



esec
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



Mestrado em Educação para a Saúde

Promoção da saúde em meio prisional: uma proposta de intervenção na população toxicodependente

Keite Valeria Alves Rebouças

Coimbra, 2018

Keite Valeria Alves Rebouças

Promoção da saúde em meio prisional: uma proposta de intervenção na população toxicodependente

Trabalho de projeto do Mestrado em Educação para a Saúde, apresentada à Escola Superior de Educação de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof.^a Doutora Filomena Teixeira

Arguente: Prof.^a Doutora Esmeralda Luísa Macedo

Orientador: Prof.^a Doutora Ana Paula Amaral

Dezembro, 2018

Dedicatória

Ao meu pai Francisco da Costa Rebouças (in memoriam).

Aminha mãe Raimunda Laura Alves

Meus filhos Gustavo Rebouças e Rebeka Rebouças

Aos meus irmãos e amigos em especial a Walmir Rios.

Agradecimentos

Primeiramente, oferto a minha eterna gratidão ao pai celestial, pela vida e pela saúde que nos concedeu, me dando forças a cada dia para prosseguir com muita luta e coragem de atingir os meus objetivos.

Aos meus filhos e minha mãe, que por eles luto incansavelmente e quando penso em desistir vejo o tamanho de minha responsabilidade para com eles.

Agradeço em especial Walmir Rios pelo apoio e ensinamento, Otoniel meu namorado, Alfrânio, Raimundo, Pedro meu primo, Nara, Vania, Samira, Leandro, Matheus, Romeu, Albiane, Luiz, Isabel e todos que direto e indiretamente contribuíram para conclusão de mais um sonho.

Muito grata a minha orientadora Ana Paula Amaral, pela orientação na elaboração deste trabalho, sem a qual não realizaríamos este sonho.

Resumo

O presente trabalho tem como objetivos: 1) Identificar se os funcionários conhecem as diferenças entre usuários e dependentes químicos; 2) Identificar a percentagem de reclusos com dependência química e 3) Elaborar uma proposta para a promoção da saúde em meio prisional. O presente estudo foi realizado na Unidade Prisional de Ressocialização-ANIL-São Luís-Maranhão. Visando a fundamentação da proposta realizaram-se entrevistas ao corpo administrativo interno da unidade e foi aplicado um questionário para identificação de abuso de substâncias (ASSIST – Versão brasileira) a trinta reclusos.

Os resultados sugerem que os funcionários avaliados não conhecem as diferenças entre usuários e dependentes químicos e não reconhecem o dependente químico como necessitando de uma intervenção clínica.

A proposta apresentada baseia-se nas orientações da OMS que considera a dependência química como uma doença crônica. A proposta de promoção da saúde visa uma abordagem centrada nos profissionais do estabelecimento prisional, nos familiares dos reclusos e uma intervenção multidisciplinar (psicológica, médica e social) do recluso dependente de drogas. Pretende-se criar condições que constituam alternativas ao consumo de droga, bem como preparar o seu regresso à sociedade, confiantes de si e capazes de ajudar outras pessoas, seja na família ou na comunidade em que vivem, contribuindo para uma sociedade mais firme e mais saudável.

Palavras-chave: Drogas; Dependência química; Cárcere; Intervenção; Promoção da Saúde.

Abstract

The present study aims to: 1) Identify if employees know the differences between users and chemical dependents; 2) Identify the percentage of inmates with chemical dependency; and 3) Develop a proposal for health promotion in prisons. The present study was carried out at the Prison Resuscitation Unit-ANIL-São Luís-Maranhão. Aiming to substantiate the proposal, interviews were conducted with the internal administrative body of the unit and a questionnaire to identify substance abuse (ASSIST - Brazilian Version) was applied to thirty inmates.

The results suggest that the evaluated workers do not know the differences between users and chemical dependents and do not recognize the chemical dependent as requiring clinical intervention.

The proposal presented is based on WHO guidelines that considers chemical dependence as a chronic disease. The health promotion proposal aims at an approach centered on prison professionals, family members of prisoners and a multidisciplinary (psychological, medical and social) intervention of the drug dependent prisoner. The aim is to create conditions that are alternatives to drug use, as well as to prepare for their return to society, confident of themselves and able to help other people, be it in the family or the community in which they live, contributing to a stronger and more healthy.

Keywords: Drugs; Chemical dependency; Prison; Intervention; Health promotion

Lista de Figuras

Gráfico 1 – Estrutura organizacional da UPR-ANIL	32
Gráfico 2 – Distribuição dos apenados por faixa etária	38
Gráfico 3 – Grau de escolaridade	38
Gráfico 4 – Estado civil.....	39
Gráfico 5 – Naturalidade	39
Gráfico 6 – Quantidade de internos usuários químicos.....	40
Gráfico 7 – Estratificação dos internos	40
Gráfico 8 – Quantidade de dependentes químico.....	41

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS	<i>Síndrome da imunodeficiência Humana</i>
ASSIST	<i>Alcohol Smoking And Substance Involvement Screening Test</i>
CTC	Comissão Técnica de Classificação
CAPS AD	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionada a Saúde.
CONAMP	Associação Nacional dos Membros do Ministério Público
COCTS	Centro de Observação Criminológica e Triagem
CEREC	Centro de Recolhimento de Preso provisório e Correcionais
CCPJ	Centro de Custódia de Preso de Justiça
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
HIV	<i>Virus da imunodeficiência Humana</i>
HTP	<i>House-Tree-Person</i>
LEP	Lei de Execução Penal
LSD	<i>Lysergsäurediethylamid</i> ; Dietilamida do Ácido Lisérgico
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSSP	Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.
SIISP	Sistema de Inteligência e Informação de Segurança Prisional

SISNAD Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SEAP Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

UPR Unidade Prisional de Ressocialização

Sumário

1 Introdução	1
2 Enquadramento Teórico	5
2.1 Saúde da população carcerária	5
2.1.1 HIV/AIDS	6
2.1.2 Tuberculose	7
2.1.3 Doenças Mentais	8
2.2 Consumo de Drogas em meio prisional	9
2.2.1 Lei anti-droga	10
2.2.2 Lei da reforma psiquiátrica	14
2.2.3 As Drogas de abuso como causas de doenças mentais.....	16
2.2.4 Usuário de drogas.....	17
2.2.5 Diferenças entre usuário e dependente químico.....	19
2.2.6 Dependência: Criminalidade e o cárcere	21
2.3 A família: a importância do componente familiar	23
2.4 Programas de promoção de saúde em presídios.....	25
3 Objetivos	27
4 Metodologia	29
4.1 Local de estudo.....	29
4.1.1 Sistema Penitenciário do Maranhão.....	29
4.1.2 Histórico do sistema penitenciário UPR- Anil	30
4.2 Questões Éticas	32
4.3 Instrumentos	32
4.3.1 ASSIST-OMS	33
4.3.2 Entrevistas na Estrutura Organizacional	33
5 Resultados	35
5.1 Entrevistas no setor da saúde	35
5.2 Entrevistas com os Diretores.....	36
5.3 Dados de identificação através do SIISP	38

5.4 Dados do ASSIST	39
6 Proposta de Programa de Educação para Saúde	43
6.1 Treinamento dos profissionais	43
6.2 Treinamento dos familiares e amigos.....	44
6.3 Melhoria das instalações	47
6.4 Bases de dados	47
6.5 Triagem	49
6.6 Exame clínico.....	49
6.7 Sistemas de controle e monitoramento.....	49
6.8 Vídeo institucional	50
7 Considerações Finais	51
8 Referências Bibliográficas	53
9 Anexos.....	57
Anexo A – Carta de apresentação e termo de Consentimento.....	59
Anexo B – Roteiro de Entrevista.....	61
Anexo C – Questionário ASSIST - OMS.....	63
Anexo D – Questionário de estrutura organizacional	67

1 Introdução

Atualmente, mais de 10,35 milhões de pessoas são mantidas em instituições penais em todo o mundo, segundo a última edição do World Prison Population List, pesquisada e compilada por Roy Walmsley e publicada pelo Institute for Criminal Policy Research em 3 de fevereiro de 2016. Mas os dados do Coreia do Norte não estão disponíveis e ainda estão incompletos. Se forem incluídos os detentos desses países, o número total de prisioneiros em todo o mundo pode ser superior a 11 milhões (Walmsley, 2016).

Desse total de presos mais de 2,2 milhões de presos estão nos Estados Unidos da América, mais de 1,65 Milhões na China, 640 mil na Rússia e 607 mil no Brasil. Assim, de acordo com o Conselho Nacional da Justiça, a população confinada no Sistema Penitenciário no Brasil é o 4º lugar entre os 10 países com maior a população prisional (Conselho Nacional de Justiça, 2014).

O homem não nasceu para ficar preso, pois a liberdade é uma característica fundamental do ser humano. Porém, a história da civilização demonstra, no entanto, que logo no início da criação, o homem se tornou perigoso para seus semelhantes. Desde sempre os grupos sociais possuíam regras que puniam aqueles que praticavam atos que eram contrários aos seus interesses. Era uma questão de sobrevivência do próprio grupo ter algum tipo de punição que tivesse o condão de impedir comportamentos que colocavam em risco a sua existência (Mesquita, 2015).

O grande acúmulo de pessoas privadas de liberdade, que provoca a superlotação, justifica a importância no sistema prisional de um maior enfoque na saúde dos prisioneiros e dos seus cuidadores, sugerindo o uso de programas educativos para a prevenção e para a promoção da saúde nas unidades prisionais. Estas e outras ações servem para melhorar a saúde no Sistema Prisional e têm sido o resultado de um longo e árduo trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Organização Mundial de Saúde (OMS), Gestores Estaduais, Municipais, Conferências de saúde e tantos outros colaboradores.

Estudos também têm mostrado que desde o ano de 1984 está previsto em lei o atendimento à saúde de pessoas reclusas em unidades prisionais, embora apenas em 2003 uma portaria interministerial nº1.777/2003 tenha consagrado a necessidade de organização de ações e serviços de saúde no sistema penitenciário com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Incluindo as ações do controle da tuberculose, diabetes, hanseníase, saúde bucal, saúde da mulher, atenção em saúde mental, programa de imunização, diagnóstico, aconselhamento, tratamento em DST/AIDS (Ribeiro & Silva, 2016).

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob a ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito dessas instituições (Brasil & Ministério da Saúde, 2005).

Existe uma elevada prevalência da dependência química na vida das pessoas em situação de cárcere no sistema prisional, e com o alto índice de reincidência criminal nas penitenciárias.

O uso de drogas é um dos principais fatores que levam a reincidência no sistema prisional. Após o seu encarceramento em uma unidade prisional, por ter infringido as leis, os indivíduos continuam fazendo uso de tais substâncias persistindo e prevalecendo o consumo, por vários fatores, seja pela dependência química, ociosidade, ansiedade ou até mesmo, quando são obrigados por facção criminosa ao qual pertencem, para manter o tráfico dentro da penitenciária, ou seja, as drogas estão muito presentes na vida diária dos reclusos. Muitas das vezes se tornam válvulas de escape da realidade para os indivíduos que se encontram na situação de cárcere.

Surgem importantes questionamentos quando a justiça ao prender essas pessoas dependentes químicos não se atenta ao fato que são pessoas doentes, e que precisam de tratamento. Na penitenciária os internos são vistos apenas como criminosos, enclausurados, sem nenhum olhar diferenciado, essas pessoas passam

por sofrimentos paralelos, pois além de ser privado de liberdade, a falta da droga no organismo causa problemas sérios.

Segundo o psiquiatra Valdir Ribeiro Campos (2011) “A privação da substância ao dependente químico pode provocar uma serie de reações físicas e psicológicas que resultam em grande mal-estar, o que se denomina crise de abstinência.”

A Nova Lei Antidrogas (Lei nº 11.343/06), essencialmente no que tange o aspecto inovador do seu texto normativo, pois conferiu um tratamento especial aos usuários e dependentes de drogas com a finalidade de alcançar a sua integração social. Com a nova legislação, o objeto material passou a ser conhecido como "droga". Sendo que a definição do que vem ser "droga" é trazido pelo art. 1º, parágrafo único, da Lei nº 11.343/06 (Lei Antidrogas).

Relevante, igualmente, são as implementações de atividades de prevenção contra as drogas, estabilização da convivência familiar e reintegração dos usuários e dependentes na vida social asseguradas na Lei nº 11.343/06. Mostraremos alguns conceitos doutrinários, que estabelecem a diferença entre usuários e dependentes de drogas, com a finalidade de buscar um tratamento mais adequado para ambos.

2 Enquadramento Teórico

2.1 Saúde da população carcerária

Atualmente, o sistema prisional é considerado um problema de saúde pública em todo o mundo. Considerando que os estabelecimentos prisionais são construídos prioritariamente com o propósito de preservar a segurança pública, ao manter confinadas pessoas que cometeram crimes, minimizar a transmissão de doenças e oferecer tratamentos de saúde de modo eficaz, para essa população está entre os objetivos principais do sistema de saúde no sistema prisional (W. Ferreira et al., 2016).

A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade que não se pode negar. Embora existam inúmeros tratados internacionais que definem normas e orientações para uma melhor implementação das unidades penitenciárias de todo o mundo, observa-se que estas não vêm sendo seguidas.

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania.

O plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciárias, presídios, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais (Brasil & Ministério da Saúde, 2005).

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e a Tuberculose são duas situações clínicas muito frequentes na população reclusa. Relativamente às DSTs a que mais se destaca é HIV.

2.1.1 HIV/AIDS

Quando se julgava controlada as maiores doenças infecciosas, o mundo foi surpreendido por uma nova doença, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este vírus tem sido considerado como um dos maiores problemas de saúde dos últimos tempos, pois ocasiona a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) uma doença que é transmissível e incurável. Conhecida inicialmente como doença de homossexuais, prostitutas e usuários de drogas.

É evidente, por mais incrível que possa parecer, que ainda nos dias de hoje, em vez de se adotar uma conduta consciente, solidaria e construtiva diante da Aids, ainda existem aqueles que são guiados pelo furor acusatório dos tempos feudais, e que buscam segregar "os culpados pelos pecados da humanidade", discriminando algumas minorias já bastante marginalizadas como os homossexuais, hemofílicos (C. da S. Ferreira, 2001).

É possível a existência de dois tipos de vírus causador da AIDS: HIV-1 e o HIV-2. Ambos só se reproduzem no interior do corpo humano, contudo o vírus HIV-2 tem se mostrado menos propenso a transmissão que o HIV-1, por esta razão, o tipo 1 seja mais comumente encontrado nas pessoas. Além disso, o período entre a infecção e a doença é mais demorado no tipo 2 do que no tipo 1 (Alves, Silva, Nemes, & Brito, 2003).

Não se transmite o vírus HIV simplesmente pelo convívio diário com um soro positivo, contatos diretos com aperto de mão, abraços e outros casuais, ate mesmo com o beijo não provoca contaminação. Também não se transmite através de picada de insetos, mordidas de animais, partilhando a mesma agua da piscina, pelo uso comum de banheiros: privadas, pias, chuveiro, assento e etc. No local de trabalho, o vírus não circula pelo ar, não se transmite pelo espirro, tosse, suor, saliva, ou pelo uso de objeto comum de trabalho, os únicos objetos pessoais de um soropositivo que não devem ser compartilhado por outra pessoa são os chamados perfuro cortantes como: alicate de unha, lamina de barbear e os de higiene pessoal: como escova de dentes, porque a utilização desses instrumentos pode ocasionar sangramento e os resíduos podem provocar contagio. Também é desaconselhado o compartilhamento

das chamadas “toalhinhas íntimas” feminina porque estas guardam resíduos de secreção vaginal. (C. da S. Ferreira, 2001).

2.1.2 Tuberculose

A tuberculose é a doença que mais preocupa o ministério pela sua incidência. O ministério, porém, não tem ainda fechado o número de casos de tuberculose e de outras doenças no sistema penitenciário nacional. “Várias doenças preocupam, mas a questão da tuberculose é séria em todo o Brasil. Nos presídios que temos equipes de saúde atuando, observamos uma prevalência alta, bem maior do que na população livre”, refere Cristina Fernandes (Gospel, 2007).

A incidência de tuberculose é maior entre os presos do que na população geral. Mesmo antes da prisão, muitos reclusos estão expostos a fatores de alto risco para a doença, como desnutrição, higiene escassa e condições de vida inadequadas. Além disso, as penitenciárias impõem um risco adicional para a transmissão: a superlotação e a pouca ventilação são dois fatores que frequentemente coexistem nas prisões, juntamente com condições sanitárias adversas, baixo nível socioeconômico e uso de drogas. O tempo de permanência na detenção também está associado ao aumento da infecção pela microbactéria. As populações das prisões têm, ainda, um risco aumentado para a coinfeção tuberculose/HIV que implica um risco anual de desenvolver a doença, semelhante ao risco vitalício estimado para indivíduos infectados apenas pelo bacilo de Koch. Nas prisões, a principal fonte de transmissão da tuberculose são os pacientes com bacilos ao exame direto da expectoração. Ainda que a bacterioscopia positiva antes do tratamento se correlacione com um alto grau de infecciosidade, o mesmo não ocorre com o paciente sob tratamento, pela ação rápida e poderosa dos medicamentos. Entretanto, o descumprimento dos esquemas terapêuticos, o abandono do tratamento e os baixos índices de cura estão fazendo emergir a resistência aos tuberculostáticos como ameaça para a tentativa de controle.

O impacto da tuberculose nos presídios não se limita aos reclusos, afeta também a comunidade com que se relacionam, ou seja, familiares e funcionários dos presídios, durante e após a detenção. Os muros são irrelevantes diante da trivialidade do movimento de indivíduos entre o sistema prisional e a comunidade. A infecção por tuberculose contraída na comunidade pode iniciar uma epidemia dentro de uma

prisão, enquanto que a rota inversa de transmissão é igualmente possível. Além das frequentes transferências, a demora na identificação dos presos suspeitos de apresentar tuberculose e o descuido nos procedimentos de controle e terapia tem favorecido a eclosão da doença em prisões (Bosco De Oliveira, Janaina, & Cardoso, 2004).

2.1.3 Doenças Mentais

São bem contemporâneas as pesquisas realizadas em relação à saúde mental nos presídios em todo mundo. A OMS em 1995 criou o “Projeto de Saúde no Sistema Prisional” fazendo parte do “Guia de Saúde nas Prisões” normas internacionais, entre outros princípios ressalta que “os presos não devem sair da prisão em pior situação de saúde do que quando nelas entraram”. Adotados pelos comitês europeus, para garantir a integridade dos presos. Em contra partida são vários os fatores relevantes nos presídio brasileiro que contribui para desencadear os transtornos nas pessoas privadas de liberdade, devido à situação ali vivida, (locais insalubres, superlotação, celas escuras com pouca ventilação, odor, má alimentação, sedentarismo, tratamento hostil, pressão psicológica entre outras.) a precariedade de assistência a saúde (física e psicológica), contribui muito para esse número de transtornos mentais dispararem, outro fator relevante que aumenta muito são os dependentes químicos, que ao serem presos é retirado a droga de uso e o cérebro sofre um grande impacto, que vem desde a abstinência, insônia, irritabilidade, cefaleia, tremor no corpo, convulsões ate o surto psicótico. O apoio da família é um fator essencial para fortalecer o vínculo, além de ser direito que lhe assegura a presença da família é essencial. A pessoa ao ser presa só perde o direito de ir e vir, todos os outros direitos lhe são assegurados pela constituição.

Estudos mostram que os prisioneiros possuem taxas mais elevadas de transtornos mentais, quando comparados com a comunidade em geral. São encontradas estimativas entre 10 e 15% para a doença mental grave entre os presos em comparação com o constatado na população geral, que é de 2%. Mais da metade de todos os reclusos dos Estados Unidos tiveram problemas de saúde mental: 56% dos presos estaduais, 45% dos presos federais, e 64% dos reclusos em cadeias locais apontam que, em comparação com os dados de saúde mental da população geral de

Chicago (EUA), os presos daquele estado apresentavam taxas de transtornos mentais três a quatro vezes superiores, com prevalências ainda mais altas entre as mulheres presas (excetuando-se a esquizofrenia), indicando um diferencial de gênero. Os transtornos mentais mais encontrados foram sintomas depressivos, abuso de substâncias psicoativas e transtorno de estresse pós-traumático. Aproximadamente 81% das mulheres presas em Chicago apresentaram ao menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida (Constantino, Patricia, Assis, & Pinto, 2016).

2.2 Consumo de Drogas em meio prisional

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) “Droga” é toda e qualquer substância que introduzida no organismo, tem a capacidade de produzir alguma alteração. Pode ser uma substância de origem natural ou mesmo sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afete sua estrutura ou função, ou substâncias que quando administradas no organismo provocam alterações no sistema nervoso central, e levam a uma modificação no estado físico e psíquico do indivíduo.

É forçoso, antes de iniciarmos a análise acerca das Leis que tratavam sobre o uso de drogas no Brasil, estabelecermos um significado da palavra droga e, uma breve classificação em grupos ou categorias levando-se em conta os efeitos produzidos no organismo, bem como a matéria prima responsável pela sua elaboração.

“Droga” é uma palavra derivada do holandês antigo “droog” que tinha o significado de “folha seca”, pois os vegetais serviam como ingrediente para fabricação de vários medicamentos. Em termos médicos, droga equivale a medicamento. Hoje a medicina a conceitua como “qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento”.

Devemos salientar que, a palavra droga se constitui gênero na qual derivam algumas espécies como, entorpecentes, psicotrópicas e narcóticas. Entorpecentes é toda matéria tóxica que provoca torpor, agindo nas regiões nervosas ocasionando letargia moral e física. Psicotrópicas são drogas que exercem atividade em nosso cérebro, influenciando de alguma forma em nossa psique. Narcóticos são drogas da

classe dos opiáceos que influem na ampliação da atividade cerebral, isto é, excitam o seu funcionamento.

Segundo Ruy Palhano (Silva, 2015), as drogas são classificadas de acordo com sua ação no cérebro.

- i. Excitantes do sistema nervoso central: que aceleram as diversas atividades do cérebro: cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína, psilocibina e ecstasy.
- ii. Depressoras do sistema nervoso central: que diminuem as atividades cerebrais: álcool, tranquilizantes, anticonvulsivantes, opiáceos, inalantes etc.
- iii. Perturbadores da atividade cerebral: alteram as atividades regidas pelo cérebro: maconha, LSD, ecstasy. Podem além de alterar para mais ou para menos, provocar alucinações e delírio.

As drogas sempre estiveram presentes na trajetória humana, seja para fins médicos, religiosos ou simplesmente por prazer. Mas, atualmente, os problemas com drogas têm se tornados os mais variados possíveis, com questões cada vez mais complicadas e acreditamos que as influências sociais muito contribuem com este crescimento.

2.2.1 Lei anti-droga

Na década de 1930, no Brasil, a repressão à utilização da maconha ganhou intensidade, sendo esta batalha contra os usuários desta droga estendida a muitos Estados:

"De poucos anos a essa parte, ativam-se providências no sentido de uma luta sem tréguas contra os fumadores de maconha. No Rio de Janeiro, em Pernambuco, Maranhão, Piauí, Alagoas e mais recentemente Bahia, a repressão se vem fazendo, cada vez mais energia e poderá permitir crer-se no extermínio completo do vício." (Carlini, 2006).

Esta enérgica repressão, em parte, foi motivada pela participação do Brasil na II Conferência Internacional do Ópio, ocorrida em 1924, na Genebra, organizada pela Liga das Nações. Na pauta da Conferência, havia somente discussões a respeito do ópio e da coca, porém por empenho do representante do Brasil conseguiu incluir a

maconha na agenda de debate. Após a participação do Brasil na aludida Conferência, tornou-se defeso a venda da maconha no país. A Lei 4.296 de 06 de Julho de 1921 foi a 1ª legislação penal relativo a contraventores, consumidores ou contrabandistas de tóxicos, sendo que os seus dispositivos começaram a adquirir eficácia a partir da participação do Brasil na indigitada Conferência.

Este comportamento repressivo perdurou por décadas no Brasil tendo o amparo da Convenção Única de Entorpecentes da ONU, de 1961, na qual o Brasil era um dos assinantes, pois para esta Convenção a maconha era tão prejudicial à coletividade à saúde quanto à heroína. O Decreto-Lei nº891 do governo federal de 25 de novembro de 1938 proibia no território nacional, a cultura, plantio, colheita e exploração da maconha.

A Ordenação Filipinas, nesse tempo, determinava a proibição da posse em casa de material venenoso. Em 1980, o Código Penal Republicano, no seu art. 159, reprimia com multa quem “expusesse à venda ou ministrasse substância venenosa, sem regulamentação”. O Código Penal da década de 40, também, punia os infratores que se envolvessem com substância entorpecente ou que ocasionassem dependência física ou psíquica (Salgueiro, Camponês, Almeida, Costa, & Dias, 1998).

Com o advento da Lei nº. 6.368/76 de 21 de outubro, chamada de Lei Antitóxicos, o Brasil enfim, passou a contar com a primeira legislação específica sobre a matéria, fiscalizando o uso de substancia entorpecentes e controle do tráfico, distinguindo a conduta do usuário da do traficante e instituindo outras figuras típicas. Regulamentou, também, as infrações de tóxicos, a instrução processual e a investigação policial. Vigeu por 30 anos e depois de sofrer diversas críticas de alguns doutrinadores, pois não estava mais atingindo o fim a qual tencionava: “prevenção, tratamento e repressão aos usuários e traficantes de substâncias entorpecentes”, nem tampouco, tornou-se um meio de domínio penal eficaz, foi revogada.

Posteriormente, surgiu a Lei 10.409/02 de 11 de janeiro, entrando em vigor em 28 de fevereiro do mesmo ano, após 10 anos de tramitação no Congresso Nacional tinha o intuito de substituir a legislação de tóxicos da década de 70 e de permanecer executando a função de “prevenir e reprimir a conduta do uso e do tráfico ilícito de substância entorpecente”. Originalmente o seu projeto disciplinava sobre preceitos de direito material e processual, contudo devido a diversas críticas da

Associação Nacional do Ministério Público (CONAMP) e da imprensa acabou sofrendo revogação do Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, no Capítulo III que disciplinava os crimes e penas, sob a justificativa de ofender preceitos penais constitucionais, e, outrossim, por haver várias incorreções técnico-legislativas produzindo um texto de interpretações dúbias. Ao arrimo da inconstitucionalidade dos tipos penais da Lei 10.409/02, o Presidente Fernando Henrique Cardoso nas razões do seu veto justificou que:

“O projeto, lamentavelmente, deixou de fixar normas precisas quanto a limites e condições das penas cominadas. Diferentemente do que ocorre nos casos de conversão de penas restritivas de liberdade em restritivas de direitos e vice-versa, o projeto não contém limites temporais expressos que atendam aos princípios constitucionais” (BRASIL, 2002).

Deste modo, a Lei 10.409/02 não fazia mais alusão criminológica, passando a vigor somente sobre sistemática processual para elucidação de crime que envolvesse substância entorpecente.

A revogação do supracitado capítulo levou a Jurisprudência e a Doutrina dominante a declinarem pela utilização dos tipos penais restantes da Lei 6.368/76, porém permanecendo incerta o uso da Lei 10.409/02 na sua parte procedimental. O Professor Damázio E. de Jesus vaticinou o surgimento de dois posicionamentos no que tange a aplicação do procedimento pré-processual, a primeira corrente a favor do emprego da Lei 6.368/76, e a outra pela aplicação do novel diploma, contudo em relação ao processo penal, deveria ser empregado o Capítulo V, da Lei 10.409/02.

Grande indefinição persistia, na prática, sobre qual procedimento judicial a ser aplicado o da Lei 6.368/76, ou, o rito da *novatio legis*. Oportunamente o Promotor Fernando Capez asseverou que:

"Se fosse desejo dos órgãos incumbidos do processo legislativo a parte procedimental também não entrar em vigor, certamente teria ocorrido o veto total do projeto, e não somente no que tange à parte penal. Além disso, na dúvida deve prevalecer aquele que melhor atende aos reclamos da ampla defesa, e que, sem dúvida, é o da Lei n.º 10.409/2002, já que assegura, dentre outras novidades a defesa preliminar, antes do recebimento da denúncia". (Capez, 2003).

A Lei 10.409/2002 previa uma preocupação maior com os danos causados pelos entorpecentes, prevendo que empresas privadas que ao se engajassem em projetos de reinserção social aos usuários ou dependentes de drogas receberiam benefícios da Administração Pública. Apesar de seus inúmeros vetos, a Lei 10.409 de 2002 foi a que mais se preocupou com o tema de atenção ao dependente.

Logo os artigos 101 e 102 da Lei 8.069 de 1990 e o advento da Lei 9.099 em seus artigos 89 e 76 que prever a suspensão condicional do processo nos Juizados Especiais Criminais e a transação penal; a suspensão condicional da pena - sursis- do artigo 77 do Código Penal, o livramento condicional do artigo 85 e a limitação de fim de semana do artigo 43 como pena restritiva de direitos, todos estes últimos também do Código Penal.

Com a inovação da Lei 11.343/06 trouxe notáveis e importantes mudanças quando vem fazendo a distinção entre usuário e o traficante tipificando assim a conduta do agente. Atualmente tem-se gerado dúvida deixando ao critério do juiz analisar de acordo com os casos concretos. Sabe-se que o principal objetivo foi evitar a aplicação de pena privativa de liberdade ao usuário de drogas. Partindo-se da premissa de que a reclusão do usuário ou dependente não teria qualquer benefício seja à saúde individual, seja à saúde pública, o legislador determinou a aplicação de outras penas não privativas de liberdade, as quais chamaram, de “medidas educativas”. Analisando a nova Lei, verifica-se que em nenhuma hipótese poderá ser aplicada pena privativa de liberdade ao usuário.

O capítulo III, da Lei 11.343 de 2006 estabelece os Crimes e as Penas. Ele inicia com o artigo 27 que trata da questão da droga quando não presente a situação de tráfico, e é composto por outros dispositivos (art. 28, 29 e 30). Estes dispositivos permitem ao Juiz que aplique as penas isoladas ou cumulativamente, a depender de cada caso, de acordo com a conduta praticada entre outros aspectos (Sampaio, 2012).

No art. 28, pode ler-se que “quem adquirir guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I- advertência sobre os efeitos das drogas; II- prestação de serviços à comunidade; III- medidas educativas de comparecimento a programa ou curso educativo;”. Segundo Nucci (2007, p.762), “o legislador, ao usuário de drogas,

possivelmente sem ousar a ponto de descriminalizar ou despenalizar o delito, preferiu estabelecer medidas de carácter puramente educativo ou recuperador” (Nucci, 2007).

Dessa forma, a jurisprudência e a doutrina tem se posicionado quanto aos erros cometidos pela lei quando estabelece critérios subjetivos sobre a abordagem dos agentes assim como do magistrado ao decidir analisando o caso, se este é considerado usuário ou traficante, o principal ponto que deve ser discutido é a quantidade apreendida, o que geralmente é considerado pela análise das circunstâncias sociais e pessoais do agente, quando este critério subjetivo é analisado dando possibilidade para a aplicação da seletividade.

Também o doutrinador Souza Nucci, vem criticar o novo tratamento conferido ao usuário, pela “brandura da punição com resultado imponderável”. Para o autor, o usuário de drogas assemelha-se ao “doente mental”. Seguindo essa linha de raciocínio, assevera: “parece que, temendo a reação social à eventual descriminalização da conduta do consumidor de drogas, o legislador preferiu eliminar a pena privativa de liberdade, optando por outras formas de sanção extremamente brandas”. [...] A falta de efetiva punição ao usuário de drogas (não estamos falando do dependente, que é viciado, logo, doente mental) pode levar, se houver rejeição à ideia lançada pelo legislador, os operadores do Direito, com beneplácito da sociedade, ao maior enquadramento dos usuários como traficantes. Essa medida pode desvirtuar as finalidades do novo art. 28 desta Lei, prejudicando, enormemente, o âmbito da punição justa em matéria de crime envolvendo o uso de drogas ilícitas. (Apoio & Criminal, 2009, apud Nucci).

2.2.2 Lei da reforma psiquiátrica

A lei 10.216/01, considerada um marco histórico, na reforma psiquiátrica, com grandes mudanças e um olhar diferenciado ao doente mental, antes considerado inumano, com a reforma vem outro olhar, que o doente mental possui todos os direitos que um ser humano possui.

Conforme explanado no item anterior Nunci, “...o usuário de drogas assemelha-se ao “doente mental”.”, o dependente químico se enquadra diretamente nas diretrizes da lei 10,216/01. Com essas premissas, que um usuário de drogas

diagnosticado como dependente químico deveria ter o tratamento semelhante ao doente mental.

Conforme Art. 1º “Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”

Do parágrafo I ao IV do art.2º podemos resumir da seguinte forma, o doente mental deverá ter um tratamento adequado, ser tratado com respeito e humanidade, ser protegido contra exploração e abuso e ter suas informações pessoais protegidas. Porém, no parágrafo IV, ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária. Ressaltamos o termo involuntário. Esse termo reforça a necessidade em mudar a forma que é definida pelos administradores, diretores, corpo médico e agente de segurança de que um dependente químico ao se recusar em fazer o tratamento da sua recuperação de forma adequada seja aceito de forma complacente por parte dos administradores.

Como foi visto anteriormente um dependente químico tem as suas faculdades mentais afetadas, com base nisso as suas respectivas tomadas de decisões especificamente ao dizer não ao tratamento quando oferecido pela instituição, esta deverá ter a capacidade de entender que a decisão tomada pelo dependente esta sendo influenciada pelos efeitos da droga que geram transtornos mentais. Sendo assim este dependente com esses transtornos acredita que ele não precise de um tratamento, com isso ele é incisivo em dizer não a todo e qualquer tratamento seja em forma de medicamentosa, terapias ou reuniões de auto ajuda .

Ainda reforçando a nossa tese para que haja um plano estratégico por parte do estado no art. 3º desta lei: É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais vêm ratificar a necessidade de tratamentos específicos para dependentes químicos e usuário. Visto que existe uma grande probabilidade de usuários de drogas

ilícitas á se tornar um dependente químico, lembrando que nosso foco nesse trabalho são os dependentes químicos.

2.2.3 As Drogas de abuso¹ como causas de doenças mentais

Segundo Palhano, as drogas de abuso tanto podem causar como agravar distúrbios psiquiátricos preexistentes. Atualmente, são classificadas inúmeras doenças mentais provocadas por abuso de drogas: depressão, suicídio, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, reações paranoide, delírios, alucinações, distúrbios adaptativo e de personalidade, em consequência do uso dessas substancias.

A substância poderá trazer sérios transtornos mentais devido ao uso de múltiplas drogas misturadas a outras substâncias psicoativas, e estes danos estão associados a: intoxicação aguda, problemas físicos e mentais, síndrome de dependência, síndrome (estado) de abstinência, síndrome de abstinência com delirium, transtornos psicóticos, síndrome amnésica, transtorno psicótico residual ou instalação tardia.

Palhano (2015) refere que a abstinência ou síndrome de abstinência é um fenômeno de natureza biológico e comportamental, em que o usuário crônico, dependente refere um conjunto de sinais e sintomas, em geral muito desagradáveis, que surgem sempre que o consumo para ou é reduzida significativamente a dose normalmente utilizada (álcool, tabaco e de outras drogas). Pode classificar-se em: leve, moderada e grave.

Abstinência leve - verifica a presença de tremores leves, discretos nas mãos, sudorese, mãos e pés frios, preferentemente quando a pessoa acorda pela manhã. Isso se acompanha de mal-estar passageiro e indefinido,

Abstinência moderada - Refere-se ao agravamento dos sintomas anteriores. Os tremores se tornam mais acentuados, grosseiros, mais frequentes e se exacerbam com a atividade física e o estresse emocional. A eles se acrescentam náuseas e vômitos matinais e uma sensação de mal-estar mais acentuada.

¹ Droga de abuso: Em 1982, a OMS as definiu como sendo “aquelas de uso não médico, com efeito na cognição e no comportamento, que podem produzir alterações no estado de ânimo, senso-percepção, estado emocional e na consciência, e são suscetíveis de serem autoadministradas”. (Silva, 2015)

Abstinência grave - Além dos sintomas anteriores, podem apresentar abalos e tremores grosseiros de extremidades, crise convulsiva do tipo tônico-clônica generalizadas (grande mal), quadros psicóticos com a presença de alucinações de diversos tipos (auditivo e visuais, táteis, gustativas, etc.), delírios e muitos outros sintomas.

“O Ministério Público do Estado de Minas Gerais ajuizou Ação Civil Pública para cumprimento de obrigação de fazer para tratamento dos presos usuários de drogas, em face do Estado de Minas Gerais e do Município de Araguari. Busca o órgão ministerial promover o tratamento de toxicômanos no presídio masculino, sejam eles presos provisórios ou condenados à pena privativa de liberdade, com vista à sua reintegração no meio familiar, social e profissional, no próprio estabelecimento prisional, condicionada à prévia manifestação do recluso de seu interesse em se submeter ao tratamento. Segundo Janaina o promotor André Luís, vem ressaltar que, não basta ressocializar o preso somente com trabalho ou gastar com assistência jurídica, pois o que muitos precisam é de tratamento para dependente químico.” (“Presos dependentes químicos,” n.d.).

A lei 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescreveu dentre outras medidas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, dedicando um capítulo às atividades com este fim, tendo um artigo explicitando que os usuários e dependentes, que em razão da prática de infrações penais diversas estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos à medida de segurança, devem ter garantidos os serviços de atenção a sua saúde.

2.2.4 Usuário de drogas

A família, por ser o primeiro grupo de convívio do indivíduo, tem responsabilidade na promoção de uma vida saudável.

Geralmente inicia-se o uso das drogas ainda na adolescência, por curiosidade ou influência de outros. As mais comuns utilizadas são a maconha (*cannabis sativa*) e o Álcool, e conseqüentemente vem o uso de drogas mais agressivas: Cocaína, crack, ecstasy entre outras.

O comportamento do adolescente é definido através do desenvolvimento biopsicossocial e cultural, sofrendo influências da cultura, famílias e dos companheiros. Essas transformações são elementares, porque nesta fase da

adolescência é tida como crítica, envolvendo momentos de identidade sexual, profissional e de valores (“Desenvolvimento Cognitivo na Adolescência,” n.d.).

O meio social tende a influenciar e modificar o comportamento do indivíduo. Dessa forma, tal influência nas suas fragilidades, pode interferir em suas escolhas e mundo que pode oferecer opções, que muitas das vezes são prejudiciais a sua vida, e leva muitas crianças e jovens a seguirem os caminhos das drogas.

Porém, a mesma sociedade que, de alguma forma, influência ao uso, é a mesma que rejeita e maltrata o usuário quando este chega ao nível crítico. Há alguns anos, no Brasil, o problema das drogas estava relacionado a casos de polícia. ‘Drogados’ eram estereotipados de marginais por consequência dos efeitos causados pelo uso, pois, segundo (Silveira & Silveira, 1999). “drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional”.

Inclusive, a prevalência de consumo de drogas na vida das pessoas reclusas no sistema prisional e o alto índice de reincidência criminais, em decorrência deste consumo, requer um olhar apurado na perspectiva de contribuir com o processo de ressocialização, com ênfase na saúde destes indivíduos.

Ao passar dos anos, novos significados têm surgido em relação ao uso de drogas, e estes vem sendo sinônimo de ‘ser alguém reconhecido’; ‘ter status’; ‘poder’ e, deste modo, tornou-se parte do nosso universo, invadindo as portas de escolas, das festas, dos encontros com “amigos”, das casas de “boa família”, etc.

O uso de drogas deixou de ser questão accidental e tornou-se questão de saúde, pois, os efeitos causados podem provocar condições físicas e psicológicas de dependência, ou seja, podem provocar o desejo de repetir o uso, por inúmeras razões, que variam segundo a singularidade de cada indivíduo adepto, fazendo com que o uso ocorra de forma intermitente ou contínua. Isto comprova o estado de dependência como sendo uma doença.

Há uma crescente preocupação durante o desenvolvimento da adolescência, devido às rápidas mudanças ocorridas no mundo e como se observa o comportamento destes jovens diante a sociedade, ou seja, a capacidade do contexto influenciar nas tomadas de decisões do indivíduo. Sendo, que é nesta fase que ocorre

às tomadas de decisões para atuar na vida adulta (“Desenvolvimento Cognitivo na Adolescência,” n.d.)

2.2.5 Diferenças entre usuário e dependente químico

É imprescindível diferenciar no presente capítulo, a figura do usuário com a do dependente (viciado), para fins de aplicação de um tratamento mais adequado a ambos, com o escopo de atingir a sua integração ou reinserção social. Inevitável, também, é asseverar que a Lei 11.343/06 tornou-se um marco histórico na implementação de atividades de prevenção contra as drogas, estabilização da convivência familiar e reintegração dos usuários e dependentes na vida social. De início, é importante assegurar que com o advento da Nova Lei de Drogas todo aquele que “adquirir, guarda, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com a determinação legal ou regulamentar” (art. 28 da Lei 11.343/06) será considerado usuário, ou seja, doravante o termo “usuário” possui um conceito legal.

Com o surgimento desta nova Lei Antidrogas significou uma enorme melhoria para as vítimas das drogas (usuário e dependente), pois se tornaram sujeitos de proteção social e tratamento especializado.

A Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, veio atender a esses objetivos, punindo o traficante e o usuário, sem deixar de reconhecer este último como objeto de proteção social. Dispensou-lhe tratamento não só de infrator penal, mas também como membro da sociedade com direito a cuidados especiais. (Valente, Neto, Cristina, & De, 2006).

“É preciso, distinguir, prontamente, o usuário do “dependente de drogas”. Nem sempre o usuário torna-se dependente. Aliás, em regra, o usuário de droga não se converte num dependente. A distinção é muito importante para o efeito de se descobrir qual medida alternativa será mais adequada em cada caso concreto.” (Gomes & Bianchini, 2006)

Segundo o Juiz de Direito Sergio Ricardo de Souza a distinção entre os usuários e dependentes reside em que aquele utiliza a droga para satisfação do seu prazer exercendo completo controle sobre o uso, enquanto que o dependente não dispõe da mesma sorte:

“(…) merecendo destacar que o indivíduo usuário difere substancialmente do indivíduo dependente, uma vez que aquele se caracteriza por fazer uso de drogas por mero deleite, quando e como lhe apraz, tendo controle sobre o uso, ao passo em que o dependente (ou viciado) encontra-se em um estágio no qual usa a droga para suprir uma necessidade que a ele se impõe”. Sergio Ricardo De Souza: Nova Lei Antidrogas (Lei 11.343/2006) Comentários E Jurisprudência. Ed-Impetus, Rio De Janeiro 2006, P.15.

Para os doutrinadores Alexandre Bizzotto e Andréia de Brito Rodrigues a Nova Lei de Drogas “revelam o aspecto inovador que é a cisão realizada pela nova legislação entre as figuras do usuário e do dependente”. Ademais a fim de conceituar usuário os doutrinadores relatam que: “Usuário aos moldes objetivados pela legislação seria o consumidor eventual de drogas, aquela pessoa que tem em sua esfera volitiva a liberdade psíquica e física de buscar ou não os efeitos da droga.” (Bizzotto & Rodrigues, 2007).

O doutrinador Perillo (1997) divide a dependência em psicológica e física. “A falta do consumo da droga no dependente psicológico ocasiona sofrimento mental sem que afete o corpo da pessoa”. Enquanto que no dependente físico, quando ocorre a falta de consumo da droga “O organismo sofre fisicamente e apresenta quadros de síndrome de abstinência”.

Os doutrinadores Bizzotto nos advertem que embora tenha um alarde na mídia sobre as vantagens de se definir com clareza as definições entre usuário e dependente de drogas, no entanto, para os autores, as definições não trouxeram grandes benefícios, seja ao considerado usuário, seja ao considerado dependente. Não que não exista a separação de um olhar diferente.

[...] para cada um deles; contudo, a separação acabou sendo esvaziada, haja vista que tanto o afetado como o dependente podem ser colocados na vala comum dos afetados pelo sistema penal (ainda mais em razão da carga subjetiva dada à autoridade policial na questão prática) e na falta de critérios para se responder de forma individual ao problema concreto.

Assim, completam o entendimento afirmando que “espera-se que na efetivação das ações concretas seja levada em conta a diferenciação legal para que

maiores vantagens possam ser aferidas desta distinção” (Bizzoto & Rodrigues, 2007).

2.2.6 Dependência: Criminalidade e o cárcere

Observa-se que há uma relação muito forte entre o uso de drogas e cometimentos de crimes ou atos infracionais. Alguns estudos referem que as prisões efetuadas, são em decorrência de pessoas estarem drogados, e cometerem atos que culminam com crime ou atos infracionais, essa e apenas uma das consequências do uso das drogas que leva uma pessoa a situação de cárcere.

São vários os crimes cometidos: homicídios simples e qualificados, latrocínios, furtos simples e qualificados, roubo, lesões corporais, tráfico de drogas. Dentre outros elencados no Código Penal Brasileiro e Lei específica como a Lei 11.343/06.

Após terem cometido esses atos, os indivíduos passam por um processo e acabam sendo sentenciados e enclausurados dentro de uma unidade prisional ou casa de menor infrator, ou seja, para cumprimento de pena em um presídio, passando a ser mais vulnerável ao uso de drogas dentro das prisões, se tornando a mais violenta de todas as punições.

Durante o processo de cumprimento de pena na prisão o indivíduo tem várias possibilidades de agravar de forma avassaladora o consumo de drogas. Na prisão não encontra nenhum apoio, nem tratamento.

“Drogas, crimes organizados e sistema penitenciário formam uma tríade que, simplesmente, pode-se resumir no seguinte roteiro: o crescimento do consumo de drogas na sociedade fez com que o tráfico evoluísse e se organizasse com seus chefões e maior números de consumidores nos países mais desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos da América, restando para os países latino-americanos os plantadores, os soldados e alguns gerentes de menor importância; durante muito tempo esse segundo escalão do tráfico era preso e substituído imediatamente, mas transferido para nossas penitenciárias a liderança e o poder que vinha das ruas; finalmente, com o contato proporcionando pelo meio carcerário, os líderes se estruturam, criaram facções que se estenderam de volta para a sociedade e poderão não só comandar o tráfico como passaram a organizar, mesmo de dentro das prisões, uma série de outros crimes” (Valois, 2008).

Um dependente químico é simplesmente um homem ou uma mulher cuja vida é controlada pelas drogas. Estamos nas garras de uma doença progressiva, que termina sempre da mesma maneira: Prisões, instituições e morte (Anonnymous, 2016)

“A dependência tem como característica central a falta de controle do impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica para obter prazer”. Alguns sujeitos podem, também, fazer uso habitual de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, entre outras justificativas, sem que necessariamente haja uma perda de controle. Usuários tornam-se dependentes quando não conseguem controlar o consumo de drogas, passando a agir de forma impulsiva e repetitiva quanto ao uso. (Neher, 2015).

Segundo Palhano (Silva, 2015), a OMS utiliza alguns critérios para identificar a dependência às drogas. Nem todos os que usam drogas são dependentes; porem, todos os dependentes são usuários disfuncionais de drogas. Os critérios são:

- Manifestações fisiológica, comportamentais e cognitivas características.
- Prioridade ao uso da substância
- Forte desejo de consumir a droga
- Recaída, após abstinência.
- Dificuldades em controlar o consumo
- Presença dos sintomas de tolerância
- Sinais de abstinência
- Persistência do uso, apesar dos danos.

Para compreendermos melhor a dependência, vamos analisar as duas formas principais em que ela se apresenta: a física e a psicológica.

A dependência física se evidencia pela presença de sintomas ou sinais físicos que aparecem quando o sujeito interrompe o uso da droga, ou diminui bruscamente a quantidade utilizada; e a síndrome da abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizado e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez. É importante ter um entendimento claro sobre

o que é um usuário para um dependente químico, para assim ter mais assertividade num tratamento adequado, evitando um uso de recursos desnecessário (Silveira & Evelyn Doering-Silveira, 2016).

A dependência psicológica corresponde a um estado de mal estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de uma droga. Os sintomas mais comuns são: ansiedade, sensação de vazio e dificuldade de concentração, mas pode variar de pessoa para pessoa. (Silveira & Evelyn Doering-Silveira, 2016).

O fato de que “não faltam demonstrações de alterações químicas no sistema de recompensa decorrentes do uso de drogas” (Hozel, 2003), torna extremamente difícil a aceitação de ser um adicto (dependente), pois este acredita “estar saudável”, recompensado e julga-se capaz de, que a qualquer momento, livrar-se das drogas. Porém, o “estar saudável” está além do não estar doente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde trata-se do completo bem-estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

“Sendo assim, entidades médicas têm estimulado alternativas de cuidados médicos que promovam a inclusão social destes pacientes no sistema de assistência à saúde, entendendo que a dependência é uma doença que precisa de tratamento adequado.” (Laranjeira, 2003).

2.3 A família: a importância do componente familiar

A Constituição Federal de 1988 é clara quando menciona sobre família em seu artigo 227: o dever de assegurar os direitos da infância e do adolescente e da família, da sociedade e do estado.

Nas diferentes famílias, principalmente as que possuem renda insuficiente para prover suas necessidades básicas de sobrevivência, perpassa toda uma problemática macroestrutural que se reflete no universo micro e no cotidiano de suas vidas, em suas relações estabelecidas entre os membros de cada configuração de família.

Atualmente o acesso às drogas é cada vez mais fácil, os pais têm um papel fundamental de orientar os filhos sobre o mundo das drogas esse o melhor caminho a ser traçado é a prevenção, logo os responsáveis devem incluir prática de diálogo aberto repassando informações verdadeiras e transparência alertando-os sobre o risco e males que as drogas causam.

Por exemplo, o que no primeiro momento aparece como algo pontual e singular (violência de um pai alcoolizado, desempregado contra seus filhos ou a violência doméstica contra a mulher, entre inúmeras outras situações existentes) e que aparecem como demandas nos diferentes espaços de trabalho do Assistente Social, merecem ser analisados dentro de uma perspectiva de totalidade, sem negar a história de vida das famílias ou usuários atendidos também considerando aspectos presentes na universalidade: desigualdade social, ausência de políticas sociais com cunho emancipatório, desemprego estrutural, as relações de poder existente, a cultura da violência entre outros determinantes.

A família ao desconfiar que o jovem esteja usando algum tipo de droga ilícita deve investigar as causas e os motivos que levam este ao uso dessas substâncias ilícitas. Os pais ou responsáveis devem conversar com os filhos traçar um meio de comunicação menos tenso e sem conflitos para cativar-lhes confiança e buscar um tratamento adequado ao caso.

Comumente esse tipo de abordagem ou comunicação traduz-se ineficaz, pois a família quer esconder de outros familiares ou amigos que tem um filho usuário, esse tipo de comportamento acaba agravando e dificultando o tratamento de dependência química. Dessa forma, o problema cada vez mais se agrava e pode levar o indivíduo até a morte, quando houver um uso abusivo dessas substâncias psicoativas.

No Brasil desde 1984, no Rio de Janeiro foi fundado um grupo chamado Nar - Anon, por famílias de dependentes químicos que estavam em comunidade terapêutica no processo de recuperação, deste então os grupos realizam reunião periódicas e o anonimato das pessoas é preservado.

Segundo, Goulart, os grupos de mútua ajuda para familiares entendem que a dependência química é uma doença que atinge toda a família.

Importante ressaltar que a dependência química é uma doença e deve ser tratada, porém não basta à família querer, o adicto também tem de ter sua vontade própria com reconhecimento pessoal, a consciência de que precisa iniciar seu tratamento. Há casos em que o dependente não confia nos seus pais, então estes deverão procurar um amigo, parente ou profissional que consiga conquistar sua confiança para iniciar o processo de tratamento.

E quando o usuário vem de uma família desestruturada que também faz uso de drogas, e se tornou dependente químico em seu próprio lar o tratamento se torna mais difícil e complexo: a base da estrutura familiar que seria o porto seguro passa a ser área de risco ao usuário de drogas.

2.4 Programas de promoção de saúde em presídios

Em relação às políticas sociais de saúde no sistema prisional do Brasil existe três marcos fundamentais:

- i. A Lei de Execução Pena (LEP), de 1984, surge no período de redemocratização brasileira e prevê pela primeira vez saúde aos “presos e condenados”.
- ii. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), de 2003, instituído no primeiro ano do governo Lula, preconiza o acesso à saúde à “população privada de liberdade” no sistema penitenciário.
- iii. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), de 2014, garante o acesso integral a toda população prisional, ou seja, todas as pessoas que se encontrem sob custódia do Estado.

Evidentemente, temos a clareza de que, ainda que a população prisional brasileira tenha constitucionalmente garantido seus direitos, em especial no que se refere à saúde, a efetivação total destes ainda não é uma realidade. A criação de novas políticas e a mudança de nomenclaturas que fazem referência aos indivíduos privados de liberdade não bastam para a consolidação desses direitos. No entanto, sinalizam mudanças que, ainda que em um primeiro momento possam parecer

pequenas, trazem a população prisional para o foco das discussões estatais (Lermen et al., 2015).

O ambiente prisional dispõe de uma realidade distante do que é proposto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, visto que os dados revelados mostraram elevados índices de doenças, insuficiência de ações educativas que contribuem para a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades, além de uma precária assistência médica aos reclusos.

Os estudos realizados salientam que a saúde dos reclusos é uma problemática latente e um campo aberto e amplo a ser explorado, sendo uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde.

Aponta-se a necessidade de produção de saberes específicos na área da saúde penitenciária, que visem subsidiar práticas que possam vir a se tornar estratégias, ferramentas e modelos teórico-práticos para o processo de cuidar diante das necessidades específicas dos encarcerados.

3 Objetivos

Foram definidos três objetivos:

- 1) Identificar se os funcionários conhecem as diferenças entre usuários e dependentes químicos;
- 2) Identificar a percentagem de reclusos com dependência química;
- 3) Elaborar uma proposta de intervenção, na Unidade Prisional de Ressocialização do Anil (UPR-ANIL), direcionada aos reclusos dependentes de drogas, visando a promoção da saúde em meio prisional.

A proposta de intervenção visando a promoção da saúde dos reclusos dependentes pretende:

- ✓ Identificar as drogas mais usadas e seus efeitos na população carcerária da Unidade Prisional de Ressocialização do Anil – UPR-ANIL;
- ✓ Investigar a existência de prejuízos orgânicos nos usuários de drogas reclusos; da Unidade Prisional de Ressocialização do Anil – UPR-ANIL;
- ✓ Garantir o direito a um tratamento para dependência química;
- ✓ Sugerir alternativas para o contexto prisional, no tocante à dependência de drogas, contribuindo desta forma, com o processo de reintegração social do preso.

4 Metodologia

4.1 Local de estudo

O presente trabalho foi realizado na Unidade Prisional de Ressocialização do Anil-São Luís – Maranhão (MA).

4.1.1 *Sistema Penitenciário do Maranhão*

Desde fundação do estado em 1709 foi pensado na necessidade da criação de um local para abrigar como forma de correção as pessoas que cometera algum delito. Tempos depois passando a funcionar como penitenciária.

Historicamente o sistema punitivo teve no controle social, um subterfúgio, para em nome da proteção, determinar através do legalismo o castigo e a disciplina como travestido de proteção, o senhor poderia até mesmo com a determinação legal castigar seu escravo, como um pai que disciplina seu filho (Piedade & Carvalho, 2015).

Com o passar dos anos e o aumento da população surgiu a necessidade de criar outro local devido à precariedade das instalações da cadeia existente, e a falta de segurança, outro fator agravante sendo que a cadeia existente era localizada na área urbana no centro da cidade de São Luís, na rua dos remédios.

Passando a funcionar em 1948 o novo presídio em um casarão improvisado em Alcântara - MA, que tempos depois devido à reivindicações dos moradores de Alcântara, foi transferido de volta a São Luís - MA.

No final do ano 1965, foi inaugurada a penitenciária de pedrinhas, com capacidade para 150 internos, dessa vez afastada da cidade, na BR 135 aproximadamente 28 km do centro da ilha de São Luís, Ainda sem muitas estruturas, um tanto improvisada, sem muro, luz funcionava com gerador, água de poço, fogão a lenha, cozinha de taipa, desde a inauguração já era improprio e insalubre sem o mínimo de dignidade humana.

Penitenciária de pedrinhas também conhecida como penitenciária agrícola de pedrinhas, o mais antigo estabelecimento penal no Maranhão, construída para abrigar

presos do regime fechado, semiaberto e aberto, (Bombeiro, 2015). Atualmente com a ampliação do sistema penitenciário e a criação de outras unidades, a penitenciária pedrinhas hoje denominada UPSL-1 destina-se apenas ao regime semiaberto.

Hoje funciona em pedrinhas as UPSLs (Unidade Prisional São Luís) 1, 2, 3, 4, 5,6, COCTS (Triagem), Penitenciária feminina, Penitenciária Regional de São Luís, fora de pedrinhas tem UPR(Unidade Prisional de Ressocialização)Anil, Olho d'água, Paço do lumiar, Monte Castelo, Casa do albergado, mais 31 unidades espalhadas em todo o estado maranhense, onde são divididas pelo crime e pelas facções criminosas (SEAP SIISP², 2018)

As prisões no Brasil têm como pano de fundo uma proposta ressocializadora e que não se pode ser alcançada nesse modelo de execução penal, tendo em vista as péssimas condições do ambiente prisional, e dessa forma o Maranhão não é diferente. A falta de políticas públicas eficazes, que pudesse prover o trabalho dos apenados, e não o ócio, que valorizasse a pessoa em todas as suas dimensões, numa perspectiva de comprometimento com a realidade social do indivíduo. Nesse cenário, a fuga tornou-se estratégia de sobrevivência tendo como foco a pressão exercida pela hierarquia existente no seu interior e que se aprimorou com a expansão das associações criminosas de outros Estados como São Paulo, e que começaram a se infiltrar no Maranhão a partir de décadas passadas ainda recentes e que tiveram alcance e domínio através de suas facções tudo isso ocasionou o terror aplicado ao dia a dia da capital e em outros momentos até no interior do estado, com comandos vindos de dentro dos presídios (Piedade & Carvalho, 2015).

4.1.2 Histórico do sistema penitenciário UPR- Anil

No ano de 1970, foi inaugurado o 17º Distrito Policial do bairro do anil abrangendo os bairros próximos, passado 10 anos, tendo como chefe do executivo o Senhor Governador João Castelo o distrito policial passou por mudanças e foi transformada em Central de Recolhimento de Presos Provisórios e correcionais (CEREC), localizada à Avenida Nossa Senhora da Conceição, s/n, está situada na área urbana da capital, num lugar de altíssimo fluxo de pessoas e veículos, fazendo parte do cenário paisagístico local, fato este que desagradava muitos moradores.

² SIISP: Sistema de Inteligência e Informação Penitenciária.

No ano de 2003, no governo da Senhora. Roseana Sarney, já na competência administrativa da Secretaria de Justiça e Administração Penitenciária, SEJAP, passou a ser denominada CCPJ/Anil (Junior, 2018).

O Centro de Custódia de Preso de justiça do Anil (CCPJ do Anil) em 2014, abrigando quase o dobro de internos para sua capacidade, uma unidade que por muitos internos foi visto como cumprimento de castigo uma unidade com diversos relatos de fugas e mortes, passou por varias reformas, apesar de ser uma unidade pequena e não ter como melhorar sua estrutura. Continua apresentando vários problemas igual às outras unidades do sistema penitenciário, como superlotação, falta de agentes e auxiliares penitenciários.

O nosso Estado, por exemplo, tem um déficit de aproximadamente 2000 (duas mil) vagas no sistema prisional e este tema não é tratado como prioridade. Os governos, de uma maneira geral, não se apercebem que o quadro de superlotação carcerária produz, mais cedo ou mais tarde, condições para que a violência extravase os muros das unidades prisionais com sérios prejuízos à sociedade e ao Estado, além das constantes rebeliões (Bombeiro, 2015).

No governo de Flavio Dino, em 2016, tiveram novas mudanças, na administração da SEAP (Secretaria Administração Penitenciaria) passando a CCPJ-ANIL ser chamada de UPR-ANIL (Unidade Prisional de Ressocialização do Anil) Passando por muitas mudanças, depois de inúmeras reformas atualmente tem capacidade para 144 internos, que abriga 218 internos, sendo dividida em três pavilhões, pavilhão interno contendo 8 celas, pavilhão externo A com 5 celas, pavilhão externo B com 4 celas, 1 cela triagem, 1 cela do isolamento (conhecida como cela do castigo) cela de faxineiros (os faxineiros são os internos que trabalham na limpeza e manutenção da unidade). UPR-ANIL faz parte do grupo de unidades chamadas neutras (as unidades neutras são unidades que abrigam internos que não pertencem a nenhuma facção criminosa).

Atualmente nessa unidade os projetos que estão funcionando: fabrica de chinelos, 3 oficinas de artesanato, funcionam horta suspensa, sala de aula/course profissionalizante. A estrutura funcional nas unidades é composta por técnicos (psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, terapeuta-ocupacional advogados), auxiliares, funcionários do setor de apoio (motorista, manutenção e cozinha),

funcionários do setor de saúde (médicos e enfermeiro, técnicos de enfermagem) e as chefias da unidade (diretor geral, diretor segurança, diretor administrativo).

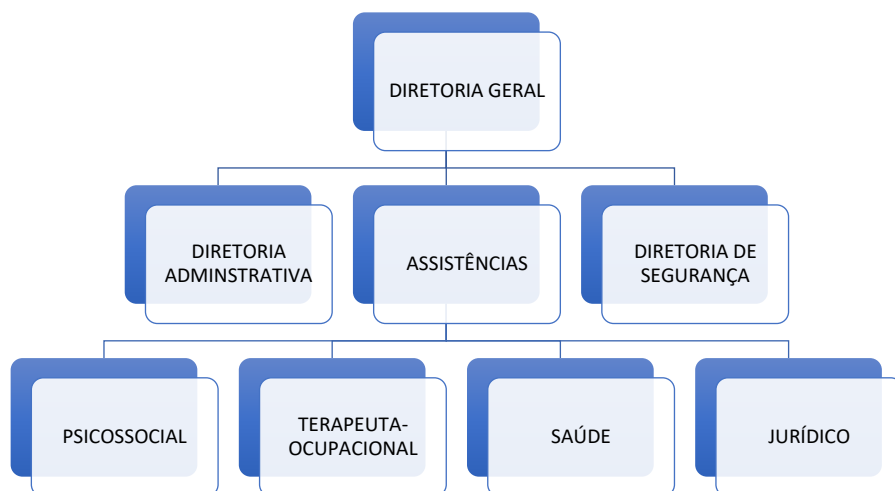


Gráfico 1 - Estrutura organizacional da UPR-ANIL

"O Sistema Penitenciário Brasileiro não consegue atingir o seu principal objetivo que é ressocializar os seus internos. A superlotação das prisões, as precárias e insalubres instalações físicas, a falta de treinamento dos funcionários responsáveis pela reeducação da população carcerária e própria condição social dos que ali habitam, são sem sombra de dúvidas, alguns dos principais fatores que contribuem para o fracasso do sistema penitenciário brasileiro no tocante a recuperação social dos seus internos". (Bombeiro, 2015).

4.2 Questões Éticas

O Diretor autorizou a pesquisa e foram respeitadas as questões éticas em vigor. Os participantes assinaram o Consentimento Livre e Informado (anexo A).

4.3 Instrumentos

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-dirigidas (anexo B), e um questionário para identificação de abuso de substâncias diversas (ASSIST – Versão brasileira) (anexo C).

4.3.1 ASSIST-OMS

Aos reclusos foi aplicado o teste de ASSIST, um questionário estruturado, contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0% a 4%, sendo que a soma total pode variar de 0% a 20%. Considera-se a faixa de escore de 0% a 3% como indicativa de uso ocasional, de 4% a 15% como indicativa de abuso e maior ou igual 16% como sugestiva de dependência. A versão em português utilizada foi previamente submetida a processo de tradução e retro tradução, tendo por base a versão final do instrumento, em inglês, desenvolvida na fase I do projeto multicêntrico.

A avaliação teve como objetivo obter dados que fortalecesse o embasamento para a criação de um novo programa de tratamentos e cuidados dos internos usuários químicos, principalmente os dependentes.

4.3.2 Entrevistas na Estrutura Organizacional

No sentido de fundamentar a intervenção proposta, realizaram-se entrevistas (anexo D) ao corpo administrativo interno da unidade. Mesmo com dificuldade de agendas e logísticas o objetivo foi cumprido. O objetivo foi identificar se os funcionários conheciam as diferenças entre usuários e dependentes químico.

5 Resultados

5.1 Entrevistas no setor da saúde

No ponto de vista do setor de saúde, o primeiro passo quando o interno chega à unidade prisional é fazer uma triagem, avaliar todo o histórico de doenças, investigar se tem alguma patologia, muitas das vezes esse preso procura o setor de saúde em busca de atenção, tem uma carência uma necessidade de conversar.

Quando é detectado algum problema psiquiátrico grave é feito um encaminhamento ao hospital psiquiátrico. Em casos mais simples são atendidos na própria unidade, pela médica da unidade (clínico geral)

No sistema até ao momento da entrevista, foi relatado que não tem psiquiatra atendendo no sistema penitenciário, o que dificulta ainda mais tratar o usuário /dependente químico.

Alguns comentários: “nós temos a carência de um psiquiatra, que não temos agora a política é encaminhar pro Nina Rodrigues (hospital psiquiátrico de São Luís).

A falta de medicamentos também é um fator bem agravante, são inúmeras as queixas dos internos com insônia, irritabilidades, convulsões, alucinações, pressão alta, febre, tosse entre outras queixas.

“A relação era anteriormente 18 internos que faziam uso de medicamentos psicotrópicos, foram reduzidos para 8 internos, porque se viu a necessidade de colocar somente quem possuíam o CID, comprovando que tem problemas psiquiátrico.”

Em questão aos dependentes químicos é bem mais complicado, pois não há um tratamento medicamentoso, não tem como comprovar sua doença (CID) nem uma preocupação enquanto à abstinência, que na unidade é tratado de forma natural, é visto somente como os sintomas pela retirada do uso da droga.

Em casos mais graves da abstinência (crises convulsivas generalizadas, quadro psicótico, alucinações de diversos tipos, delírio e muitos outros) são encaminhados ao hospital psiquiátrico, onde tomam medicações e retornam a unidade.

Uma segunda opção seria levar o interno para um tratamento no CAPS AD (Centro de apoio psicossocial álcool e droga), porém isso não é realizado de forma efetivo devido às questões de logísticas, segurança e burocracia.

Porém, o CAPS AD é uma instituição para dependentes químicos, direcionado para a população não carcerária.

Geralmente os internos são atendidos pelo enfermeiro e encaminhados para a médica da unidade, em caso mais grave. A equipe de saúde se esforça para atender as necessidades dos internos, indo em busca de doações de medicações, consultas com especialistas, exames, conforme a demanda.

A burocracia do sistema impede que seja feito algo mais por estarem sobre a custódia do estado cumprindo pena, a questão da segurança, da escolta da autorização para esse interno sair para fazer esse tratamento extramuros.

5.2 Entrevistas com os Diretores

No ponto de vista dos responsáveis pela segurança só a retirada da droga é o suficiente para tratar o dependente químico. Com base nos conceitos estudados percebe-se que não há uma visão clara e objetiva do que seja um dependente químico para um usuário químico, visto que a instituição vê o interno como sendo um elemento perigoso para sociedade, com base no delito cometido.

O preso é visto no sistema penitenciário pela segurança, como material de trabalho, e não deixa de ser...

Na chegada é realizada uma investigação sobre a vida do preso, para diferenciação do tipo de crime. A UPR-ANIL, por ser uma unidade pequena, possibilita que esse trabalho seja realizado, o interno passa por um procedimento que é chamado de CTC (Comissão Técnica de Classificação) passando por toda equipe, verificando se tem documentos (RG, CPF) serviço social, se é usuário de drogas/dependente químico, ou tem algum transtorno psiquiátrico (psicologia) se tem alguma doença (saúde) nível de escolaridade (pedagoga) profissão, desejo ou aptidão em realizar algumas atividades intramuros (terapeuta-ocupacional) crimes cometidos, ou inimigos dentro da unidade prisional (segurança), passa por todo um procedimento para não colocar esse preso em risco de vida. Mesmo sendo uma

unidade neutra, abriga um pavilhão que é somente para quem cometeu crimes contra a mulher (lei Maria da penha, estupro, homicídio etc...) esse tipo de crime é banido pelos outros presos, é uma forma de proteger a integridade da pessoa presa.

Foi percebido nas entrevistas que por mais conhecimento que se tenha sobre o preso, não se tem um olhar voltado para a doença que é a dependência química.

O único ponto positivo com a prisão é a retirada da sociedade alguém que está descontrolado devido às drogas, cometendo delitos e coloca-o num ambiente fechado e confinado que são os presídios, já é o primeiro passo, pois na rua é impossível aceitar fazer um tratamento, ou procurar ajuda.

O sistema prisional não encarcera o preso a vida toda, é um sistema progressivo com um tempo máximo de pena que ele poderá cumprir no presídio, após o qual ele vai retornar para sociedade.

Por mais projetos que existam no sistema penitenciário, nada é comparado a um tratamento para a dependência química. Os dirigentes da unidade até mostraram aceitação das pessoas com pequenos crimes (segundo relatos na entrevista), não aceitando os reclusos considerados de alta periculosidade, mesmo sabendo que essas pessoas estão passando por abstinência. São inúmeras as queixas trazidas pelos reclusos para o setor de saúde e para o psicólogo da unidade, os casos mais graves da abstinência quando não resolvidos na unidade são escoltados até o hospital psiquiátrico, medicados e voltam para unidade, dificilmente ficam internados, são discriminados por serem presos de justiça.

Segundo Piedade e Muniz (2013) apud Piedade, Carvalho (2015), antes de delinquentes, esses indivíduos em conflito com a lei são sujeitos sociais que independente da infração cometida, merecem ser tratados como cidadãos, ainda que medidas devam ser tomadas e aplicadas. Cidadãos não apenas por questões de relacionamentos interpessoais, mas enquanto detentores de direitos políticos, sociais e civis. Isto é, como direito fundamental.

Foi criado um projeto desde 2015 “Projeto Nova Vida”, que foi proposto para ser executado pelo psicólogo da unidade, essas reuniões serão ofertadas de 15 em 15 dias, esse projeto é ainda embrionário, começado agora com a primeira reunião, devido a falta de um local adequado. Não sendo obrigatória a participação de todos

os usuários / dependentes, é somente para as pessoas que expressam interesse em participar nas palestras.

5.3 Dados de identificação através do SIISP

Durante as pesquisa obtivemos informações dos SIISP que nos dá uma visibilidade o detento. Fonte: SEAP/SIISP (2018).

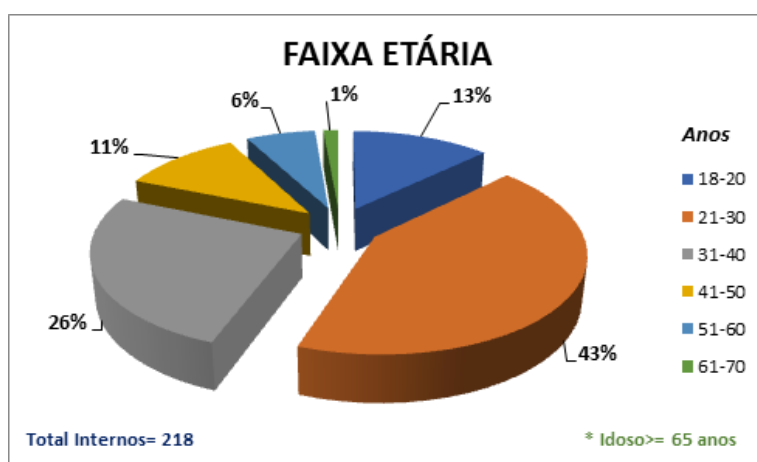


Gráfico 2 - Distribuição dos apenados por faixa etária

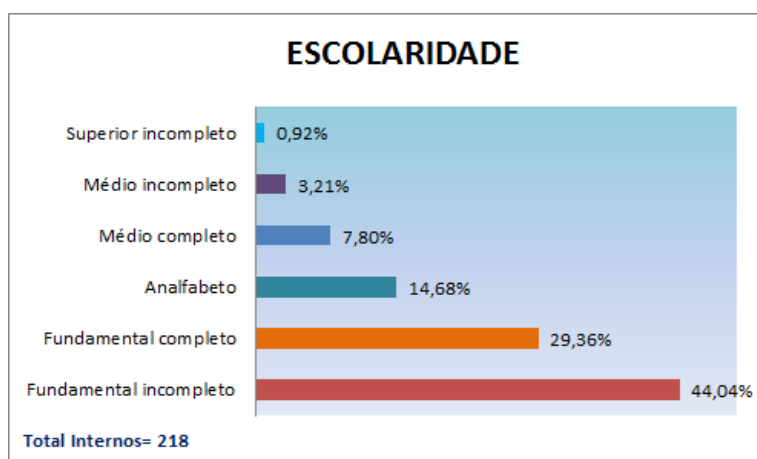


Gráfico 3 - Grau de escolaridade

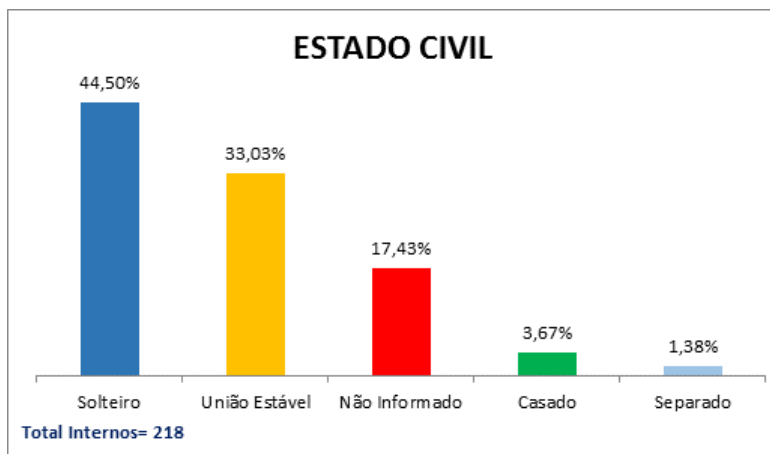


Gráfico 4 - Estado civil

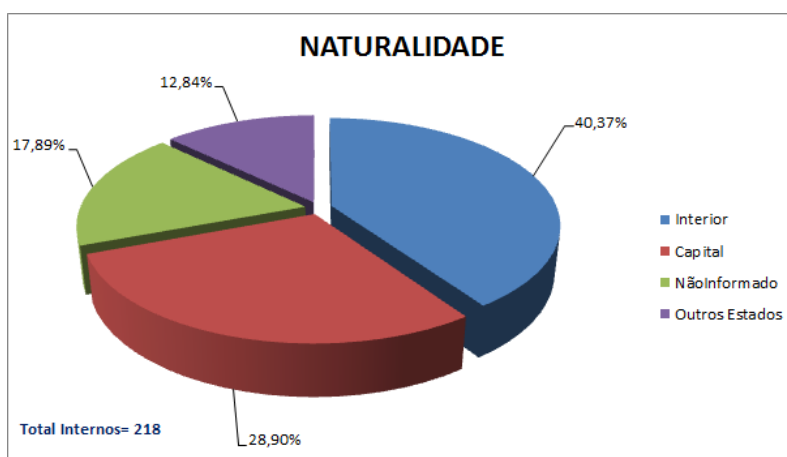


Gráfico 5 - Naturalidade

5.4 Dados do ASSIST

Foram avaliados reclusos do sexo masculino, usuários de drogas e acima de 18 anos de idade, da Unidade Prisional de Ressocialização do Anil-São Luís – Maranhão (MA). Osb internos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE). Para fazer a seleção dos participantes, foram extraídos do banco de dados da própria unidade (CTC), a qual constatamos o universo de 218 pessoas já classificadas pela unidade.

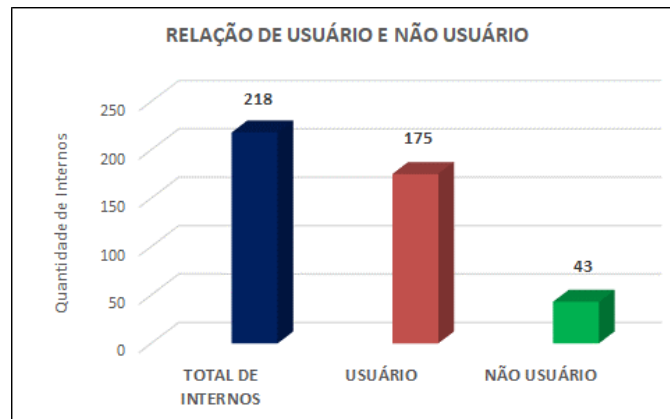


Gráfico 6 - Quantidade de internos usuários químicos
Fonte: Banco de dados do sistema prisional.

Com base nestas informações foi feita uma estratificação quanto ao número de pessoas que são usuário e dependente químicos.

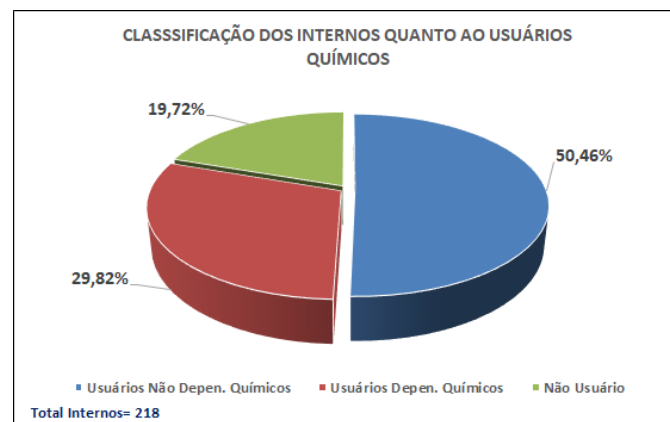


Gráfico 7 – Estratificação dos internos
Fonte: Banco de dados do sistema prisional

Analisando somente o universo de usuários, 175 pessoas, observamos que 37,14% são dependentes químicos.

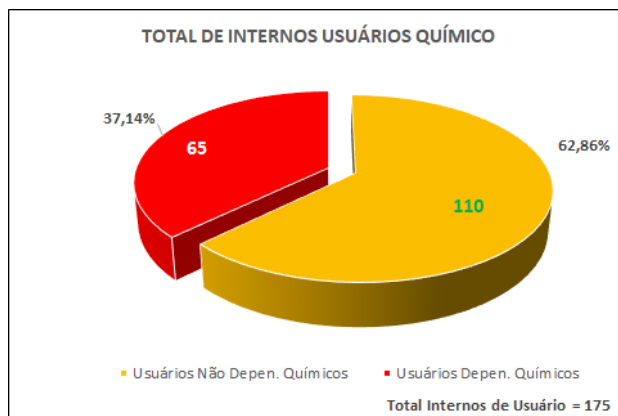


Gráfico 8 - Quantidade de dependentes químico

Fonte: Banco de dados do sistema prisional

Estas estratificações nos mostraram que 65 pessoas precisam receber um tratamento adequado e que, embora ainda não sejam dependentes químicos, 110 pessoas poderão se tornar dependentes.

Para fazer parte da pesquisa e validar a classificação feita pela unidade, UPR-ANIL, selecionamos 30 internos do grupo dos usuários dependentes químicos. Os participantes foram submetidos a um questionário para coletar dados para evidenciar a dependência química dos internos. Com base nos testes e questionário aplicados, concluímos que 100% dos selecionados eram realmente dependentes químico, o que coincidiu com as classificações do banco de dados da unidade.

6 Proposta de Programa de Educação para Saúde

Com base no que foi exposto, temos a total convicção que é necessário um aperfeiçoamento nos conceitos da gestão da UPR ANIL em relação ao dependente químico. O Projeto que a seguir apresentamos visa dar esse contributo e tem como objetivo ser um futuro programa institucional.

6.1 Treinamento dos profissionais

I. Fazer uma análise dos programas existentes e filtrar o que realmente funciona;

II. Fazer um treinamento de reciclagem específico para o corpo administrativo com o foco no esclarecimento da distinção entre um usuário e dependente químico, suas causas, efeitos, sintomas e principalmente das leis brasileiras que embasam este trabalho. Sendo que este treinamento o deve conter claramente quais a vantagens e desvantagens para a administração, preso dependente, sociedade e custos operacionais. O treinamento deverá ser realização anualmente e em caso de troca de qualquer dirigente, este deve fazer a reciclagem. Caso este novo administrador já tenha realizado o treinamento, ele deverá comprová-lo;

III. Fazer um treinamento de reciclagem específico para o corpo médico e auxiliar com o foco no esclarecimento da distinção entre um usuário e dependente químico, suas causas, efeitos, sintomas e principalmente das leis brasileiras que embasam este trabalho. Sendo que este treinamento deve conter claramente quais a vantagens e desvantagens para a administração, residente e sociedade. O treinamento deverá ser realização anualmente e em caso de troca de qualquer colaborador, este deve fazer a reciclagem. Caso este novo colaborador já tenha realizado o treinamento, ele deverá comprová-lo para que possa assumir o seu posto atividades profissionais;

“Durante os meus estudos e estada dentro do presídio com psicóloga, pude presenciar vários profissionais competentes nas suas respectivas áreas de

atuação, mas com uma falta clara do entendimento entre um usuário e dependente químico. E por causa desta falta de alimento de conceitos e entendimento, as ações destes profissionais não estavam, na maioria das vezes, os levando aos resultados desejados. Ou seja, para as duas situações, usuário e dependente, o tratamento era o mesmo.”

IV. Fazer um treinamento de reciclagem específico para o corpo de agentes penitenciário com o foco no esclarecimento da distinção entre um usuário e dependente químico, suas causas, efeitos, sintomas e principalmente das leis brasileiras que embasam este trabalho. Sendo que este treinamento deve conter claramente quais a vantagens e desvantagens para a administração, residente e sociedade. O treinamento deverá ser realização anual e em caso de troca de qualquer colaborador, este deve fazer a reciclagem. Caso este novo colaborador já tenha realizado o treinamento, ele deverá comprová-lo para que possa assumir o seu posto atividades profissionais;

“No meu universo de estudo, UPR ANIL, ficou claro que a equipe de agente desconhece os conceitos básicos do que seja um usuário e um dependente químico. Embora os treinamento estejam separado em 3 módulos, não significa que não podemos formatar um só treinamento que abrange as 3 categorias. O período de treinamento deverá ter uma carga horária de 24 h, equivalente a três dias e com, no mínimo, 80% da frequência que pode ser validado para este treinamento.”

6.2 Treinamento dos familiares e amigos

I. Todos e quaisquer parentes e \ ou amigos do preso que queiram fazer visitas deverão passar pelo treinamento institucional das respectivas unidades. Este treinamento tem como objetivo informar aos visitantes os procedimentos comportamentais dos visitantes, leis as quais estão sujeitos a serem enquadradas, gravidades e penas pelas infrações;

II. Os visitantes treinados deverão ter 100% de participação, assinar as folhas de frequências e o termo de compromisso;

III. Depois de concluir o treinamento os visitantes receberão um cartão ou carteira de identificação contendo nome, código de acesso, código da turma

que fez o treinamento e nome do preso a qual estar relacionado e data de treinamento;

IV. Este treinamento deverá ser através de vídeos institucionais, com uma carga horária a ser definida pelas equipes e administradores e terá validade de 01 ano para a parte obrigatória*;

V. O treinamento deverá ser dividido em duas partes:

***Parte 1** – Módulo padrão para todas as unidades (Obrigatório)

- Procedimentos comportamentais dos visitantes;
- leis as quais estão sujeitos a serem enquadradas, gravidades e penas pelas infrações e dúvidas;

Parte 2- Procedimentos de segurança da instituição e normas internas das unidades.

Esta divisão visa eliminar a necessidade de um visitante ter que fazer todo treinamento, caso o preso tenha que trocar de unidade. Ou seja, sempre que houver mudança de unidade o visitante que já fez o treinamento completo fará apenas a parte 2.

VI. Todas as pessoas que precisam visitar os seus entes e que não dispõem de coordenação motora, alfabetização, mobilidade, dificuldades visuais que não possam fazer o treinamento, estas, deverão indicar outra pessoa para fazer o treinamento.

VII. As pessoas citadas conforme o item VI, só poderão visitar seus entes com a presença da pessoa indicada e treinada. As pessoas que se enquadram nestas condições receberão seus respectivos cartões, Sendo que:

- i. No cartão da pessoa que não fez o treinamento, item VI, deverá ter as informações conforme o item III e nome da pessoa que foi treinada.
- ii. No cartão da pessoa que foi treinada, item VI, deverá conter o nome e da pessoa que ela representa.

iii. O visitante indicado não poderá fazer nenhuma visita se a presença o do seu indicador conforme o item VI.

VIII. Os cartões de acesso deverão ser de dois tipos:

i. Tipo 1 – Cor Branca – Código de identificação iniciado pela letra F12 (Familiar de 1º e 2º)

ii. Tipo 2- Cor Amarelo – Código de identificação iniciado pelas letras VI (Visitante Indireto)

6.3 Melhoria das instalações

I. Com base nas leis, 10.216/2001e 11.343/2006, deverá haver um ambiente adequado para que sejam realizadas as sessões de tratamento dos dependentes/doente mental. Desta forma, o corpo administrativo e seu corpo técnico deverão fazer uma avaliação das instalações existentes e propor soluções para que seja disponibilizado este ambiente. Seja esta uma reforma e/ou construção, se houver a necessidade. O escopo destas ações deverá ser supervisionado por especialista de segurança prisional.

“Um dos motivos que encontrei e ratifiquei durante as entrevistas foi que, deslocar um preso com determinadas frequências gera uma grande possibilidade de fuga. Estas ações estão alinhadas com a necessidade de se evitar o deslocamento e logística dos detentos para uma clínica ou hospital para fazer o seu tratamento, evita o risco de fugas e faz com que o programa de tratamento seja mais eficaz e eficiente”.

6.4 Bases de dados

I. Deverá haver uma atualização no sistema existente (SIISP – Sistema de Inteligência e Informação de Segurança Prisional), que contempla somente as informações do histórico criminal, para uma versão que informe as condições clínicas do detento;

II. Criar, se não existir, o SICP- Sistema de Informações Clínicas Prisional, que tem como objetivo registrar o estado clínico dos detentos;

III. O SICP deverá ter um link de informações com o SIISP, respeitando a hierarquia do nível de acesso. Respeitando assim o sigilo das informações do detento;

IV. A equipe médica, médicos, psicólogos, ginecologistas, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem, deverá informar o escopo das suas respectivas áreas de atuação para os programadores;

V. Caso o SIISP não permita o link de informações, este, se possível deverá sofrer atualizações.

VI. O SICP deverá ser utilizado depois da triagem do SIISP. O SIISP é, neste caso, o início do processo de um detento.

VII. O SICP deverá estar em rede, mas uma unidade não poderá ter acesso às informações do prontuário de detentos que de outras unidades. Ou seja, a equipe médica só poderá ter acesso a informações da unidade a qual pertence.

VIII. Em caso de transferência de um preso de unidade (A) para unidade (B) e que o processo de transferência esteja em andamento, o responsável pela transferência deverá autorizar o líder da equipe médica (A), a liberar no sistema SICP a visualização e leitura de dados do preso a ser transferido para o líder da equipe médica (B). Somente após a conclusão do processo de transferência ser concluído, ou seja, o preso chegou à unidade (B), deu entrada efetivamente na unidade, líder pela transferência autoriza o líder da equipe médica (A) a fazer liberação total do SICP para o líder da equipe médica (B). A partir de momento somente a equipe médica (B) poderá ter acesso total às informações do prontuário de novo preso, fazer inserção, alterações e apagar informações somente nos dados realizados da unidade (B) e a partir daquela data.

IX. O SICP não poderá permitir nenhuma manipulação de dados feitos por equipes anteriores. E todas as ações deverão ser rastreáveis. Ou seja, o sistema deverá ser capaz de gerar relatórios para futuras auditorias.

“Atualmente, os prontuários são feitos manualmente na UPR-ANIL. Este tipo de prática tem um agravante sério, pois dificulta a rastreabilidade, gera um estoque de documentos, ocupação de espaços físicos e, em alguns casos, perda de documentos. Principalmente quando há deslocamento de detento de uma unidade para outra. Com a informatização, ganhamos tempo, rastreabilidade, controle e mesmo havemos deslocamento de presos, o prontuário estará disponível. Caso seja necessário, até imprimir. Já existem algumas clínicas especializadas que possuem sistemas de controle. Porém, no caso dos sistemas penitenciários o SICP deverá ser formatado para este foco com o mesmo nível de segurança de informática.”

6.5 Triagem

A triagem é um processo de coleta de informações de todo detento passa para que possa ser alocado na unidade. Neste processo existe um programa de entrevista chamando de CTC que tem por objetivo fazer a classificação do preso. No entanto não é um processo que analisa as condições clínicas do mesmo.

Como foi exposto neste documento, existem várias doenças a qual os presos, o corpo administrativo e auxiliar das unidades estão expostos. O desconhecimento das condições clínicas dos presos aumenta muito o risco de incidentes e proliferação das doenças.

Com foco no dependente químico estou propondo neste programa uma mudança de cultura que há anos se instalou e que atualmente exige um aperfeiçoamento para que se faça cumprir a lei.

6.6 Exame clínico

- I. Todo detendo, além do processo de triagem, deverá fazer os exames clínicos e estas informações deverão alimentar o SICP.
- II. O SICP, como já exposto, deverá respeitar nas normas de segurança de sistema e protocolo de cada área de conhecimento.

6.7 Sistemas de controle e monitoramento

- I. O sistema de controle e monitoramento, que faz parte do SICP, deverá conter os formulários e relatórios das respectivas áreas de conhecimentos;
- II. Ser alimentado pelos respectivos profissionais;
- III. Ser capaz de gerar gráficos e relatórios de acompanhamento e evolução do preso paciente;
- IV. Ter o cronograma das sessões, planejado, programado e executado das respectivas áreas de conhecimentos;
- V. Relatório de custos e gerenciais

VI. Todas as informações deverão cumprir as normas de segurança e acesso conforme as normas vigentes das respectivas áreas de conhecimentos.

VII. Todo e qualquer acesso ao SICP deverá ser feito através de uma identificação e login de acesso, sem exceção.

6.8 Vídeo institucional

I. Deverá ser criado um vídeo institucional para que sejam realizados os treinamentos para os visitantes conforme o item 2-V;

II. Estes vídeos poderão fazer parte do treinamento conforme o item I, mas não poderão ser considerados como treinamento completo para este público;

III. Cada instituição poderá fazer ou não a parte 2 conforme item 2-V, mas é obrigatória a parte 1 (Padrão).

IV. A parte 1 deverá ser apresentada em todas as unidades e não é uma premissa e sim uma restrição. Ou seja, todas devem passar o mesmo

7 Considerações Finais

A dependência por substância psicoativa é considerada uma doença crônica, o que deixa o sujeito numa condição desfavorável, no que diz respeito à sua própria consciência, uma vez que, a sua existência é em função da procura de drogas (lícitas ou ilícitas), devido ao desejo compulsivo do consumo. O apoio da família é crucial para o processo eficaz do tratamento e recuperação do interno dentro do sistema prisional.

O uso das substâncias químicas (maconha, crack, álcool etc.) é prejudicial ao ser humano e causa dependência, o que faz com que o mesmo procure as substâncias de forma intensa, contínua e recorrente, apesar da sensação de bem-estar ser transitória. As substâncias psicoativas citadas provocam mal-estar físico e psicológico e trazem consequências nefastas no contexto familiar e social no qual o indivíduo está inserido. Assim, os comportamentos são considerados fora dos padrões normais, o que faz com que o indivíduo viva à margem da sociedade, o que os levam a cometerem vários atos ilícitos e a reincidirem.

Após o contato com os funcionários, evidenciou-se a necessidade de treinamentos para os trabalhadores, no geral que trabalham no sistema penitenciário, no sentido de informar que a dependência química é uma doença mental e crônica, segundo o CID-10 / DSM-5 (Rosa, 2015).

Percebeu-se que não têm um entendimento da diferença entre um usuário e um dependente químico. Pensam que só com a retirada da droga a pessoa estará sendo tratada, que a abstinência serve como punição para saber até onde o interno aguenta. O dependente é apenas visto como criminoso e não como um doente em sofrimento.

Deste modo é necessário um trabalho de treinamento direcionado para os administradores, supervisão e agentes penitenciários e especialistas em geral com os funcionários, que aborde temas reflexivos sobre a dependência química, doença mental e sofrimento da pessoa quando é retirada a droga.

A proposta principal deste trabalho é criar uma proposta que permita oferecer um tratamento completo e digno ao dependente químico, dentro do sistema

penitenciário. Isso não ira eximir de cumprir sua pena. Outro objetivo seria oferecer treinamento para todo o corpo administrativo. Esta proposta esta embasada nas leis já citadas.

8 Referências Bibliográficas

- Alves, M. T. S. S. B., Silva, A. A. M., Nemes, M. I. B., & Brito, L. G. O. (2003). Tendências da incidência e da mortalidade por Aids no Maranhão, 1985 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, 37(2), 177–182. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000200003>
- Anonnyous, N. (2016). *Narcótico anônimos*. (NA, Ed.). Brasília.
- Apoio, C. D. E., & Criminal, O. (2009). O usuário e o traficante à luz da nova lei de drogas. Retrieved from https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/40/usuario_e_traficante.doc
- Bizzoto, A., & Rodrigues, A. de B. (2007). Nova Lei de drogas: comentários à Lei nº 11.343, de 23 e agosto de 2006.
- Bombeiro, C. (2015). O Complexo de Pedrinhas. *Revista Juris-Ano Ii, maio/junho*. Retrieved from http://www.cecgp.com.br/files/pdfs/Artigo_Cezer_Bombeiro.pdf
- Bosco De Oliveira, H., Janaina, E., & Cardoso, C. (2004). Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 15(3). Retrieved from https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v15n3/a08v15n3.pdf
- Brasil. (2002). Mensagem nº 25, de 11 de janeiro de 2002. Retrieved June 24, 2018, from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/Mensagem_Veto/2002/Mv025-02.htm
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2005). Plano nacional de saúde no sistema penitenciário. *Ministério Da Saúde*, 64. Retrieved from http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf
- Capez, F. (2003). *Curso de Processo Penal* (10a ed.). São Paulo-SP: Saraiva Editora.
- Carlini, E. A. (2006). A história da maconha no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 314–317. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000400008>
- Conselho Nacional de Justiça. (2014). Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil. *Cnj*, (Jun). Retrieved from http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/wp-content/uploads/sites/41/2015/04/pessoas_presas_no_brasil_final.pdf

- Constantino, Patricia, Assis, S. G. de, & Pinto, L. W. (2016). O impacto da prisão na saúde mental dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *SCIELO*, 2. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.01222016>
- Desenvolvimento Cognitivo na Adolescência. (n.d.). Retrieved from http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2013/11/Desenvolvimento-Cognitivo-na-Adolescência.pdf
- Ferreira, C. da S. (2001). AIDS: O preconceito no contexto familiar. Retrieved from <http://www.avm.edu.br/monopdf/3/Camila da Silva Ferreira.pdf>
- Ferreira, W., Graduada, M., Enfermagem, E., Faculdade, P., Maria, S., Gelça, H., & Saldanha, A. C. (2016). REBES Revista Brasileira de Educação e Saúde Serviços de saúde à população carcerária do Brasil: uma revisão bibliográfica Health services to the prison population in Brazil: a literature review. *RESBES*, 6(1), 14–21. <https://doi.org/10.18378/rebes.v6i1.4023>
- Gomes, L. F., & Bianchini, A. (n.d.). Usuário de drogas: a polêmica sobre a natureza jurídica ao art. 28 da Lei 11.343/06. Retrieved from <http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/13510-13511-1-PB.pdf>
- Gospel, R. (2007). Presídios são focos de doenças, diz Ministério da Saúde | Notícias Gospel. Retrieved June 23, 2018, from <https://noticias.gospelmais.com.br/presidios-sao-focos-de-doencas-diz-ministerio-da-saude.html>
- Junior, J. M. P. (2018). A Central de Custódia de Presos de Justiça do Anil no contexto da Operação Pedrinhas em Paz no período de janeiro/2014 a dezembro/2015. São Luis-MA: UFMA.
- Laranjeira, R. (2003). *Usuário de drogas psicoativas: Abordagem, diagnóstico e tratamento* (2a ed.). São Paulo-SP: Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo / Associação médica brasileira.
- Lermen, H. S., Gil, B. L., Cúnico, S. D., Jesus, L. O. de, Lermen, H. S., Gil, B. L., ... Jesus, L. O. de. (2015). Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 905–924. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>
- Mesquita, P. H. (2015). Sistema prisional brasileiro. Retrieved from <https://pedromesquita92560.jusbrasil.com.br/artigos/252789746/sistema-prisional-brasileiro>
- Neher, C. (2015). Conselheiro 7. Retrieved June 26, 2018, from <https://books.google.com.br/books?id=IHFjDAAAQBAJ&pg=PT27&lpg=PT27&dq=Alguns+sujeitos+podem,+também,+fazer+uso+habitual+de+uma+droga+para+aliviar+tensões,+ansiedades,+medos,+sensações+físicas+desagradáveis,+entre+outras+justi>

- Nucci, G. de S. (2007). *de Manual direito penal : parte geral ; parte especial*. Revista dos Tribunais. Retrieved from <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redede.virtual.bibliotecas:livro:2007;000791250>
- Perillo, L. A. et. al. (1997). *Drogas: causa, efeitos e prevenção*. Goiânia: Nacional, 1997. Goiânia: Nacional.
- Piedade, F. O., & Carvalho, M. L. B. (2015). Sistema prisional de pedrinhas em São Luís do Maranhão, 1–16.
- Presos dependentes químicos. (n.d.). Retrieved June 7, 2018, from <https://ibccrim.jusbrasil.com.br/noticias/2901389/presos-dependentes-quimicos>
- Ribeiro, M. A. de J., & Silva, I. C. R. da. (2016). A saúde no sistema prisional, 1–20.
- Rosa, C. E. (2015). O DSM-5 e a CID-10: uma questão de classe? Retrieved June 26, 2018, from <http://www.carloseduardorosa.com.br/o-dsm-5-e-a-cid-10-uma-questao-de-classe/>
- Salgueiro, Â. dos A. A., Camponês, J. F. B. de O., Almeida, M. A. D. F. de, Costa, S. P. B., & Dias, S. M. da G. (1998). Ord. Filipinas Livro 5 tit. 88/89/90. Retrieved June 23, 2018, from <http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/15p1240.htm>
- Sampaio, A. L. T. De. (2012). *Seletividade no combate as drogas: lei 11.343/2006*. (U. F. de S. Catarina, Ed.). Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. Retrieved from <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/seletividade-no-combate-drogas-lei-113432006>
- Silva, R. P. (2015). *Consumo do Drogas e Outros Comportamentos Relacionados - 240 Perguntas e Respostas*. (C. e Editora, Ed.) (2a ed.). São Luis-MA.
- Silveira, D. X., & Silveira, E. D. X. da. (1999). Um guia para a família.
- Silveira, D. X. da, & Evelyn Doering-Silveira. (2016). Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. Retrieved from <http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/avea/textos/capitulo-3.pdf>
- Valente, M., Neto, F., Cristina, L., & De, R. (2006). As drogas e a situação do usuário / dependente : a égide da lei nº 11 . 343 / 2006. Retrieved from http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5995
- Valois, L. C. (2008). saúde, drogas e repressão -historia e saúde no sistema prisional. Retrieved from <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/SAÃšDE DROGAS E REPRESSION.pdf>

Walmsley, R. (2016). Lista mundial de población penitenciaria (11ªedición) - World Prison Population List eleventh edition, (November 2014), 1–15. Retrieved from http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf

9 Anexos

Anexo A – Carta de apresentação e termo de Conentimento

Carta de Apresentação e Termo de Consentimento

Eu, Keite Valeria Alves Rebouças, regularmente matriculada no Instituto Politécnico de Coimbra e cursando o mestrado em Educação para Saúde, tenho como objetivo realizar uma entrevista para entender sobre o consumo de drogas, dentro do sistema penitenciário, com a finalidade de obter dados para minha dissertação (trabalho de conclusão do curso). Esclareço que:

-A sua participação é voluntária, e a qualquer momento você poderá desistir da entrevista, sem prejuízo algum para a pesquisa;

-A entrevista será interrompida imediatamente se você sentir algum desconforto com a situação ou não quiser continuar;

-A entrevista será gravada e as informações fornecidas serão sigilosas e utilizadas somente para o propósito de pesquisa.

-Os resultados serão processados como um todo, e não haverá identificação dos participantes;

-Não há respostas certas ou erradas, boas ou más. Fique livre para responder o que quiser.

Agradeço antecipadamente a atenção que for dispensada a mim.

Atenciosamente

Keite Rebouças

Estou ciente das condições da pesquisa descritas nesta carta de apresentação e concordo em participar como entrevistado (a).

ASSINATURA

Anexo B – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

Nome:

Sexo:()F () M Idade: Local de nascimento:

Local de residência:

Estado civil:

Filhos:

Situação matrimonial dos pais:

Com quem mora:

Questões:

- 1- Iniciação à droga (quando, que droga, em que situação)
- 2- Situação da vida ao iniciar o uso da droga, durante o uso e sem o uso: escola, trabalho, amigos, família, namorado (a) (contexto existencial: problemas, tristezas, frustrações, decepções)
- 3- Auto-estima durante o uso da droga e sem o uso (como se percebia ou se sentia em relação aos outros)
- 4- Traços de Personalidade
- 5- Prefere está em grupo ou com alguém especial ou só?
- 6-Dependência / independência dos outros para tomar decisões
- 7-Cobrança / aceitação com os outros e consigo mesmo
- 8- Rigidez / flexibilidade com os valores morais
- 9- Emocionalidade / racionalidade
- 10-Controle / descontrolo das emoções
- 11-Confiança / desconfiança em relação aos outros
- 12-Rotina (conhecido) / mudança (desconhecido)
- 13-Segurança / desafio (riscos)

Anexo C – Questionário ASSIST - OMS

Nome: _____ Registro _____

Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, luminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, briho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	3 OU 4 VEZES	5 OU 6 VEZES	7 OU 8 VEZES
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

• **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?

	NUNCA	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso Injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos → Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos → Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
 Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
 Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
 Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

Anexo D – Questionário de estrutura organizacional

Questionário de estrutura organizacional:

VISÃO ORGANIZACIONAL DIRETORIA / ASSISTENCIAS

1 – DO PONTO DE VISTA ORGANIZACIONAL COMO VOCE VÊ O PRESO?

2- E DO PONTO SOCIAL (PARA COM A SOCIEDADE) COMO VC VÊ O PRESO?

3-VOCÊ SABE DISTINGUIR UM USUARIO DE DROGAS PARA UM DEPENDENTE DE DROGAS?

4-COMO VOCÊ O PROCESSO DE TRATAMENTO DE USUARIO/ DEPENDENTES QUIMICOS?