

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Tese

**EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NA FRONTEIRA ENTRE BRASIL
E URUGUAI**

Beatriz Franchini

Pelotas, 2016.

Beatriz Franchini

**EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO NA FRONTEIRA ENTRE BRASIL
E URUGUAI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Dra. Eda Schwartz

Coorientadora: Dra. Ana Paula Muller de Andrade

Pelotas, 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Beatriz Franchini

EXPERIÊNCIAS DE PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI

Tese aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 29/08/2016

Banca examinadora:

.....
Prof^a. Dra. Eda Schwartz (Orientadora)
Pós-doutora pela Universidade de São Paulo

.....
Pós-doutoranda Ana Paula Muller de Andrade (coorientadora)
Doutora em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Prof. Dr Thomas Josué Silva (Titular)
Doutor em Antropologia pela Universidade Autônoma de Barcelona

.....
Prof^a. Dra. Michele Mandagará de Oliveira (Titular)
Doutora pela Universidade de São Paulo

.....
Prof^a. Dra. Marlene Gomes Terra (Titular)
Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina

.....
Prof^a. Dra. Cristine Wetzel (Titular)
Doutora pela Universidade de São Paulo

.....
Prof^a. Dra. Juliana Zilmer (Suplente)
Doutora pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof^a. Dra. Stefanie Griebler de Oliveira (Suplente)
Doutora pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

.....
Prof^a. Dra. Sonia Maria K. Mienke (Suplente)
Doutora pela Universidade Federal de Santa Catarina
.....

Agradecimentos

RESUMO

FRANCHINI, Beatriz. **Experiências de pessoas usuárias de substâncias psicoativas nos serviços de saúde em um município na fronteira entre Brasil e Uruguai**. 2016. 120f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2016.

A presente tese foi construída a partir do recorte de uma macro pesquisa realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai” financiada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça. Este recorte utilizou o banco de dados qualitativo de um dos municípios pesquisados e teve por objetivo analisar as experiências de uso de substâncias psicoativas e de uso dos serviços de saúde de 16 entrevistados na zona de fronteira Brasil – Uruguai. A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2015 por meio de entrevistas narrativas com pessoas usuárias de substâncias psicoativas sendo que destas, metade freqüentava um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, e a outra metade não freqüentava. A pesquisa deu-se em um cenário a zona de fronteira entre Brasil e Uruguai onde a *Cannabis* é, no lado uruguaio regulamentada e no lado brasileiro, proibida. Para a análise dos dados utilizou-se o Interacionismo Simbólico e seus principais conceitos, como: símbolo, self, mente, sociedade. Os dados coletados subsidiaram a construção de dois artigos científicos intitulados: “Uso de substâncias psicoativas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai” no qual, a partir das trajetórias individuais tentou-se evidenciar diferenças e similaridades de usuários freqüentadores e não freqüentadores do Centro de Atenção Psicossocial, com relação ao: início do uso de substâncias, a experimentação de outras substâncias, dificuldades e situações estressantes, escolha da substância principal e diferentes desfechos de vida. O segundo artigo, intitulado: “Utilização de serviços de saúde por pessoas usuárias de substâncias psicoativas na fronteira entre Brasil e Uruguai”, procurou descrever o acesso aos serviços de saúde, as formas veladas ou não de discriminação, as dificuldades no tratamento, as fragilidades dos serviços especializados, o distanciamento das equipes de saúde e o estigma social. Percebeu-se nos achados de ambos artigos que o Brasil ainda precisa avançar com relação a humanização do cuidado, já que, mesmo sendo esta uma diretriz do Sistema Único de Saúde, a integralidade da atenção não chega a ser efetivada. Além disso, entende-se que os serviços precisam se aproximar mais dos usuários e de seus desejos e que, como apontam as análises realizadas, a proximidade com o Uruguai e a regulamentação da *Cannabis* não influenciam nas trajetórias de uso e abuso de substâncias na fronteira do Brasil com o Uruguai.

Palavras chave: *Cannabis*, saúde na fronteira, integralidade em saúde

ABSTRACT

This thesis was based on a macro-survey conducted at the border between Brazil and Uruguay entitled "Identification of Indicators for the monitoring and evaluation of the impacts of the new Uruguayan policy of regulation of the Cannabis market on public health and Drug use in the border zone between Brazil and Uruguay" funded by the National Secretariat for Drug Policy of the Ministry of Justice. This cut used the qualitative database of one of the municipalities surveyed and had the objective of analyzing the experiences of use of psychoactive substances and use of the health services of 16 interviewees in the border zone Brazil - Uruguay. Data collection took place in December 2015 through narrative interviews with people using psychoactive substances. Of these, half attended a Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs, and the other half did not attend. The research took place in a scenario the border zone between Brazil and Uruguay where Cannabis is, on the regulated Uruguayan side and on the Brazilian side, prohibited. For the analysis of the data was used Symbolic Interactionism and its main concepts, such as: symbol, self, mind, society. The data collected subsidized the construction of two scientific articles entitled: "Use of psychoactive substances in the border zone between Brazil and Uruguay" in which, from the individual trajectories, it was tried to evidence differences and similarities of users who frequent and did not frequent the Center of Psychosocial Attention, with regard to: beginning of substance use, experimentation of other substances, difficulties and stressful situations, choice of main substance and different life outcomes. The second article, entitled "Use of health services by people using psychoactive substances on the border between Brazil and Uruguay," sought to describe access to health services, veiled or non-discriminatory forms, difficulties in treatment, fragilities Specialized services, distancing health teams and social stigma. It was noticed in the findings of both articles that Brazil still needs to advance with regard to the humanization of care, since, even though this is a guideline of the Unified Health System, the integrality of care is not enough. In addition, it is understood that the services need to be closer to users and their desires and that, as the analysis shows, proximity to Uruguay and Cannabis regulation do not influence the trajectories of substance use and abuse at the border Of Brazil with Uruguay.

Key words: Cannabis, border health, health integrality

RESUMEN

Esta tesis fue construida a partir del corte de una macro encuesta en la frontera entre Brasil y Uruguay titulado "Indicadores de identificación para el seguimiento y evaluación de nuevos impactos políticos uruguayos de la regulación del mercado del cannabis en la salud pública y la el consumo de drogas en la zona fronteriza entre Brasil y Uruguay ", financiado por la política Nacional sobre drogas del Ministerio de Justicia. Este corte utiliza la base de datos cualitativa de los municipios encuestados y tuvo como objetivo analizar el uso de las experiencias de sustancias psicoactivas y uso de los 16 servicios de salud encuestados en la zona fronteriza de Brasil - Uruguay. La recolección de datos se produjo en diciembre de 2015 mediante entrevistas narrativas con los usuarios de sustancias psicoactivas y la gente de ellos, la mitad asistió a un Centro de Atención Psicosocial - alcohol y las drogas, y la otra mitad no frecuentaba. La investigación se llevó a cabo en un ambiente de la zona fronteriza entre Brasil y Uruguay, donde el cannabis se regula en el lado uruguayo y el lado brasileño, prohibido. Para el análisis de datos se utilizó el interaccionismo simbólico y sus conceptos fundamentales, tales como: símbolo, uno mismo, la mente, la sociedad. Los datos recogidos apoyaron la construcción de dos artículos titulados: "El uso de sustancias psicoactivas en la zona fronteriza entre Brasil y Uruguay", en el que, a partir de las trayectorias individuales trató de poner de relieve las diferencias y similitudes de los visitantes a los usuarios y no a los asistentes al Centro atención psicosocial, con respecto a: inicio de consumo de sustancias, la experimentación con otras sustancias, situaciones difíciles y estresantes, la elección de la sustancia principal y diferentes resultados de la vida. El segundo artículo, titulado "El uso de los servicios de salud para las personas que consumen sustancias psicoactivas en la frontera entre Brasil y Uruguay", tratado de describir el acceso a los servicios de salud, las formas veladas o no la discriminación, las dificultades en el tratamiento, debilidades servicios especializados y la brecha de los equipos de salud y el estigma social. Se observó en los resultados de los dos artículos que Brasil todavía tiene que avanzar con respecto a la humanización de la atención, ya que, a pesar de que esta es una política del Sistema Único de Salud, la atención integral no es suficiente para ser eficaz. Además, se entiende que los servicios tienen que estar más cerca de los usuarios y sus deseos y, como señalan los análisis, la proximidad a Uruguay y la regulación del cannabis no afecta el uso de caminos y el abuso de sustancias en la frontera Brasil y Uruguay.

Palabras clave: Cannabis, la salud en la integridad salud fronteriza

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa descritivo dos municípios de estudo.....	41
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Etapas da Entrevista Narrativa.....	44
Quadro 2	Quadro descritivo dos municípios e serviços de saúde.....	47
Quadro 3	Proposta de Análise de Dados de Schütze.....	50
Quadro 4	Quadro demonstrativo da Pesquisa <i>Cannabis</i>	63
Quadro 5	Categorização dos dados indexados.....	70
Quadro 6	Segunda etapa da categorização.....	71
Quadro 7	Categorias Argumentativas e Descritivas.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
IPEA	Instituto de Pesquisa e Estatística
IS	Interacionismo Simbólico
JND	Junta Nacional de Drogas da República Oriental do Uruguai
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UDELAR	Universidade da La República Oriental do Uruguai

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

PROJETO DE TESE

1.INTRODUÇÃO:	15
1.1JUSTIFICATIVA.....	17
2. OBJETIVOS.....	20
OBJETIVO GERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	20
3. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	21
4. REFERENCIAL TEÓRICO	26
5. METODOLOGIA.....	46
5.1 Tipo de Estudo.....	47
5.2 Coleta de dados.....	47
5.3 Cenário e participantes do estudo	510
5.4 Aspectos éticos.....	52
5.5 Análise dos dados.....	53
6.CRONOGRAMA.....	56
7. ORÇAMENTO.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	66
ARTIGOS DE SUSTENTAÇÃO DA TESE.....	80
Artigo 1 - Uso de substâncias psicoativas na zona de Fronteira entre Brasil e Uruguai.....	80
Artigo 2 - Utilização de serviços de saúde por pessoas usuárias de substâncias psicoativas na fronteira entre Brasil e Uruguai.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112

Apresentação

O presente estudo foi elaborado como requisito parcial do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para a obtenção do título de Doutor em Ciências. Foi desenvolvido na Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado em saúde e enfermagem.

O Doutorado foi realizado na Faculdade de Enfermagem (FEN) UFPel, localizada no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de março de 2012 a agosto de 2016.

Conforme o Regimento do PPGEnf-UFPel, esta Tese de Doutorado está estruturada da seguinte maneira:

Projeto de Tese: A versão aqui apresentada incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação realizado em 19 de abril de 2015.

Relatório da Coleta de Campo: Descreve o caminho percorrido pela doutoranda no desenvolvimento de sua pesquisa com ênfase nos aspectos metodológicos da coleta de dados e em reflexões e implicações do estudo.

Artigos de Sustentação de Tese:

- 1)“Uso de substâncias psicoativas na zona de Fronteira entre Brasil e Uruguai”e,
- 2)“Utilização de serviços de saúde por pessoas usuárias de substâncias psicoativas na fronteira entre Brasil e Uruguai”.

PROJETO DE TESE

1. INTRODUÇÃO

A temática do uso abusivo e prejudicial de drogas tem sido debatida em todo Brasil, com ênfase no crack por se tratar de uma droga nova que teve uma rápida expansão devido ao seu baixo custo e fácil acesso. Neste sentido as políticas e os programas de saúde têm promovido a discussões sobre o cuidado ao usuário de álcool e drogas em geral (KESSLER e PECHANISKY, 2008).

Pensando os serviços de saúde como meios para este cuidado, o princípio da universalidade pressupõe a saúde como um bem público cujo acesso é norteado pela premissa da inclusão social. Jesus e Assis (2010) enfatizam que a garantia de acesso universal aos serviços de saúde constitui mais do que uma organização da porta de entrada de um sistema, um dos elementos centrais dos direitos à cidadania.

As dificuldades de acesso, manejo clínico, discussão de projetos terapêuticos e articulação de rede são apontadas como problemáticas por profissionais de equipes de Saúde da Família no cuidado a usuários de drogas, na identificação precoce de casos e no atendimento de situações de menor gravidade (JORGE et. al., 2013). Os autores ainda complementam que entre os profissionais de saúde há um receio de que nada possam fazer, havendo uma prática de desresponsabilização marcada pelo discurso da falta de estrutura.

Os usuários de álcool e drogas são constantemente apresentados pela mídia como marginais, fracos ou perigosos. Esses rótulos podem influenciar na forma como a sociedade percebe e acolhe os sujeitos e as suas atitudes frente a essa problemática. Absorvendo também esses conceitos negativos compartilhados socialmente, as pessoas que usam drogas podem vivenciar medo e angústia na relação com seu meio, seja com as pessoas ou com instituições, constituindo várias barreiras subjetivas ou concretas, as quais variam de acordo com as significações pessoais atribuídas à experiência de cada um com as drogas e com suas redes sociais (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Muito destes problemas advém da Política Nacional de Drogas que enfoca preponderantemente os aspectos de coerção e repressão e não os sujeitos usuários de drogas. Na América do Sul, o Uruguai, país vizinho ao Brasil inovou saindo da

chamada “guerra às drogas” e instituiu uma política voltada para a proteção dos usuários de drogas.

Em dezembro de 2013, o Uruguai aprovou a Lei n. 19.172, que regulou toda a cadeia de produção, distribuição e consumo de *Cannabis sativa*, também conhecida por maconha ou marijuana, tornando-se o único país do mundo a direcionar sua política à proteção e a promoção de saúde dos usuários de drogas. A entrada em vigor da nova legislação, em 10 de dezembro de 2014, poderá resultar em possíveis impactos ou não no Brasil, seu país vizinho, em especial sobre a segurança, a saúde e as práticas de consumo de drogas da população brasileira residente na zona de fronteira entre os dois países.

O acompanhamento, por parte do governo brasileiro, da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis*, se faz relevante uma vez que a cooperação internacional e o intercâmbio de informações são previstos na Política Nacional sobre Drogas no Brasil (Lei 11.343/2006). Desta forma, este projeto de pesquisa fará parte de uma proposta de investigação quali-quantitativa que visa realizar a “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai”, a ser desenvolvido pela Faculdade de Junta Nacional de Drogas da República Oriental do Uruguai (JND) Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL e sob Coordenação Geral da docente Beatriz Franchini (FRANCHINI e NEUTZLING, 2015). Esta pesquisa terá um período de quatro anos e terá financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD) realizado em parceria com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com a e a Universidade da República Oriental do Uruguai (UDELAR).

Assim, este projeto de pesquisa visa compreender as experiências de acesso aos serviços de saúde de pessoas que usam substâncias psicoativas na zona de fronteira do Brasil com o Uruguai, a partir de uma abordagem qualitativa. O contexto da pesquisa bem como sua justificativa, objetivos, marco teórico e metodologia serão expostos a seguir.

1.1 JUSTIFICATIVA

Desde 2011, a Universidade Federal de Pelotas executa um Projeto de Extensão financiado pela SENAD/MJ intitulado “Centro Regional de Referência para Formação Permanente de Profissionais sobre Drogas” o qual é coordenado pela autora deste projeto e já formou aproximadamente 900 profissionais das áreas da saúde, assistência social, educação, justiça e segurança pública. Este projeto de extensão é realizado a partir de capacitações de 60 horas oferecidas para os profissionais da rede pública de serviços. Já foram realizadas capacitações para profissionais de nível superior, médio e fundamental dos municípios que compõem a 3ª Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. A partir de 2014, estas capacitações começaram a ser oferecidas também para os municípios da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai.

Estas capacitações eram direcionadas a profissionais que prestavam algum tipo de atendimento a usuários de drogas e não somente aos profissionais de saúde mental. A experiência da autora durante estes anos de realização das capacitações possibilitou uma maior proximidade com os trabalhadores de diferentes áreas e realidades. Neste processo de trocas de experiências e construção de conhecimento pode-se perceber muitas similaridades entre a maioria das pessoas capacitadas.

Além disso, este contato com diferentes cenários em diferentes municípios foi marcado por alguns pontos em comum entre todos, relacionados ao medo do usuário de drogas por parte dos profissionais, ao preconceito, a imaginários de violência e periculosidade que não se relacionavam com experiências factuais, mas com o desconhecimento acerca da realidade epidemiológica do uso de drogas e com um discurso muito pautado pelo que a mídia apresentava sobre a temática. Outra questão em comum observada se relacionava a resistência e dificuldade em admitir que os serviços de saúde em geral já realizavam atendimento a pessoas usuárias de drogas, contudo os profissionais não identificavam e ainda referiam não se sentirem aptos para tal cuidado.

Por outro lado, ao estabelecer contato com as pessoas usuárias de drogas por meio das atividades de graduação como docente de saúde mental e como militante da Reforma Psiquiátrica, a autora deparava-se com relatos de extrema consternação e receio por parte dos usuários de drogas em buscar serviços de saúde mesmo quando necessitavam para outro fim senão o de tratamento para a dependência química. Muitas dessas pessoas usuárias referiam sentirem-se

constrangidos e muitas vezes evitarem ir aos serviços pois sempre que eram identificados como tal, ou recebiam algum tipo de orientação recriminatória com relação ao uso, ou eram encaminhados a outros serviços especializados, não tendo suas queixas iniciais atendidas.

Desta forma, muitos usuários acabam desistindo de realizar a busca por cuidados de saúde, afastando-se dos serviços e perdem, muitas vezes, a oportunidade de atendimento e criação de vínculo. Presume-se que esta postura dos profissionais pode estar vinculada a Política Nacional sobre Drogas que ainda coloca a pessoa usuária de drogas como uma infratora. Percebe-se ainda uma lacuna nas pesquisas científicas acerca dos usuários de substâncias na utilização dos serviços de saúde.

Contudo, há em especial uma situação relacionada ao Uruguai, país vizinho, que faz fronteira ao sul com o Rio Grande do Sul, que possui o uso de algumas substâncias descriminalizado há mais de uma década e em 2014, regulamentou a produção, distribuição e uso da *Cannabis sativa*, também conhecida como maconha ou marijuana (Uruguay, 2013)

A fronteira entre o Brasil e o Uruguai estende-se por 1069 km, ao longo de 749 km de rios, canais e lagoas e 320 km de fronteira seca. A linha divisória entre os dois países encontra-se perfeitamente demarcada pelos tratados de 1851 e 1909. O acesso entre Brasil e Uruguai se dá através de 06 (seis) cidades-gêmeas que correspondem aos municípios lindeiros que apresentam uma conurbação ou semi-conurbação com localidade do país vizinho, conformando a zona de fronteira (área geográfica que inclui as faixas de fronteira brasileira e do país estrangeiro). Estas cidades caracterizam-se por fluxos transfronteiriços mais intensos e têm sido alvos prioritários de políticas públicas (PUCCI, 2010).

A entrada em vigor da nova legislação uruguaia, em 10 de dezembro de 2014, poderá resultar em possíveis impactos internos e internacionais, ao apresentar uma alternativa ao modo como a questão vem sendo historicamente tratada. Desta forma, pode-se esperar, em especial, que exista algum efeito direto sobre a segurança, a saúde e as práticas de consumo de drogas e sobre a saúde da população brasileira residente na zona de fronteira entre os dois países.

Enquanto a 'faixa de fronteira' é uma definição legal associada aos limites territoriais do poder estatal, a concepção de 'zona de fronteira' se refere a espaço de interação no qual "Indicaria uma paisagem específica, com espaço social transitivo

composto por diferenças oriundas da presença de limite internacional e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades-gêmeas” (BRASIL, 2005, p.21). Sabe-se que as regiões de fronteira recebem influência significativa dos países que as cercam, desde a língua, até costumes e crenças. Portanto, diante desta mudança realizada no Uruguai, a qual impactou diretamente seus serviços de saúde e principalmente a sociedade, no que se refere ao modo como as pessoas usuárias de drogas são vistas e também atendidas nos serviços, questiona-se se esta mudança poderá ter impactos também nos municípios de fronteira do Brasil. Assim, a questão norteadora deste projeto de pesquisa é:

Como é a experiência de acesso aos serviços de saúde das pessoas que usam substâncias psicoativas na zona de fronteira entre o Brasil e o Uruguai?

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender as experiências de acesso aos serviços de saúde de pessoas que usam substâncias psicoativas na zona de fronteira do Brasil com o Uruguai.

Objetivos específicos

Identificar as trajetórias de acesso aos serviços de saúde de pessoas que usam substâncias psicoativas na zona de fronteira do Brasil com o Uruguai.

Conhecer as experiências de acesso aos serviços de saúde de pessoas que usam substâncias psicoativas na fronteira do Brasil com o Uruguai.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO

A assistência para pessoas usuárias de álcool e drogas no Brasil é hoje legalmente fundamentada na constituição de uma rede de serviços de caráter comunitários. Esta rede de serviços passou a ser desenvolvida a partir de uma mudança do modelo assistencial no país denominado Reforma Psiquiátrica que, por sua vez, foi estruturada a partir da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, garantindo novos direitos as pessoas no campo da saúde mental. Dentre os novos direitos está o de ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com necessidades identificadas (BRASIL, 2004).

No Brasil, a partir da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, os cuidados à Saúde Mental passaram a priorizar a utilização de dispositivos na Rede Básica, que promovessem a descentralização de suas ações. Neste sentido, o processo de tratamento/acompanhamento do dependente químico pode ser realizado de várias formas, como em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), (BRASIL, 2002). É possível ainda realizar-se desintoxicações a nível ambulatorial, internações breves em hospitais gerais para desintoxicação em caso de problemas clínicos associados, participação em grupos de auto-ajuda, internações temporárias em Comunidades Terapêuticas, ou acompanhamento de consumo e promoção da saúde realizado por Programas de Redução de Danos. Contudo, há uma discrepância entre a legislação existente e as práticas nesta área, pois apesar do aumento da oferta de serviços ainda é apontada em pesquisa recente que há uma dificuldade de acesso dos usuários a estes serviços (BASTOS, 2014).

Em 2002, por meio da Portaria GM/MS n.º816, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. A atenção em rede de serviços aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos estejam articulados de forma complementar garantindo a continuidade da assistência e cuidado integral,

caracterizando um modelo de assistência intersetorial. No entanto, observa-se uma deficiência no diálogo estabelecido entre os serviços pertencentes à rede, implicando a necessidade de ações sistematizadas que potencialize a interação dessas instituições, da atenção básica a urgências psiquiátricas (BRASIL, 2010).

As políticas públicas na área de álcool e outras drogas vêm sofrendo transformações importantes nos últimos anos, buscando diminuir as lacunas assistenciais, especialmente para usuários de crack, como o aumento e a diversidade da rede de atenção e acesso a estes usuários. O Ministério da Saúde lançou em junho de 2009 o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) no sistema único de saúde (SUS), que teve como objetivo priorizar a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, além de ações intersetoriais previstas por um conjunto de medidas específicas do campo da saúde. O PEAD teve como eixos de atuação: a) ampliação do acesso ao tratamento; b) a qualificação da rede assistencial; c) estímulo a ações intersetoriais e d) apoio a ações de promoção e enfrentamento do estigma (BRASIL, 2010). O desenvolvimento desta política de implantação e fortalecimento de uma rede de atenção comunitária foi realizada no sentido de fazer frente ao que foi denominado como uma epidemia do uso de cocaína na forma de crack (BRASIL, 2011).

O termo “epidemia”, apesar de não condizer com a realidade dos dados apresentados nas pesquisas, se dá devido ao aumento da veiculação de notícias acerca de usuários de crack que circulam e fazem uso pela rua. Para a autora, esta forma de tornar ‘visível’ esta realidade fez com que houvesse uma “corrente forte contra o abuso deste, transmitindo a imagem de perigo e fatalidade que remete o problema especificamente à droga, à substância e não à vulnerabilidade do indivíduo...”, mascarando as fragilidades das políticas públicas (FERREIRA, 2013 p. 17).

Conforme o II Levantamento Nacional do uso de álcool e drogas realizado em 2005, verificou-se que houve um aumento de 3,4% se comparados com os dados de 2001. A comparação das percentagens de uso na vida das drogas entre 2001 e 2005 mostrou que houve aumento no uso da maconha, benzodiazepínicos, estimulantes, solventes e cocaína. Ao realizar uma análise comparando as regiões brasileiras, a Região Sul apareceu liderando o uso na vida de crack (1,1%) seguidos

de analgésicos opiáceos (2,7%). Neste mesmo estudo, o uso do álcool na vida também apresentou um aumento passando de 68,7% para 74,6%, onde a prevalência de dependentes de álcool entre a população brasileira foi de 12,3%. Dentre estes dependentes, 11,4 % demonstraram desejo de diminuir ou parar. A prevalência do uso de cocaína na vida é de 2,3%, de crack 1,5% e de Merla 0,2% (CARLINI, 2006). Fazendo uma análise mesmo que superficial, percebe-se que os dados relacionados ao consumo de crack são bastante pequenos se comparados ao álcool e ao tabaco. O uso de crack figura somente nos dados relacionados à experimentação (uso na vida) e não chegam a ter um índice mínimo de representatividade ao pesquisar-se a dependência.

Ainda com relação ao uso de substâncias psicoativas, a Fundação Oswaldo Cruz realizou uma pesquisa em 2013 que revela que a maioria da população que usa regularmente crack é de não brancos (80%), solteiros (60,6%), do sexo masculino (78%) e com baixa escolaridade (entre 4ª e 8ª série). A maior parte sobrevive de trabalhos esporádicos (64,9%) e de esmolas (12,8%). Como maior motivo para uso, apontou-se vontade e curiosidade. Mas 29,2% indicaram perdas afetivas, problemas familiares e violência sexual. Para os autores os achados apontam a necessidade de se reforçar laços familiares e as ações preventivas nas escolas (BASTOS e BERTONI, 2014). Outra questão enfocada no estudo foi que a maioria dos usuários de crack seria de homens negros com baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade. Estas características também vão ao encontro de pesquisas sobre a população que mais morre por consequência, principalmente, do tráfico de drogas (ADORNO, 2008; SAPORI, et al, 2010).

Ainda nesta pesquisa da Fiocruz, um dos indicadores que mais chamou a atenção foi o do uso concomitante com outras substâncias como cigarro e álcool, sendo o álcool, o causador de piora na sobrevivência, refutando as notícias relacionadas às mortes causadas exclusivamente pelo crack. Outro ponto ressaltado foi o tempo de uso, sendo que nas capitais brasileiras a média chega a ser de 8 anos e em outros municípios, de 5 anos contradizendo as hipóteses divulgadas pela mídia e alguns autores de morte precoce como nos escritos de Ribeiro et al, (2006) e Diehl et al, (2011). As conclusões da pesquisa apontam que não se trata de um problema agudo que em pouco tempo leva à morte, mas como qualquer doença crônica, exige a implementação de uma rede de atenção diversificada, com Consultórios de Rua

para acolhimento dos usuários para tratamento de outros problemas de saúde (BASTOS, BERTONI 2014).

Esta mesma pesquisa estampa a dificuldade de acesso a serviços de saúde e assistenciais por usuários de substâncias psicoativas. Embora a maioria dos entrevistados (78,9%) revele interesse em buscar tratamento, uma pequena parcela (6,3%) revelou ter recebido atendimento em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (Caps-AD). Percentuais ainda menores procuraram comunidades terapêuticas (4,2%). Disparidade esta não esclarecida nesta pesquisa, o que revela uma lacuna investigativa acerca do distanciamento entre o usuário que deseja tratamento e os serviços oferecidos (BASTOS, BERTONI, 2014).

O direito à saúde, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal pressupõe a adoção de políticas sociais e econômicas que visem: a) à redução do risco de doenças e outros agravos; e b) ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação. O Sistema Único de Saúde define acesso à saúde como universal, condicionado apenas à opção do cidadão pelo Sistema Único de Saúde no tocante à assistência terapêutica individual; integralidade da assistência condicionada à viabilidade técnica, científica, epidemiológica, ética, igualitária (BRASIL, 1990).

Segundo a ótica da Organização Mundial da Saúde (OMS), a promoção de saúde é definida como o processo pelo qual as pessoas são habilitadas a melhorar a sua saúde e aumentar o controle sobre ela. Assim o indivíduo pode por um lado, compreender suas aspirações e satisfazer suas necessidades, e, por outro lado, modificar e cooperar com o ambiente. A saúde é, dessa forma, vista como um recurso para a vida cotidiana. É um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais. A promoção de saúde extrapola o acesso físico ao sistema de saúde e engloba outros aspectos, como o conhecimento do indivíduo sobre suas próprias necessidades e aspirações (OMS, 2012).

No Brasil, o uso de algumas substâncias psicoativas tais como a Cannabis ainda é considerado uma atividade ilícita. Apesar do maior número de usuários e dependentes ser de álcool, uma substância consumida legalmente, o uso das demais, que representam 10% são socialmente criminalizadas (CARLINI, 2006). Enquanto o uso de álcool é estimulado através dos canais de comunicação como televisão, rádio e internet, o uso das demais substâncias é exposto como nocivo e relacionado muitas vezes à delitos e criminalidade, através de mensagens do tipo

“usuário de drogas preso ao furtar residência”, “suspeito de homicídio era usuário de drogas”, dentre outras.

Por vezes, parece ser de senso comum associar o uso de substâncias psicoativas à criminalidade, tal como vem sendo discutido pela mídia, contudo não será o tema deste trabalho. O que torna esta questão relevante para a discussão e apropriada neste momento é como esta construção social que envolve o tema do uso de substâncias psicoativas influencia na oportunidade ou não de tratamento buscado por uma pessoa que faz um uso problemático de substâncias e considera necessário algum tipo de acompanhamento, tratamento (FANTUZI e AARÃO, 2010).

Apesar da oferta de tratamento em saúde ser de caráter universal e no Brasil ser garantida a toda população, independente da classe social e do nível de complexidade, percebe-se dentre os estudos realizados com pessoas usuárias de substâncias psicoativas, que os índices de pessoas em acompanhamento/tratamento estão aquém da sua totalidade (BASTOS, BERTONI, 2014; CARLINI, 2006).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Os achados mais relevantes de pesquisas qualitativas de cunho sócio-antropológicos realizadas com usuários de substâncias psicoativas apontaram para o uso do Interacionismo Simbólico (IS) como percurso teórico-metodológico que melhor se adapta a compreender fenômenos ditos desviantes da sociedade, bem como, ele foi utilizado inicialmente pelo sociólogo Howard Becker, o psiquiatra Norman Zinberg, o psicólogo Jan-Poul Grund e o sociólogo Irvin Goffman. Além disso tem sido utilizado nas ciências sociais e na saúde por apresentar uma concepção em que tenta compreender o significado das ações individuais e coletivas ao serem construídas a partir da interação entre as pessoas.

Neste estudo será utilizado o IS por evidenciar a importância da realidade socialmente explicada e em como grupos diferentes reagem de forma diferente ao mesmo tipo de estímulo e de como o mesmo é socialmente experienciado (CHARON, 2010).

Experiência é um dos fundamentos que foram introduzidos na escrita histórica que tem se dedicado ao estudo das “mentalidades coletivas, de determinações econômicas, sociais ou culturais de comportamento individual, até das influências dos motivos inconscientes sobre o pensamento e ação – estão entre os defensores mais ardentes da necessidade de dar atenção à ‘experiência’” (SCOTT, 1998, p. 305). Pensar em analisar os fatos existentes a partir do acompanhamento da experiência pode ser uma alternativa convergente com os objetivos deste estudo e com a escolha do referencial teórico do interacionismo simbólico.

O IS é um referencial teórico-metodológico que usa procedimentos tais como: estudos de caso, entrevistas, observação participante, história de vida, conversações, análise de documentos, cartas, diários entre outros. Assim, o IS é uma das formas de se interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas.

O IS surgiu com George Herbert Mead, na escola de Chicago, o qual juntamente com outros pioneiros iniciaram discussões sobre o behaviorismo e o pragmatismo, contrastando com outras perspectivas metodológicas da época. Sob influência de Darwin com seus estudos sobre os seres da natureza, Mead defendia a necessidade da observação do comportamento real das pessoas e suas reações e interações em seu meio. Também compreendia que os estudos deveriam focar-se no comportamento humano para que fosse possível entender o ser humano (CHARON, 2010). Nesta perspectiva o IS começa a ser utilizado por pesquisadores de várias áreas como a sociologia, antropologia, filosofia e também a ser construído a partir de um conjunto de conceitos e particularidades.

O IS utiliza os símbolos para sua compreensão e interpretação, entre eles se encontram principalmente as palavras. Para compreender os símbolos é preciso compreender a 'realidade' e os 'objetos sociais'. No IS, todos os objetos são considerados objetos sociais, pois, para que uma pessoa compreenda o que é alguma coisa, para que serve, de que é feito, ela depende da fala de outra pessoa. A visão do IS revela que o ser humano aprende a partir de outro, por isso que os objetos, no IS são considerados "objetos sociais". Cada objeto terá um significado diferente, pois dependerá da avaliação de cada pessoa e também da atribuição a ele dado (CHARON, 2010).

O ser humano vê o mundo através de perspectivas desenvolvidas socialmente. A realidade é social e o que se observa é desenvolvido a partir da interação entre as pessoas. O mundo é interpretado de acordo com definições sociais. As pessoas reagem às situações, as interpretam e decidem o que fazer. Portanto as pessoas existem numa realidade física objetiva e numa realidade social e a existência é aprendida por meio desta interação social.

Há ainda a realidade interna, vivenciada e elaborada por cada pessoa. Em uma pesquisa realizada com 30 jovens que saíram do tráfico de drogas, realizada em favelas do Rio de Janeiro, revelou que a realidade do tráfico faz parte do cotidiano das famílias, que a todo o momento os jovens são assediados para entrarem neste dito trabalho a fim de garantir sustento e segurança para as famílias e que mesmo os que saem do tráfico são mal vistos e sofrem ameaças por terem informações privilegiadas e poderem realizar denúncias tanto à polícia quanto a grupos rivais (MEIRELES, GOMEZ, 2009).

Por outro lado, Karl Hart, professor de neurociências da Universidade de Columbia, nos EUA, realizou pesquisas com usuários de crack, a partir de experiências próprias por ser negro, ter crescido em um bairro pobre e não ter optado pelo uso de substâncias, como seus amigos e familiares. Nestas pesquisas, os usuários tinham opções de escolha entre a substância ou uma recompensa financeira ou mesmo social e comprovou que existindo opções ao uso, a pessoa pode decidir sobre o que fazer, problematizando teorias anteriores de que a pessoa perderia a condição de se auto-gerenciar a partir do uso, principalmente do crack (HART, 2013).

Percebe-se nestes dois estudos que mesmo havendo uma realidade externa que exerça influencia existe outra que é a interna que também poderá induzi-lo para o uso ou não de substâncias psicoativas. Desta forma, a substância não deve ser o centro da atenção e, sim, a pessoa e suas relações com o meio.

Para compreender as experiências de acesso aos serviços de saúde de usuários de substâncias psicoativas, nos apoiamos nas propostas de Charon, (2010). Para o autor, o IS segue cinco idéias centrais. A primeira, de que o homem é um ser social e que o estudo de determinado fenômeno ocorre por meio da observação desta interação. A segunda é de que o homem precisa ser estudado como um ser pensante, que não é somente produto deste meio, como se fosse condicionado, portanto deve-se levar em consideração seu modo de agir. Desta forma, ao utilizar-se o IS como base de pesquisa, será possível compreender os significados, a partir do olhar da pessoa.

A terceira, é de que o homem não é somente influenciado pelo ambiente. Na verdade, são eles próprios que definem a situação. Um ambiente pode realmente existir, mas é a nossa definição que torna ou não isto importante. Devido a isto se trouxe as diferentes interpretações de acesso aos serviços de saúde a este projeto, pois parte-se do pressuposto de que o acesso esteja permeado por diferentes questões como, geográficas, econômicas, sociais, ambientais e pessoais, bem como culturais.

A quarta está relacionada com a temporalidade, pois define que não é somente o passado que nos influencia, refere que a causa das ações também é resultado do que está acontecendo no presente. Enfim, a quinta idéia, refere que o homem é um ser ativo em seu ambiente, ele não é visto como passivo em relação ao que o cerca, mas ativamente envolvido com este.

Desta forma compreende-se que para investigar determinada experiência a partir do IS, poderão ser contempladas questões ambientais, temporais e interacionistas que influenciaram de alguma forma determinado acontecimento, a partir da compreensão da pessoa a ser estudada. Levando em conta seu universo, sua trajetória de vida, seu momento presente e sua interpretação dos fatos.

Com relação ao uso de substâncias, muitas vezes, a pessoa é colocada em segundo plano neste processo de interação (SILVA et al, 2005; DIEHL et al, 2011). Contudo, há vários estudos que apontam que o meio externo tem influencia sobre a utilização de drogas, principalmente no que concerne a falta de condições de moradia, desemprego, baixa escolaridade, falta de perspectiva de futuro (BASTOS e BERTONI, 2014; JACOBIAN, NERY FILHO, 1999; MACRAE et al., 2013)

Iniciando o percurso através do IS, discutiremos aqui seus conceitos centrais, que são: símbolos e self (eu e mim), mente, interação social e a sociedade.

Para compreender os símbolos, é preciso antes entender o que seria a realidade e o objeto social. Os seres humanos existem numa realidade física e social, onde aprendem através da interação. Para Charon (2010), a realidade é construída desta forma, visto que as pessoas interpretam o mundo de acordo com as definições sociais. Quando se define uma situação, a mesma é altamente influenciada por como a sociedade em seu entorno a define. O autor refere que há uma realidade física e outra social, em que inicialmente uma pessoa pode até responder fisicamente a determinado estímulo ou interação, mas que depois, a partir da interpretação do fato, ela vai decidir uma linha de ação, de como irá reagir socialmente.

Além destas duas, há uma terceira, a interna, ou seja, uma interpretação pessoal da realidade, na qual se interpreta os acontecimentos e tiram-se as próprias conclusões, que podem ser completamente diferentes de uma pessoa para outra que viveu uma mesma situação.

Para Charon (2010), há, portanto 3 (três) realidades, a física (concreta), a social (aparente) e a interna (pessoal).

Com relação então aos objetos, na perspectiva do IS, eles são denominados como objetos sociais. Inicialmente parte-se dos objetos como eles são, numa forma física, mas apesar de existirem fisicamente, eles são vistos, compreendidos e recebem significado a partir do que lhes é, de certa forma, ensinado. As pessoas interagem com os objetos sociais a partir da forma que os demais o fazem, como se

os objetos fossem aquilo que as pessoas dizem ser. Apesar de que também poderá haver variações de interpretações individuais e com o uso que aquilo terá para cada pessoa. Portanto os objetos sociais são definidos de acordo com o uso das pessoas envolvidas em determinada situação (CHARON, 2010).

Qualquer coisa pode ser um objeto social, desde que seja usado para determinada situação. Nosso uso o define e quase sempre foi criado socialmente. Ele muda assim como o uso dele por nós pode mudar (CHARON, 2010).

Ainda para o autor, os símbolos são então objetos sociais, que são criados socialmente, que tem usos e significados diferentes e eles são compreendidos pelos que os usam. Os símbolos são então usados para comunicar, representar algo e, também, para que compreendamos o significado de alguma coisa ou acontecimento. Os símbolos podem ser objetos, linguagem, palavras, expressões, etc. Outra questão destacada é de que os grupos sociais podem reagir de maneira diferente ao mesmo estímulo, pois em cada realidade social, este estímulo será vivenciado de maneira diferente e, isto, poderá ser observado na interação das pessoas.

São os símbolos que traduzem o mundo, eles estão entre a realidade e o que as pessoas veem e fazem. Para o ser humano, os símbolos criam a sua realidade, fazem com que seja possível viver numa sociedade complexa e contribuem para um grande numero de qualidades que fazem o ser humano ser único na natureza.

A tradução do mundo é realizada pelos símbolos partindo de uma realidade física para uma realidade que se possa compreender, interpretar, dissecar, integrar e testar. O símbolo encontra-se entre a realidade e o que vemos e fazemos. Uma vez aprendido o símbolo as pessoas passam a fazer o que é designado por eles.

Na temática das substâncias psicoativas, percebe-se que durante séculos seus conceitos de uso, abuso, legalidade, ilegalidade variaram. Algumas substâncias que, inicialmente eram de uso recreativo ou até utilizadas como medicamentos, passaram a ter seu uso proibido, criminalizado, depois liberado novamente, como por exemplo, o álcool, na Lei Seca da década de 1930 e a maconha, atualmente, que tem seu uso medicinal liberado em vários lugares como Portugal, Holanda, alguns estados americanos (CARNEIRO, 2012). Estas mudanças na forma como uma mesma substância é socialmente aceita ou rejeitada varia tanto pelas descobertas científicas de seus benefícios ou malefícios, como pela forma em que as mesmas são transmitidas à população, a partir da importância dada e as reações que irão gerar. Atualmente, os meios de comunicação têm um importante

papel em definir o que é relevante ou não e também o que é positivo ou negativo em determinada situação. Por isso, são inclusive chamados de ‘formadores de opinião’.

Para Guerra (2002) as chamadas “doenças sociais” não têm uma existência visível a não ser que a mídia fale delas, ou seja, desde que sejam reconhecidas como tal pelos jornalistas. Admitindo que a mídia atue sobre um momento e fabricam coletivamente uma representação social (significados) que, mesmo distante da realidade, perdura apesar dos desmentidos ou das retificações posteriores, pois ela não faz mais do que reforçar as interpretações espontâneas e os pré-juízos, tendendo assim a redobrá-los. Esta situação de pânico social criado tem sido evidenciada pela classificação do uso de crack no Brasil como epidemia, haja vista que, os números apresentados nas pesquisas não se enquadram nos conceitos da epidemiologia para receber tal denominação.

Outra questão que chama atenção na questão das drogas, com relação ao papel da mídia e a construção do pânico social, seria a forma como as pesquisas são apresentadas. Ainda tomando como exemplo o crack que nas duas primeiras pesquisas nacionais apresentava índices entre 0,7 a 1% da população, na última realizada em 2013, ao manter os mesmos índices teve sua divulgação em números absolutos e não mais em porcentagens, ao invés de ser referido com 1% da população estavam fazendo uso, foi divulgado que existiam 370 mil usuários de Crack no Brasil (CARLINI 2001, 2006; BASTOS, 2013).

Obviamente este tipo de notícia e construção de informação também tem interesses políticos e econômicos, pois a partir desta última pesquisa foi liberado financiamento de 10 mil vagas de internação em Comunidades Terapêuticas pelo Ministério da Justiça através da SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), aquém da regulação das secretarias de saúde e dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2014).

Goffman (2012) refere que a criação social de um estigma serve para que as demais pessoas se sintam normais e confortáveis no meio em que vivem. Desta forma, cria-se uma determinada separação entre as pessoas que cumprem o que é socialmente esperado e aceito e as que não o fazem, sendo assim consideradas incorretas ou inconvenientes em sua forma de ser no mundo. Contudo, conforme o autor, a fonte e a perpetuação de uma situação estigmatizante não dependem somente da sociedade externa, mas também depende do próprio estigmatizado, ou seja, símbolo, mente, self e interações construídas na sociedade.

Para Charon (2010), o processo social no interior do indivíduo é chamado de self. Ao possuir um self, o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas, ele interage socialmente consigo mesmo e age em relação a si próprio. Desta forma, torna-se objeto de suas próprias ações dentro da sociedade.

O estigmatizado não se reconhece como pertencente de determinado contexto, percebendo-se diferente dos demais e a interação pode ser uma grande fonte de mal-estar, sentindo-se exposto quando “entre os normais”. Há também uma sensação de insegurança por não saber o que os outros pensam exatamente sobre ele e como será tratado. Seu comportamento pode variar entre o retraimento e a agressividade, tendo desta forma uma interação angustiante (GOFFMAN, 2012). Desta forma, pode-se existir uma dificuldade de interação então entre um usuário de substâncias psicoativas e profissionais dos serviços de saúde, tratando-se de uma possível barreira de acesso.

Ainda conforme Charon, (2010), a formação do Self teria quatro estágios: o primeiro ocorre a partir do nascimento em um mundo que age sobre ele, não existindo ainda um self. Após o nascimento há um estágio preparatório, ou pré-simbólico, onde a criança imita os adultos e sua visão sobre si dependerá de como é vista e tratada pelos demais.

No segundo estágio há a aquisição da linguagem e compreensão dos objetos, ‘quem sou eu’, ‘como eu sou’, ‘como devo ser’ ‘o que devo fazer’. Começam a surgir comparações com os demais e o destaque de determinadas características. A criança pode ainda brincar de serem outras pessoas, assumindo outras personalidades, trejeitos, outros selfs.

O self é definido e recebe significado através da interpretação do outro, por exemplo, ao cumprimentar uma criança dizemos: “olá, Andrew!” (eu sou Andrew), ou ainda “Muito bem, bom garoto, Andrew!” (eu sou um bom garoto). Neste estágio a criança precisa ser guiada, mas não necessariamente pelo grupo, pois a visão de somente uma pessoa será suficiente para que ela consiga compreender (CHARON, 2010, p.75)

O terceiro estágio, a criança coloca em prática tudo que aprendeu, a partir da necessidade de fazer parte de um grupo, ocupando uma determinada posição. O self ainda pode mudar durante a interação com outras pessoas, mas não tão radicalmente quanto nos estágios anteriores. Este seria o estágio de maturidade social (CHARON, 2010). A pessoa fica face a face com as regras sociais, com suas

perspectivas. O último estágio se dá a partir do momento em que o indivíduo passa a interagir com diferentes grupos sociais e traz deles diferentes referências

Em seus estudos, Meireles e Gomez (2009) identificaram que os jovens apontaram que a entrada no tráfico de drogas confere um certo poder, melhoria da auto-estima, visibilidade social, seria o que é chamado de 'subcultura viril' propiciada pelas armas, que aparentemente compensam a vulnerabilidade dos jovens.

O Self então é compreendido como um objeto social, ao interagir com os outros, também interage consigo mesmo. Ao dar significado as ações das pessoas, consegue perceber o significado das suas próprias, sendo agente direto da interação e da reflexão. Charon (2010) pontua que o indivíduo é analisado como um ser ativo, ou seja, age no meio baseando-se nos conceitos formulados a partir de vivências próprias, considerando, possíveis influências da interação com outros e do momento presente. Desta forma, as pessoas terão também diferentes selves dependendo de com quem interagem.

Além disso, há diferentes formas do self agir, pois conforme o autor há três categorias dentro do self que estariam relacionadas a capacidade do self de falar consigo mesmo (self-communication), de se ver e se colocar em determinadas situações (self-perception) e de julgar dizer a si mesmo o que fazer em cada situação (self-control). Portanto, todas as pessoas são capazes de agir a partir do seu meio e delas mesmas.

A mente, um outro conceito trazido por Charon, está relacionada à atividade do self, ao ato de pensar, refletir. No Interacionismo, apesar de ser entendida como uma ação, não está relacionada a nada biológico como o cérebro, por exemplo, mas também não se trata do inconsciente. A mente é toda a ação mental quando estamos conscientes, e que existe graças aos símbolos e ao self. Pode ser melhor definida pelo autor como toda ação simbólica em direção à si mesmo.

Este conceito traz relação com o tema estudado porque, conforme Charon, é a Mente que diz a própria pessoa como ela deve agir em relação ao mundo que a cerca. A pessoa tem capacidade de aplicar o que sabe e fazer planos diante de cada situação.

Através da Mente é que se entende o que se está fazendo bem como a falha ou o sucesso de cada ação e a reação dos outros sobre o que estamos fazendo. Desta forma é possível planejar o que fazer e compreender melhor as

consequências de cada ato e que as mesmas estariam ligadas as nossas próprias ações.

Neste processo Charon (2010) também inclui a imaginação e o colocar-se no lugar do outro para que se possa ter uma perspectiva da situação a partir do outro. De fato há uma inter-relação bastante complexa entre colocar-se no lugar do outro, o self, os símbolos e a mente, sendo muito difícil separar estes processos pois além de surgirem juntos, um depende do outro e influenciam um ao outro. Este conjunto é que irá determinar as formas de interação e a ação humana.

A Ação humana é compreendida como um processo constante e contínuo que nunca acaba, exceto quando morremos. Charon (2010) divide o fluxo da ação em alguns atos que se iniciam pelo impulso: o primeiro, o desequilíbrio ou desconforto, que dá início ao processo de ação; segundo seria a Percepção no qual seria realizada uma análise da situação, o terceiro, o da Manipulação onde a pessoa utiliza seu ambiente, age sobre isto, lida com as consequências de acordo com seu uso; e, por fim, o da Consumação, quando o objetivo é alcançado. As ações nem sempre são consumadas, pois no meio do caminho pode surgir a necessidade de uma outra ação. Apesar de parecer um simples processo, a ação é desencadeada por três grupos de causas que seriam a livre escolha, a personalidade e o ambiente social, desta forma, o interacionismo simbólico tenta compreender a ação a partir de um conjunto de decisões ao longo do processo.

Relacionando à questão das substâncias, considera-se que há uma interação entre ela, a pessoa e o ambiente e que, para que o uso seja problemático deve haver a consideração destes três elementos, pois os efeitos a partir de uma exposição irão ser diferentes em cada pessoa, cada um definirá uma forma de relação que dependerá tanto dela quanto do ambiente (MARTINS, 2013).

No IS, cada dupla de pessoas, grupo, organização, situação de interação, cada mundo social, mesmo que temporário, é uma sociedade, mesmo que em inicial estágio de desenvolvimento. Desta forma, multidões, grupos, organizações e sociedades são todas feitas de pessoas que interagem, que se comunicam, se colocam no lugar do outro, interpretando uns aos outros, ajustam seus atos ao dos outros, direcionando e controlando seu Self, compartilhando perspectivas.

Para Charon (2010), a sociedade envolve ações de cooperação entre indivíduos, envolve ações em que os atores trabalhem juntos, apesar de seus objetivos ou interesses individuais e diferenças pessoais. Esta cooperação entre

indivíduos é embasada no estabelecimento de comunicação permanente, responsabilidade mútua, reconhecimento do outro como um objeto social (identificar sua função na interação), definição conjunta de objetos sociais (ter um foco comum) e desenvolvimento de objetivos comuns na interação.

As práticas de consumo de substâncias psicoativas começaram a ganhar relevância científica a partir da década de 1960 por sociólogos e antropólogos os quais apontaram a necessidade de se levar em conta o saber detido pelo grupo de usuários (a chamada cultura da droga), incluindo aspectos como valores, as regras de conduta, os rituais sociais que regem diferentes modalidades de uso assim como a estrutura de vida do usuário e a disponibilidade das substâncias.

Na década de 1990, estas idéias foram retomadas na Holanda por Grund em um estudo sobre comportamento de risco para a Aids entre usuários de drogas injetáveis e complementou o trabalho de Zinberg pois agregou outros dois fatores: o grau de disponibilidade da droga e a estrutura de vida do usuário. Segundo Grund, a estrutura de vida, a disponibilidade de droga e as normas, regras de conduta e rituais sociais são fatores interativos, em um processo circular, internamente coerente e no qual esses elementos são modulados pelos resultados. Sendo um circuito de retroalimentação (feedback circuit) que determina a forçados processos de auto-regulação, controlando o uso de substâncias psicoativas (apud MARTINS, 2013).

O sociólogo Howard Becker concentrou seus estudos com usuários de maconha e demonstrou que os mesmos devem aprender a usar sua droga corretamente para obter os efeitos desejados. Este aprendizado inclui métodos de aquisição do produto, as maneiras de consumi-lo, o reconhecimento dos seus efeitos e as maneiras de justificar, para si e para os membros da sociedade envolvente, seu engajamento nesta prática, ilícita e estigmatizada (BECKER, 2008).

Nas décadas seguintes, Zinberg, estudando o uso de diversas drogas ilícitas, chamou a atenção para a necessidade de se diferenciar entre o “uso controlado” e o “uso compulsivo” de substâncias. O primeiro, que até então tinha sua existência pouco conhecida, teria baixos custos sociais, enquanto o segundo, disfuncional e intenso, teria efeito contrário. O que os distinguiria é que o primeiro seria regido por regras, valores e padrões de comportamento veiculados tanto pela cultura hegemônica quanto pelas subculturas desenvolvidas por diferentes grupos de usuários. Esses controles sociais, fossem eles formais ou informais, funcionariam de

quatro maneiras: a) definição do que seria aceitável e o que fugisse a esse padrão seria condenável; b) limitação do uso a meios físicos e sociais garantindo segurança; c) identificação de efeitos potencialmente negativos e d) distinção dos diferentes tipos de uso e com isso diferentes obrigações e relações com as esferas não diretamente associadas com os psicoativos. Além disso, Zinberg traz uma importante contribuição a compreensão do fenômeno do uso de drogas pois ele inclui outros determinantes além da substância em si e seus possíveis efeitos, o autor inclui o 'set' que estaria relacionado a atitude da pessoa no momento do uso, incluindo sua estrutura de personalidade e o 'setting' que seria a influencia física e social do local onde ocorre. No Brasil esta tríade foi traduzida como a droga, o ambiente e a pessoa (MARTINS, 2013).

No Brasil, a Unifesp realizou uma pesquisa etnográfica entre 2004 e 2005 e identificou os padrões de consumo de usuários de crack e embora a maioria dos usuários o faça de forma compulsiva, observou-se a existência do uso controlado o que até então era inimaginável entre usuários desta substância (OLIVEIRA; NAPPO, 2007). Estes achados também foram reforçados pela recente pesquisa nacional do uso de substâncias visto que identificou que a média de uso de crack pode variar entre 8 e 15 anos, refutando as hipóteses de morte precoce e impossibilidades de uso controlado (BASTOS; BERTONI, 2014). Em Pelotas/RS também foi realizada uma pesquisa etnográfica com usuários de crack que identificou histórias pessoas que faziam uso controlado desta substância (FERREIRA, 2013).

O cuidado a saúde das pessoas depende diretamente deste tipo de cooperação, de trocas e, ao retomarmos para a questão do acesso de usuários aos serviços de saúde e voltarmos nosso foco para o processo de interação, por vezes prejudicado, entre o usuário e os profissionais dos serviços. Ronzani et al. (2014) identificam que há uma dificuldade no cuidado ao usuário de substâncias por serem vistos de forma estigmatizada pelos profissionais de saúde. Muitas vezes, o consumo nem é compreendido como um problema de saúde, mas como falha de caráter, restringindo desta forma as possibilidades de acolhimento e acesso destas pessoas. Estes mesmos autores complementam que há uma tendência dos profissionais não se sentirem motivados a desenvolver estratégias de prevenção e tratamento por acreditarem que os usuários não irão conseguir parar de consumir e, conseqüentemente se afastam destes (RONZANI et al., 2014).

Jorge et al, (2013), ao estudarem a rede de atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas perceberam que os mesmos, ao procurarem os serviços de saúde em busca de cuidados de alguma outra ordem na área de saúde, acabam sendo precocemente encaminhados aos CAPS, sem nem mesmo referirem desejo ou intenção de tratamento para a dependência química. Os autores consideram que os serviços de atenção primária poderiam estabelecer um vínculo com esta pessoa, realizar ações de redução de danos, fazer um acompanhamento, mas que, ao contrario, preferem encaminhá-los diretamente aos serviços especializados. Contudo esta estratégia tem pouca resolubilidade, pois os usuários tendem a deixar de procurar os serviços ou acabam abandonando o tratamento.

Toda sociedade começa onde as pessoas interagem. E toda sociedade pode ser compreendida a partir da maneira como as pessoas interagem. Desta forma pretende-se compreender como este fenômeno interfere na relação entre os usuários de substâncias psicoativas e os profissionais dos serviços e como esta relação pode influenciar no acesso a qualquer tipo de tratamento de saúde destas pessoas.

Neste sentido, se faz necessário discutir um pouco mais as formas de relação entre os usuários e os serviços, no que tange a utilização dos mesmos, as formas de acesso e os possíveis fatores que possam dificultar estes processos.

O conceito de uso dos serviços de saúde compreende todo contato direto como consultas médicas, hospitalizações ou indireto como a realização de exames preventivos e diagnósticos, com os serviços de saúde (TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Ainda conforme os autores, este processo é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura os cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema.

Alguns autores tentaram desvelar as questões que dificultam a entrada e permanência das pessoas nos serviços e elencar causas da dificuldade de adesão ao tratamento. Para os mesmos entre os principais fatores estão os relacionados ao próprio paciente, às suas crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, ao tipo de tratamento, à instituição e à equipe de saúde (GUSMÃO, MION JUNIOR, 2006).

A Organização Mundial da Saúde elenca cinco fatores como relevantes na adesão ao tratamento, sendo estes: sistema e equipe de saúde, fatores econômicos, fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados à doença e fatores relacionados ao tratamento (OMS, 2003).

Neste contexto o acesso também pode ser entendido como acessibilidade e ter diferentes abordagens sendo estas a geográfica, a cultural, a econômica e a funcional (UNGLERT et al, 1987). A noção geográfica de acesso vai desde a consideração da distância que a pessoa deve percorrer até chegar a um serviço de saúde, bem como o tempo gasto e o seu custo. Em estudo brasileiro sobre barreiras geográficas de acesso, os mesmos autores identificaram a presença de represas, rios, vias expressas com alto fluxo de veículo, leito de estrada de ferro, grandes áreas verdes e a presença de grandes áreas fechadas, sendo estes conceituados como “obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana que orientam a organização de fluxos numa dada estrutura de circulação” (UNGLERT et al, 1987, p. 441).

A dimensão econômica que envolve o acesso ao sistema público de saúde, conforme Giovanella e Fleury (1995) está relacionada à relação entre a oferta e a demanda de serviços. Tais autores acrescentam ainda, a organização do serviço, a oferta, seu planejamento, o fluxo bem como a qualidade e resolutividade.

Para Ramos e Lima (2003), a funcionalidade do acesso envolve a entrada do indivíduo no serviço de saúde incluindo todo tipo de serviço que o mesmo necessite. Este aspecto apresenta especial importância nesta discussão, haja vista que leva em consideração a interação profissional-paciente, o acolhimento, tempo de espera, e sua relação com o vínculo que o mesmo estabelece com o serviço.

Donabedian (2003) faz somente duas distinções de acessibilidade: a geográfica e a sócio-organizacional, no qual esta última inclui todas as características que podem aumentar ou obstruir a capacidade das pessoas em usar os serviços. Uma importante contribuição de Donabedian (2003) na discussão de acesso se dá a partir da reflexão trazida acerca do grau de ajuste e desajuste entre as necessidades da pessoa e os serviços e recursos utilizados. Segundo ele, acesso geográfico, refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços. E acessibilidade envolve mais de um significado, indo além do uso ou não dos serviços, pois está mais relacionada à oferta de serviços do que à simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço. A acessibilidade seria a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades das pessoas.

Para Travassos e Martins (2004, p.191), a acessibilidade é fator da oferta importante para “explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos

populacionais, e representa uma dimensão relevante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde”.

Para Fantauzzi e Aarão (2010), as políticas públicas de álcool e drogas deveriam privilegiar os sujeitos em primeiro lugar, garantindo-lhes o tratamento, caso assim desejassem, independentemente de querer parar, diminuir o uso ou continuar usando. Os mesmos autores referem que, no caso do crack há um grande viés moralista por ser considerado pela sociedade brasileira como um grande problema, o usuário possui um estigma incorporado, pois é visto como “pessoa suja, pobre, marginal e noiada (referência à paranoia, quadro psíquico classificado pela psiquiatria)” (FANTUZZI, AARÃO, 2010, p. 81).

Starfield (2002) aponta que quanto maiores os recursos sociais dos indivíduos e comunidades, maior a probabilidade de se obter melhores condições de saúde. Esta autora ainda faz uma relação entre desigualdade econômica e desigualdade ao acesso à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) é defendida como uma possibilidade de redução dos efeitos decorrentes da desigualdade social. Porém, em decorrência das reformas dos sistemas de saúde em alguns países onde se prioriza a privatização dos serviços, o princípio da equidade se encontra comprometido em decorrência de práticas mercantilistas que levam a exclusão social.

Foram identificados alguns estudos internacionais que trataram das dificuldades de acesso de usuários de substâncias psicoativas aos serviços de saúde, como na Austrália (COPELAND, 1997; REID, CROFTS, BEYER, 2001; DIGIUSTO, TRELOAR, 2007) nos EUA (SAUNDERS, ZYGOWICZ, D'ANGELO, 2006; REDKO, RAPP, CARLSON, 2006; PERRON et al, 2009), Reino Unido (NEALE, SHEARDANDTOMPKINS, 2007; WECHSBERG et al, 2007 e SIMMONS, 2006). Estudos desta natureza ainda possuem pouco foco de estudo no Brasil, tendo sido encontrado somente o estudo de Fontanella e Turato (2010) acerca deste tema de acesso destes usuários aos serviços de saúde e suas barreiras.

Destes estudos, três compararam o acesso ao atendimento de minorias étnicas, usuárias de substâncias ilícitas. O primeiro, na Austrália, realizado por Reid, Crofts e Beyer (2001) a partir de uma revisão abrangente da literatura internacional e australiana para identificar problemas de seus membros, a experiência após a descoberta do uso de substâncias ilícitas em sua comunidade. Neste estudo, além de ser identificado uma subutilização dos serviços, resultados apontaram para sentimentos como vergonha intensa e perda de prestígio ligados ao uso e, como

consequência, a busca por ajuda foi repleta de dificuldades. O acesso aos serviços de tratamento muitas vezes ocorreu após uma crise, mas a sensação de desespero e confusão, muitas vezes prevaleceu devido a uma falta de conhecimento da assistência disponível. Mesmo quando os serviços de tratamento foram acessados, informantes-chave das comunidades étnicas os viam como culturalmente insensível, visto que barreiras linguísticas obstruíam uma comunicação eficaz.

O estudo norte americano de Peron et al. (2009) usando dados do Levantamento Epidemiológico Nacional sobre as Condições de Álcool e Afins (NESARC), analisou as diferenças raciais e étnicas na utilização de 14 tipos de serviços de tratamento para estas pessoas. Análises de regressão logística multivariada foram usados para examinar a utilização dos serviços e as barreiras entre os grupos raciais e étnicos, e ainda ajustadas para outras variáveis sócio-demográficas e clínicas. No geral, este estudo indicou que os brancos eram menos propensos a receber ajuda para problemas relacionados com substâncias psicoativas do que os negros, sendo que estes utilizam um maior número de diferentes tipos de serviços. Com relação ao tratamento medicamentoso não foram observadas como barreiras as diferenças raciais e étnicas. No entanto, examinando os tipos de serviços separadamente, um quadro complexo das diferenças raciais e étnicas emerge. Mais notavelmente, os brancos eram mais propensos a usar serviços profissionais, enquanto que os negros eram mais propensos a usar serviços de autoajuda (12 passos) e igrejas. O padrão de utilização dos serviços dos hispânicos era mais parecido com o de brancos. Foi observado no geral que barreiras estruturais existem e que programas educacionais e ações de intervenção devem ser devidamente orientadas para grupos raciais e étnicos por serem uma área importante para a prevenção e tratamento. A pesquisa identificou ainda que os achados reforçam a importância dos serviços serem avaliados, dada a diversidade de tipos de tratamento e ajuda disponibilizados.

No Reino Unido, um estudo relevante foi realizado com afro-americanos sobre a utilização de uma abordagem motivacional pré-tratamento a qual foi realizada com metade de uma amostra de 442 pacientes. Metade deles recebeu a intervenção sendo a outra metade grupo-controle. Contudo, apesar da adesão ao tratamento ter sido um pouco maior entre os que receberam a intervenção os autores consideraram que houve barreiras estruturais importantes como falta de condições financeiras,

desemprego, e desmotivação que colaboraram negativamente para estes resultados (WECHSBERG et al, 2007).

Com relação a estudos que relacionavam barreiras de acesso e gênero, na Austrália foi realizado por Copeland (1997) um estudo qualitativo que explorou as barreiras para tratamento formal entre as mulheres que procuram mudança em sua dependência de álcool e outras drogas. Entre as principais barreiras identificadas incluíram o estigma social e rotulagem, falta de consciência da variedade de opções de tratamento, as preocupações sobre cuidados dos filhos, os custos econômicos percebidos e tempo de tratamento residencial. Preocupações sobre os modelos confrontadores utilizados por alguns serviços de tratamento e visões estereotipadas de clientes de serviços de tratamento também foram mencionados. Em uma pesquisa etnográfica realizada com mulheres usuárias de crack em Pelotas/RS, identificou-se que a maioria das mulheres usuárias abusivas tinham baixa escolaridade e renda, exerciam atividades ocupacionais informais com pelo menos 1 filho (CRUZ, 2012).

Já nos EUA a pesquisadora e enfermeira Karen Allen criou um instrumento de avaliação das barreiras de acesso de mulheres usuárias de substâncias psicoativas ao tratamento. Ela entrevistou 97 mulheres que não realizavam tratamento e verificou que entre as dificuldades apontadas pelas mulheres estavam a de não ter com quem deixar os filhos, medo de perder a guarda das crianças, falta de dinheiro ou cobertura do seguro saúde e vergonha da comunidade (ALLEN, s/d).

O uso de substâncias entre casais e a abordagem nestes casos foi enfocada no estudo realizado por Simmons (2006) no Reino Unido e destacou a forma inadequada que muitas vezes a abordagem é realizada por se dar de forma separada sem levar em conta as questões dinâmicas e ritualísticas do uso entre o casal e a diferença de motivação entre ambos. Referiu que ignorar estes pontos e realizar o tratamento de forma separada revelam altos índices de insucesso no tratamento.

Em estudo quantitativo realizado ainda na Austrália por Digiusto e Treloar, (2007) foi investigada a igualdade de acesso ao tratamento e barreiras para tratamento por consumo de drogas ilícitas. Foi realizado um estudo quantitativo que envolveu 492 pessoas que haviam recebido tratamento e 193 que não. Os participantes foram entrevistados para coletar dados e as conclusões do estudo identificaram uma necessidade não satisfeita de tratamento por parte dos

entrevistados. Identificaram várias fontes de desigualdade e barreiras ao tratamento que seriam passíveis de serem superadas através de políticas e desenvolvimento dos serviços. Muitas pessoas que usam substâncias ilícitas estavam em condições vulneráveis em termos de status socioeconômico, educação, habilidades de trabalho, exposição à estigmatização e discriminação.

Ainda nesta linha quantitativa, nos EUA foi realizado um estudo do tipo Caso Controle, que analisou as barreiras ao tratamento para dependência química nos últimos estágios do processo de busca de tratamento. Foram conceituadas categorias como: reconhecimento do problema, decisão de mudança, decisão sobre a necessidade de ajuda profissional e procura de cuidados. As diferenças entre aqueles que procuram tratamento e aqueles que não buscaram tratamento (grupo controle) foram avaliadas. As ditas barreiras pessoais, relacionadas a própria pessoa foram identificadas de maneira igual em ambos os grupos. Para o grupo que realizou tratamento, as barreiras de tratamento eram menos relevantes que as barreiras pessoais nos últimos estágios de tratamento. Barreiras pessoais ao tratamento foram mais comumente endossadas pelos dois grupos (SAUNDERS, ZYGOWICZ, D'ANGELO, 2006).

Redkoet al (2006) estudaram as barreiras de acesso das pessoas que usam substâncias psicoativas aos serviços de saúde pública americano, a partir de um estudo etnográfico com 52 pessoas. Na percepção dos usuários do serviço, os autores destacaram o tempo de espera para o atendimento como fator significativo para a adesão a tratamento (53,8%). A colocação em listas de espera também foi identificada como um fator contribuinte para afastá-los dos serviços. A maioria deles discutiu percepções negativas sobre o tempo de espera. Não houve diferença significativa dos achados relacionados ao tipo de droga. As diferenças na experiência de tratamento anterior e participação anterior em grupos de autoajuda não influenciaram a maneira dos participantes falarem sobre o tempo de espera, porque todos queriam a entrada de tratamento imediato.

Com o intuito de captar sugestões sobre o atendimento recebido, Neale, Sheard e Tompkins (2007) realizaram uma pesquisa qualitativa com 75 pessoas usuárias de substâncias injetáveis acompanhadas pelo serviço de redução de danos a partir de amostragem do tipo bola de neve em West Yorkshire, Inglaterra. Foram identificadas 5 pessoas, em três áreas diferentes da cidade que iniciaram a indicar outras pessoas para a pesquisa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas

que abordavam as condições gerais de vida, o uso de substâncias, histórico de uso de serviços, problemas e experiências ao acessar tratamento para dependência química, mudanças que os serviços poderiam introduzir para facilitar a busca por auxílio e outros fatores que poderiam permitir um melhor acesso para tal. Estas pessoas identificaram vários fatores como relevantes para seu acolhimento nos serviços como: oferta de mais serviços e formas de apoio, melhoria dos serviços existentes, incluindo comunicação e flexibilidade em relação às necessidades individuais, melhoria de pessoal, sendo menos críticos e mais compreensivos.

Em estudo brasileiro sobre as barreiras da relação clínico-paciente realizado em um CAPS AD em Campinas, Fontanella e Turato (2010) perceberam que há barreiras subjetivas a serem transpostas para a oferta de tratamento aos dependentes químicos. Dentre os achados, as principais barreiras situadas na relação clínico-paciente caracterizaram-se pelo medo, por parte dos usuários, em relação a clínicos e instituições (percebidos como possuindo características “sádicas”) e pela percepção, pelos mesmos, de um “distanciamento” clínico-paciente. Tópicos como “medo de ser maltratado” e “os clínicos não saberiam tratar” também surgiram como diferentes barreiras para procura de tratamento por dependentes.

Retomando a questão do pânico social criado em torno dos usuários de crack, pode-se evocar o sociólogo Erving Goffman, que em seus estudos relacionados a grupos de pessoas vistas como desviados da sociedade fala sobre como são constituídos/construídos estas pessoas vistas/reconhecidas como diferentes. Em seu livro *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, publicado originalmente em 1963, ele refere que muitas sociedades se valiam de diferentes formas de discriminação para sobressair-se entre o todo, caracterizavam assim pessoas ditas de menor valia para poderem se considerar de mais valia. O estigmatizado era visto como uma pessoa com um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem a qual poderia estar relacionada ao seu corpo (deformidades físicas), seu caráter (pessoa de vontade fraca) ou sua raça (pessoas pertencentes a determinadas tribos, nações, religiões) (GOFFMAN, 2012).

Há vários setores da sociedade clamando por soluções, talvez contagiadas pelo sensacionalismo de slogans como “crack mata”, “crack vicia no primeiro uso”, que contribuem para a consolidação do estereótipo que recai sobre o usuário,

estigmatizando-o e restringindo suas possibilidades de ser, além do uso da droga (GRANJA, 2011).

Para Silveira et al, (2013), este entendimento de que o usuário de substâncias psicoativas possa ser uma pessoa com “desvio de caráter” que requer “ora internação, ora prisão, representam uma grande barreira de acesso dos usuários de substâncias aos serviços de atendimento” (p. 251). Esta percepção negativa sobre a condição de saúde envolve um processo de atribuição moral compreendido como estigmatização.

As políticas públicas de atenção a usuários de álcool e drogas no Brasil tem tido influência da chamada “guerra contra as drogas” e “tolerância zero” iniciadas no governo Reagan nos EUA na década de 80 (COMISSÃO LATINO AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008). Fantauzzi e Aarão, (2010), referem que, em meio a medidas desesperadas e ineficazes, o crack se torna o “bicho de sete cabeças” no atual contexto da sociedade brasileira. Para tal, a mídia e as instituições de tratamento tem dado uma ênfase negativa aos usuários de crack em comparação à usuários de outras substâncias, reforçando o alvoroço e os estigmas existentes em torno dos craqueiros, causando, por consequência, seu distanciamento de instituições de tratamento. Os autores exemplificam e classificam como medidas ‘desesperadas e ineficazes’ a invasão e destruição das crackolândias, o lançamento de campanhas apelativas na mídia e a proposição das internações compulsórias. Como alternativa sugerem que a problemática deveria ser resolvida de forma intersetorial, seguindo princípios de responsabilidade compartilhada e de trabalho em rede.

O desafio volta-se para uma forma de articular esta rede para torna-la eficiente, tentando superar a expectativa de providencias que normalmente se relacionam a internação ou reclusão dos usuários como único recurso terapêutico eficaz. Trata-se de tentar posicionar o usuário de drogas em um lugar semelhante ao que foi designado ao louco e à loucura historicamente (GRANJA, 2011). Ainda, conforme a autora, a internação prolongada e a institucionalização de pessoas, ao afastá-las de seus territórios geográficos e, sobretudo, simbólicos, não contribuíam para o resgate da autonomia e nem para preparação para a retomada do convívio social.

Para Jorge et al (2013) a droga crack ainda é apontada pela sociedade como o grande problema dos usuários, concepção esta que é reproduzida pelos

profissionais de saúde, pois estes trabalhadores elegem a substância como ponto desencadeador dos sofrimentos vivenciados num movimento linear de causa-efeito. Deixando-se de lado a compreensão ampliada do cenário que envolve o consumo. Os autores identificam nisto um grande paradoxo pois o objeto de cuidado estaria centrado na substância e não na pessoa. Desta forma os tratamentos oferecidos são baseados no modelo biomédico, legitimado pela assistência psiquiátrica com vistas à reabilitação moral, culpabilização do uso, associação à criminalidade e estigmatização, influenciando muito negativamente na adesão da pessoa e limitando o escopo de intervenções e articulação com outras disciplinas, especialidades e profissões.

5. METODOLOGIA

Esta pesquisa foi um recorte do banco de dados qualitativo da pesquisa “Identificação de indicadores de monitoramento e avaliação dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e as práticas de consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai”, coordenada pela autora, realizada nos municípios que fazem fronteira entre Brasil e Uruguai de caráter quanti-qualitativo com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, em parceria com o IPEA e a UFPel.

Esta pesquisa terá etapas quantitativas e qualitativas. A coleta será realizada no universo das 09 (nove cidades) identificadas no mapa, sendo em vermelho 06 (seis) cidades chamadas cidades-irmãs: Jaguarão, Santana do Livramento, Chuí, Quaraí, Barra do Quaraí e Aceguá por possuírem fluxos transfronteiriços e outras três marcadas em amarelo que serão: Bagé, Santa Vitória do Palmar e Uruguaiana, por serem cidades de referência em atendimento de saúde e comércio das populações de municípios menores como Aceguá, Chuí e Quaraí e Barra do Quaraí conforme as Regiões de Influência das Cidades (IBGE, 2008)

O recorte realizado para esta tese utilizou somente dados qualitativos do município de Santana do Livramento/RS o qual foi escolhido por possuir a maior diversidade de serviços oferecidos dentre os que compunham o total da coleta.

Figura 1: Região da Fronteira do Rio Grande do Sul e Uruguai



5.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa a qual utilizou o método de narrativas e observação participante. Optou-se pela pesquisa qualitativa por apresentar muitas possibilidades de estudar os seres humanos e suas relações sociais estabelecidas nos diversos ambientes (GODOY, 1995). Considera-se ainda que a abordagem qualitativa vai ao encontro dos preceitos do Interacionismo Simbólico, que analisa as relações entre as pessoas, os objetos e o meio (CHARON, 2010)

5.2 Coleta de Dados

O uso de narrativas é bastante difundido em pesquisas sociológicas e se contrapõe a outras formas de entrevistas, caracterizadas por pergunta-resposta. Ela é considerada uma forma de entrevista não estruturada, de profundidade, com características específicas. As chamadas Entrevistas Narrativas têm em vista encorajar o entrevistado a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e contexto social (JOVCHELOVITCH e BAUER, 2008).

Para estas autoras, contar uma história é uma habilidade relativamente independente da educação e da competência linguística. Um acontecimento pode ser traduzido tanto em termos gerais, quanto em termos indexados (referência é feita a acontecimentos concretos em um lugar e um tempo). As narrações são ricas em colocações indexadas pois se referem a experiências pessoais e tendem a ser

bastante detalhadas com um enfoque nos acontecimentos e ações. Outro fator favorável é que é de estrutura simples, pois apresenta um contexto, os acontecimentos são sequenciais, terminam em um dado ponto e ainda incluem um tipo de avaliação do resultado.

O informante oferece uma melhor descrição se utilizar sua própria linguagem, sendo espontâneo na narração dos acontecimentos. Para tanto o pesquisador deve tentar intervir o mínimo possível evitando realizar perguntas, apenas fazendo breves intervenções, se necessárias, a fim de estimular a continuidade da narração.

A Entrevista Narrativa tem em vista uma situação que encoraje e estimule um entrevistado a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. Neste trabalho pretende-se solicitar que o entrevistado narre como foi ou foram possíveis buscas e a forma de acesso a cuidados em saúde.

Abrahão (2011, p.166) afirma que “as narrativas não são apenas um constructo individual, adquirem real significado quando situadas no contexto histórico, sociopolíticoeconômico e cultural”

Schütze (1977), em seu manuscrito na versão original em alemão, tem sido utilizado desde a década de 1980, pois sugere uma sistematização da utilização desta técnica e também a sua análise. Sua idéia básica é reconstruir os acontecimentos a partir da perspectiva dos informantes. O autor refere que as três principais características das narrativas, justificando seu uso seriam: a) a textura detalhada, pois o narrador tende a fornecer tantos dados quanto forem necessários, levando em consideração o desconhecimento do ouvinte (quanto menos o ouvinte conhecer, mais detalhados serão os dados) e dará conta do tempo, lugar, motivos, pontos de orientação, planos, estratégias e habilidades. b) Fixação da relevância, a qual esta será determinada pelo narrador, de acordo com sua perspectiva e c) Fechamento da Gestalt, onde um acontecimento central mencionado na narrativa (no caso as tentativas de tratamento para o uso abusivo de substâncias psicoativas) deverá ser contado em sua totalidade, com início, meio e fim. Esta estrutura faz a história fluir, uma vez começada, tende a ir para o meio e o meio tende para o fim.

A Entrevista Narrativa possui uma série de regras relacionadas a como ativar o esquema da história, como provocar narrações dos informantes e como conservar a narração através da mobilização do esquema autogerador. A partir das indicações de Schütze, as autoras elaboraram um esquema com as principais fases da Entrevista Narrativa conforme Quadro 1.

Quadro 1: Fases da Entrevista Narrativa

Fases	Regras
Preparação	Exploração do campo Formulação das questões exmanentes
1.Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração Emprego de auxílios visuais
2. Narração Central	Não interromper Somente encorajamento não verbal para continuar a narração Esperar para os sinais de finalização (“coda”)
3. Fase das perguntas	Somente “Que aconteceu então? ” Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes Não discutir sobre contradições Não fazer perguntas do tipo “Por quê? ” Ir de perguntas exmanentes para imanentes
4. Fase Conclusiva	Parar de gravar São permitidas perguntas do tipo “Por quê? ” Fazer anotações imediatamente depois da entrevista

(JOVCHELOVITCH e BAUER, 2008).

Conforme as autoras, a preparação da entrevista deve incluir algumas investigações preliminares como leitura de documentos, anotações de boatos e relatos informais ao visitar os locais para conhecê-los e a fim de criar certa familiaridade. Nesta fase ainda deve ser criada uma lista de questões exmanentes

que refletem o interesse do pesquisador, suas formulações e linguagem. Já as imanescentes seriam os temas, tópicos e relatos dos acontecimentos. No decurso da entrevista a atenção do entrevistador deve estar focada nas questões imanescentes, no trabalho de tomar anotações da linguagem empregada e em preparar perguntas para serem feitas posteriormente, no momento adequado.

Já na fase de iniciação, a investigação é explicada em termos amplos para o participante, seguindo os procedimentos éticos de realização de pesquisas com seres humanos, pedindo licença e iniciando a gravação. Explica-se o procedimento da entrevista narrativa, neste momento pode-se utilizar de recursos visuais como uma linha de tempo para ilustrar o processo. Após iniciada a narração, esta não deve ser interrompida até que haja uma clara definição (“coda”), significando que o entrevistado se detém e dá sinal de que a história terminou, durante a fase de narração o entrevistador se abstém de tecer comentários, a não ser sinais não verbais de escuta atenta e encorajamento explícito para continuar a narração (“hmm”, “sim”, “sei”). Pode-se tomar notas ocasionais para perguntas posteriores.

Ao final, antes de encerrar a gravação, após o participante indicar o “coda”, é possível que o investigador peça por algo mais: “É tudo que você gostaria de me contar?” ou “Haveria alguma coisa que você gostaria de dizer?”.

Após a narração chegar ao fim o entrevistador pode começar a fase dos questionamentos. As questões exmanentes do entrevistador são transformadas em questões imanescentes com o emprego da linguagem do informante, para completar as lacunas da história. As perguntas devem ser do tipo: “o que aconteceu antes/depois/então?” evitando apontar contradições na narrativa.

Após elucidar as questões, considera-se encerrada a entrevista narrativa e desliga-se o gravador. Contudo as discussões podem continuar, de forma descontraída e informal. Estas informações podem ser importantes para a interpretação de dados e podem ser cruciais na interpretação contextual das narrativas. É aconselhado então ter em mãos um diário de campo para anotações e impressões imediatamente após a entrevista. Ao término da entrevista poderão ser feitas questões para validação e realizadas questões complementares conforme roteiro no APENDICE 1.

As entrevistas serão realizadas a partir de agendamento com o participante em local cedido pela Secretaria Municipal de Saúde.

5.3 Cenário e participantes do estudo

O estudo será realizado com pessoas usuárias de substâncias psicoativas que utilizassem entre outras substâncias a *Cannabis*, no município de Sant'ana do Livramento/RS, Brasil. A escolha deste município deu-se por, dentre as seis cidades-gêmeas entre Brasil e Uruguai ser o que apresentava maior diversidade de equipamentos de saúde e programas disponíveis para utilização dos usuários, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro -2 Quadro Descritivo municípios e serviços de saúde

Município	População	Equipamentos de Saúde	Programas existentes
Chuí	6.269 hab	01 UBS	PIM Redução de Danos Rede Cegonha
Jaguarão	28.482 hab	04 ESF 02 UBS 01 Policlínica 01 Samu 01 CAPS Adulto 01 Hospital	PIM Redução de Danos
Aceguá	4.394 hab.	01 ESF 01 UBS 01 Samu 01 Centro de Saúde 01 Hospital	
Sant'ana do Livramento	82.464 hab.	06 ESF 02 UBS 01 Pronto atendimento 01 Hemocentro 02 SAMU 01 CAPS Adulto 01 CAPS AD 01 UPA 03 Hospitais 02 Serviços Privados	PIM Rede Cegonha Redução de Danos
Quaraí	23.021hab.	06 ESF 01 Policlínica 01 SAMU 01 CAPS Adulto 01 Hospital	PIM NASF Rede Cegonha
Barra do Quaraí	4.012 hab.	02 ESF	NASF

		01 UBS	PIM
--	--	--------	-----

(Fonte: CNES, DATASUS, 2015)

Serão selecionados para participar desta pesquisa pessoas usuárias de drogas, maiores de 18 anos, brasileiros e que tenham tido experiências na busca por algum tipo de serviço de saúde. O primeiro(a) participante será indicado(a) pelo Programa de Redução de Danos do município e, a partir desta primeira indicação (informante-chave), o entrevistado irá indicar outras pessoas a partir da metodologia de Bola de Neve (snowball) (FERNANDES e CARVALHO, 2000).

O número de participantes poderá variar e serão entrevistadas tantas pessoas forem necessárias até que haja saturação dos dados, ou seja, quando as informações começarem a repetir-se. Para Fontanella et al., (2011) constata-se a saturação dos dados quando a interação entre campo de pesquisa e o investigador já não fornecem mais elementos para balizar ou aprofundar a teorização. Os autores inclusive apresentam uma técnica de tratamento dos dados nos relatórios de pesquisa que favorecem a avaliação de uma saturação teórica, sendo estes: 1) Disponibilidade dos registros de dados 'brutos'; 2) Imersão em cada registro; 3) compilação e análise individual; 4) reunião dos temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria; 5) codificação ou nomeação dos dados; 6) alocação (numa tabela) os temas e tipos de enunciados; 7) constatação da saturação teórica para cada pré-categoria e 8) visualização da saturação.

5.4 Aspectos Éticos

Neste estudo será respeitada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata das diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Também serão levados em consideração os princípios éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, Resolução COFEN nº 311/2007, capítulo III (do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica) no que diz respeito às responsabilidades e deveres, artigos 89, 90 e 91, e às proibições, artigos 94 e 98 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Considerando que este projeto está vinculado ao projeto “Identificação de indicadores de monitoramento e avaliação dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e as práticas de consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai”, o qual foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, tendo sido aprovado sob nº 013/2015.

Todos os participantes do estudo receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), APÊNDICE II no qual constam os objetivos do estudo, a garantia do anonimato, do livre acesso aos dados e aos resultados da pesquisa e da liberdade de desistir em qualquer momento. Os participantes assinarão o TCLE, que será impresso em duas vias, ficando uma com ele e outra com a pesquisadora.

Em relação aos riscos na pesquisa, não será incluído nenhum tipo de procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento. Também não apresenta riscos físicos aos participantes, mas pode ocasionar desconforto durante a coleta de dados. Neste caso, a coleta será interrompida e o participante será indagado quanto à continuação do processo de investigação, dando prosseguimento em outro momento ou sendo cancelado. Havendo necessidade, será indicado um psicólogo da Secretaria Municipal de Saúde, através do Programa de Redução de Danos. A fim de preservar a identidade e a confidencialidade dos participantes, durante a coleta de dados não houve contato com nenhum órgão de segurança municipal.

Como benefícios aos participantes a pesquisa apresenta a reflexão sobre as suas experiências e a descrição destas para fins de construção teórica a fim de subsidiar o conhecimento e possível transformação das práticas existentes.

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, eles não serão identificados sendo utilizado apenas a numeração das entrevistas, e a caracterização de UC para usuários do CAPS e UE para usuário Externo ao CAPS, seguido de sua idade e sexo; exemplo: UE, 23anos, M (Usuário externo, de 23 anos, sexo masculino).

Os dados ficarão armazenados em um banco de dados com a pesquisadora por um período de cinco anos após o encerramento do estudo, após este período,

os registros em papel serão incinerados e os arquivos digitais serão excluídos do computador (BRASIL, 2012).

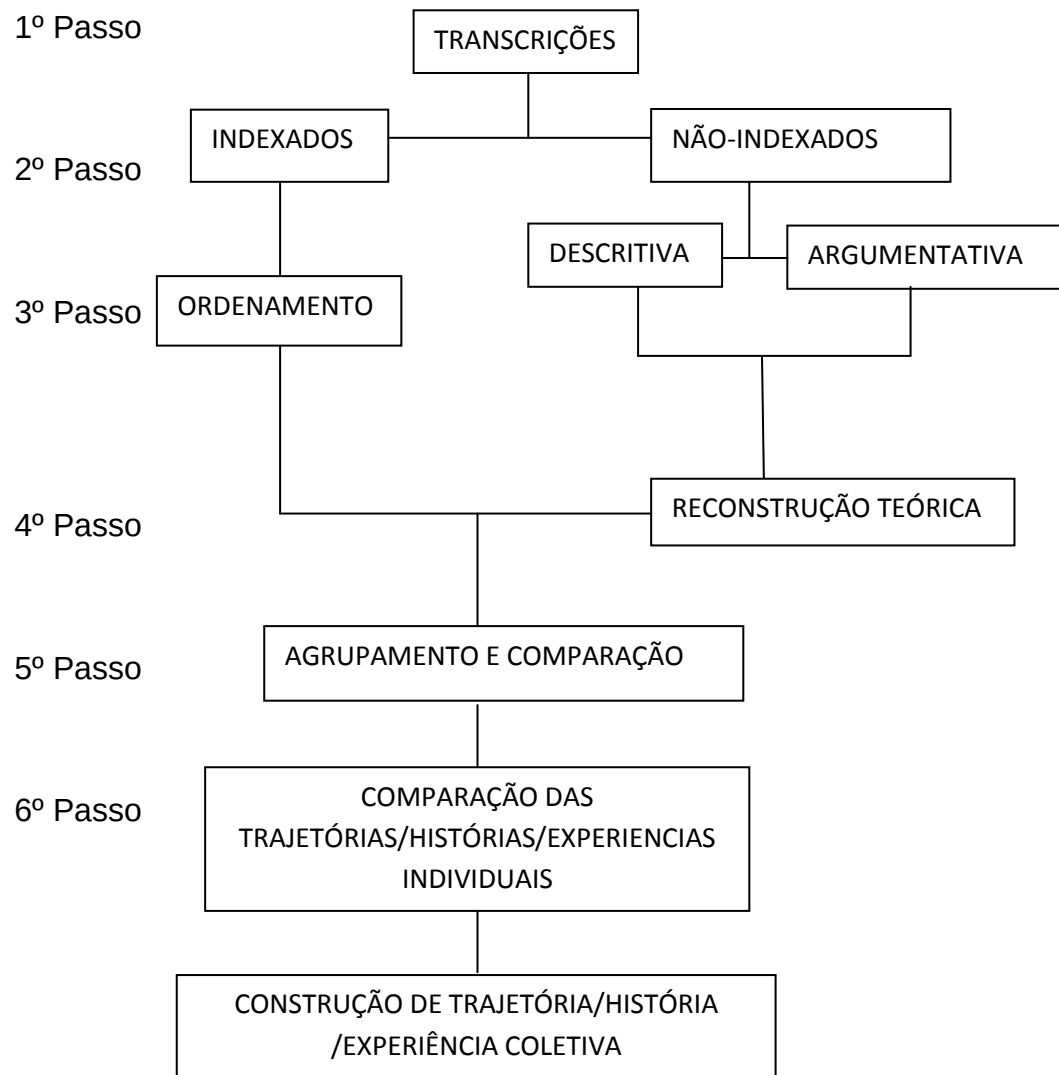
Após a defesa pública da tese, será feita a apresentação dos resultados, em forma de resumo executivo, para a Secretaria de Saúde do Município. Além disso, também será organizada uma publicação com os resultados finais da pesquisa junto a SENAD para divulgação nacional.

5.5 Análise dos Dados

A metodologia de narrativa aponta para formas próprias de análise dos dados. O passo inicial é realizar a transcrição das narrativas. Os autores sugerem que o próprio entrevistador faça as transcrições e inclua as pausas, as inflexões, emoções, etc. Jovchlovitch e Bauer (2008) embasadas em Shütze, propõem seis passos para analisar as narrativas: o primeiro, a transcrição; o segundo, uma divisão do texto em indexado e não-indexado, sendo o indexado os que possuem uma referência concreta “quem fez o que, quando, onde e por que” e as não-indexadas seriam as expressões de opiniões, conceitos, valores, juízos, “sabedoria de vida”, podendo estas serem de dois tipos: as descritivas e as argumentativas. As descritivas se referem às descrições de como os acontecimentos são sentidos e experienciados, bem como suas opiniões e valores a eles atribuídos. A argumentativa se refere à legitimação do que não é aceito pacificamente na história, como as reflexões em termos de teorias e conceitos gerais sobre os acontecimentos. No terceiro passo, utilizam-se todos os componentes indexados no texto para analisar a trajetória (ordenamento do acontecimento). No quarto passo, são investigadas as dimensões não-indexadas do texto, formando então as teorias operativas. As chamadas teorias operativas são então comparadas com elementos da narrativa por representarem o que o informante compreende. O quinto e último passo irá então comparar os casos e as trajetórias individuais, colocando-as dentro do contexto, estabelecendo semelhanças e identificando trajetórias coletivas.

Quadro 3: Proposta da Análise de Schütze

PROPOSTA DE ANÁLISE DE SCHÜTZE



Modelo Teórico de Shutze proposto por Jochwitz e Bauer, (2008)

Pretende-se, a partir desta construção, identificar e discutir as experiências de acesso das pessoas que usam substâncias psicoativas em busca de cuidados em saúde. Estes elementos podem subsidiar as práticas de cuidado às pessoas usuárias de substâncias no sentido de compreender as experiências delas em relação ao uso dos serviços de saúde, qualificando as ações destes usuários.

ORÇAMENTO

Material	Qtidade	Valor Unitário	Valor Total
Passagens	50	R\$ 100,00	5.000,00
Diárias de hotel	20	R\$ 150,00	3.000,00
Cartucho impressora	04	R\$ 200,00	800,00
Gravador de Voz	01	R\$ 350,00	350,00
Correção de Português	03	R\$ 500,00	1.500,00
Encadernação	03	R\$ 500,00	1.500,00
Livros	05	R\$ 200,00	1.000,00
*Psicoterapia, Psiquiatra e medicações	48 meses	R\$ 1.300,00	62.400,00
			R\$ 75.550,00

*Custos cobertos pela pesquisadora.

Referências

ABRAHÃO, M. H. M.. Memoriais de formação: a (re) significação das imagenslembranças/recordações referências para a pedagoga em formação. **Educação**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 165-172, maio/ago. 2011.

ADORNO, RCF. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. **Revista Eletrônica de Saúde Mental e Drogas**. SMAD. v.4, N.1. Art. 1, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n1/v4n1a02.pdf> Acesso em: julho 2014.

ALLEN K, Barriers to treatment for addicted africanamerican women. **Journal Of The National Medical Association**, Vol. 87, No. 10, s/d.

BASTOS, F. BERTONI, N. (Org) **Pesquisa Nacional sobre uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Editora ICICT/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

BECKER, H.S. **Outsiders**. Estudos de sociologia do desvio. Zahar. Rio de Janeiro, 2008.

BLUMSTEIN, A & WALLMAN, J.The crime drop in America. **Cambridge University Press**, Cambridge, 2006. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=xY-YjchlW2UC&oi=fnd&pg=PP1&dq=blumstein,+a&ots=fS2row4ACs&sig=dPsiqqGy3V2>

[VMjtVRUZuNbhl1uw#v=onepage&q=blumstein%2C%20a&f=false](#) Acesso em: julho/2014.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Vagas em comunidades Terapeúticas. 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas. Abordagens Terapêuticas aos usuários de Cocaína/crack no Sistema Único de Saúde. Brasil-DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 816, de 30 de abril de 2002. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007 – 2011. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário Temático: promoção da saúde. Brasília/DF, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Regiões de Influência das Cidades 2007. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Rio de Janeiro, 2008.

CARLINI, E A et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. CEBRID Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, HS. **Drogas e política no século XX**. In: Antonio Simões do Paço; Raquel Varela; Sjaak van der Velden. (Org.). *Strikes and Social Conflicts. Towards a global history..* 1ed.Lisboa: International Assoc. Strikes and Social Conflicts IHC Universidade Nova, 2012, v. , p. 776-782.

CHARON, JM. **Simbolic interactionism**. 10^a ed. Englewood Cliffs (UK): Prentice-Hall; 2010.

COPELAND J.A Qualitative Study of Barriers to Formal Treatment Among Women Who Self-Managed Change in Addictive Behaviours. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Vol. 14, No. 2, pp. 183-190, 1997.

CRUZ, V.D. **Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas-RS**. 2012. Dissertação (Mestrado Faculdade de Enfermagem) Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

Declaração da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia. Drogas e Democracia: Rumo a uma mudança de paradigma. Disponível em: www.drogasedemocracia.org Acesso em: jan/2015.

DIEHL, A. CORDEIRO, D. LARANJEIRA, R. (Cols) **Dependência Química**. Prevenção, tratamento e Políticas Públicas. Artmed. Porto Alegre, 2011.

DIGIUSTO E.; TRELOAR, C. Equity of access to treatment, and barriers to treatment for illicit drug use in Australia. **Addiction**, 102, 958–969. 2007.

DYNIEWICZ, A.M; MOREIRA, L. B.G. Estruturação e desenvolvimento de projetos de pesquisa. In: ROSSI, E. (org.) **Ensino e Saúde: práticas educativas multidisciplinares**. Curitiba: Maio, 2004.

FANTAUZZI, GS; AARÃO, BFC. O advento do Crack no contexto político brasileiro. In: SAPORI, L.F.; MEDEIROS, R. (Org) **Crack**. Um desafio social. Belo Horizonte. Ed. PUC Minas, 2010.

FERNANDES, CARVALHO. Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método Snowball. **Revista Toxicodependências**. v6, n3, ano 2000, p. 17-28.

FERREIRA, RZ. **O sentido antropológico de dons e dádivas entre grupos de usuários de crack e outras drogas**. 2013 - Dissertação (Mestrado Faculdade de Enfermagem) Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

FONTANELLA, B J B e TURATO, E R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev Saúde Pública** 2002;36(4):439-47

FONTANELLA, B.J.B.; LUCHESI, BM; SAIDEL, MGB, RICAS, J, TURATO, ER, MELO DG. Amostragem em Pesquisa Qualitativa: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. **Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2):389-389, fev, 2011

GIOVANELLA L, FLEURY S. **Universalidade da Atenção à Saúde**: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.177-198.

GOFFMAN, I. **Estigma**. Notas sobre uma identidade deteriorada. 4ed. Rio de Janeiro, 2012.

GRANJA, E. Crack, pânico social e desafios atuais. In: MORAES, M; CASTRO, R; PETUCO, D. (Orgs) **Gênero e drogas**. Contribuições para a atenção integral à saúde. Instituto PAPAI. Recife, 2011.

Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento – conceitos. **RevBrasHiptens** vol.13(1): 23-25, 2006.

HART, C. **Um preço muito alto**. A jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas. Zahar, Rio de Janeiro, 2014.

JESUS WLA, ASSIS MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(1):161-170, 2010.

JORGE, MSB; TRAD, LAB; QUINDERÉ, PHD; LIMA, LL. (Orgs) **Olhares Plurais sobre o fenômeno do Crack**. Fortaleza: Ed UECE, 2013.

JOVCHLOVITCH, S & BAUER, M.W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M.W & GASKELL, G (Ed) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

KESSLER, Felix; PECHANSKY, Flávio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.30,n.2, p.96-98, 2008.

MEIRELLES, Z.V. GOMEZ, C.M. Rompendo com a criminalidade: saída de jovens do tráfico de drogas em favelas do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1797-1805, 2009.

NEALE J, SHEARD L and TOMPKINS CNE Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy** 2007, 2:31

OLIVEIRA, JF de, PAIVA MS, VALENTE, CLM. Representações sociais de profissionais da saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Cienc. Saúde Coletiva** vol11 no.2 Rio de Janeiro Apr/June, 2006.

PERRON, BE, MOWBRAY, OP; GLASS, JE, DELVA, J, VAUGHN, MG; HOWARD, MO. Differences in service utilization and barriers among Blacks, Hispanics, and Whites with drug use disorders. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy** 2009, 4:3

PUCCI, A.S. **O Estatuto da Fronteira Brasil-Uruguaí**. 2010 Tese (Doutorado) Instituto Rio Branco, Brasília – FUNAG.

REDKO C, RAPP R C; CARLSON, RG. Waiting Time as a Barrier to Treatment Entry: Perceptions of Substance Users. **J Drug Issues**. 2006 September ; 36(4): 831–852.

REID, G; CROFTS, N; BEYER, L Drug Treatment Services for Ethnic Communities in Victoria, Australia: an examination of cultural and institutional barriers. **Ethnicity & Health**, 2001; 6(1): 13–26

RIBEIRO, L.A., SANCHEZ, A.M., NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com riscos decorrentes do consumo da droga. *J. Bras Psiquiatria*. 59(3): 210-218, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a07v59n3> Acesso em: julho/2014.

RIBEIRO, R., DUNN, J., SESSO, R., DIAS, A.C., LARANJEIRA, R. Causes of death among crack cocaine user. **Rev Bras Psiquiatria**. 28(3):196-202, 2006.

RONZANI, TM; FERNANDES, AGB; GEBARA CFP; OLIVEIRA, AS; SCORALICK, NN; LOURENÇO LM. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. 14(5):1751-1762, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/16.pdf> Acesso em: julho de 2014.

SABACK, A. Drogas – Ideologias e discursos: reflexões a partir da mídia eletrônica. In: NERY FILHO, A, MACRAE, E, TAVARES, LA, NUÑEZ, ME, RÊGO, M. (Orgs.) **As drogas na contemporaneidade: Perspectivas clínicas e culturais**. EDUFBA: CETAD. Salvador, 2012.

SAPORI, L.F.; MEDEIROS, R. (Org) **Crack**. Um desafio social. Belo Horizonte. Ed. PUC Minas, 2010.

SAPORI, LF, SENA, LL, SILVA, BFA. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo horizonte. In.: SAPORI, L.F.; MEDEIROS, R. (Org) **Crack**. Um desafio social. Belo Horizonte. Ed. PUC Minas, 2010.

SAUNDERS, S M., ZYGOWICZ, K M., D'ANGELO, B R. Person-related and treatment-related barriers to alcohol treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment** 30 (2006) 261– 270.

SCHÜTZE, Fritz. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, 1977. [Manuskript]

SCOTT, J. a Invisibilidade da Experiência. **Proj. História**, São Paulo, (16), fev. 1998. 297-325.

SILVEIRA, PS; SOARES, RS; NOTO, AR; RONZANI, TM. Estigma e suas consequências para usuários de drogas. In: **Ações integradas sobre drogas**. Prevenção, abordagens e políticas públicas. Editora UFJF: Juiz de Fora, 2013.

SIMMONS, J. The interplay between interpersonal dynamics, treatment barriers, and larger social forces: an exploratory study of drug-using couples in Hartford, CT. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy** 2006, 1:12

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup2:S190-S198, 2004

WECHSBERG WM, ZULE, WA, RIEHMAN, KS; LUSENO, WK and LAM WKK African-american crack abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy** 2007, 2:10

ZIMBERG, NE. Drug set and setting. Yale University press. New York, 1984.

APENDICE I

Roteiro Entrevista Usuários de Substâncias

N ° Entrevista

Questões para caracterização do entrevistado

Idade: Sexo:

Número da entrevista:

Qual a sua escolaridade?

Estado civil

Com quem vive

Localização de moradia

Situação familiar

De que vive? Meio de subsistência

Se tem alguma responsabilidade financeira (pensão, aluguel, comida)

- Questão central da entrevista narrativa

Conte-me como foi a sua procura a um serviço de saúde quando você precisou e por que precisou.

Conte-me desde a chegada como foi o atendimento prestado pelos profissionais, se você precisou de algum tratamento etc.

- Questões complementares serão realizadas caso não sejam mencionadas na narrativa:

Bem gostaria que você começasse me contando como começou sua história de uso de drogas, desde o início até hoje.

Então você já experimentou quais tipos de drogas?

E hoje qual a droga que você tem usado mais?

Qual quantidade você usa atualmente?

Com relação a sua saúde, como você percebe seu estado de saúde?

Você faz algum tratamento para alguma doença?

Como você se sentiu quando buscou tratamento?

O seu problema foi resolvido?

Você tem facilidade para conseguir a droga? Como faz para consegui-la?

Você já buscou algum tratamento para dependência química ? Conte-me como e onde foi.

Como você se sentiu ?

Você gostaria de comentar algo mais ?

APENDICE II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA NACIONAL DE POLITICAS SOBRE DROGAS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Utilização de serviços de saúde por pessoas usuárias de drogas na zona de fronteira entre Brasil - Uruguai” realizada pela Universidade Federal de Pelotas e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob nº 13/2015 IPEA.

O objetivo desta pesquisa é conhecer e compreender as experiências de acesso de pessoas usuários de drogas aos serviços de saúde na região da fronteira do Rio Grande do Sul/Brasil com Uruguai.

Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa, relatando sua experiência e emitindo sua opinião a respeito das questões solicitadas por meio de entrevista gravada, a qual consiste em um roteiro de perguntas, permitindo livre expressão a respeito do tema. Caso você aceite participar do estudo seu nome será mantido em anonimato e as informações obtidas com esta entrevista serão somente divulgadas em meios científicos.

A sua participação neste estudo é voluntária, você não receberá nada por isso. Sua identidade será preservada e você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou desistir a qualquer momento.

O estudo não acarretará riscos físicos, não será realizado nenhum procedimento doloroso ou coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos, no entanto a entrevista poderá acarretar desconfortos de ordem moral ou psicológica e as perguntas poderão ser ou não respondidas na sua totalidade, podendo haver desistência da participação em qualquer momento e se, você quiser, poderá ser encaminhado a um psicólogo da Rede de Saúde.

Os benefícios aos envolvidos no estudo serão as informações e troca de conhecimentos entre os participantes e os pesquisadores para o acompanhamento e reflexão sobre os impactos da Nova Política Uruguaí sobre o Brasil.

Eu _____ li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo para qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Sendo que os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

Eu concordo voluntariamente em participar do estudo.

Local e data: _____

Assinatura do entrevistado

Pesquisador Responsável: Beatriz Franchini
Contato: (53) 81240446
Universidade Federal de Pelotas (53) 39211527

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Relatório do trabalho de campo

Aspectos gerais da macro pesquisa

Esta tese é oriunda do banco de dados da pesquisa quali-quantitativa intitulada “Identificação de indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e as práticas de consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai” a qual foi realizada em toda a extensão da fronteira do Rio Grande do Sul com o Uruguai. Este projeto teve financiamento do Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD/MJ e coordenada pela autora (FRANCHINI e NEUTZLING, 2015).

As coletas foram realizadas entre novembro de 2015 a março de 2016 em seis cidades-irmãs na fronteira do Brasil com o Uruguai e em mais três cidades de referência, totalizando nove cidades, sendo estas: Chui, Santa Vitória do Palmar (referência para o Chui), Jaguarão, Aceguá, Bagé (referência para Aceguá), Sant’anna do Livramento, Quaraí, Barra do Quaraí e Uruguiana (referência para Barra do Quaraí). Os participantes da pesquisa foram profissionais dos serviços de saúde e usuários de substâncias psicoativas vinculados ou não a serviços de saúde.

Para realização das entrevistas foram selecionados pessoas com experiência nas áreas de saúde mental e ou uso de substâncias psicoativas ou saúde coletiva em regiões de fronteira. Na seleção dos entrevistadores foi solicitada proximidade com a língua espanhola, mesmo que somente para a compreensão, tendo em vista a que a pesquisa foi realizada na região de fronteira. Os entrevistadores selecionados foram capacitados e depois organizados em duas equipes de quatro pessoas que se alternavam semanalmente para as coletas. A pesquisadora/coordenadora da pesquisa participou sempre das coletas, sendo que somente as equipes eram alternadas. Como a maioria dos entrevistadores fazia parte de programas de pós-graduação ou graduação, a coleta foi realizada durante o período de recesso das universidades. Muitas vezes as entrevistas eram realizadas em espanhol ou feitas num “portunhol ou portinhol”, que é originada a partir da mistura de palavras da língua portuguesa e da espanhola. O que ocorre muitas vezes em cidades de fronteira entre países de língua portuguesa e espanhola. Estas realizadas pelos entrevistadores e respondidas em espanhol pelos entrevistados.

Dentre os entrevistadores havia uma aluna de graduação que residia numa das cidades da fronteira e possuía dupla cidadania e fluência no espanhol. Por esta característica optou-se por realizar as entrevistas com os médicos cubanos e uruguaios do Programa Mais Médicos nos municípios em que estivessem presentes. Ela também realizou todas as transcrições das entrevistas em espanhol. A questão do idioma também foi um desafio durante a coleta desta macro pesquisa.

Os entrevistadores e a pesquisadora passavam uma semana em cada município, de segunda a sexta-feira e tentavam, neste período, realizar as entrevistas, conhecer a rede de serviços que prestavam algum tipo de atendimento a usuários de substâncias psicoativas e, ainda conhecer a rotina da comunidade de cada local.

Cada município foi tratado dentro de suas particularidades, não havendo um roteiro pré-estabelecido ou número de entrevistas a ser realizadas, nem categoria, nem de qual serviço. Ao chegar às cidades, sempre nos dirigíamos às secretarias de saúde, depois aos CAPS e, a partir destes serviços, e das histórias que íamos coletando a cada dia, as visitas e as entrevistas do dia seguinte eram planejadas e realizadas. Um dia por exemplo, foi informado que havia uma gestante usuária de crack num determinado município. Naquele instante decidimos ir a unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no qual havia sido realizado o pré-natal e entrevistarmos os profissionais, bem como tentar contato com a usuária. Desta forma, a cada nova história, a cada novo dado, o trajeto se alterava e ia-se em busca de todos que pudessem ter algum tipo de informação.

Com relação aos profissionais, não foi estipulada nenhuma categoria ou nível de escolaridade, bastava estar ligado aos serviços que prestava algum tipo de atendimento a pessoas usuários de substâncias psicoativas. Muitas vezes entrevistávamos os recepcionistas, as cozinheiras dos serviços, os motoristas, pessoas que num primeiro olhar não teriam muita relevância no atendimento aos usuários, mas que nos revelaram em suas entrevistas dados extremamente importantes neste caminho.

Apresento a seguir o quadro 1 dos município nos quais aconteceram as coletas de dados com algumas informações sobre o numero de entrevistados, sendo

que para este estudo foi utilizado somente as entrevistas dos usuários de Sant'ana do Livramento, num total de 16 pessoas.

Quadro 4: Demonstrativo Entrevistas Coleta Qualitativa Pesquisa *Cannabis* período de novembro a dezembro de 2015.

Municípios Pesquisados	Sant'anna do Livramento	Quaraí	Chui e Santa Vitória do Palmar	Jaguarão	Aceguá e Bagé	Barra do Quaraí e Uruguiana
Datas coleta	11 a 15/12/15	11 a 15/01/16	18 a 22/01/16	25 a 29/01/16	01 a 05/02/16	22 a 26/02/16
Entrevistas						
Profissionais	19	19	10 - 19	24	09 - 19	13 - 15
Usuários	16	10	17 - 12	09	00 - 14	03 - 12
Total = 240	35	29	58	33	42	43

Conversando sobre a coleta de dados do município de Sant'anna do Livramento/RS/BR

O presente relatório trata somente sobre a coleta de dados realizada no município de Sant'anna do Livramento o qual foi o foco da tese intitulada “Experiências de pessoas usuárias de substâncias psicoativas nos serviços de saúde da zona de Fronteira entre Brasil e Uruguai”.

Sant'anna do Livramento localiza-se na fronteira do Rio Grande do Sul/Brasil, distante 498 km da capital, Porto Alegre. É um dos municípios mais antigos e históricos do estado e o segundo maior em extensão, fazendo fronteira seca com o município de Rivera no Uruguai. Sua economia gira em torno da pecuária (bovinos e ovinos) e da agricultura (arroz e soja). No último censo em 2010, registrou 82.464 mil habitantes distribuídos entre a zona rural e urbana. O município é conhecido no Mercosul como ‘Fronteira da Paz’.

A escolha por Sant'anna do Livramento ocorreu por este ser o município com maior população e principalmente por concentrar maior diversidade de serviços de saúde e de saúde mental. Também outro aspecto importante na escolha foi o fato de tratar-se de uma fronteira seca com livre circulação entre os dois países apresentando, desta forma, maior diversidade e influência recíproca de costumes.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de novembro de 2015 pela pesquisadora e uma auxiliar de pesquisa, ex-Redutora de Danos do município de

Pelotas. Como o financiamento do conjunto da pesquisa para tal coleta que estava vinculada ainda não havia sido liberado pela SENAD/MJ, devido a trâmites internos da UFPel, os gastos financeiros que envolveram esta coleta correram por conta da pesquisadora. Foi realizado um contato inicial com o município, quando foi enviada uma carta de apresentação solicitando autorização à Secretaria de Saúde. Após a autorização, foi realizado contato com os coordenadores dos serviços de DST/AIDS e CAPS AD – Álcool e Drogas, para a devida apresentação do projeto e anuência para realização da pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) sob nº 013/2015.

De porte das devidas anuências, ao chegarmos ao município nos dirigimos ao CAPS/AD onde apresentamos a proposta da pesquisa aos demais profissionais e aos usuários. A receptividade foi boa, alguns usuários do serviço se voluntariaram para serem entrevistados, outros foram indicados pelos profissionais e convidados a participar.

No CAPS foram entrevistados oito usuários de múltiplas drogas que se encontravam em acompanhamento naquele local. As entrevistas com os usuários do CAPS-AD foram realizadas no próprio local, em salas ou em local aberto (pátio ou o espaço da garagem), disponibilizadas pela equipe, desde que reservado de barulho e de interrupções.

Além de usuários do serviço, entendemos como importante para o conjunto dos dados a serem analisados, entrevistar também pessoas que fizessem uso de múltiplas drogas, contudo que não estivessem naquele momento em tratamento ou em situação de vulnerabilidade, pois, apesar de ter sido previsto no projeto “usuários de drogas que tivessem buscado algum tipo de serviço de saúde” (item 5.2 – Critérios para seleção dos sujeitos) percebemos que as análises seriam qualificadas se conseguíssemos estes dados com pessoas que não estivessem vinculados ao CAPS AD.

Para contarmos usuários externos ao CAPS AD, contamos com a indicação feita por alguns profissionais que nos apontaram locais de uso de substâncias psicoativas onde poderíamos encontrar estas pessoas. Contamos também com a ajuda dos dois redutores de danos do serviço que contataram pessoas e fizeram o convite. Não foi possível utilizar o método Bola de Neve neste momento, pois os usuários do CAPS AD se constrangiam em nos indicar outros, fora do serviço, o que

presumimos ter relação com a ilegalidade do consumo destas substâncias, restringindo suas indicações apenas a pessoas que freqüentavam o serviço.

Realizamos então mais oito entrevistas com usuários de múltiplas drogas que faziam uso controlado e que não freqüentavam nenhum serviço naquele momento. Entretanto, todos haviam tido alguma experiência de busca por serviços de saúde não necessariamente relacionada ao uso de substâncias conforme o objetivo da pesquisa. Estas entrevistas foram marcadas pelo Redutor de Danos em algum local público ou nas casas destas pessoas. Os locais públicos foram preferencialmente praças e, em geral, no turno da noite. Uma destas entrevistas foi realizada no domicílio da pessoa e outras duas no local de trabalho.

Todas as entrevistas foram gravadas e todos os entrevistados assinaram o TCLE, ficando uma copia com os entrevistadores e outra com o participante. Durante as entrevistas não houve nenhuma intercorrência, apesar do receio de sofrer alguma abordagem policial, pois tanto em Rivera/UY como em Sant'ana do Livramento, no período da coleta de dados, estavam acontecendo patrulhas intensificadas para repressão ao tráfico e consumo de drogas. Uma das pesquisadoras passou por uma abordagem juntamente com o Redutor de Danos quando o mesmo estava mostrando um local de uso em Rivera/UY, freqüentado tanto por uruguaios quanto por brasileiros. Como o Redutor de Danos possuía dupla cidadania, '*doble chapa*' como são chamadas tais pessoas, foi tratado com mais tranquilidade, já a pesquisadora, por ser brasileira, teve que entregar sua bolsa para revista e explicar porque possuía isqueiro e acessórios de cigarro de tabaco. Como não foi encontrado nada ilegal em sua bolsa, ambos foram dispensados.

Conforme o relato dos entrevistados, estas abordagens seriam constantes desde a regulamentação da *Cannabis* no Uruguai, a fim de estimular os usuários uruguaios a se cadastrar para plantar as próprias plantas e reduzir o tráfico da substância. Porém, alguns uruguaios sentiam-se constrangidos e muitos não estavam cadastrados, pois temiam ser identificados pelo governo ou também omitiam de suas famílias o uso de *Cannabis*. Dessa forma, durante as abordagens policiais uruguaias, qualquer pessoa que for pega com maconha, mesmo em quantidade de uso pessoal, se não for cadastrada como consumidora, deverá prestar esclarecimentos de como a conseguiu.

Entre os participantes, houve um rapaz com dupla cidadania que foi preso no Uruguay saindo da casa de um traficante com 20g de *Cannabis* e ficou detido por 24 horas para averiguação numa delegacia uruguaia. Ele fazia uso controlado da substância, eventualmente de cocaína, era casado, sem filhos, já havia trabalhado em serviço público como contratado e atualmente mantinha um comércio de secos e molhados em sua residência e participava ainda de uma ONG ensinando esportes e música para crianças. Este rapaz contou que durante sua prisão foi pressionado a confessar que estava comprando *Cannabis* naquele momento, o mesmo disse não ter revelado a fonte da substância e que, por isso, foi ameaçado e agredido.

Da mesma forma, no lado brasileiro a repressão ao tráfico e também ao uso estava acirrada. Uma das entrevistadas referiu que também fora abordada pela polícia. Em um dia, saindo do trabalho e ao parar para cumprimentar uns amigos em frente a uma igreja central os carros de polícia cercaram a área e revistaram a todos. Ela referiu que estava com uma 'ponta' de cigarro de maconha e que, ao ser questionada pelos policiais, assumiu ser seu. Referiu que foi autuada, levada à delegacia, depois compareceu numa audiência onde foi acordado que a mesma pagaria uma cesta básica por mês durante um ano já que, por trabalhar não teria horário livre para prestar serviços comunitários. A entrevistada que tinha 21 anos, estudava a noite, trabalhava durante o dia e fazia uso diário de maconha a noite, referiu ter sido extremamente humilhante ter sido abordada pela polícia, em pleno dia, em horário comercial, encostada na parede, sendo revistada e vendo pessoas conhecidas passando e acompanhando a cena. Atualmente a mesma não circula mais portando a substância e só faz uso em seu domicílio ou em casa de amigos.

Por cautela e a fim de evitar constrangimentos durante a coleta de dados, portávamos sempre uma carta de apresentação da pesquisa e telefones de contato da Universidade e, também da SENAD caso fossemos abordadas, mas não foi necessário utilizar. Ficamos sabendo posteriormente que as abordagens policiais no lado uruguaio não eram realizadas nestas praças e locais abertos e sim em locais mais específicos (mais retirados do público, com uma vista do por-do-sol e do rio que ficavam admirando enquanto faziam uso de substâncias), freqüentados preferencialmente por usuários de substâncias como a 'Escadaria', local onde a pesquisadora foi abordada. Nesta Escadaria estava acontecendo a '*Operacion*

Escalonada' que ficamos sabendo posteriormente, na qual a Polícia fazia duas a três rondas por noite abordando a todos que lá estivessem.

Mesmo sem haver nenhuma barreira física entre as duas cidades, percebeu-se muitas diferenças. Enquanto no Brasil, à noite as ruas mantinham-se vazias, no Uruguai a população ficava sentada em frente às casas, ou tomando “mate”¹ nas praças, com as crianças brincando ou somente passeando. Devido ao horário de verão no Brasil, havia diferença de uma hora entre as duas cidades. Então no lado uruguaio estes estavam uma hora mais cedo que no Brasil. O uso de substância nestas praças era feito por pequenos grupos que buscavam áreas um pouco mais isoladas e reservadas, com menos iluminação e com pouca circulação de pessoas. Percebemos que apesar do uso ser regulamentado no Uruguai as pessoas ainda evitavam expor-se durante o uso. Frequentemente, sentia-se o cheiro característico da *Cannabis*, mas seu uso era discreto.

As entrevistas com os usuários dos serviços foram realizadas no próprio local, no caso no CAPS AD do município. O serviço disponibilizou algumas salas, que estavam desocupadas no momento das entrevistas.

Algumas entrevistas foram realizada no pátio do CAPS AD, local onde os participantes poderiam fumar cigarro enquanto conversavam conosco. As entrevistas eram sempre reservadas entre o participante e o pesquisador. Porém, às vezes, estas eram interrompidas. Alguém passava pelo local ou adentravam na sala, mas isso não interferiu na realização das entrevistas.

Já as entrevistas com as pessoas que não eram vinculadas aos serviços foram realizadas em sua maioria em local público (praças), na residência de um e no local de trabalho de dois dos participantes. As entrevistas realizadas nos locais de trabalho foram cercadas de cuidados para que não pudessem ser ouvidas e nem interrompidas. Um dos participantes sugeriu que a entrevista fosse realizada no refeitório, contudo, havia entrada e saída de pessoas a todo o momento. Então, o entrevistado e a pesquisadora foram para dentro do banheiro da sala onde o mesmo trabalhava. A sala já estava sendo ocupada para a entrevista por sua colega,

¹ Mate é um tipo de chá, servido em cuias de porongo, também chamado de chimarrão, normalmente compartilhado entre as pessoas. Muito utilizado na região sul do Brasil devido ao frio e também nos países vizinhos como Uruguai e Argentina.

inviabilizando que outras duas entrevistas fossem realizadas ao mesmo tempo. Desta forma, enquanto uma pessoa dava entrevista na sala de trabalho, o outro dava no banheiro, que, como se tratava de um imóvel antigo era amplo e arejado, sendo este um fato inusitado da coleta.

Durante algumas entrevistas realizadas em local aberto, como as praças, os participantes fizeram uso de *Cannabis* em algum momento, causando certa tensão nas pesquisadoras, pelo receio de sofrer abordagens policiais. Nós, as entrevistadoras não interferíamos nisso, pois inclusive acredito que fizesse parte do ritual de aceitação da entrevista que nos mantivéssemos neutras com relação ao uso dos participantes. É como se nos testassem para ter certeza de que não os denunciaríamos. Alguns até nos perguntavam se nos importávamos se eles fumassem ao que respondíamos que não e que se sentissem a vontade. Nem todos realizaram o uso durante a entrevista, deixavam para acender o cigarro de *Cannabis* no final, alguns interrompiam o uso e outros fizeram durante todo o tempo da entrevista.

Houve também situações em que nos ofereceram a *Cannabis*, haja vista que seu uso sempre é compartilhado quando em grupo. Sempre agradecíamos e informávamos que estávamos a trabalho e que não poderíamos fumar, mas sem demonstrar muito constrangimento ou surpresa. Apesar de alguns momentos de apreensão, os entrevistados mostravam-se bem mais tranquilos que as entrevistadoras, pois conheciam melhor a rotina dos locais e, também, das abordagens policiais. Apesar de estarmos em praças pouco frequentadas, à noite com usuários de substâncias, nosso maior receio era com relação a estas abordagens. Em nenhum momento sentimos medo por causa dos entrevistados, pelo contrario, eles sempre tinham a intenção de nos proteger nos informando os melhores locais e pessoas de confiança para as entrevistas.

Além das pessoas indicadas pelo serviço de Redução de Danos para as entrevistas, tentamos fazer abordagens nas ruas, contudo tivemos dificuldade de encontrar pessoas. Os brasileiros estavam evitando fazer uso em locais públicos e estavam preferindo ir até Rivera/UY para utilizar em praças ou mesmo nas ruas. Apesar de irmos visitar estes locais em Rivera, não realizamos abordagens no lado

uruguaio². Os brasileiros, conforme observado durante a pesquisa, preferem fazer uso dentro do domicílio e em grupo e não faziam uso nas ruas da cidade.

Com relação às entrevistas propriamente ditas, no projeto pretendia-se seguir rigidamente o método das Entrevistas Narrativas, onde o pesquisador iria solicitar que os participantes narrassem “*suas experiências de acesso aos serviços de saúde*”. Após explicar-se que se tratava de uma pesquisa e que a mesma iria ser gravada, vários demonstravam certo receio. Era necessário estabelecer uma conversa inicial sobre quem éramos de onde vínhamos, o que achávamos sobre o uso de substâncias para que as pessoas se sentissem seguras para realizar a entrevista.

Ao iniciarmos as entrevistas percebemos que as respostas eram sempre muito sucintas e positivas, “*sim, fui muito bem atendido*” ou “*não, nunca adoeci*”. Mesmo aguardando até o final para depois fazermos a intervenção foi necessário fazer questionamentos para que os relatos fossem mais detalhado, por exemplo: “*Me diga como exatamente foi, passo a passo, desde a sua chegada no serviço, quem o recebeu e como foi...*” A partir disso foram surgindo mais detalhes que nos permitiram obter os dados. Também percebemos que os participantes inicialmente referiam sempre de forma positiva aos atendimentos, mas à medida que íamos aprofundando as perguntas, como por exemplo, “*me fale mais sobre isso*”, “*me explique melhor*”, os detalhes surgiam com dados de situações de discriminação, estigma, negligência entre outros. Supomos que isso se devesse ao fato deles nos identificarem como pessoas ligadas à área da saúde ou aos serviços públicos. Entretanto, como tentávamos demonstrar tranquilidade com relação ao uso de substância e estabelecer certo vínculo, percebeu-se que isso favoreceu o desenrolar das entrevistas.

A organização e análise dos dados

As entrevistas tinham em média 19 minutos e geraram 5h18m de áudio. Foram transcritas por acadêmicos da área da saúde, geraram 70 folhas.

² No decorrer do texto haverá referência ao “lado brasileiro”, “lado uruguaio” para denominar áreas dos municípios que pertencem a cada país e por estas não possuírem uma demarcação física nítida o suficiente.

A partir da leitura das entrevistas, conforme o tipo de análise adotado, os textos foram separados entre trechos indexados (o que, quem, quando, onde?) e não-indexados (expressões de opiniões, conceitos, valores, juízos), seguindo os passos da proposta da análise narrativa de Jochwitz e Bauer, (2008), a partir de Schütze (1992) conforme exemplos em quadro a seguir:

Quadro 5: Primeira etapa categorização

INDEXADOS (O que? Quem? Quando? Onde?)	
Primeira substância de uso e idade de uso	O álcool eu comecei quando eu era criança ainda. Como meu avô, nós sempre fomos de família tradicionalista, e o meu avô, tradicionalista me dava uns golinhos, toma aí, não vai te fazer nada. Eu era bem pequeno, eu tinha uns sete, ou oito anos, por aí. Mas era golinhos, daí. Ai com uns treze catorze anos eu comecei a sair e a beber em grande quantidade. Ai em 2011 é que eu comecei a fumar maconha (Usuário Externo 2) Comecei com o cigarro e um dia me apresentaram a pedra (Usuária CAPS AD 7) O álcool foi primeiro de tudo. Meu pai era alcoólatra então o álcool rolava desde cedo. Comecei com uns 10 anos. (Usuário Externo 4) Eu comecei a fazer o uso de maconha não muito cedo, foi com 20 anos, por aí. [...] A cocaína eu usei dos 22 anos até os 24. Porque era uma época em que não se tinha abundância da droga, e por aqui ser uma zona de fronteira seca, acho que a maior do Brasil, bem povoada, dificultando assim a fiscalização. Então se tinha muito, a gente usava bastante, era barato. Mas chegou um ponto em que isso começou a ser prejudicial, porque tu sente no bolso. Pelo fato de eu ser pobre e não poder pagar sempre, comecei a diminuir o consumo e comecei a usar apenas em grandes festas, como as de final de ano, ou fazer alguma atividade com os amigos. E agora não sinto falta, nem nada. [...] Por eu ter sido criado no ambiente religioso, minha mãe me obrigava a ir, nunca gostei muito do álcool. Mas quando comecei a tomar, não tem como te dizer quando, mas foi com uns 18 anos. Um pouco antes da maconha. (Usuário Externo 5)

Quadro 6: Segunda etapa categorização

NÃO INDEXADOS (expressões de opiniões, conceitos, valores, juízos)		
Insatisfação com tratamento	com	“Eu participava durante um ano inteiro, todas terças, todas quartas e todas quintas, então eu entrei com o pedido de auxílio saúde, porque se eu me trato terça, quarta e quinta, que dia eu vou trabalhar? Daí fui na perícia, fui La ver o resultado e não, não passou na perícia. Daí vim aqui e disse: ‘vim aqui dar tchau pra vcs’, e o pessoal ‘ué, como assim?’ –‘Eu to bem, passei na perícia, então to curado’. ‘Peraí, não é bem assim...’ –‘Não é bem assim, não, é bem assim pq eu tenho que me virar agora, né’. E foi onde eu comecei a abandonar, deixei de vir terças, quarta e quinta. pq se eu não tenho o auxílio saúde eu preciso me virar, né. Essa é q saúde no país, pq se eu to me tratando, é pq eu to doente e não posso trabalhar. Mas eu tenho, eu sou autônomo, eu trabalho a hora que eu quiser e quem não tem isso? Então tem algumas coisas que tem que ser revistas...Eu não queria me encostar por falta de braço e de perna, era por uma questão de saúde” (Usuário CAPS AD) “Saúde é uma coisa, saúde mental é outra. Então eu acho que tem que definir muito bem. Tu estás sendo tratado pra tua saúde física, isso é uma coisa, a cachaça faz mal, daqui a um tempo vai te causar tal coisa. Agora, a saúde mental é outra, ninguém aqui está preparado pra tratar a saúde mental de ninguém, pq francamente, a psicologia, a psicanálise, o cara tem que ser muito bom pra entender o ser humano e a individualidade de cada um. Uma coisa é pegar um monte de besta na rua, outra coisa é pegar um com um QI mais alto, na média ou acima da média. Não é fácil botar um monte de gente aqui, todo mundo é índio campista, não é assim, não é assim. O caráter, a personalidade isso tem muito que ser levado em conta. O pessoal da saúde não tem preparação nenhuma. Mas também não pode ter um psicólogo pra cada um, é complicado.” (Usuário CAPs ADIII)

Após esta etapa foram elencadas as Categorias Não Indexadas e identificadas as Categorias Argumentativas e as Descritivas, sendo estas, por exemplo:

Quadro 7: Categorização entre Descritivas e Argumentativas

CATEGORIAS NÃO INDEXADAS	
Descritivas	Presença de sofrimento mental
Argumentativas	Insatisfação com os serviços oferecidos Estigmatização Liberdade de escolha do uso da droga Medo da polícia

Com relação à metodologia apresentada por Schütze (1992), estes passos deveriam ser realizados com os dados de cada entrevista nas quais seria construída uma trajetória individual e depois unidos para formar uma trajetória coletiva. Contudo, optou-se por realizar este agrupamento entre os usuários pertencentes ao CAPS AD e entre os usuários controlados para que depois estas trajetórias fossem comparadas e discutidas a partir do Interacionismo Simbólico de Charon (2010).

Desta forma, a partir da análise das trajetórias, surgiu a possibilidade de construção de quatro artigos, sendo que dois deles serão apresentados na íntegra, a seguir, e servirão como requisito para a defesa da Tese de Doutorado.

O primeiro artigo intitulado “Uso de substâncias psicoativas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai”, descreve e discute as trajetórias de vida e de uso de substâncias pelos entrevistados.

O segundo artigo intitulado “Utilização de serviços de saúde por pessoas usuárias de substâncias psicoativas na fronteira entre Brasil e Uruguai”, apresenta e discute aspectos que envolvem o atendimento em saúde do ponto de vista dos usuários.

Os outros dois que serão construídos posteriormente descrevendo o “Perfil dos usuários de substâncias psicoativas na fronteira entre Brasil e Uruguai” e “Questões legais relacionadas ao uso de *Cannabis* na fronteira do Brasil e Uruguai”.

Referencias

FRANCHINI, B; NEUZTLING, AS. Identificação de indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e as práticas de consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Pelotas. 2015

CHARON, JM. **Symbolic interactionism**. 10^a ed. Englewood Cliffs (UK): Prentice-Hall; 2010.

JOVCHLOVITCH, S & BAUER, M.W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M.W & GASKELL, G (Ed) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

SCHÜTZE, Fritz. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Sociologie, 1977. [Manuskript]

ARTIGOS DE SUSTENTAÇÃO DA TESE

Artigo 1

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ZONA DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI

FRANCHINI, Beatriz; SCHWARTZ, Eda, ANDRADE, Ana Paula Muller de

Resumo

Este artigo trata de um recorte do banco de dados qualitativo de uma macro pesquisa realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai” financiada pela SENAD/MJ e executada pela UFPel. Objetivo deste artigo foi analisar as experiências de uso de substâncias psicoativas na zona de fronteira Brasil – Uruguai a partir da entrada em vigor da Lei 17.172/2013 de regulamentação da *Cannabis* no Uruguai. Método: foi utilizado o banco de dados qualitativo referente a um dos municípios pesquisados utilizando 16 usuários de substâncias psicoativas. A coleta de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2015 por meio de entrevistas narrativas com 16 pessoas usuárias de substâncias psicoativas sendo que metade fazia uso controlado e a outra metade uso abusivo e também algum tipo de tratamento para dependência química. A análise e discussão dos dados utilizou o Interacionismo Simbólico e seus principais conceitos como Símbolo, *Self*, Mente, Interação Social e Sociedade. A fim de reconstruir uma trajetória coletiva que evidenciasse as diferenças e similaridades de usuários dos serviços de atenção psicossocial e usuários externos aos serviços, tentou-se identificar os momentos de início do uso de substâncias, a experimentação de outras substâncias, dificuldades e situações estressantes no meio da história de vida, escolha de substância principal e diferentes desfechos, tudo isso dentro do cenário de uma zona de fronteira onde a *Cannabis* sativa é de um lado regulamentada e de outro, proibida. Conclusão: que a proximidade com o Uruguai e com a regulamentação da *Cannabis* não influenciaram nas trajetórias de uso e abuso de substâncias.

Descritores: Abuso de substâncias psicoativas, Uruguai, *Cannabis*, Enfermagem

ABSTRACT

This article deals with a qualitative database cut of a macro research carried out in the border between Brazil and Uruguay entitled "Identification of Indicators for the monitoring and evaluation of the impacts of the new Uruguayan policy of regulation of the Cannabis market on public health And drug consumption in the border zone between Brazil and Uruguay "funded by SENAD / MJ and executed by UFPel. The objective of this article was to analyze the experiences of use of psychoactive substances in the border zone Brazil - Uruguay from the entry into force of Law 17,172 / 2013 on cannabis regulation in Uruguay. Method: the qualitative database

was used referring to one of the municipalities surveyed using 16 users of psychoactive substances. Data collection took place between November and December 2015 through narrative interviews with 16 people using psychoactive substances, with half being controlled and half abusive, as well as some kind of treatment for chemical dependence. The analysis and discussion of the data used Symbolic Interactionism and its main concepts as Symbol, Self, Mind, Social Interaction and Society. In order to reconstruct a collective trajectory that evidenced the differences and similarities of users of psychosocial care services and external users to services, we attempted to identify moments of onset of substance use, experimentation of other substances, difficulties and stressful situations in the Half of the life history, choice of main substance and different outcomes, all within a border area where Cannabis sativa is regulated on the one hand and prohibited on the other. Conclusion: that proximity to Uruguay and the regulation of Cannabis did not influence the trajectories of substance use and abuse

Descriptors: Abuse of psychoactive substances, Uruguay, Cannabis, Nursing

Resumen

Este artículo trata de una base de datos cualitativa de recorte de una macro encuesta en la frontera entre Brasil y Uruguay titulado "Indicadores de identificación para el seguimiento y evaluación de los impactos de la nueva política uruguaya de regular el mercado de cannabis en la salud pública y el consumo de drogas en la zona fronteriza entre Brasil y Uruguay ", financiado por la SENAD / MJ y ejecutado por UFPel. Objetivo de este estudio fue analizar la experiencia de uso de sustancias psicoactivas en la zona fronteriza de Brasil - Uruguay a partir de la entrada en vigor de la Ley 17.172 / 2013 la regulación del cannabis en Uruguay. Método: se utilizó la base de datos cualitativos para uno de los municipios encuestados que utilizan 16 usuarios de drogas. La recolección de datos se llevó a cabo entre noviembre y diciembre de 2015 mediante entrevistas narrativas con 16 personas que consumen sustancias psicoactivas y la otra mitad se controló el uso y la otra mitad de abuso y también algún tipo de tratamiento para la dependencia química. Análisis y discusión de los datos utilizados Interacción Simbólica y sus conceptos clave como símbolo, Ser, Mente, la interacción social y la sociedad. Con el fin de reconstruir un viaje colectivo que mostró las diferencias y similitudes de los usuarios de los servicios de atención psicosocial y usuarios externos a los servicios, hemos tratado de identificar los momentos de consumo de sustancias temprana, la experimentación con otras sustancias, situaciones difíciles y estresantes a través de la historia de la vida, la elección de los resultados principales de sustancias y diferentes, todo ello dentro del marco de una zona fronteriza donde Cannabis sativa es una forma regulada y que prohibido. Conclusión: la proximidad a Uruguay y la regulación del cannabis no afectaron el uso de caminos y el abuso de sustancias

Descritores: Transtornos relacionados com substancias, Uruguay, Cannabis, Enfermería

Introdução

O uso de substâncias psicoativas e a possibilidade de descriminalização, regulação ou liberação têm recebido maior atenção no Brasil e vem sendo foco de vários debates. Ainda regidos pela Lei 11.343/2006 que criminaliza o uso, porte e comércio destas substâncias, nosso país têm sofrido algumas mudanças. Em Resolução da Diretoria Colegiada nº 66 de 18 de março de 2016, a ANVISA passa a permitir a prescrição e importação de medicamentos que contenham THC (tetrahydrocannabinol) e o CBD (cannabidiol), ambos derivados da *Cannabis*³ no tratamento de dor crônica, epilepsia refratária entre outros⁽¹⁾.

Encontra-se ainda em tramitação no Superior Tribunal Federal do Brasil o Recurso Extraordinário 635.659 que discute o princípio da privacidade, autonomia individual, pedindo a inconstitucionalidade do Art. 28 da lei 11.343/2016 que prevê penas para quem portar substância ilícita para uso pessoal, por violar e criminalizar a auto-lesão e direito individual de uso de substâncias psicoativas, contrariando a Constituição Brasileira.

A República Oriental do Uruguai possui desde 1973 leis que prevêm o direito individual de consumir substâncias psicoativas e, em 2013 sancionou a Lei n.19.172⁽²⁾ que regulamenta o uso, porte, plantio e comércio da *Cannabis*. Esta lei foi fruto de vários anos de discussão entre mais de dez ministérios daquele país e se embasou em pesquisas uruguaias e internacionais sobre efeitos da *Cannabis* aos seres humanos e as conseqüências de sua proibição à população. Desta forma, evidenciando que as conseqüências da proibição eram mais danosas que o seu consumo aos indivíduos.

O governo brasileiro, entendendo a complexidade da temática, por meio da Coordenação de Pesquisa e relações internacionais da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça encomendou uma pesquisa longitudinal para avaliar o impacto da mudança da Lei uruguaia nos municípios brasileiros. Este estudo deve avaliar os aspectos do consumo de substâncias psicoativas, saúde pública e segurança e tem como título “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública

³ *Cannabis* – refere-se a várias drogas psicoativas e medicamentos derivados de plantas do gênero *Cannabis*. Também conhecida por vários nomes populares como maconha, marijuana, ganja, ganza, cânhamo ou erva.

e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai”⁽³⁾. Esta pesquisa foi realizada nas seis cidades que fazem fronteira seca ou fluvial com o Uruguai e em mais três cidades, que são referência em serviços de saúde para estas.

Desta forma este artigo trata-se de um recorte do banco de dados qualitativo desta macro pesquisa, que teve como objetivo conhecer as trajetórias das pessoas quanto ao uso de substâncias psicoativas em uma das cidades em que a pesquisa foi realizada.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado a partir de um recorte do banco de dados de um município brasileiro que faz fronteira ‘seca’ com o Uruguai. Os dados foram coletados com 16 usuários de substâncias psicoativas nos meses de novembro a dezembro de 2015, por meio de Entrevistas Narrativas utilizando o referencial sistemático de Schütze⁽⁴⁾ que norteia tanto a metodologia deste modelo de entrevistas quanto a organização e análise dos dados. Para tal, o autor sugere uma sistemática na qual é tentado formular uma trajetória coletiva a partir das trajetórias individuais narradas pelos participantes. Desta forma tentou-se observar as similaridades e diferenças entre as trajetórias de uso de substâncias de oito pessoas que faziam uso abusivo e realizavam acompanhamento num Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) e outras oito que faziam uso controlado de substâncias psicoativas e não frequentavam o CAPS AD. O uso abusivo seria quando o uso de substâncias leva a prejuízos nas funções psicológicas ou sociais, por exemplo, perda do emprego ou problemas conjugais⁽⁵⁾. Já os considerados usuários controlados⁽⁶⁾, seria quando o uso da substância acarreta baixos custos pessoais e sociais, havendo manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfira no funcionamento habitual do indivíduo.

Em cada um destes grupos havia uma entrevistada do sexo feminino, totalizando então 14 homens e 02 mulheres. A seleção dos participantes do primeiro grupo se deu a partir de indicação do CAPS – AD e que cumprissem os quesitos de ser maior de 18 anos, fazer uso de substâncias psicoativas incluindo a *Cannabis*, ter nacionalidade brasileira ou dupla nacionalidade, também chamados de “*doble chapa*”. Com relação ao segundo grupo, que fazia uso controlado de substâncias e não freqüentava os serviços, metade deles foi indicado por Redutores de Danos e a

outra metade abordada aleatoriamente em locais conhecidos de uso de substâncias pelos entrevistadores.

As entrevistas indicadas pelos Redutores de Danos foram marcadas em locais públicos ou nas residências destas pessoas. Os locais públicos foram preferencialmente praças e visitados no turno da noite. Em um caso a entrevista foi realizada no domicílio da pessoa e em outros dois no local de trabalho.

Os dados foram discutidos a partir do Interacionismo Simbólico (IS)⁽⁷⁾ o qual tem sido utilizado nas ciências sociais e na saúde por apresentar uma concepção teórica em que tenta compreender o significado das ações individuais e coletivas ao serem construídas a partir da interação entre as pessoas. Ainda, dentre outros aspectos, visa interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas. Este referencial foi escolhido por evidenciar a importância da realidade socialmente explicada pelos atores e o modo como grupos diferentes reagem de forma diferente ao mesmo tipo de estímulo e de como o mesmo é socialmente experienciado⁽⁷⁾.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e permitiram ter suas entrevistas gravadas e transcritas, uma via foi entregue ao participante e outra ficou com os pesquisadores. A fim de manter anonimato, os participantes foram identificados a partir de sua relação com os serviços especializados de saúde mental, sendo UC para Usuários do CAPS e UE para Usuário Externos, ou seja, que não frequentassem o CAPS. Esta sigla vem seguida do sexo e da idade, por exemplo: UC, M 25a, - usuário CAPS, masculino, 25 anos. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) sob nº 013/2015.

Resultados

Contextualizando o local de estudo fronteira entre o Brasil e o Uruguai estende-se por 1069 km, ao longo de 749 km de rios, canais e lagoas e 320 km de fronteira seca⁽⁸⁾. A linha divisória entre os dois países encontra-se perfeitamente demarcada pelos tratados de 1851 e 1909. O acesso entre Brasil e Uruguai se dá através de seis cidades-gêmeas* que correspondem aos municípios lindeiros que apresentam uma conurbação ou semi-conurbação com localidade do país vizinho, conformando a zona de fronteira (área geográfica que inclui as faixas de fronteira

brasileira e do país estrangeiro). Estas cidades caracterizam-se por fluxos transfronteiriços mais intensos e têm sido alvos prioritários de políticas públicas⁽⁵⁾. Enquanto a ‘faixa de fronteira’ é uma definição legal associada aos limites territoriais do poder estatal, a concepção de ‘zona de fronteira’ se refere a um “espaço configurado pela articulação espontânea entre as faixas de cada lado do limite internacional, caracterizado por interações que criam um meio geográfico próprio, só perceptível em escala regional”. Ainda conforme o autor esta fronteira geográfica é compreendida pela população como um espaço binacional ao invés de um limite internacional⁽⁹⁾.

No Brasil, seis municípios fazem fronteira com o Uruguai sendo chamados de cidades-gêmeas. A metade deles faz fronteira seca, ou seja, o limite entre ambos os países é demarcado por uma rua ou marco e a circulação dá-se livremente, sem fiscalização aduaneira ou qualquer barreira. O município em destaque neste artigo faz parte deste grupo e possui a maior população dentre as cidades fronteiriças.

A cultura, costumes e idiomas possuem influência destes países, onde por vezes fala-se o português, em outras o espanhol ou ainda uma língua intermediária chamada de “portunhol” que é originado a partir da mistura de palavras da língua portuguesa e da espanhola, que ocorre muitas vezes em cidades de fronteira entre países que utilizam estas línguas. Desde a aprovação em 2013 a Lei de Regulamentação da *Cannabis* (Lei 19.172/2013) e sua entrada em vigor em 2014, muitas dúvidas surgem nestes cenários tão peculiares do sul do Brasil.

Nesta cidade escolhida há intenso comércio de produtos estrangeiros da cidade-gêmea uruguaia, que atrai anualmente milhares de brasileiros para fazer compras. No momento da pesquisa, devido às mudanças cambiais, esta realidade inverteu-se um pouco, pois se tornou mais atrativo para os uruguaios realizarem compras no lado brasileiro.

Esta constante alternância do foco comercial também é observada com relação à escolha da moradia, pois muitos dos moradores ora vivem no lado brasileiro, ora vivem no lado uruguaio. Isto depende das oportunidades de emprego e do custo de vida, como valor de alugueis e alimentação. Esta prática é facilitada pois muitos possuem cônjuges da outra nacionalidade ou ainda são “doble chapa”. Esta possibilidade de alternância de vida entre os dois países também é percebida com relação aos serviços de saúde. Há possibilidade de buscar serviços,

fornecimento de medicações, exames, tratamentos que não são ofertados em seu país de origem.

Neste contexto, em relação ao uso de substâncias, esta região encontra-se num momento de mudanças, pois, conforme a Lei 11.343/06, o Brasil ainda proíbe o porte, consumo e comércio de *Cannabis* enquanto o Uruguai realizou recentemente sua regulamentação.

Percebeu-se nesta pesquisa que ainda há desconhecimento acerca a Lei uruguaia por parte da população da zona de fronteira, o que tem gerado mal-entendidos em torno desta questão. A Lei uruguaia prevê três modalidades de regulamentação, uma para plantio e uso individual, outra para a criação dos clubes canábicos de caráter coletivo e a última, seria por dispensação em farmácias. Sendo que esta última ainda não foi implementada e é a que mais se encontra envolto em contradições, pois conforme surgiu nos dados da pesquisa, algumas pessoas acreditam que já está sendo realizado o comércio da *Cannabis* nas farmácias, contudo, fazendo referência sempre a locais distantes de sua realidade, como por exemplo: *“eu soube que no Chuy já estão vendendo...”* (UC, 48, M), ou ainda, *“lá em Montevideo já vendem nas farmácias”*(UC, 42, M).

Esta questão também está relacionada ao imaginário e associação com violência como, por exemplo: *“os donos de farmácia daqui não querem vender, com medo de assalto e também porque ninguém mais vai querer ir comprar lá, com medo de ser assaltado também...”*(UC, 42, M). O desconhecimento acerca da Lei uruguaia também é vivenciado pelos turistas que passam pela fronteira do Uruguai e foi mencionado por um participante da pesquisa.

Os brasileiros quando chegam na cidade acham que vão atravessar a fronteira e vão fazer uso liberado da maconha, Eles acham que a coisa está liberada mas não é bem assim. Eles acham que vão atravessar a avenida principal, e vão poder fumar, mas não é assim, é tudo controlado (UE, 22, M)

Lá no Uruguai está bem mais difícil porque quem tem é pra consumo e brasileiro não pode comprar (UE, 19, F)

Esta questão da associação com a violência mereceria um grande aprofundamento, bem como as diferentes compreensões da lei. Entretanto, neste

artigo o foco será trajetórias de uso de substâncias psicoativas em um cenário tão diverso.

Assim, buscou-se a reconstrução de trajetórias de uso de substâncias destas pessoas identificando situações, fatos ou condições que ilustrassem o início do uso, o meio e o fim (como se encontravam naquele momento) relacionando os conceitos centrais do IS como os Símbolos, a formação do *self* (eu e mim), da Mente, a Interação Social e a Sociedade.

Símbolos são entendidos como objetos, criados socialmente, usados intencionalmente em situações diferentes e são compreendidos pelos que dele se utilizam. Os símbolos possuem significados e, esta compreensão, vai depender do uso que é dado a eles, além de serem utilizados para comunicar e representar algo sobre nós aos demais⁽⁷⁾. Desta forma, o símbolo é a tradução do mundo a partir de uma realidade física para uma realidade que se possa compreender, interpretar, dissecar, integrar e testar, portanto a substância psicoativa enquanto símbolo em nossa sociedade pode ter vários significados e ter a capacidade de guiar e comunicar algo, assim como na vida das pessoas.

Nesta perspectiva do IS, assim como os Símbolos, o Self também é criado socialmente e ambos são interrelacionados. Um surge a partir do outro, um faz o outro possível, e juntos eles são básicos para o que os humanos façam e sejam no universo. O *Self* humano é desenvolvido por meio de um processo em que inicialmente, o indivíduo, por não possuí-lo e nem acessar os símbolos passa a imitar os atos dos adultos e a identificar seus símbolos e também quem seriam as pessoas importantes. A criança passa a imitar os adultos e começa a se ver conforme é vista, passando pela fase das brincadeiras em que começa a falar e a compreender e, quando ela começa a se identificar com o que lhe é dito, assim começa a formar seu *Self*⁽⁷⁾.

A partir da análise dos dados sobre a história do uso de substâncias dos participantes do estudo, identificou-se que todos tiveram alguma experiência na infância com uso de drogas através de familiares, seja somente por observação de adultos ou em experimentação que, por vezes, fora guiada por eles.

O álcool foi primeiro de tudo. Meu pai era alcoólatra. Então o álcool rolava desde cedo. Comecei com uns 10 anos. (UE, 33, M)

O álcool eu comecei quando eu era criança ainda, como meu avô, nós sempre fomos de família tradicionalista, e o meu avô, tradicionalista me dava uns golinhos. Toma aí, não vai te fazer nada. Eu era bem pequeno, eu tinha uns sete, ou oito anos, por aí. Mas era golinhos, daí. Ai com uns treze catorze anos eu comecei a sair e a beber em grande quantidade. Ai em 2011 é que eu comecei a fumar maconha. (UE, 22, M)

Na minha família, o meu pai, ele é usuário. Meu pai usa cocaína, desde que ele tinha a minha idade. Mas isso nunca me influenciou assim. Não é porque ele usa que eu... O meu irmão ele também é usuário, só que nunca, nunca me influenciou. Nunca usei cocaína, bala, ecstasy essas coisas, nunca cheirei pó. Eu fumo maconha, eu fumo maconha desde os 14. (UE,19,F)

A sociedade muitas vezes acredita que a maconha pode ser a porta de entrada para outras substâncias, principalmente devido a influencia da mídia, pois pelo álcool tratar-se de uma substancia lícita, muitas vezes seu uso é naturalizado. É de senso comum também que o inicio do uso de substancia se dê fora do ambiente familiar e doméstico.

A família, na perspectiva do Interacionismo Simbólico, é o primeiro grupo de referência de um indivíduo. Percebe-se o valor desta influência inclusive com relação à substância de início a qual foi preponderantemente o álcool. Apesar de ser divulgado sucessivas vezes na mídia que a maconha seria a porta de entrada para múltiplas drogas, o que se evidenciou e que é confirmado pelas pesquisas brasileiras é de que o álcool lidera as primeiras substâncias de uso^(10,11)

Além da família, após os anos iniciais, o indivíduo interage com diferentes grupos e assim começa a ter várias referências de grupos nos quais ele compartilha a perspectiva em cada um, incluindo a perspectiva usada para definir o *Self* com cada um deles. Como forma de socialização ou como parte de jogos sociais, também foi referido por alguns participantes da pesquisa, o uso de outras substâncias, para fins de experimentação ou até para inserir-se em algum grupo diferente.

Eu comecei a fazer o uso de maconha não muito cedo, foi com 20 anos, por aí. No início, foi mais por uma questão de socialização, o interesse, primeiramente era esse. Não tinha como eu me enturmar onde eu tava, se eu não usasse, e como eu tava naquele momento, precisando me socializar, vincular

com aquelas pessoas, entrar naquela “sociedade” ali, eu não poderia deixar de fazer. Isso me prejudicou muito, no colégio, no início... (UE, 34, M)

Identificou-se também que, dentro dos grupos, há preponderância ou preferência por determinada substância. Normalmente a experimentação de outras substâncias ocorre em novos grupos ou grupos diferentes, ou seja, os grupos tendem a fazer uso da mesma substância buscando todos os mesmos efeitos. E, para integrar-se em um grupo diferente, o indivíduo deverá fazer uso da substância preponderante entre seus componentes. Isto pode ser evidenciado pelos seguintes relatos:

A gente se reúne todos os dias na casa de uma amiga minha, a mãe dela é super gente boa também. A mãe dela é que nem o meu pai, fumem em casa, mas não fumem na rua. Então a gente faz junções e olha filme, dá risada e faz essas junções, só que é todos os dias. (UE,19, F)

Eu não sei nada dessa lei, eu só sei que é liberado. Eles não me falam nada, porque a relação deles é diferente da nossa, eu convivo mais com o pessoal do crack, porque o pessoal do pó é do pó e o da maconha é da maconha, eles não se relacionam, não se misturam. (UC,26, F)

As pessoas interagem com os objetos sociais a partir da forma que os demais fazem, como se os objetos fossem aquilo que as pessoas dizem ser. Apesar de que também pode haver variações de interpretações individuais e com o uso que aquilo terá para cada pessoa. Portanto, os objetos sociais são definidos de acordo com o uso das pessoas envolvidas em determinada situação⁽⁷⁾.

Desta forma, no uso de substâncias psicoativas, o indivíduo tem que buscar diferentes grupos para ter uma experiência diferente, isto irá variar com o tipo de efeito ou atividade que se deseja. Percebeu-se no universo dos participantes os mesmos efeitos e sensações ao fazer uso das substâncias, como a *Cannabis*, por exemplo, que dá um efeito relaxante ou a cocaína que deixa a pessoa mais agitada, acordada. Já o álcool pode servir tanto para reduzir os efeitos estimulantes da cocaína e do *crack*, como pode potencializar o efeito de sedação da maconha. O álcool, portanto, foi citado como a substância circulante entre os diferentes grupos de usuários, conforme os relatos abaixo:

Sempre gostei do estado que se fica, tu fica mais relaxado e tal, e aí agora, a minha vida está como eu gostaria, eu estudo geografia e me interessa muito pela parte social, então, agora, acho que isso me ajuda muito, acho que a maconha te ajuda a pensar mais, abrir mais tua linha de pensamento e fora que ela te retrai um pouco também, sei lá, ela faz com que tu não faça coisas que de repente tu pudesse chatear alguém por não ser adequado no momento. (UE,34, M)

Às vezes eu tomo cerveja, tomo vinho, até cachaça, pra passar o efeito do crack porque eu fico muito braba, muito nervosa, muito agitada da droga, porque ela deixa a gente assim... (UC, 26, F)

A maconha dá aquela tranquilidade, mas se cheirar uma coca, fumar uma pedra, já foi, já era o efeito. (UC, 63, M)

A partir desta noção e domínio sobre os efeitos de cada substância psicoativa, os usuários fazem suas escolhas conforme o que lhes melhor convir. A busca pelos efeitos como estar mais desperto, conseguir dormir, relaxar, entre outros. Um estudo sobre o uso de diversas drogas ilícitas, chamou a atenção para a necessidade de se diferenciar entre o “uso controlado” e o “uso compulsivo” de substâncias⁽⁸⁾. O primeiro, que até então tinha sua existência pouco conhecida, teria baixos custos sociais, enquanto o segundo, disfuncional e intenso, teria efeito contrário. O que os distinguiria é que o primeiro seria regido por regras, valores e padrões de comportamento vinculados tanto pela cultura hegemônica quanto pelas subculturas desenvolvidas por diferentes grupos de usuários. Ou seja, fazer um uso dentro das normas sociais ou dentro das normas de cada grupo de usuários, como os que se reúnem para relaxar, para ficar mais despertos e com mais energia para dançar numa festa, entre outros.

Este controle sobre os desejos e sobre as possibilidades pode estar relacionado aos potenciais da Mente, os quais não seriam somente uma resposta a estímulos. Quando responde-se algo, a mente quis dizer que possui algum controle sobre os estímulos. Através da mente, o indivíduo diz a si mesmo como agir em determinado ambiente que o cerca. O ser humano tem capacidade para aplicar o que sabe e fazer planos sobre o que fazer e estão aptos a alterar os planos e definições do como agir nas diversas situações⁽⁷⁾.

Sobre esta capacidade de controlar os momentos de uso de substâncias psicoativas, os participantes declararam, por exemplo:

A cocaína eu usei dos 22 anos até os 24. Porque era uma época em que se tinha abundância da droga, e por aqui ser uma zona de fronteira seca, acho que a maior do Brasil, bem povoada, dificultando assim a fiscalização. Então se tinha muito, a gente usava bastante, era barato. Mas chegou um ponto em que isso começou a ser prejudicial, porque tu sente no bolso. Pelo fato de eu ser pobre e não poder pagar sempre, comecei a diminuir o consumo e comecei a usar apenas em grandes festas, como as de final de ano, ou fazer alguma atividade com os amigos. E agora não sinto falta, nem nada. (UE, 34, M)

Eu fui usuário pesado de crack por 8 meses e depois parei. Eu insisti na maconha pra poder parar. (UE, 34, M)

Já fiquei um ano e picos sem usar (maconha). Eu creio que depois de dois, três dias... Eu sou um cara que, no primeiro dia o cara sente assim, no segundo dia tu tá um pouquinho melhor, no terceiro dia já passa, não me faz falta. Se penso assim: vou deixar, eu deixo. (UE, 33, M)

A possibilidade de realizar um uso controlado irá depender de cada indivíduo e da forma como o mesmo se relaciona com a substância. Esta é uma importante contribuição para a compreensão do fenômeno do uso de drogas pois inclui outros determinantes além da substância em si e seus possíveis efeitos⁽⁸⁾. O ‘set’ estaria relacionado à atitude da pessoa no momento do uso, incluindo sua estrutura de personalidade e o ‘setting’ que seria a influência física e social do local onde ocorre. No Brasil esta tríade de substância, foi representada pela “sujeito, substância e ambiente”⁽¹²⁾. Desta forma, pode-se compreender que a substância psicoativa em si não seria suficiente para definir a relação de cada pessoa com seu uso. O uso abusivo, descontrolado ou disfuncional estaria relacionado a aspectos psíquicos de cada indivíduo e também ao contexto, meio social em que ele estivesse inserido, sendo multifatorial e singular.

Sem a intenção de oferecer uma explicação para o fenômeno do uso disfuncional, mas somente de apresentar os achados, identificou-se que a maioria dos participantes que se encontravam nesta situação relataram histórias de perdas e

de sofrimentos importantes aos quais tiveram dificuldade de lidar, evidenciando certa fragilidade.

Eu trabalhava de guarda, de noite. Nessa época fazia seis anos que eu não usava nada. Daí a minha casa prendeu fogo, eu perdi a minha casa, perdi minha filha. Ai eu entrei em depressão e voltei a usar. (UC, 63, M)

Quando as coisas estavam bem em casa eu não usava... De manhã é só o meu mate⁴ e a maconha, sabe, se eu não quero usar eu não uso. (UC, 67, M)

Eu to muito delicado, eu to. Eu, um barbado desses. Muito delicado, eu não sei se é a palavra, mas eu ando assim: se alguém me destratar no CAPS eu desconto na droga. (UC, 45, M)

Eu divido meu dinheiro e dou. Eu pago academia pro meu filho, eu pago curso de informática. O meu caso é que eu sou muito compulsivo, eu sou muito compulsivo. Eu não sei lidar com dinheiro, não sei lidar com o dinheiro. (UC, 63, M)

Em pesquisa recente com usuários de crack e de múltiplas drogas⁽¹⁰⁾, revelar que 29,2% dos pesquisados indicou perdas afetivas, problemas familiares e violência sexual entre os motivos para o uso. Estas pessoas, de certa forma, em determinadas épocas de suas vidas sofreram situações de crise as quais não conseguiram lidar sozinhas ou não tiveram o amparo necessário, fazendo do uso da substância um canal de fuga ou comunicação do sofrimento.

Somado a isto, algumas características ou situações individuais que poderiam estar relacionadas ao descontrole no uso de substâncias, mas que ficam em segundo plano no momento do tratamento, como depressões, compulsões e sofrimentos psíquicos diversos. Assim, a Sociedade envolve ações de cooperação entre indivíduos, em que os atores trabalhem juntos, apesar de seus objetivos ou interesses individuais e diferenças pessoais⁽⁷⁾ Quando se faz uso em grupo o indivíduo até se assemelha no uso da substância, mas tem seus aspectos individuais e seus limites⁽⁷⁾.

⁴ Mate ou chimarrão – oriundo da erva mate utilizado em forma de chá, bebido tanto no Uruguai como na região sul do Brasil.

Outra questão evidenciada que diferenciou os dois grupos significativamente está relacionada à principal substância de uso. Foi identificado que entre os usuários controlados as substâncias de uso atual eram preferencialmente a *Cannabis* e o tabaco, fazendo uso esporádico de álcool e cocaína em ocasiões de festas ou finais de semana. Já entre os usuários disfuncionais, a substância de escolha havia sido preferencialmente o álcool e um deles referiu o crack.

Observou-se que a escolha da substância principal de uso não estava relacionada ao fato desta ser ilegal ou não, pois conforme o relato dos participantes os mesmos tinham fácil acesso às substâncias. Todavia, após a aprovação da lei de Regulamentação da *Cannabis* no Uruguai o acesso a esta ficou mais dificultado.

Porque aqui no lado brasileiro é aquele prensado, as coisas tudo misturado, porque é a realidade. Ultimamente a gente tem procurado a planta mesmo do lado uruguaio que é o que eles chamam de Cogojo⁵. Que é aquilo natural, que não tem nada, tu tira do pé e fuma. Só que é difícil tu achar, porque quem tem, é criação própria e não quer vender, está ali pra consumo, então é difícil achar. Então, geralmente, a gente consegue do lado do Brasil. (UE, 19,F)

Posso até te afirmar que agora está sendo mais difícil, usar e pegar “droga” aqui no Uruguai, do que no Brasil, muito mais difícil. No Brasil, segue a mesma coisa. (UE,34, M)

No Brasil eu vou comprar, me sinto a vontade porque, no Brasil, é a Polícia Federal que cuida dessa parte, e a nossa cidade é bem carente em relação a isso. A Polícia Federal tem diversos setores para cuidar e, maconha, é uma coisa que eles deixam de lado. É mais ou menos assim. Mas aqui no Uruguai jamais pisaria num lugar desses, jamais! Tanto numa farmácia, porque tu fica exposto, tu fica totalmente exposto, tu vai andar com um crachá assim, e a sociedade uruguaia, eles até que aceitam, mas ainda tem as pessoas caretas e mais velhas, que eles até que tem razão, porque aqui, os jovens abusam um pouco, eles fumam maconha no meio das praças. (UE, 34, M)

As principais preocupações do governo uruguaio com relação à proibição do uso/porte/comércio de *Cannabis* são a adição de outras substâncias como a Amônia no processo de prensagem o que traz grandes males à saúde e a exposição ao tráfico de drogas onde pode envolver-se em alguma situação de violência ou ser

⁵ Cogojo – em espanhol, nome dado à floração da planta *Cannabis* sp. a qual é utilizada para o fumo.

apresentado à outra substância. Cada pessoa usuária de substâncias deve ser cadastrada por um órgão governamental e terá direito a plantar até seis pés de *Cannabis* em sua residência e utilizar para consumo próprio sendo proibido seu comércio. Os usuários poderão inscrever-se em chamados Clubes Canábicos e a partir do pagamento de uma mensalidade fazer retiradas de até 40g mensais. Ou ainda, a partir de cadastro também, realizar compra em farmácias do mesmo limite de quantidade, o que ainda não foi implementado⁽²⁾.

Percebe-se que o Uruguai centra sua política de drogas na saúde do indivíduo preocupando-se com seu bem-estar e segurança por meio do reconhecimento do direito individual e dos limites de intervenção do estado.

Para que a regulamentação seja seguida tem havido um grande incentivo que as pessoas cadastrem-se como usuárias e também uma forte repressão ao tráfico. Todo o indivíduo que for abordado fazendo uso da substância deve estar cadastrado, caso contrário sofrerá implicações legais. Também não é permitido aos estrangeiros fazer uso, portar ou comercializar a substância em território uruguaio apesar de que a maioria dos participantes da pesquisa tinha algum parente ou possuía “*doble chapa*”. Porém, nenhum estava cadastrado como usuário de *Cannabis* junto ao governo uruguaio. Ao serem questionados referiram receio de alguma mudança política e o uso dos dados para perseguições ou algum tipo de restrição em território uruguaio. Desta forma, percebe-se que as lembranças de uma política proibicionista ainda estão muito presentes na população fronteira do sul do Brasil com o Uruguai.

Considerações finais

Este estudo pretendeu apresentar uma descrição de diferentes trajetórias de uso de substâncias psicoativas na fronteira entre Brasil e Uruguai.

Percebeu-se que as trajetórias de início de uso das substâncias psicoativas entre indivíduos que conseguem manter um uso controlado e dos que apresentam um uso abusivo e necessitaram de acompanhamento no CAPS são semelhantes, por terem iniciado muito precocemente, por meio da família e através do álcool.

A experimentação de novas substâncias também deu-se da mesma forma para os participantes dos dois grupos onde era necessário mudar de grupo social para experimentar ou fazer uso de uma outra substância refutando a teoria de escalada.

As diferenças entre os usuários que freqüentavam os serviços especializados de saúde mental (CAPS) e os que não freqüentavam (externos) surgem a partir da escolha de uma substância de preferência, onde os usuários disfuncionais mantiveram um uso abusivo/disfuncional de álcool enquanto os usuários controlados continuaram experimentando outras substâncias ou mantiveram-se usando tabaco e *Cannabis* e álcool esporadicamente. As trajetórias também se diferem, pois o dos usuários disfuncionais inclui dificuldades em lidar com perdas e problemas emocionais que evidenciaram fragilidades emocionais e sociais que podem ter contribuído.

Com relação à proximidade com o Uruguai e sua relação com o uso de substâncias não se evidenciou achados que sugerissem algum tipo de influência ao acesso as substâncias psicoativas para as pessoas lá residentes.

Como contribuição deste estudo identifica-se a importância em levar-se em consideração as questões sociais, problemas psicológicos não focando o cuidado somente ao uso das substâncias. Evidencia-se a necessidade constante de capacitar os profissionais a partir de uma visão singular dos indivíduos e suas necessidades às quais não estarão necessariamente relacionadas a questão do uso de substâncias psicoativas.

Salienta-se também a necessidade de reflexão sobre o uso de substâncias pela família causando a exposição precoce de crianças, bem como a oferta de substâncias mesmo que lícitas às mesmas.

Estes fatos evidenciam a relevância da continuidade de estudos a fim de observar se a idade de início de uso de substâncias poderá mudar ou não a partir da regulamentação da *Cannabis* no Uruguai, deixando assim de ser uma substância ilegal e proibida e se este seria um fator de estímulo ou proteção para a experimentação da substância pela população.

Referências

- (1) Resolução da Diretoria Colegiada n. 66 de 18 de março de 2016 (BR). Dispõe a ANVISA, que passa a permitir a prescrição e importação de medicamentos que contenham THC [diário oficial da união]. 21 de março de 2016 [acesso em 14 mar 2016]. Disponível: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=28&data=21/03/2016>
- (2) Uruguay. Cien años de Políticas Sobre Drogas. Presidencia de La República, Junta Nacional de drogas. Vídeo Institucional. 2013.

- (3) FRANCHINI, B. e NEUTZLING, AS. Identificação de Indicadores de monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai. Projeto de Pesquisa cadastrado na Pró-reitoria de Pesquisa. Universidade Federal de Pelotas. (2015)
- (4) Schütze F. Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, 1977. [Manuskript] ZIMBERG, NE. *Drug set and setting*. Yale University press. New York, 1984.
- (5) Bertolote JM. (Tradução e notas). Glossário de álcool e drogas. [internet]. 2ª ed. São Paulo (BR). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília; 2010. [acesso em: 10 dez 2015]. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/cidadania-assistencia-e-inclusao-social/prevencao-as-drogas/glossario.pdf>
- (6) Zinberg, NE. **Drug set and setting**. Yale University Press. New York, 1984.
- (7) Charon JM. **Symbolic interactionism**. 10th. ed. Englewood Cliffs (UK): Prentice-Hall; 2010.
- (8) Faixa de fronteira. Rio de Janeiro. IBGE, 2010 [acesso em 13 de fev 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/fronteira.shtm>
- (9) Pucci M. O Estatuto da Fronteira Brasil - Uruguai. [tese de doutorado]. Rio Branco (UY): Instituto Rio Branco; 2010.
- (10) Bastos F, Bertoni N. **Pesquisa Nacional sobre uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Editora ICICT. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.
- (11) Carlini EA, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Oliveira LG, Nappo SN, Moura YG, Sanchez ZVDM, et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP Universidade Federal de São Paulo, 2010.
- (12) Olievenstein, C. **A droga**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

Artigo 2 –

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR PESSOAS USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA FRONTEIRA BRASIL E URUGUAI

FRANCHINI, Beatriz; SCHWARTZ, Eda, ANDRADE, Ana Paula Muller de

Resumo

Trata-se de um recorte do banco de dados qualitativo de uma pesquisa maior realizada na fronteira entre o Brasil e o Uruguai intitulada “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai” financiada pela SENAD/MJ e coordenada pela autora. Objetivou-se identificar e compreender as experiências de pessoas usuárias de drogas na busca de serviços de saúde em um município da zona de fronteira entre Brasil e Uruguai, a partir das trajetórias ao uso de 16 entrevistados. A coleta de dados se deu entre novembro e dezembro de 2015 por meio de entrevistas narrativas com pessoas usuárias de substâncias psicoativas sendo que metade freqüentava um Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas e a outra metade não. Todos participantes inseridos no cenário de uma zona de fronteira onde a *Cannabis* é regulamentada no lado uruguaio e proibida no lado brasileiro. A análise dos dados foi realizada a partir dos conceitos do Interacionismo Simbólico de Charon. Os resultados evidenciaram que apesar de ser de fácil acesso há pouca criação de vínculo com os usuários e, por conseguinte, há baixa adesão e subutilização dos mesmos. Os serviços ainda focam suas ações na droga e na abstinência, levando pouco em consideração as questões individuais e singulares, havendo uniformização do cuidado, além da pouca comunicação entre os usuários de substâncias e os trabalhadores. Conclui-se que, apesar de estar próximo ao Uruguai os profissionais brasileiros ainda carregam suas próprias crenças e convicções para realizar o atendimento de pessoas usuárias de substâncias psicoativas. Centralizam suas práticas na abstinência, utilizando pouco os demais recursos sociais e terapêuticos existentes.

Descritores:

Abuso de substâncias psicoativas, serviços de saúde, Uruguai, *Cannabis*

ABSTRACT

This is a cut from the qualitative database of a larger survey carried out on the border between Brazil and Uruguay entitled "Identification of Indicators for the monitoring and evaluation of the impacts of the new Uruguayan policy of regulating the Cannabis market on public health And drug use in the border zone between Brazil and Uruguay "financed by SENAD / MJ and coordinated by the author. The objective of this study was to identify and understand the experiences of people using drugs in the search for health services in a municipality in the border zone between Brazil and

Uruguay, based on the trajectories of the use of 16 interviewees. Data collection took place between November and December 2015 through narrative interviews with people using psychoactive substances, with half attending a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs and the other half did not. All participants included in the scenario of a border zone where Cannabis is regulated on the Uruguayan side and prohibited on the Brazilian side. The analysis of the data was based on the concepts of Charon Symbolic Interactionism. The results showed that, despite being of facial access, there is little linkage with users, and therefore there is low adherence and underutilization of users. The services still focus their actions on drugs and abstinence, taking little account of individual and singular issues, with uniformity of care, as well as poor communication between substance users and workers. It is concluded that, despite being close to Uruguay, Brazilian professionals still carry their own beliefs and convictions to provide care for people who use psychoactive substances. They center their practices in abstinence, using little other existing social and therapeutic resources

Descritores:

Drug users, health services, Uruguay, Cannabis

Resumen

Este es un corte de la base de datos más investigación cualitativa llevada a cabo en la frontera entre Brasil y Uruguay titulado "Indicadores de identificación para el seguimiento y evaluación de los impactos de la nueva política uruguaya de regular el mercado de cannabis en la salud pública y el consumo de drogas en la zona fronteriza entre Brasil y Uruguay", financiado por la SENAD / MJ y coordinado por el autor. Este estudio tuvo como objetivo identificar y comprender los consumidores de drogas gente experimenta en la búsqueda de los servicios de salud en un municipio de la zona fronteriza entre Brasil y Uruguay, a partir de los caminos para el uso de 16 encuestados. La recolección de datos se llevó a cabo entre noviembre y diciembre de 2015 mediante entrevistas narrativas con personas que consumen sustancias psicoactivas y la mitad asistieron a un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas y la otra no la mitad. Todos los participantes entraron en el establecimiento de una zona fronteriza donde el cannabis se regula en el lado uruguayo y se les prohibió el lado brasileño. El análisis de datos se realizó en base a los conceptos de interacción simbólica de Caronte. Los resultados mostraron que a pesar de ser de acceso facial hay poca creación de un enlace con los usuarios y por lo tanto no es de baja adherencia y la infrautilización de los mismos. Los servicios se siguen enfocando sus acciones sobre las drogas y la abstinencia, simplemente teniendo en cuenta las cuestiones individuales y únicos, con la normalización de la atención, así como la falta de comunicación entre los usuarios de drogas y los trabajadores. Llegamos a la conclusión de que, a pesar de estar al lado de Uruguay profesionales brasileños todavía llevan sus propias creencias y convicciones para realizar el servicio de personas que consumen sustancias psicoactivas. Centralizar su abstinencia prácticas, el uso de algunos otros recursos sociales y terapéutico existente.

Descritores:

Consumidores de drogas

Introdução

No Brasil, o direito à saúde, nos termos do artigo nº 196 da Constituição Federal pressupõe a adoção de políticas sociais e econômicas que visem: além do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação, a redução do risco de doenças e outros agravos⁽¹⁾.

A partir da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileiras, o país visa oferecer tratamentos dignos de saúde a toda população. Contudo há alguns grupos que ainda possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde o que pode estar relacionado a vários fatores como geográficos, culturais, econômicos, funcionais ou sócio-organizacionais^(2;3) e, com relação ao uso de substâncias psicoativas, o acesso e o uso dos serviços de saúde são ainda mais prejudicados.

A fronteira entre o Brasil e o Uruguai estende-se por 1069 km, ao longo de 749 km de rios, canais e lagoas e 320 km de fronteira seca, a qual dá acesso entre Brasil e Uruguai por meio de seis cidades-gêmeas que correspondem aos municípios lindeiros que apresentam uma conurbação ou semi-conurbação com localidade do país vizinho, conformando a zona de fronteira (área geográfica que inclui as faixas de fronteira brasileira e do país estrangeiro). Estas cidades caracterizam-se por fluxos transfronteiriços mais intensos e têm sido alvos prioritários de políticas públicas⁽⁴⁾.

Enquanto a ‘faixa de fronteira’ é uma definição legal associada aos limites territoriais do poder estatal, a concepção de ‘zona de fronteira’ se refere a um “espaço configurado pela articulação espontânea entre as faixas de cada lado do limite internacional, caracterizado por interações que criam um meio geográfico próprio, só perceptível em escala regional”^(5:96).

As fronteiras são, conforme as definições geográficas regiões limítrofes entre povos, entre estruturas governamentais, entre culturas, entre riquezas. Mas as fronteiras podem ser, além disso, espaços onde os povos, as culturas, as leis e as riquezas se somam e formam um território diferenciado que não pertence nem a um lado e nem ao outro. São únicas, pois já não possuem somente os elementos do local a que pertencem, possuem elementos próprios, sendo praticamente uma terceira cultura entre dois países, uma terceira língua, uma diferente visão do todo e do singular⁽⁶⁾.

A República Oriental do Uruguai em 2013 sancionou a Lei n.19.172 que regulamenta a *Cannabis sativa* a qual se embasou em pesquisas uruguaias e internacionais sobre efeitos da *Cannabis* aos seres humanos e as conseqüências de sua proibição à população evidenciando que as conseqüências da proibição eram mais danosas que o seu consumo aos indivíduos⁽⁷⁾.

Em pesquisa realizada em 2014 pela Fundação Osvaldo Cruz sobre uso de Crack nas capitais brasileiras, foram apontados alguns dados sobre a busca pelos serviços de saúde. O interesse em buscar algum tipo de atendimento foi revelado pela maioria dos entrevistados 78,9%, contudo somente 6,3% disseram ter recebido atendimento em Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (Caps-AD). Disparidade esta não esclarecida nesta pesquisa, o que revela uma lacuna investigativa acerca do distanciamento entre o usuário que deseja tratamento e os serviços oferecidos⁽⁸⁾.

Desta forma este artigo buscou conhecer a utilização de serviços de saúde por pessoas usuárias de substâncias psicoativas residentes em um dos municípios da zona de fronteira entre Brasil e Uruguai.

Métodos

Trata-se de um recorte do banco de dados qualitativos da pesquisa “Identificação de Indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e o consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai”⁽⁹⁾ financiada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (MJ).

Neste recorte, selecionou-se um município brasileiro que faz fronteira seca com o Uruguai. Este município foi escolhido por possuir maior número de habitantes e maior variedade de serviços de saúde. A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2015 e contou com a participação de 16 pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

Foram realizadas Entrevistas Narrativas utilizando o referencial sistemático de Schütze⁽¹⁰⁾ que norteia tanto a metodologia deste modelo de entrevistas quanto a organização e análise dos dados. Para tal utilizou-se uma sistemática a fim de formular uma trajetória coletiva a partir das trajetórias individuais narradas pelos participantes. Desta forma observou-se as experiências de uso de serviços de saúde

de oito pessoas que faziam uso abusivo e realizavam acompanhamento num Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) e outras oito que não freqüentavam o CAPS AD. Em cada um destes grupos havia uma entrevistada do sexo feminino, totalizando então quatorze homens e duas mulheres. A seleção dos participantes do primeiro grupo se deu a partir de indicação do CAPS AD e que cumprissem os quesitos de ser maior de 18 anos, fazer uso de substâncias psicoativas incluindo a maconha (*Cannabis*) e ser brasileiro ou possuir dupla nacionalidade (*“doble chapa”*). Com relação ao segundo grupo, os mesmos não deveriam realizar tratamento no CAPS naquele momento. Dentre estes usuários externos, metade deles foi indicada por Redutores de Danos e a outra metade abordada aleatoriamente pelos entrevistadores em locais de uso de substâncias psicoativas.

As entrevistas indicadas pelos Redutores de Danos foram marcadas em locais públicos ou nas residências dos participantes. Os locais públicos foram preferencialmente praças e no turno da noite. Em um caso a entrevista foi realizada no domicílio da pessoa e em outros dois no local de trabalho.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Instituto de Pesquisa Estatística Aplicada (IPEA) sob Ofício nº 013/2015. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e permitiram ter suas entrevistas gravadas e transcritas. Foi garantido o anonimato dos participantes sendo estes somente identificados por UC para os Usuários do CAPS AD e UE para os usuários externos, que não freqüentavam o CAPS AD, seguido da idade e sexo; exemplo: EU, 23anos, M (Usuário Externo, 23 anos, sexo Masculino).

Realizou-se também observação participante com anotação em Diário de Campo durante as visitas aos locais da Rede Básica de Saúde, Rede de Saúde Mental e CAPS AD.

Os dados coletados foram analisados e discutidos a partir do Interacionismo Simbólico (IS) segundo Charon⁽¹¹⁾, o qual tem sido utilizado nas ciências sociais e na área da saúde por apresentar uma concepção teórica que tenta compreender o significado das ações individuais e coletivas ao serem construídas a partir da interação entre as pessoas. Ainda, dentre outros aspectos, visa interpretar as percepções das pessoas, o significado e o sentido que eles dão às coisas e como estes relatos se relacionam com as experiências vivenciadas. Este referencial foi escolhido por evidenciar a importância da realidade socialmente explicada pelos

atores e o modo como grupos diferentes reagem de forma diferente ao mesmo tipo de estímulo e de como o mesmo é socialmente experienciado⁽¹¹⁾.

Resultados e discussão

Neste percurso investigativo conhecemos pessoas com histórias de vida marcadas por uso abusivo de substâncias e que em algum momento buscaram algum tipo de atenção em saúde não necessariamente relacionado à questão do uso de substâncias.

O processo de coleta de dados envolveu visitas e permanência em alguns serviços da rede de saúde e de saúde mental do município. O atendimento a pessoas usuárias de substâncias psicoativas era preferencialmente realizado pelo CAPS AD, que realizava acolhimento diário, por livre demanda, sem necessidade de encaminhamento da rede ou agendamento.

O sorriso largo da Enfermeira que nos recebeu era o mesmo que recebia e acolhia as pessoas, “nosso serviço é de portas abertas, recebemos toda demanda” e realmente, todas as pessoas que ali chegavam eram prontamente atendidas, algumas convidadas a já participar das atividades, outras retornavam outro dia, mas ninguém saía sem algum atendimento. Os que chegavam eram entristecidos, cabisbaixos, envergonhados, muitos acompanhados de algum familiar e alguns com um papel na mão. (Diário de Campo)

O CAPS AD oferecia atendimento clínico, psiquiátrico, psicológico e de enfermagem. Eram realizadas oficinas e atividades grupais em um salão nos fundos, que ficava ao lado da cozinha onde também eram servidas as refeições.

Havia um pátio com uma árvore onde todos se sentavam à sombra pra tomar chimarrão e fumar. Um dos usuários tocava violão com um Redutor de Danos e cantavam músicas gauchescas (tradicionais do Rio Grande do Sul). No fundo do pátio havia uma sala de oficinas, a cozinha e o refeitório. Era lá em que os usuários passavam a maior parte do tempo, pois a parte da frente do prédio era ocupada pelos consultórios, sala de grupos, sala de

*reuniões, sala de enfermagem e cozinha dos técnicos.
(Diário de Campo)*

Identificou-se que, apesar do serviço ser de “portas abertas” apresentava uma série de restrições para o livre trânsito dos usuários. Também as estratégias e os Redutores de Danos eram subaproveitados dentro do serviço o qual se focava mais em estratégias de abstinência em seu cuidado.

Um Técnico em Enfermagem referiu ter curso de Consultor em Dependência Química e ser responsável pelo Grupo de AA (alcoólicos anônimos) dentro do CAPS, às quartas-feiras e às segundas-feiras na internação do Hospital Geral da cidade. Inclusive a referência aos 12 passos do AA estava por toda parte no serviço, ora impresso em banners, ora escrito pelos próprios usuários em pequenos cartazes na parede. A lista com os 12 passos e também considerações religiosas estavam estampadas nas paredes dos consultórios, na sala de grupos e lá nos fundos, no local das oficinas de artesanato e refeitório. (Diário de Campo)

Ao conversarmos diretamente com os Redutores de Danos, estes relataram que estavam há pouco tempo dentro do CAPS AD e que antes trabalhavam mais junto ao Programa de DST/AIDS mas que estavam tentando abrir um caminho junto a equipe. Que aos Redutores eram encaminhados os casos com maior dificuldade de adesão e que não conseguiam a abstinência e também eram passadas a eles as pessoas que estavam se ausentando do serviço para fazerem a busca ativa. Nas conversas com os profissionais perceberam-se diferentes compreensões sobre as possibilidades de tratamento e sobre como deveria ser este processo.

As estratégias de Redução de Danos identificadas pelos profissionais que eram desenvolvidas relacionavam-se a permitir que os usuários fizessem uso de cigarro dentro do serviço. Pois anteriormente os usuários só podiam fumar no lado de fora, mas como ao sair faziam uso de bebida alcoólica e depois retornavam, o serviço resolveu deixar que fumassem em seu interior, contudo não poderiam sair durante o turno, uma vez lá dentro, ninguém sairia.

Nas falas dos usuários pôde-se identificar este distanciamento das necessidades individuais e do olhar sobre cada pessoa, como a seguir:

Já tive momentos bons, momentos ruins, já vi coisas boas e coisas ruins aqui dentro... A gente não pode também mudar, porque as pessoas são as pessoas, cada uma com a sua individualidade. Porque aqui a gente tem que conviver com grupos e conviver com grupos é uma coisa muito complicada, ela acaba desgastando. A relação humana é uma coisa louca, porque ela desgasta, por mais que a gente não queira, ela acaba, desgasta. (UC, M, 59a)

As dificuldades de ir ao encontro da demanda do indivíduo também foi relatada com muita crítica a uniformização do tratamento, principalmente o medicamentoso dentro do serviço.

Eu não queria falar sobre isso, mas eu acho que tem muitas pessoas se dando bem em cima disso. [...] Eu acho que isso virou um grande negócio pros laboratórios. Porque é assim ó, eu tenho um problema de álcool, o rapaz tem um problema de drogas e é o mesmo remédio pra todos, é carbamazepina... Isso aí o governo tem que comprar, os laboratórios que ganham. Agora tu imagina isso aí no Brasil todo, a dinheirama que rola. Ninguém tá afim de curar ninguém, se a droga acabasse, acaba muitos empregos. Se curar alguém, acabou os pacientes, não tem mais emprego. Redução de danos, reduzir os danos, não vou curar, vou reduzir, reduzir o que? O bom é que venha cada vez mais gente. Mais se vende, mais se ganha. Sabe que isso é uma máfia sem vergonha. Eu tô aqui pra denunciar (UC, M, 59a)

O público atendido dentro de um serviço para usuários de substâncias psicoativas é bastante diferenciado de outros serviços de saúde mental. Há poucas pessoas com dificuldades cognitivas, ocasionadas por alguma seqüela do uso ou que tenham comorbidades que prejudiquem seu raciocínio. Por vezes, durante a pesquisa, percebia-se que os usuários irritavam-se da forma como eram tratados, pois se sentiam infantilizados. Em outras eles aproveitavam-se para omitir coisas, como por exemplo, o uso de substâncias, como se tanto os profissionais quanto os usuários fizessem de conta que um acreditava no outro.

Saúde é uma coisa, saúde mental é outra. Então eu acho que tem que definir muito bem. Tu estás sendo tratado pra tua saúde física, isso é uma coisa, a cachaça faz mal, daqui a um tempo vai te causar tal coisa. Agora, a saúde mental é outra, ninguém aqui está preparado pra tratar a saúde mental de ninguém, porque francamente, a psicologia, a psicanálise, o cara tem que ser muito bom pra entender o ser humano e a individualidade de cada um. Uma coisa é pegar um monte de besta na rua, outra coisa é pegar um com um QI mais alto, na média ou acima da média. Não é fácil botar um monte de gente aqui, todo mundo é índio campista, não é assim, não é assim. O caráter, a personalidade isso tem muito que ser levado em conta. O pessoal da saúde não tem preparação nenhuma. Mas também não pode ter um psicólogo pra cada um, é complicado. (UC, M, 59a)

Questionamos em qual dia era realizada a assembléia, nos informaram que estas haviam sido suspensas, pois os usuários não estavam compreendendo qual seria o objetivo e estavam querendo dizer aos profissionais como o CAPS deveria funcionar, conforme as palavras do Técnico de Enfermagem. (Diário de Campo)

Nas narrativas do processo de cuidado oferecido dentro dos serviços especializados parece que há pouca atenção às individualidades. As Portarias de nº 336/02; 3.088/11 e 130/2012 que dizem respeito ao funcionamento dos CAPS Ad apesar de ter uma proposta diferenciada dos demais tipos de Caps como as do tipo II percebe-se que estas mantêm muitas vezes as formas de funcionamento, incluindo a estrutura física, de organização de trabalho e de atendimentos.

Falta mais profissionais, pessoas mais especializadas pra trabalhar, com uma atenção melhor. Porque tem casos de pessoas, que só dependem da alimentação daqui... Tem amigo nosso, que morreu abandonado numa casa. Morreu de AIDS, ele se tratava aqui (CAPS), mas chegou um momento que já sabia que estava com a doença ele ia lá no hospital, ah esse cara [...] (UC, M, 63a)

Observa-se que, na percepção dos usuários, que os profissionais apesar do conhecimento técnico, muitas vezes mantêm simbologias pré-concebidas da sociedade da qual o grupo de profissionais faz parte ou ressonância da problemática do uso de substância. A falta de este olhar mais cuidadoso e individualizado dificulta a interação com o usuário.

Este descompasso também se dá em relação às internações, tanto em hospitais gerais quanto depois em Comunidades Terapêuticas. Estes equipamentos receberam algumas críticas por parte dos usuários, pois não os prepara para o retorno social e ainda algumas vezes os mantêm em piores condições do que enquanto faziam o uso de substâncias.

Me internar eu não quero me internar, porque eu sei que a internação é a pior coisa, não pelo medicamento. Não adianta, eu vou estar ali, um mês, ou vou estar numa fazenda, aí eu vou estar protegido. Mas o problema que eu vou ter que matar um leão por dia é aqui fora. (UC, M, 45)

Eu estive no hospital agora, por exemplo, e fiquei pensando, eu to muito mais drogado do que quando estava com álcool na cabeça, eu andava caindo lá pelos corredores da Santa Casa. Peraí, o álcool não me faz isso, me relaxa, me dá tesão pra fazer meu trabalho, me dá inspiração pra trabalhar, produzir, pensar e criar coisas né... E a droga não, só faz dormir, dormir, não me faz produzir nada. (UC, M, 59)

Tem um remédio agora, essa injeção que eu tomei ela de novo, lá na Santa Casa. Eu era pra tá lá. Eu fiquei dois dias, não agüentei ficar lá dentro e pedi pra sair. [] Eles me deram uma injeção, é uma injeção que não senta bem pra mim. Me deram lá no hospital, ela fica atuando um mês. Eu me esqueci, eu fico fraco das pernas, tem um efeito colateral pior que se eu tivesse usado droga mas tá prescrito tem que tomar. (UC, M, 45)

Percebe-se pelas falas que o tratamento revela-se pior que o uso da substância. Que para que alguma pessoa consiga levar adiante a intenção de cessar ou diminuir o uso de substâncias ou torná-lo não-problemático precisa realizar um esforço enorme e expor-se a condições de tratamento que não reconhece como benéficas ou estimulantes.

Com relação aos cuidados de saúde, os usuários referiram evitar fazer queixas sobre seu estado de saúde por não acreditarem que o serviço ofereceria algum tipo de atenção.

Eu me sinto bem, mas não me queixo que me dói por dentro. Essas pontadas, essas pontadas que me dá no peito, parece que me cravaram uma faca, e eu pensei que

fosse o coração. Eu não sei, eu não sou de abrir o jogo, ah, me doi aqui, tenho medo que digam que eu to mentindo e não me queixo. Eu tenho medo que pensem que eu to mentindo[...] Esses dias estava embalado meu coração, eu sinto bem direitinho, eu tava ansiado [...] (UC, M, 67)

Qualquer coisa que acontece com o alcoólatra é do álcool. (UC, M, 59)

Somente uma usuária referiu o CAPS AD como referência de cuidado para qualquer problema de saúde.

Eu nunca procuro posto de saúde nem hospital, eu sempre venho direto aqui, ai eles me fazem os exames e tudo que tem que fazer e eles me encaminham. Eu fiz exames e viram que eu tava com sífilis. (UC, F, 26)

Percebe-se ainda que, nos tratamentos de saúde em geral, os profissionais se restringem a tratar somente as queixas apresentadas sem investigar mais profundamente a possibilidade de uso de substâncias. Por outro lado, alguns usuários também referiram que negariam o uso por receio do estigma que poderia advir do profissional ou por vergonha.

Nunca comentei, mas acho que seria atendido da mesma forma até porque se fosse perguntado eu diria que sim, mas nunca foi perguntado. (UE, M, 22)

Eu estive no hospital por uma pielonefrite. Se o médico pergunta, como é que tu não vai falar, mas nunca me perguntaram. Não, o médico não pergunta (UE, F, 19)

Não falei, porque eu menti, né? Se me perguntam, eu digo que não. Porque a sociedade brasileira te tacha de uma forma bem mais cruel do que no Uruguai. Lá tem uma lei, eles são obrigados a te engolir (UE, M, 34)

As experiências em serviços de saúde não especializados em uso de substâncias também revela haver certa hesitação em comentar-se sobre o uso de substâncias tanto por parte dos profissionais quanto dos pacientes. Assim como os entrevistados não revelaram seu uso, os profissionais não questionaram.

Discussões

Durante esta investigação acerca da relação dos usuários de substâncias psicoativas com os serviços de saúde pode-se perceber tratar-se de um processo que envolve muitas questões subjetivas relacionadas a construção e constituição da substância psicoativa como um símbolo, um objeto em si o qual é permeado de significados e projeções⁽¹¹⁾.

Dentro de uma perspectiva do Interacionismo Simbólico⁽¹¹⁾, os símbolos são compreendidos como objetos que são construídos socialmente a partir da interação com os sujeitos. Percebe-se que muitas vezes as relações entre os profissionais e os entrevistados deu-se mais entre os profissionais e o modo como estes se relacionavam com a substância enquanto símbolo. Deixando ou tendo dificuldade de relacionar-se com as pessoas enquanto sujeitos de querer e de ser.

Muito do que se percebeu pelos relatos foi de que os profissionais aparentam carregar seus próprios conceitos a partir de vivências anteriores do que seriam os comportamentos esperados ou os resultados esperados dos tratamentos. Há uma uniformização no cuidado e um distanciamento dos desejos e das necessidades destas pessoas.

Esta pesquisa permitiu também observar como as pessoas usuárias de substâncias relacionam-se com seu uso e como isto reflete em suas relações com a sociedade e com os serviços de saúde. Compreende-se dentro do interacionismo Simbólico que a construção de cada sujeito se dá a partir de seu Self e de como o mesmo é constituído. Seja ele com ele, ele com o serviço, ele com os profissionais e ele com a sociedade. O Self é moldado a partir da infância e recebe influências da família, de grupos de referência e da sociedade. Muito do que uma pessoa vem a se tornar surge do que ela compreende ser esperado daquele ser com o qual ela se identifica ou é classificada⁽¹¹⁾.

Dentro da construção social da pessoa usuária de substâncias psicoativas, enquanto “dependente químico” ou “usuário de drogas”, denominações as quais não foram utilizadas neste texto por serem consideradas pejorativas. Dentro desta construção de comportamento há muito do que a sociedade espera e do que a própria pessoa espera transmitir^(11,6).

Apesar do acesso ser garantido nos serviços há pouca utilização das tecnologias leves de cuidado, as quais são mais relacionais e dependem de relações

e da confiança e de vínculo o que se percebeu dificultado e permeado de ruídos e estigma⁽¹²⁾.

A partir das mudanças advindas a lei de Regulamentação da *Cannabis* no Uruguai percebe-se um movimento ainda insipiente dos usuários com relação ao respeito pela sua situação de uso. Estas mudanças ainda não foram suficientes para interferir nas formas de abordagem e tratamento, pois as pessoas ainda enfrentam sentem-se constrangidas em assumir ser usuários de substâncias, omitem sintomas, ficam descontentes com a forma do tratamento e aparentam estar pouco motivadas.

Desta forma considera-se que a realização desta pesquisa na zona de fronteira permitiu perceber este tensionamento gerado a partir da legalidade no país vizinho e das diferenças na forma de abordagem da situação.

Considerações Finais

Ao realizar esta pesquisa percebe-se que há certo distanciamento entre profissionais e usuários dos serviços de saúde e dos serviços especializados em saúde mental e uso de substâncias.

IS possibilitaram a compreensão do fenômeno e também auxiliou na captação dos dados como na análise.

Este estudo pode contribuir para a compreensão que há um indivíduo com singularidades por trás daquela pessoa que busca algum tipo de ajuda. As experiências de usuários na busca pelos serviços de saúde revelam que precisam que alguém os olhe, os escute, os entenda, não os critique, e seja visto e respeitado como um cidadão, respeitando a singularidade dele.

Referências

- (1)BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.
- (2) Unglert, CVS; Rosenburg, CP; Junqueira CB. **Acesso aos serviços de saúde.** Uma abordagem de geografia em saúde pública. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 21(5):439-46, 1987.
- (3)Donabedian, A. **An introduction to quality assurance in health care.** Oxford: Oxford University Press, 2003.
- (4)Bastos, F. Bertoni, N. (Org) **Pesquisa Nacional sobre uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Editora ICICT/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

() Uruguay. Cien años de Políticas Sobre Drogas. Presidencia de La República, Junta Nacional de drogas. Vídeo Institucional. 2013.

(5) Pucci, A.S. **O Estatuto da Fronteira Brasil-Uruguai**. 2010 Tese (Doutorado) Instituto Rio Branco, Brasília – FUNAG.

(6) Franchini, B; Neutzling, AS. Identificação de indicadores para o monitoramento e avaliação dos impactos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *Cannabis* sobre a saúde pública e as práticas de consumo de drogas na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai. Projeto de Pesquisa. Universidade Federal de Pelotas. 2015

(7) Schütze, Fritz. **Die Technik des narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien**: dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Sociologie, 1977. [Manuskript]

(8) Charon, JM. **Symbolic interactionism**. 10^a ed. Englewood Cliffs (UK): Prentice-Hall; 2010.

(9) Almeida Filho, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2011

(10) Goffmann, I. **Estigma**. Notas sobre uma identidade deteriorada. 4ed. Rio de Janeiro, 2012.

(11) Hart, C. **Um preço muito alto**. A jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas. Zahar, Rio de Janeiro, 2014.

ANEXOS