemas que a gente tem está relacionado com a família. A dificuldade é envolver a família no tratamento do paciente, porque muitas vezes a família traz o paciente até aqui, quer que a gente resolva, mas sem nenhum tipo de envolvimento no tratamento do paciente. Só querem que a gente resolva o problema. Então, uma das ideias é trazer a família para dentro da unidade... e a gente faz isso por meio das reuniões de família... a gente chama para conversar individualmente. Hoje, essa é uma das nossas maiores dificuldades, porque geralmente o uso de drogas está ligado a algum tipo de conflito familiar. Às vezes, a própria família mantém o vício do dependente... burla o tratamento... então, para mim, essa é uma das nossas maiores dificuldades... envolver as famílias.

Os entrevistados da IT apontaram os mesmos problemas em relação ao acolhimento das famílias e seu papel na recuperação dos dependentes:

(Pesquisadora) Quais são as ações direcionadas para o acolhimento das famílias? (Profissional 1 - IT) A família é um grande problema. Ela ajuda e atrapalha. A gente não faz um trabalho voltado para as famílias... o que a gente oferece é um grupo de apoio chamado Amor Exigente que tem toda uma abordagem, uma literatura para trabalhar com as famílias. Porém, as famílias não engajam, então é um problema sério. Inclusive, agora a gente vai fazer um trabalho para as famílias no fim de semana e com certeza não vão aparecer muitas.

(Profissional 4 - IT) Nós reconhecemos que acolher e dar apoio para as famílias é de grande importância para recuperação dos dependentes, mas infelizmente nós não conseguimos dar um apoio direto para as famílias. Para isso, dependemos da ajuda de parceiros que fazem esse trabalho, como o Amor Exigente. Acolher as famílias deveria ser um dos trabalhos mais importantes, assim como o tratamento dos dependentes, mas, infelizmente, lutamos diariamente para conseguir recursos para poder realizar o mínimo, dentro da instituição... para conseguirmos fazer um trabalho terapêutico para recuperar o dependente.

A partir destas constatações, compreende-se que, em ambas as instituições, a maior limitação, em relação à acolhida, é a familiar.

5.4.2 Tratamento

Continuando com o exposto sobre as limitações, no que se refere ao tratamento, a PNAD traz, em suas diretrizes, que o Estado deve:

desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer comorbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2011, p.18).

Neste sentido, as modalidades de tratamentos para as famílias não são implementadas no município. Em relação às modalidades de tratamento para crianças e adolescentes, no município é ofertado somente o tratamento ambulatorial, acompanhado por clínico geral e psiquiatra.

Conforme exposto, para que houvesse acesso a outras modalidades de tratamento, como por exemplo, a permanência dia, é necessário a implementação do Caps i no município. Quanto ao apoio técnico, a oferta de atendimento psicológico é feita por outras unidades de saúde ou por meio de parcerias, com instituições privadas que oferecem esse acompanhamento de forma voluntária. Assim, a execução da PNAD, no que concerne a modalidades de tratamento para crianças e adolescentes, fica condicionada a fatores externos à política. Além disso, se existe uma demanda significativa de dependentes químicos adolescentes, é necessário uma maior articulação e cooperação entre políticas setoriais, como educação, saúde, assistência social promovendo a intersetorialidade, esta que possibilita a implementação de práticas mais eficazes e efetivas, que possam atender às demandas em todas as etapas, inclusive na prevenção, visto que adolescentes se encontram em grupo de extrema vulnerabilidade (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

Para o tratamento dos demais pacientes, Brasil (2004), traz que o Caps Ad deve ter um Terapeuta Ocupacional para conduzir atividades laborais no tratamento da Permanência Dia. O equipamento não possui esse profissional e as atividades laborais são executadas por profissionais que não são da área, levando os pacientes a ficarem grande parte do tempo ociosos dentro do equipamento.

(Pesquisadora) Você acha que os recursos financeiros, profissionais e materiais que são disponibilizados aqui são suficientes para atender as demandas? (Profissional 2 - Caps Ad) Não! Material para oficina e para Terapia Ocupacional tem muito, tanto que até está vencendo. Mas nós não temos a funcionária. Eles não têm verba para contratar uma funcionária e já está falho aí.

Além disso, os profissionais relatam que o número de psicólogos é pequeno em relação às demandas e que a oferta de tratamento psicológico é feita somente para a Permanência Dia e para o acolhimento, assim, o paciente ambulatorial que desejar ter um acompanhamento psicológico, é encaminhado, também, para outros serviços de saúde.

(Pesquisadora) Você identifica no seu dia a dia a falta de algum profissional que agregaria à unidade? (Profissional 3 - Caps Ad) Sim! Um assistente social ajudaria muito dentro do serviço... e o número de psicólogas é pequeno em relação à demanda... porque as psicólogas são para fazer o acolhimento e o atendimento dos pacientes que estão em PD. Nós não temos um atendimento de psicológico para atender o ambulatório. Quando o paciente vem para o ambulatório, ele já passou pela triagem com a psicóloga... já avaliou o caso dele pela primeira vez. Aí, ele retorna nas consultas de ambulatório só com o médico. Ele não passa novamente pela psicóloga. Então falta esse acompanhamento psicológico.

Deste modo, as limitações apontadas pelos profissionais, no que se refere ao tratamento, é a implementação de modalidades para atender grupos específicos, como crianças, adolescentes e famílias. Para os tratamentos ofertados para os demais pacientes, faltam recursos técnicos para conduzir atividades laborais e para atender às demandas por acompanhamento psicológico.

Na IT, as limitações apontadas pelos profissionais, em relação ao tratamento, estão na arrecadação de recursos financeiros e no apoio técnico para conseguir realizar um trabalho terapêutico de qualidade:

(Profissional 4 - IT) Nós precisamos de uma equipe de multiprofissionais para dar todo suporte para os dependentes. Graças a Deus, temos o apoio de um médico e um psicólogo que nos ajudam voluntariamente, mas por muito tempo não tivemos esse apoio, então tínhamos que nos matar para conseguir recursos, como por exemplo, para poder conseguir colocar gasolina no carro, para poder levar o paciente para ser atendido num posto de saúde. Como nossos tratamentos são gratuitos, então sempre estamos na busca por recursos e com isso não conseguimos nos dedicar no principal... que é o tratamento. Seria ótimo se tivéssemos um médico próprio particular dentro da instituição, um enfermeiro, mas, infelizmente não temos recursos para isso. Lutamos para conseguir pagar os funcionários, as contas de água e luz. Às vezes, está faltando um pouco de comida... aí sempre estamos naquele desespero para fazer campanhas para arrecadar alimentos. Então gastamos muita energia para levantar o mínimo e gastamos pouca energia no que realmente importa, que seria na parte terapêutica, em implantar novas terapias, acompanhar e estudar novas práticas que agregassem no trabalho. Para oferecermos cursos de capacitação para que os pacientes pudessem

reinsere-se no mercado de trabalho, ou até mesmo em acompanhar as famílias, dar um apoio melhor, trazer a família mais para dentro da instituição, mas, infelizmente não conseguimos. Estamos há 24 horas pensando em meios de arrecadar recursos, realizando campanhas, batendo de porta em porta para conseguir nos manter. **(Pesquisadora) O município ajuda a instituição com recursos financeiros ou técnicos?** Eles prometem nos ajudar, mas o que nos destinam é muito pequeno, além de não ser um recurso certo que venha todo mês. Então, não podemos contar com eles... nos mantemos e sobrevivemos por meio de doações. Em relação a recursos profissionais, o que nos oferecem é o posto de saúde.

5.4.3 Reinscrição familiar, ocupacional e social

No que se refere às limitações, em relação à reinscrição familiar, os entrevistados apontaram a ausência de profissionais para o acompanhamento das famílias, bem como o envolvimento das mesmas no processo de recuperação dos pacientes.

No processo de reinscrição ocupacional e social, foram apontadas a ausência de oferta de cursos que possam agregar na formação pessoal e profissional dos pacientes. Assim também, ausência de parcerias e convênios, promovidas pelo poder público com instituições governamentais e setor privado, que auxiliem e possibilitem aos pacientes reinsere-se no mercado de trabalho regular, visto que, conforme apontam Rodrigues (2006) e Silveira (2008), o estigma e o preconceito em relação à dependência química, perante à sociedade, dificulta essa inserção.

(Pesquisadora): Quais são as limitações de reinscrição social e o ocupacional, você consegue me dizer alguma? (Profissional 2 - Caps Ad): Tem a questão do preconceito... que é visível o quanto eles são taxados... que usuários de drogas não são confiáveis... são perigosos.

Deste modo, as ações promovidas no âmbito municipal, no que se refere à reinscrição familiar, social e ocupacional, como fatores principais no processo de recuperação, apontados na PNAD, para o rompimento do ciclo consumo/tratamento não são implementadas.

No que tange à capacitação de todos os órgãos governamentais e não governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, reinscrição e redução de danos, o poder público não subsidia tais práticas, levando os profissionais a se capacitarem por conta própria para lidarem com a realidade das demandas em seu ambiente de trabalho. Na IT, a direção realiza cursos para capacitar seus funcionários e melhorar a oferta de tratamentos, não sendo amparadas pelo poder público, conforme previsto na PNAD.

Em relação ao tratamento, o Estado não garante recursos financeiros e técnicos suficientes para que sejam implementadas e oferecidas diversas modalidades de tratamento

para os dependentes e familiares, principalmente para grupos específicos, como crianças e adolescentes, conforme a PNAD.

Além desses pontos, o Estado não assegura recursos financeiros e nem apoio técnico para organizações não governamentais, ficando à sociedade civil encarregada de arrecadar recursos para executar suas atividades, no que concerne ao tratamento, não executando as ações previstas para demais práticas.

Sendo assim, por meio da análise das práticas de intervenções públicas e da sociedade civil, compreende-se que as ações que vão ao encontro com que está estabelecido na PNAD estão relacionadas com a oferta de tratamentos, porém, de forma limitada, não englobando todos os indivíduos mencionados em seu texto, além do mais, as demais práticas previstas para recuperação e reinserção não são implementadas.

Porém, compreende-se que o Caps Ad e a IT analisada, ao atuarem isoladamente, possuem limitações na implementação e execução das observações e diretrizes propostas na PNAD, devido a insuficiência de recursos financeiros e técnicos. Desta forma, conforme aponta a política do Ministério da Saúde, para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) e, o princípio da PNAD (BRASIL, 2011), a articulação e cooperação entre estas instituições, políticas de saúde, assistência social, educação e a iniciativa privada, promoverá a intersetorialidade das ações sobre drogas no âmbito municipal. Neste sentido, a intersetorialidade proporcionará a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência e atenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, na qual poderão ser implementadas e executadas ações mais abrangentes, eficazes e efetivas para tratamento, recuperação e reinserção social, além de ampliar a lógica de redução de danos e atender as necessidades da comunidade que estão inseridos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito inicial desta pesquisa era a busca por esclarecimentos a respeito da conduta repressiva das legislações e políticas brasileiras em relação ao uso e comércio de drogas, cuja estratégia criminaliza a conduta, infringe a liberdade individual, além de estigmatizar e anular os direitos sociais dos usuários, o que leva ao afastamento daqueles que realmente precisam de ajuda dos serviços de saúde pública.

Outro aspecto é a compreensão dos motivos que impedem que o país adote medidas alternativas, diante de uma política de drogas fracassada, que traz elevados ônus sociais e econômicos, e que não atingem os objetivos a que se propõem.

Posto isto, fez-se necessário realizar o delineamento do contexto histórico da Política Global e Nacional de controle sobre drogas, no intuito de responder tais questionamentos e compreender os aspectos que fundamentam a Política Nacional sobre Drogas. A incursão pela História das drogas possibilitou a compreensão dos fatos históricos e políticos que levaram à instauração do proibicionismo no Brasil, que determina que a construção do sistema nacional de controle seja alinhado aos tratados internacionais e influencia a percepção social. Além disso, foi possível compreender que a repressão instaurada baseia-se em aspectos morais, religiosos, econômicos e de controle racial e, que não existem fundamentos racionais e científicos para proibição das drogas.

No que tange à PNAD, por meio desta pesquisa, foi possível compreender que, diante da repressão instaurada no século XX, sua criação significou uma mudança de perspectiva, ao objetivar a construção de uma *sociedade protegida do uso de drogas*, ao invés de buscar *incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas* (BRASIL, 2011, grifo meu), o que pode ser considerado utópico, uma vez que uso de drogas é uma constante na humanidade. Desta forma, apesar de manter o discurso repressivo no combate à oferta e demanda de drogas, a PNAD, ao adotar a política de redução de danos, pelo menos no que se refere à saúde pública, rompe com a lógica proibicionista e moralista presentes nas ações desenvolvidas no país, na área de álcool e outras drogas.

Diante deste embasamento histórico e teórico, foi executada a pesquisa de campo, com objetivo de analisar a execução da PNAD. Por meio da pesquisa de campo, foi possível verificar como é a realidade de execução das práticas de intervenções públicas e da sociedade civil no âmbito municipal e como elas contribuem para que as observações e diretrizes da PNAD sejam alcançadas. Como resultado, identificou-se que as intervenções contribuem para a execução da PNAD na perspectiva de tratamento, porém, de forma não abrangente, devido a insuficiência de recursos técnicos, financeiros e de estratégias de articulação e cooperação entre políticas setoriais.

Outro ponto a ser destacado, refere-se à necessidade de formação e capacitação continuada dos profissionais para lidarem com a dependência química dentro das instituições analisadas e, também no aprimoramento de suas atividades. Tais práticas estão previstas na PNAD e não são implementadas, levando os profissionais a se capacitarem por conta própria,

o que compromete a oferta de um serviço compatível com as demandas dos pacientes, além de impactar no trabalho em equipe.

No que se refere ao processo de recuperação e reinserção, a PNAD reconhece que tais práticas são fundamentais para o rompimento do ciclo consumo/tratamento, pois tanto quanto tratar um dependente, é dar condições para que ele possa reinserir-se no âmbito familiar e social. Deste modo, o processo de reinserção familiar deve acontecer por meio do acolhimento e do tratamento das famílias, a fim de envolvê-las no processo de tratamento e recuperação do paciente. No que tange à reinserção social e ocupacional, devem ser ofertados cursos que possam agregar na formação pessoal e profissional dos pacientes. Além disso, a PNAD traz que o Estado deve promover parcerias e convênios com organizações públicas, sociedade civil e do setor privado, para que os pacientes possam reinserir-se no mercado de trabalho regular, uma vez que o estigma e o preconceito dificultam essa inserção. Assim, nestas perspectivas, a PNAD não é implementada e executada.

Para que a PNAD seja executada, conforme previsto, nas áreas de tratamento, recuperação e reinserção social pelo Caps Ad e na instituição do terceiro setor analisada, deve-se promover a articulação e cooperação entre estas instituições e outras políticas setoriais, como assistência social, saúde, educação e emprego. Desta forma, a intersetorialidade proporcionará a implementação e execução de ações mais abrangentes, eficazes e efetivas na área de álcool e outras drogas no âmbito municipal.

Diante do exposto, cabe ressaltar que, durante o desenvolvimento desta pesquisa, foi instituída a reforma da PNAD e, em suas novas orientações e diretrizes, pode-se elencar a facilitação das internações involuntárias; a não adoção e reconhecimento da redução de danos como estratégia de saúde; e a imposição da abstinência como condicionante para permanecer nos serviços de saúde pública.

Analisando a nova PNAD à luz do desenvolvimento histórico do sistema nacional de controle sobre drogas, realizado nesta pesquisa, compreende-se que a reforma representa um retrocesso nas ações voltadas para usuários/dependentes de drogas. A reforma retoma a lógica proibicionista na execução dos serviços de saúde, impondo a abstinência, além de promover e favorecer a estratégia da atenção manicomial, uma vez que as internações involuntárias e compulsórias são direcionadas para os hospitais psiquiátricos.

Desta forma, sugere-se, para futuras pesquisas, a análise da implementação e execução da nova PNAD, em âmbito municipal e os impactos que a estratégia de abstinência causará na prestação dos serviços de saúde pública para usuários/dependentes de álcool e drogas.

Por fim, esta pesquisa possibilitou a elucidação da problemática apontada no trabalho, realizando estudos sobre a PNAD em âmbito municipal, sob a perspectiva da Administração Pública, analisando como as ações dos atores políticos e sociais contribuem para sua execução e efetivação.

REFERÊNCIAS

- ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. 2011. 187 p. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- ALARCON, S. Drogas psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**: Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. cap. 5, p.103-130.
- ARAÚJO, M. A. P; MOREIRA. F. G. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. (orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. p. 11-20.
- BARCELOS, M. A formação da área de análise de políticas públicas. IN: **Revista Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 26, no. 01, jan./abr. 2013, p. 145-162. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/5903/pdf>> Acesso em: 03 set. 2019.
- BARLÉU, G. **História dos feitos recentemente praticados durante oito anos no Brasil e noutras partes sob o governo do ilustríssimo João Maurício Conde de Nassau [...]**. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do Ministério da Educação. 1940. 409 p.
- BATISTA, VERA. M. **Difíceis ganhos fáceis - drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Ed. Revan, 2003. 152p.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília, DF. 2011. 106 p. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em: 18 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.
- BRASIL. Presidente da República. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – Sisnad. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 26 mar. 2019.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID. **Histórico da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: <<https://obid.senad.gov.br/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

CÂMARA, ROSANA. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), jul - dez, 2013, 179-191. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019

CAPELLA, ANA CLAUDIA. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **BIB**. São Paulo, n. 61, 1º. Sem 2006, p. 25-52.

CARNEIRO, H. O uso de drogas na sociedade. In: OLIVEIRA, W, F de.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e sociedade** [Recurso eletrônico]: Florianópolis. Ed: UFSC, 2014, cap. 1, p. 11 - 33.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P. e CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo, Alameda; Belo Horizonte, Ed. PUC Minas, 2005. p. 11-29.

CARVALHO, I. S.; PELLEGRINO, A. P. Políticas de Drogas no Brasil: A mudança já começou. Rio de Janeiro. **Instituto Igarapé**, mar. 2015. Série Artigos Estratégicos, 16. Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16_CADERNO-DE-EXPERI%C3%84NCIAS_24-03w.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

CARVALHO, J. C. de. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: A construção de uma política nacional. In: **VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade**. Rio de Janeiro, RJ: Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <<https://neip.info/>>. Acesso em: 05 de mar. 2019.

CARVALHO, J. C. **Regulamentação e criminalização das drogas: a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecente e a internalização do proibicionismo no Brasil (1936-1946)**. 2013. 117 p. Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO, S. de. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da lei 11.343/06**. 8. ed., rev. e atual. São Paulo, SP: Saraiva, 2016. 462p.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5ª ed. São Paulo Universidade Federal de São Paulo; 2011. Disponível em: <<https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/12/Livreto-Informativo-sobre-Drogas-Psicotr%C3%B3picas.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

ESCOHOTADO, A. **História Elementar das Drogas**. Lisboa: Antígona, 2004. 226p.

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexão acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P. e CARNEIRO, H. **Álcool e drogas**

na **história do Brasil**. São Paulo, Alameda; Belo Horizonte, Ed. PUC Minas, 2005. p. 257-290.

FONSECA, ELIZE. M.; BASTOS, F. I. Os tratados internacionais antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.). **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**: Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. cap. 1, p.15-44.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

GODOY, ARILDA. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, maio/jun. 1995.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de. S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**: Petrópolis, Ed: Vozes; 1994, cap.4, p. 67-80.

HAIEK, RITA. Redução de Danos para Drogas Injetáveis. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. (orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. p. 11-21.

IAREM. **Plano de Trabalho**. 2019. 7p.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Penso, 1999. 340p.

MACHADO, LETÍCIA. V.; BOARINI, MARIA LUCIA. Política Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2019.

MACRAE, E. **A subcultura da droga e prevenção**. Salvador, 2003. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_edw5.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In. SEIBEL, S. D.; JUNIOR, A. T. **Dependência de Drogas**: São Paulo. Ed: Atheneu, 2001, cap. 3, p. 25-34.

MARQUES, E. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, E. e FARIA, C.A. **Política Pública como campo multidisciplinar**. São Paulo, Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

MINAYO, MARIA CECÍLIA. de. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de. S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**: Petrópolis, Ed: Vozes; 1994, cap. 1, p. 9-29.

MORAIS, P. C. de. C. **Drogas e Políticas Públicas**. 2005. 306p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: sociologia e política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. UFMG, Belo Horizonte, 2005.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das Políticas de Descriminalização e de Patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-190,

jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a21.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**: Petrópolis, Ed: Vozes; 1994, cap. 3, p. 51-65.

NIEL, M. Redução de Danos para Drogas Fumadas. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. (orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. p.47-53.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de ‘guerra às drogas’. **Psicologia & Sociedade**, 2011, vol. 23, n. 1, p. 154-162. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2019.

QUEIROZ, V. E. **A questão das drogas ilícitas no Brasil**. 2006, 273 p. Monografia (Bacharel em Ciências Econômicas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

RIBEIRO. MAURIADES. de. M. A Redução de Danos e a Legislação Penal. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. (orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. p. 47-53.

RODRIGUES, LUCIANA. B. de. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273 p. Tese (Doutorado –Programa de Pós-Graduação em Direito. Área de Concentração: Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

RODRIGUES, LUCIANA. B. de. F. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. **Revista Sur**. v. 12. n. 21. p. 1-6, ago. 2015. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/brasil-reflexoes-criticas-sobre-uma-politica-de-drogas-represiva/>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

RODRIGUES, T. Drogas, proibição e abolição das penas. In: PASSETTI, E. (Org.). **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro. Ed: Revan/Nu-Sol, 2004. Disponível em: <http://www.neip.info/upd_blob/0000/280.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

SANTOS, JESSICA. A. T.; OLIVEIRA, MAGDA. L. F. de. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, vol. 4, núm. 1, p. 82-89, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265325753014.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2019

SANTOS, L. C. **Tipologias de pesquisa aplicáveis à contabilidade**. 2005. Disponível em: <http://www.lcsantos.pro.br/arquivos/TIPOLOGIAS_PESQUISA_APLICAVEIS_CONTABILIDADE03092013-155531.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2019.

SILVA, LUIZA. L. da. **A Questão das Drogas nas Relações Internacionais: uma perspectiva brasileira**. Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2013. 407p.

SILVA, ANA CAROLINA. P. da. et al. A explosão do consumo de Ritalina. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/127245>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SILVEIRA, D. X. da. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. (orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. p.7-10.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et al. (orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13-19.

SÓCRATES, A. B. **Envolvimento com a Justiça por uso de drogas: da obrigação à reflexão no contexto de Intervenção Psicossocial**. 2016. 279 p. Tese (Doutorado)- Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SOUZA, CELINA. Políticas Públicas: Uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, nº. 16, jul/dez, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 02 set. 2019.

TEIXEIRA, MIRNA. B. et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, maio 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501455&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2019.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371 p. Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências da Universidade de São Paulo. Departamento de História, São Paulo, 2016.

UNODC. Sobre a UNODC. **United Nations Office on Drugs and Crime**. Disponível em: <<https://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/index.html?ref=menutop>>. Acesso em: 26 mar. 2019.

VALOIS, L. C. **O direito penal da guerra às drogas**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora, D'Plácido, 2017. 697p.

VERGARA, SYLVIA. C. **Métodos de coleta de dados no campo**. São Paulo: Editora, Atlas, 2012. 98p.

VERGARA, SYLVIA. C. **Métodos de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Editora, Atlas, 2005. 288p.

VICENTE, V. M. B. A Análise de Políticas Públicas na Perspectiva do Modelo de Coalizões de Defesa. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v. 19, n. 1, p. 77-90, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3866/2013>> Acesso em: 21 set. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiros de entrevistas

1-Roteiro de Entrevista para coleta de dados no Caps Ad.

Caro(a) senhor(a), esta entrevista tem, como objetivo, coletar informações relacionadas à Política Nacional sobre Drogas, no âmbito do tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes químicos.

Gostaria de deixar claro que, se desejar, tem liberdade para não responder alguma pergunta, desligar o gravador e, inclusive, para interromper a entrevista, bem como o uso dela na pesquisa.

Apresentação do TCLE e solicitação de assinatura.

Iniciar a gravação. Você autoriza a gravação da entrevista e o uso de trechos dela no artigo, sem te identificar diretamente?

Identificação do Entrevistado

- 1) Há quanto tempo você trabalha na Unidade e com dependentes químicos?
- 2) Qual a sua rotina de atividades na Unidade?

Sobre a PNAD

- 3) Como é feito o acolhimento do dependente químico e de seus familiares?
 - Quais são os tipos de terapias?
 - Como é definido o tipo de tratamento que o paciente irá receber?
 - Como é feito o acompanhamento?
 - Quando o paciente recebe a alta?
 - Ele recebe algum tipo de acompanhamento ou apoio após a alta?
- 4) Como é realizada a reinserção familiar, social e ocupacional do dependente químico?
 - Você acha que essas práticas de reinserção do usuário conseguem romper com o ciclo consumo/tratamento? Há reincidência?
 - Como o Estado atua para estimular, garantir e promover as ações de tratamento,

recuperação e reinserção social dos usuários de drogas atendidos pela organização?

- Existem parcerias com empresas ou instituições para reinserção ocupacional do dependente?
- 5) Você considera que os recursos financeiros, técnicos e materiais disponibilizados para o funcionamento da unidade são suficientes para atender a demanda dos usuários?
 - 6) Vocês possuem alguma dificuldade ou limitação em relação à acolhida, tratamento, reinserção social e ocupacional do dependente químico e de seus familiares?
 - 7) Quais são as normas que regulam o funcionamento das atividades de tratamento, recuperação e redução de danos? Como é realizado o monitoramento e a fiscalização do cumprimento destas normas? Há controles externos, internos? Como são empregados?
 - 8) Vocês recebem algum tipo de capacitação ou formação continuada?
 - 9) Existe algum banco de dados sobre o tema, compartilhado entre as instituições?
 - 10) Como são feitos o planejamento e avaliação das práticas de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários?
 - 11) Você conhece a PNAD? Se sim, como as atividades da Unidade se relacionam com suas diretrizes e contribuem para que os objetivos sejam alcançados?
 - 12) As ações delimitadas pela PNAD são condizentes com as realidades das demandas?

Finalização

- 13) Em sua opinião, o que precisa ser melhorado, ou em quais aspectos o Estado deveria dar mais atenção?
- 14) Qual a sua opinião sobre a dependência química?

2- Roteiro de entrevista para coleta de dados na instituição do terceiro setor.

Caro(a) senhor(a), esta entrevista tem como objetivo coletar informações relacionadas à Política Nacional sobre Drogas no âmbito do tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes químicos.

Apresentação do TCLE e solicitação de assinatura.

Iniciar a gravação. Você autoriza a gravação da entrevista e o uso de trechos dela no artigo, sem te identificar diretamente?

Identificação do Entrevistado

- 1) Há quanto tempo você trabalha na instituição e com dependentes químicos?
- 2) Qual a sua rotina de atividades na Instituição?

Sobre a PNAD

- 3) Como é feito o acolhimento do dependente químico e de seus familiares?
- 4) Como é(são) definido o(s) perfil(is) do(s) dependente(s) para acolhimento? (nível de dependência, faixa etária, gênero)
- 5) Quais são os tipos de terapias? Como é definido o tipo de tratamento que o dependente químico irá receber?
- 6) Aceitar o tratamento religioso é uma condicionante para o acolhimento do dependente?
- 7) Como é feito o seu acompanhamento?
- 8) Quanto tempo dura o tratamento?
- 9) Quando ele recebe a alta? Como é avaliada a alta?
- 10) Ele recebe algum tipo de acompanhamento ou apoio após a alta?
- 11) Como é realizada a reinserção familiar, social e ocupacional do dependente químico?
- 12) Você acha que essas práticas de reinserção conseguem romper com ciclo consumo/tratamento?
- 13) Existem parcerias com empresas ou instituições para reinserção ocupacional do dependente?
- 14) Vocês recebem algum tipo de capacitação?
- 15) Você conhece a PNAD? Se sim, como as atividades da Unidade se relacionam com suas diretrizes e contribuem para que os objetivos sejam alcançados?
- 16) Vocês recebem algum tipo de apoio financeiro, material ou técnico por parte do poder público?
- 17) Vocês recebem alguma ajuda financeira por parte do dependente ou de seus familiares?
- 18) Vocês possuem alguma dificuldade ou limitação em relação a acolhida, tratamento, reinserção social e ocupacional do dependente químico e de seus familiares?

Finalização

19) Em sua opinião, o que precisa ser melhorado, ou em quais aspectos o poder público deveria dar mais atenção?

20) Qual a sua opinião sobre a dependência química?

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar uma pesquisa. de forma totalmente voluntária. da Universidade Federal de Lavras. Antes de concordar, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Será garantida, durante todas as fases da pesquisa: sigilo; privacidade; e acesso aos resultados.

I - Título do trabalho experimental: Política Nacional sobre Drogas: um estudo de caso no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad) e em uma instituição do terceiro setor, localizadas em um município de Minas Gerais.

Pesquisador(es) responsável(is): Samara Vilas Boas Fagundes.

Cargo/Função: Discente do 9º período do curso de graduação em Administração Pública.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Lavras/ Departamento de Administração e Economia- DAE.

Telefone para contato: (035) 99134-3731 (Vivo); (035) 99700-3923 (WhatsApp).

Local da coleta de dados:

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad); instituições do terceiro setor.

II – OBJETIVOS

A pesquisa tem, como objetivo, analisar a execução da Política Nacional sobre Drogas, no âmbito do tratamento, reabilitação e reinserção social de dependentes químicos, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad) e em uma instituição do terceiro setor que exercem atividades de acolhimento e recuperação de dependentes químicos, em um município de Minas Gerais.

III – JUSTIFICATIVA

No decorrer do desenvolvimento da presente pesquisa, identificamos a ausência de estudos relacionados à Política Nacional sobre Drogas no âmbito municipal, sob à perspectiva da Administração Pública. Desta forma, a pesquisa visa contribuir com conhecimento científico, o qual promova, de certa forma, o preenchimento dessa lacuna e atingir, também. os objetivos

estabelecidos pela PNAD, no que tange à realização de estudos, análises e avaliações sobre as práticas das intervenções públicas e privadas — tratamento, reabilitação, reinserção social e ocupacional do usuário —, que possibilite compreender como as ações dos atores políticos e sociais contribuem para sua execução e efetivação.

Portanto, solicitamos a sua autorização para:

- Gravar o áudio da entrevista;
- Fazer anotações que sejam relevantes;
- Transcrever todo o áudio;
- Utilizar a transcrição para análise de dados, e na ilustração dos resultados.

Será assegurado o seu anonimato. Sempre que nos referirmos a você, será por meio de um codinome, para que não seja identificado pelos leitores do trabalho. Os dados coletados, inclusive o áudio e a transcrição da entrevista, serão arquivados por cinco anos e terão apenas uma cópia. Você poderá solicitar a exclusão dessas informações a qualquer momento.

IV - PROCEDIMENTOS DO EXPERIMENTO

AMOSTRA

A amostra foi definida pelo critério de acessibilidade e tipicidade. Os atores serão contatados e selecionados de acordo com o interesse e disponibilidade de participação na pesquisa. Em seguida, a seleção será de acordo com a função exercida e nível de conhecimento sobre a problemática.

PROCEDIMENTOS

Serão realizadas entrevistas em profundidade, guiadas por um roteiro semiestruturado, baseado nos objetivos da pesquisa. Se autorizado, as entrevistas serão gravadas. Os áudios serão transcritos e os textos analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. O objetivo é compreender, por meio de sua perspectiva, como é executada a PNAD.

V - RISCOS ESPERADOS

Os riscos que envolvem a pesquisa relacionam-se como plano imaterial, como por exemplo, constrangimento em relação às questões propostas na entrevista; constrangimento em relação à gravação do áudio da entrevista; vazamento de informações confidenciais; identificação dos entrevistados pelos leitores do trabalho.

Portanto, para que os riscos sejam minimizados, os seguintes procedimentos serão adotados:

- 1) Você é livre para negar-se a responder qualquer pergunta da entrevista.
- 2) Você pode solicitar que a entrevista seja interrompida a qualquer momento e que não seja registrada em áudio.
- 3) Para que você não seja identificado, seu nome e sua função não serão expostos no trabalho.
- 4) Os dados coletados serão armazenados em dispositivos físicos, protegidos por senha.
- 5) Após a análise dos dados, você poderá solicitar a avaliação de suas falas e verificar se elas foram interpretadas e utilizadas de acordo com o sentido que quis expressar, podendo solicitar alterações e/ou exclusões.

Posto isto, a probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano, como consequência imediata ou tardia do estudo, é MÍNIMA.

VI – BENEFÍCIOS

Ressalta-se que a sua participação nesta pesquisa é de grande importância. A sua contribuição, na forma de entrevista, é relevante para uma análise e compreensão mais apurada do tema estudado.

VII – CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Importante esclarecer que se, a qualquer momento, você queira desistir de participar da pesquisa, basta nos informar, que devolveremos para você todo o material gravado e/ ou escrito que tiver sido gerado da entrevista, portanto, entendemos perfeitamente caso não queira participar.

Além disso, a pesquisa poderá ser suspensa ou encerrada caso:

- Haja algum impedimento por parte da Universidade Federal de Lavras;
- Os participantes se recusarem a participar da pesquisa;
- Quando for publicada a versão final da pesquisa.

VIII - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa. Lavras, ____ de _____ de 20__.

Nome (legível) / RG

Assinatura

ATENÇÃO! Por sua participação, você: não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira; será ressarcido de despesas que eventualmente ocorrerem; será indenizado, em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; e terá o direito de desistir a qualquer momento, retirando o consentimento sem nenhuma penalidade e sem perder quaisquer benefícios. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFLA. Endereço: Campus Universitário da UFLA, Pró-reitoria de pesquisa, COEP, caixa postal 3037. Telefone: 3829-5182.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

No caso de qualquer emergência entrar em contato com o pesquisador responsável no Departamento de Administração e Economia. Telefones de contato: 035-99134-3731.