O CONSUMO DE DROGAS E A SAÚDE PÚBLICA NA ZONA DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI: RESULTADOS QUALITATIVOS

Relatório de Pesquisa

ipea

O CONSUMO DE DROGAS E A SAÚDE PÚBLICA NA ZONA DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI: RESULTADOS QUALITATIVOS

Relatório de Pesquisa

ipea

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Ministro Dyogo Henrique de Oliveira

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

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

Presidente
Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Rogério Boueri Miranda

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
João Alberto De Negri

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Sérgio Augusto de Abreu e Lima Florêncio Sobrinho

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Regina Alvarez

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

O CONSUMO DE DROGAS E A SAÚDE PÚBLICA NA ZONA DE FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI: RESULTADOS QUALITATIVOS

Relatório de Pesquisa

ipea

Rio de Janeiro, 2017

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2017

Equipe Técnica

Coordenação Geral e Coordenação Pesquisa Qualitativa
Beatriz Franchini

Equipe de Pesquisa Qualitativa
Diogo Henrique Tavares

Elisandra Gimenez Vieira

Izamir Duarte de Farias

John Leandro B. Schiling

Juana M. Fraga Larrosa

Luiz Felipe R. Machado

Maysa Luana Silva

Marcos Aurélio Mattos Lemões

Michele da Silva Abot

Silvia Alves de Souza

Vitor Oliveira Kirst

Pesquisa desenvolvida no quadro do Protocolo de Rivera, celebrado entre a República Federativa do Brasil e a República Oriental do Uruguai, em 16 de dezembro de 2014.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7
1 INTRODUÇÃO 7
2 OBJETIVOS 7
3 METODOLOGIA 8
4 RESULTADOS 10
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 35
REFERÊNCIAS 37
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR 37
APÊNDICE A 40
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS NARRATIVAS SEMIESTRUTURADAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS: EIXO SAÚDE PÚBLICA E PRÁTICAS DE CONSUMO 41
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS PARA TRABALHADORES E GESTORES DE SAÚDE: EIXO SAÚDE PÚBLICA 43

APRESENTAÇÃO

Este é um relatório qualitativo dos resultados obtidos a partir da investigação qualiquantitativa intitulada *Identificação de Indicadores de Monitoramento e Avaliação dos Impactos da Nova Política Uruguaia de Regulação da* Cannabis *sobre a Saúde Pública e o Consumo de Drogas na Zona de Fronteira entre Brasil e Uruguai*, desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça (MJ) em parceria com o Ipea.

Na primeira parte deste relatório, será apresentada a metodologia utilizada na pesquisa *Práticas de Consumo de Drogas e de Saúde Pública*. Na parte seguinte, será exposto de forma geral como foi realizada a coleta de dados. No final, serão apresentados os resultados qualitativos sobre as práticas de consumo de drogas e saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento, por parte do governo brasileiro, da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* apresenta grande relevância. Em 10 de dezembro de 2013, a República Oriental do Uruguai aprovou a Lei nº 19.172, que regulou toda a cadeia de produção, distribuição e consumo de *cannabis*, tornando-se o único país do mundo a afastar-se integralmente das políticas proibicionistas. A entrada em vigor da nova legislação, em 10 de dezembro de 2014, poderá promover importantes 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 da população brasileira residente na zona de fronteira entre os dois países.

Conforme a Lei Federal nº 11.343/2006, que versa sobre a Política Nacional sobre Drogas brasileira, é de interesse e atribuição do governo federal fomentar a realização de pesquisas que sejam de relevância nacional.

Esta pesquisa está inserida em um projeto macro que prevê o acompanhamento longitudinal por quatro anos dos dados de práticas de consumo de drogas, saúde pública e segurança pública na região da fronteira entre Brasil e Uruguai a fim de possibilitar o monitoramento e a avaliação. Este projeto está sendo realizado em conjunto com o Ipea, a Junta Nacional de Drogas (JND) da República Oriental do Uruguai e a Universidade da República Oriental do Uruguai (Udelar), a fim de produzir dados comparáveis dos dois lados da fronteira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este trabalho propõe descrever as práticas de consumo de drogas e a saúde pública na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai nos municípios de Chuí, Santa Vitória do Palmar, Jaguarão, Santana do Livramento e Quaraí no estado do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos são: *i)* descrever as questões relacionadas ao consumo de drogas na zona de fronteira; e *ii)* descrever a atenção a usuários de drogas oferecida nos municípios a partir da visão desses usuários e dos profissionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Coleta de dados

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória realizada por meio da pesquisa qualitativa com usuários de drogas e profissionais de saúde em municípios da zona de fronteira entre Brasil e Uruguai.

A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas, observação participante com registro em diário de campo e pesquisa documental.

A entrevista semiestruturada como método de coleta de dados permite investigar a profundidade do material verbal, uma vez que a fala é relativamente espontânea e a subjetividade muito presente. É utilizada pela riqueza de conseguir revelar valores de representações, emoções, afetividade e afloração do inconsciente do sujeito quando se deseja a exploração profunda das informações (Bardin, 2011).

A observação participante constitui-se como um processo baseado na presença ativa do observador numa determinada situação, com a finalidade de realizar uma investigação científica. Este tipo de observação se dá numa relação face a face entre observador e observados, de modo a colher dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (Minayo, 2012).

A fim de registrar os acontecimentos, foram realizadas anotações em diário de campo, que é considerado um instrumento básico de registro do pesquisador. O diário de campo é inspirado nos trabalhos dos primeiros antropólogos que, ao estudar sociedades longínquas, carregavam consigo um caderno no qual escreviam suas observações, experiências, sentimentos etc., para depois selecionar as mais relevantes para sua pesquisa (Víctora *et al.,* 2000).

Foi realizada também uma pesquisa documental, a fim de buscar dados essenciais. A pesquisa documental é uma fonte de informações que pode se aliar a outras técnicas de coleta, complementando-as ou evidenciando fatos novos. Víctora *et al.* (2000) referem que são objetos de pesquisa documental os documentos oficiais (leis, normas, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias) e públicos (livros, jornais, revistas, discursos).

Durante a coleta de dados, foram visitados vários serviços e tentou-se acompanhar a rotina de trabalho de alguns deles, sendo feita a observação participante. Foram visitados centros de atenção psicossocial (Caps) tipo II, Caps álcool e drogas (AD), Caps Infantil, hospitais gerais, unidades básicas de saúde (UBS), estratégias de saúde da família (ESFs), serviços de pronto atendimento, pronto socorro, Serviço de Ambulância Móvel de Urgência (Samu), Centro de Referência em Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e Penitenciárias.

Nessas visitas, foi realizada a verificação de prontuários, assim como registros de atendimentos, atas e outros documentos que pudessem subsidiar uma compreensão do perfil de atendimento e das condições de saúde da população estudada.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai, sendo que os locais de coleta de dados foram definidos e acordados entre todos os parceiros da pesquisa a fim de que houvesse um espelhamento entre os municípios brasileiros e uruguaios, com o intuito de posterior comparação.

A coleta qualitativa foi realizada entre novembro de 2015 e março de 2016 em quatro cidades-gêmeas, sendo duas localizadas nos extremos da fronteira Brasil-Uruguai, Quaraí e Chui, e as outras duas, Jaguarão e Santana do Livramento, as de maior fluxo transfronteiriço, fazendo fronteira com as cidades-irmãs onde as equipes uruguaias de pesquisa realizaram suas coletas qualitativas. Incluiu-se o município de Santa Vitória do Palmar por ser referência em serviços de saúde do município do Chui, totalizando cinco municípios (IBGE, 2008).

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram subdivididos em dois grandes grupos: profissionais e usuários de substâncias psicoativas.

Entre os profissionais, foram convidados a participar todos que exercessem suas funções em algum serviço de saúde, assistência social ou segurança pública que oferecessem algum tipo de atendimento a pessoas usuárias de drogas. Foram entrevistados desde profissionais de nível superior, como médicos, enfermeiros e psicólogos, até aqueles de nível médio e fundamental, como agentes comunitários de saúde, recepcionistas, oficineiros etc.

Entre os usuários de drogas, foram entrevistados aqueles que estivessem em tratamento nos Caps, os quais eram indicados pelas equipes e pelos convidados a participar. Também foram entrevistados usuários de drogas que não estivessem realizando tratamento, os quais foram abordados na rua, aleatoriamente ou indicados por profissionais. Estes usuários externos aos serviços iam, posteriormente, indicando outras pessoas para as entrevistas, conforme o método bola de neve. Essa técnica é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais (informante-chave) de um estudo indicam novos participantes, que por sua vez indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto (ou a saturação dos dados). Portanto, a bola de neve é uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência como uma espécie de rede (Albuquerque, 2009).

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa obteve aprovação da Comissão de Ética do Ipea através do Oficio nº 013/2015. E, conforme os preceitos éticos, todos os participantes foram informados sobre a pesquisa, concordando posteriormente em participar e ter sua entrevista gravada. Foi lido e entregue a todos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A), ficando uma cópia assinada pelo entrevistado arquivada. As entrevistas foram transcritas e formaram um banco de dados para a análise.

A fim de preservar sua identidade, os participantes da pesquisa foram identificados como usuário Caps, sexo e idade, relativos aos usuários que frequentavam algum Caps (por exemplo, usuário Caps, masculino, 29 anos), ou como usuário externo, sexo e idade, para referir falas de usuários de drogas que não frequentavam nenhum serviço (por exemplo, usuário externo, feminino, 21 anos). Com relação aos profissionais, estes foram somente citados como profissional, podendo ser de UBS, ESF, gestão ou Caps, sem a identificação do município.

3.5 Instrumentos de coleta de dados qualitativos

Para a realização das entrevistas com os participantes da pesquisa, foram elaborados dois roteiros de entrevista semiestruturada, a fim de nortear a conversa e, ao mesmo tempo, possibilitar uma maior exploração a partir dos dados que emergissem. Estes roteiros foram elaborados especificamente para usuários de substâncias (apêndice A) e para profissionais de saúde (apêndice B), a fim de contemplar os objetivos da pesquisa.

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados a partir de transcrições das entrevistas semiestruturadas e observação participante registradas em diário de campo e análise documental compuseram um banco de dados para análise. Para tal, foi realizada análise de conteúdo, em que é feita uma leitura, assim como agrupamento a partir da proximidade dos conteúdos e identificação de categorias, as quais serão apresentadas junto aos resultados. Sobre a análise de conteúdo, Bardin (2011, p. 160) diz:

> [é] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos, ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

4 RESULTADOS

4.1 Aspectos gerais da coleta de dados qualitativos

As equipes de coleta qualitativa passavam uma semana em cada município, de segunda-feira a sexta-feira, e, neste período, realizavam as entrevistas, conheciam a rede de serviços que prestavam algum tipo de atendimento a usuários de substâncias psicoativas e, ainda, conheciam a rotina da comunidade de cada local.

Foram selecionados entrevistadores com experiência nas áreas de saúde mental, uso de substâncias psicoativas ou saúde coletiva em regiões de fronteira. Nessa seleção, também foi solicitada proximidade com a língua espanhola, mesmo que somente para a compreensão, tendo em vista 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 de todas as coletas.

Muitas entrevistas foram realizadas em espanhol, ou pelos entrevistadores em português e respondidas em espanhol pelos entrevistados. A questão da língua também foi um desafio durante a coleta desta pesquisa, contudo, além dos entrevistadores possuírem proximidade com a língua, a equipe contava com uma pessoa com dupla nacionalidade e fluência.

As entrevistas com os profissionais e com os usuários que frequentavam os serviços foram realizadas nos próprios locais, em ambiente reservado, normalmente uma sala ou área de pouca circulação. As entrevistas realizadas com os usuários não ligados aos serviços, por sua vez, foram realizadas em locais públicos, como praças. Os que eram indicados por pessoas dos serviços ou por outros usuários, ao serem convidados, preferiam marcar as entrevistas em suas residências, sendo que dois concederam entrevista no local de trabalho.

As entrevistas realizadas em locais externos foram realizadas em sua maioria no final de tarde ou à noite, horário em que os usuários saíam de suas atividades de trabalho. Muitas abordagens aleatórias foram realizadas à noite em locais indicados pela população como de uso de substâncias. Muitos tiveram receio em assinar o TCLE e também de ter suas entrevistas gravadas, sendo necessário bastante conversa e explicação da importância de sua participação para que aceitassem participar. Não houve registro de nenhuma intercorrência durante as entrevistas, em muitas delas os entrevistados fizeram uso de *cannabis* antes, durante ou depois de acontecerem. Os pesquisadores perceberam isto como uma última tentativa de testar nossos reais objetivos, haja vista que representávamos, de certa forma, instituições de poder como a universidade e o Ministério da Justiça. Contudo, diante de nossa imparcialidade, as entrevistas seguiram o curso normal.

O maior receio dos pesquisadores no decorrer deste processo foi o de sofrer abordagens policiais durante as entrevistas, haja vista que em alguns municípios houve relatos de realização de muitas abordagens. Caso isso acontecesse, todos estavam portando cartas de apresentação como pesquisadores.

Optou-se por não comunicar aos órgãos de segurança pública dos municípios a fim de evitar possíveis equívocos dos objetivos da pesquisa, tendo em vista que não repassaríamos qualquer tipo de informação sobre os usuários de drogas, os locais de tráfico etc., e também para que os usuários não fossem identificados ao estarem dando entrevista aos pesquisadores.

O contato com os usuários de drogas foi bastante amistoso, eles, inclusive, colaboraram muito indicando outras pessoas para as entrevistas, quando se sentiam confiantes para isto, favorecendo o método bola de neve. Por vezes, os próprios usuários nos protegiam de certa forma de possível exposição a situações de violência ou de abordagens policiais.

FIGURA 1
Abordagem aleatória em praça no município de Quaraí, no Rio Grande do Sul

Elaboração dos autores.
Obs.: A figura retrata o pesquisador explicando sobre as entrevistas a um grupo de jovens.

Apresenta-se a tabela 1 com os municípios nos quais aconteceram as coletas de dados, com algumas informações sobre o número de entrevistados.

TABELA 1
Dados do estudo por município

Municípios pesquisados	Santana do Livramento	Quaraí	Chuí/Santa Vitória do Palmar	Jaguarão
Datas de coleta	11/12/2015 a 15/12/2015	11/1/2016 a 15/1/2016	18/1/2016 a 22/1/2016	25/1/2016 a 29/1/16
Entrevistas				
Profissionais	19	19	29	24
Usuários	16	10	29	09
Total = 155	**35**	**29**	**58**	**33**

Elaboração dos autores.

4.2 Breve descrição dos municípios pesquisados

4.2.1 Chuí e Santa Vitória do Palmar

A cidade do Chuí possui população de 6.320 habitantes e está localizada na faixa de fronteira que corresponde ao extremo sul do estado do Rio Grande do Sul. Emancipada em 1995, seu território anteriormente fazia parte de Santa Vitória do Palmar, distante 20 km, a qual é referência para atendimento em saúde até o momento (IBGE, 2016).

O Chuí faz divisa com o município do Chuy no Uruguai, sendo o território destes dois municípios dividido por uma avenida, chamada avenida Internacional. Eles são interligados não somente pela fronteira seca, mas também pela ajuda mútua das populações locais, pelo comércio e suas particularidades culturais. A população local é caracterizada por brasileiros, uruguaios e descendentes de árabes e palestinos, que começaram a migrar a partir 1970 devido à forte influência do comércio (IBGE, 2016).

Segundo registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Chuí possui um estabelecimento de saúde denominado Centro de Saúde do Chuí, que atende em nível ambulatorial, por demanda espontânea. Nos registros deste mesmo cadastro, estão ativos neste município os profissionais de saúde: dezesseis médicos de diferentes especialidades, dois psicólogos, três enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, um assistente social, entre outros.

Conforme os registros, o município do Chuí possuiria um Programa de Redução de Danos; contudo, ao chegarmos no local, descobrimos que este não estava em funcionamento, sendo os usuários tanto de saúde mental quanto com dependência química referenciados ao Caps II de Santa Vitória do Palmar. Diariamente, um carro da prefeitura transporta estas pessoas até o serviço para seu atendimento, onde elas passam o dia, recebem as refeições e depois retornam.

No Chuí foram realizadas abordagens aleatórias nas ruas para entrevistar usuários fora dos serviços, foi também o município com o maior número de usuários de *crack* entrevistados, sendo que a maioria deles fazia uso abusivo da droga e sobrevivia de pequenos trabalhos como cuidar dos carros estacionados ou descarregar os caminhões de *freeshops*, trabalho este conhecido como chapa. Houve também relatos de usuários que trabalhavam na usina eólica de Santa Vitória do Palmar.

Os usuários que frequentavam o serviço especializado em Santa Vitória do Palmar em sua maioria faziam uso abusivo de álcool e alguns de *crack*. A adesão destes últimos aos serviços normalmente é mais difícil, segundo os profissionais locais. Os usuários do Chuí foram os que mais referiram já ter alguma passagem pela polícia por pequenos furtos ou relação com o tráfico de entorpecentes.

O município de Santa Vitória do Palmar, de acordo com o censo de 2010, possui população estimada em 31.436 habitantes. Detinha parte do território que hoje corresponde à cidade do Chuí, quando em 1995 houve a restrição de seu território devido à municipalização. Santa Vitória do Palmar possui a economia pautada na pecuária bovina e o plantio de arroz como fontes de arrecadação da cidade (IBGE, 2010).

Em parceria com a cidade de Rio Grande, Santa Vitória do Palmar tem a responsabilidade de fiscalizar a conservação da Estação Ecológica do Taim, ambiente natural de alagamentos e que conta com muitas espécies de animais. Por ter um clima propício para energia eólica, a cidade conta com um dos maiores campos de energia eólica do país.

De acordo com o CNES, o município conta em sua rede de serviços de saúde: dez ESFs, duas UBS com modelo tradicional e um Caps do tipo II denominado Casa Nova Vida, serviço que atende todas as necessidades de saúde mental de Santa Vitória do Palmar e Chuí. Possui também uma policlínica, serviço de Samu e serviço de vigilância sanitária, além de oito leitos de internação psiquiátrica no hospital geral com equipe própria.

Os usuários de substâncias de Santa Vitória do Palmar em sua maioria desempenhavam atividades ligadas à pecuária ou agricultura, como empregados de fazendas, e estavam no serviço especializado por apresentar problemas com o uso de álcool.

Os atendimentos aos usuários de drogas realizados no Caps, que acontecem quinzenal e mensalmente, são realizados através de grupos específicos para usuários, e estes frequentam algumas oficinas e a assembleia semanal.

Também fazem parte de Santa Vitória do Palmar dois balneários, Barra do Chuí e Hermenegildo, os quais têm grande fluxo turístico durante os meses do verão, tanto de brasileiros como de uruguaios e argentinos. Nestes balneários, foram observados vários usuários de *cannabis* pela equipe qualitativa, mas que não chegaram a ser entrevistados por não se tratarem de moradores locais. Observou-se que seu uso se dava na praia e nos molhes da praia durante o dia, e também na área central, próxima ao comércio, à noite.

4.2.2 Jaguarão

No censo de 2010, o município de Jaguarão teve a população estimada para 2016 em 28.230 habitantes. A cidade faz fronteira com Río Branco, no Uruguai, sendo ambas divididas pelo rio Jaguarão e unidas pela Ponte Internacional Barão de Mauá (IBGE, 2010).

Essa região fronteiriça possui grande fluxo de turistas brasileiros que aquecem a economia uruguaia, devido ao comércio dos *freeshops*, na cidade de Río Branco. Jaguarão tem a economia alimentada por pecuária e plantação de arroz, e um comércio de múltiplas características.

No que tange aos serviços de saúde, o município contém em sua rede, de acordo com o CNES, três UBS, um Caps do tipo II, denominado Renascer, uma unidade móvel

terrestre, o Hospital Santa Casa de Caridade, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde I, uma policlínica e um Samu.

O Caps do município de Jaguarão não realiza atendimentos a dependentes químicos, são em sua maioria de caráter compulsório, e somente faz a regulação dos leitos para internação. O coordenador do Caps é avisado pelo juiz ou pelo promotor local e aciona a Brigada Militar para auxiliar na remoção do usuário aos hospitais psiquiátricos em Rio Grande ou em Pelotas.

Apesar de o município dispor de leitos psiquiátricos e para desintoxicação em hospital geral, estes se encontram vagos ou subutilizados pois a preferência do serviço é de enviar os usuários para serviços fechados, diferentemente do oferecido localmente, que seria aberto.

Para o atendimento no Caps II, diariamente um ônibus municipal faz um trajeto específico pegando os usuários, que passam o dia, fazem três refeições, realizam atividades nas oficinas ou grupos e depois vão embora também com transporte.

4.2.3 Santana do Livramento

Santana do Livramento localiza-se a 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 de 2010, registrou-se 82.464 habitantes distribuídos entre a zona rural e a urbana. O município é conhecido no Mercado Comum do Sul (Mercosul) como Fronteira da Paz.

O município possui cobertura de ESF, UBS, uma policlínica de serviços especializados, Samu, um hospital geral com leitos psiquiátricos, um Caps tipo II e um Caps AD. Possui um Programa de Redução de Danos com agentes redutores ligados ao programa DST/Aids,[1] que há pouco tempo iniciaram algumas atividades no Caps AD, sendo estas de realização de visitas domiciliares, busca ativa de faltosos e participação no espaço de convivência do centro de atenção. O Caps AD deste município enfoca seu tratamento na abstinência, com abordagens de terapia cognitiva comportamental, grupos de Alcóolicos Anônimos (AA) e grupos de espiritualidade, sendo também realizadas no hospital geral.

O município realiza anualmente um evento regional sobre redução de danos, que tem colaborado para esta integração com os serviços de saúde mental.

4.2.4 Quaraí

A cidade de Quaraí fica localizada na fronteira oeste brasileira, ao lado da cidade de Artigas, no Uruguai. As cidades são interligadas pela Ponte Internacional da Concórdia, que foi inaugurada em 1968. Quaraí possui cerca de 23.021 habitantes, sendo que a economia advém do capital pecuarista. Na agricultura, o plantio de arroz ganha destaque. Além dessas fontes de renda, o município arrecada impostos através do comércio e de algumas indústrias locais.

Dos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o município conta com sete ESFs com programa de agentes comunitários, um Núcleo de Apoio à

1. Doença sexualmente transmissível (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome – Aids).

Saúde da Família (Nasf), um Caps I, denominado Sais Mental Esperança, um hospital de caridade e Samu.

O Serviço especializado em saúde mental de Quaraí também presta atendimento aos usuários de drogas, este mais voltado para acompanhamento medicamentoso e abstinência. Não há serviço de redução de danos no local.

Todos os entrevistados no serviço especializado referiram ter problema com o consumo abusivo de álcool, apesar de fazerem uso também de tabaco e *cannabis*.

Entre os usuários externos ao serviço, vários faziam uso abusivo de substâncias, encontravam-se desempregados e apresentavam grande vulnerabilidade social.

A coleta de dados na cidade de Quaraí chamou a atenção para alguns aspectos observados. Por todos os locais que os pesquisadores transitaram, observaram-se pouquíssimos lugares públicos de lazer. No reconhecimento do território, identificaram-se algumas praças em bairros de periferias, com frágeis condições para o desfrute de lazer. Algumas praças não detinham assentos, e brinquedos para crianças, outras estavam com a grama alta, com más condições de conservação.

4.3 Práticas de consumo de drogas

A seguir serão apresentados os dados obtidos acerca das práticas de consumo de drogas nas cidades pesquisadas, organizados em categorias.

4.3.1 Trajetória de uso de drogas

Os dados mostraram que o histórico do uso de substâncias psicoativas pela maioria dos entrevistados teve como ponto de partida o uso de álcool ou tabaco/cigarro. Os contextos desses princípios de uso foram os mais diversos: familiares, de vulnerabilidade social ou local de moradia, sofrimento psicológico e curiosidade pelo proibido. Tendo a idade de início do uso, em sua grande maioria, os períodos que correspondem à infância, final da infância e início da adolescência, identificou-se que todos os participantes tiveram alguma experiência na infância com substâncias psicoativas, seja somente na observação de adultos, seja na experimentação, por vezes, guiada por estes. A idade de início variou entre 7 e 12 anos de idade, liderado pelo álcool seguido do tabaco.

> Comecei cigarro com 12 ou 13 anos, depois já com uns 15 anos já estava fumando maconha. Fui assim sem ninguém me forçar, fui assim de querer provar e gostei, fumei. Aí usei um bom tempo, fumei maconha (usuário externo, masculino, 19 anos).

> Vendo minha mãe fumar cigarro, eu comecei a acender para ela. Primeiro eu alcançava, aí depois eu comecei a acender para ela, então a primeira droga que eu botei na boca foi um cigarro. Para a minha mãe, eu comecei a acender aos 8 anos (usuário Caps, masculino, 35 anos).

> Com 9 anos. Aí depois já tomei canha, com 10 anos comecei a tomar canha, daí comecei a me envolver já em pó, cocaína né (usuário Caps, masculino, 49 anos).

> Eu comecei lá com 14 anos. Tempo que eu perdi meu pai, aí eu me atirei na bebida (usuário Caps, masculino, 38 anos).

> Cigarro desde 8 anos até 64 anos, onde eu tive dois cânceres (usuário Caps, masculino, 69 anos).

> Fumar, eu tinha 12 anos, e o álcool eu comecei com 13, foi o primeiro gole. (...) Comecei acho que na base de 11 ou 12 anos, que a minha mãe me fez beber chope até, tomei um porre de chope (usuário externo, masculino, 35 anos).

> 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 7 ou 8 anos, por aí. Mas eram golinhos. Aí com uns 13/14 anos eu comecei a sair e a beber em grande quantidade. Em 2011 é que eu comecei a fumar maconha (usuário Caps, masculino, 36 anos).

> Me criei dentro de uma vila que já existia droga, eu já vivia no meio da droga, aí eu comecei a ver os outros usuários e eu queria experimentar. Eu fui experimentando, experimentando, e fui me envolvendo desde os 9 anos (usuário externo, masculino, 24 anos).

> Eu comecei com o cigarro, daí bateu a curiosidade de fumar maconha. Eu perdi minha mãe aos 11 anos com câncer de útero, fiquei "baleado" [entristecido, em luto, emotivo...], depois veio a maconha e a cocaína, e depois vieram uns novos parceiros com a pasta base. Daí parei, mas fiquei perdidão na cocaína, de segunda a segunda. Agora to na maconha (usuário externo, masculino, 23 anos).

> Comecei a fumar maconha com 16 anos. Já usava álcool, já havia experimentado álcool aos 14 anos. Tabaco, comecei com 17 anos. E cocaína usei aos 17 anos (usuário externo, masculino, 24 anos).

Nas falas, percebe-se que o início do uso de substâncias psicoativas dos entrevistados aconteceu bastante precocemente, ainda na infância, início da adolescência.

Pode-se compreender através das falas também os contextos nos quais o início do uso se concretiza. Em mais de uma entrevista foi mencionado como disparador para o início do uso o incentivo dos próprios familiares. Ou, ainda, situações de perdas e dificuldades em lidar com elas, sem o devido amparo e apoio.

O contexto de vulnerabilidade social o qual se instala no local de moradia dos usuários também foi mencionado. Emergiu, em alguns dos relatos, que as práticas de consumo de substâncias psicoativas faziam parte do dia a dia dos indivíduos, de sua comunidade. Eram locais com importante fluxo de comércio de drogas, com consumo em espaço comum da população. Muitos destes locais concentram maior número de pessoas que não obtiveram oportunidades de trabalho e crescimento profissional, como também maior índice de baixa escolaridade e falta de acesso à cultura e ao lazer, causando, consequentemente, aumento do número de usuários de substâncias psicoativas (Castro e Abramovay, 2002).

Além da família, já na adolescência, o indivíduo interage com diferentes grupos e, assim, começa a buscar outros dos quais gostaria de fazer parte. Também foi referido por alguns participantes da pesquisa, como forma de socialização, o uso de outras substâncias, para fins de experimentação ou até para inserir-se em algum grupo.

4.3.2 Grupos sociais e uso de drogas

Identificou-se também que, dentro de grupos de usuários, há preponderância ou preferência por determinada substância. Normalmente a experimentação de outras substâncias se dá 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. Ou seja, praticamente não há mudança ou alternância de substâncias no mesmo grupo de convivência, por exemplo, os grupos que usam *cannabis* usam somente *cannabis*. Para utilizar cocaína é

necessário começar a frequentar grupos que usem cocaína. Outra questão é de que como os efeitos são diferentes, a forma, ocasião e motivação para o uso também o são. Desta forma, os grupos de usuários de *cannabis* não se relacionam com os grupos que usam cocaína, que, por sua vez, também não se relacionam com os grupos que usam *crack*.

> *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* (usuário Caps, feminino, 26 anos, grifo nosso).

> *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, fumam em casa, mas não fumam na rua, então a gente faz junções e olha filme, dá risada e faz essas junções, só que é todos os dias* (usuário externo, feminino, 19 anos, grifo nosso).

> Esse menino que está internado, ele começou com a maconha, porque toda turma usa maconha, só que todos estudam e trabalham, e ele também. Aí ele evoluiu pra cocaína, saiu da turma e evoluiu pra cocaína. Aí a família dele ficou sabendo que ele estava usando e pediu a internação dele (profissional Caps).

> Eu uso a cocaína nas festas de fim de ano, nas festas grandes, se não eu fico só na maconha mesmo (usuário externo, masculino, 35 anos).

Desta forma, no uso de substâncias psicoativas, o indivíduo tem que buscar diferentes grupos para ter uma experiência diferente, o que irá variar com o tipo de efeito ou atividade que se deseja. Se o indivíduo tiver preferência por uma substância, ele vai se articular com determinado grupo para conviver. Mas ele também pode se identificar com a atividade de um outro grupo social e se propor a fazer uma experimentação da droga ou somente utilizá-la em situações específicas.

4.3.3 Efeitos e sensações

Percebeu-se no universo dos participantes os mesmos efeitos e sensações ao fazer uso das substâncias psicoativas. Eles referiram, na utilização da *cannabis*, o efeito de relaxamento, tranquilizante e sedativo. Muitas vezes, utilizado para induzir e facilitar o sono. Já no uso de cocaína, referiram ficar mais agitados, acordados e eufóricos. O uso do álcool apareceu também para reduzir os efeitos estimulantes da cocaína e do *crack* e para potencializar o efeito de sedação da maconha.

Alguns entrevistados relataram que utilizavam a *cannabis* como alternativa à fissura causada pela abstinência da cocaína e do *crack*, com o intuito de contrapor seus efeitos excitantes ou, ainda, visando à diminuição de uso.

> 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 interesso 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 (usuário externo, masculino, 34 anos).

> 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 (usuário Caps, feminino, 26 anos).

> A maconha dá aquela tranquilidade, mas se cheirar uma coca, fumar uma pedra, já foi, já era o efeito (usuário Caps, masculino, 63 anos).

A partir desta noção e domínio sobre os efeitos de cada substância psicoativa, os usuários fazem suas escolhas conforme o que lhes melhor convier. A busca pelos efeitos vai desde estar mais desperto até conseguir dormir, relaxar, entre outros.

4.3.4 Uso concomitante de substâncias

Os problemas de saúde que levaram os entrevistados da pesquisa ao serviço de saúde mental estavam relacionados com o consumo problemático de álcool e *crack*, em sua maioria. Os entrevistados, em grande parte, relataram que faziam o consumo cruzado com outras substâncias, inclusive substâncias vendidas livremente em farmácias como amosterona e catovit (anticolinérgicos e anfetamina).

Entretanto, o que chamou a atenção para o uso cruzado foi o aprendizado adquirido a respeito dos efeitos de cada droga com a experiência de uso e as ações de redução de danos utilizadas para conseguir frear o consumo das substâncias que mais danificam o organismo.

> Quando eu dei uma acalmada do *crack* nesse um mês, eu fumei uma maconha só, porque a maconha ela não te deixa tão desesperado para usar mais. Para mim, ela é tipo um tranquilizante, me deixa calmo, sereno, bem chapado. Às vezes, quando eu estou eufórico demais, assim, ao meu ver, muita euforia, ou se eu me estresso com alguma coisa, eu saio de casa. Aí como eu estou tentando não querer usar o *crack* que faz eu vender tudo que eu tenho, eu vou e procuro a maconha, só que está mais escasso hoje até, para achar ela (usuário externo, masculino, 34 anos).

A fala do entrevistado revela a consciência do problema que enfrenta relacionado ao consumo desenfreado de *crack*. Mas, através de um conhecimento prévio dos efeitos da *cannabis*, e consumindo-a na frequência, consegue lidar melhor com a ansiedade e a falta daquele.

Quando os entrevistados foram questionados sobre o uso combinado de substâncias psicoativas, um pequeno grupo revelou que procurava este tipo de consumo. Destacam-se dois relatos: "duas vezes eu misturei maconha com cocaína; ou tu curte um, ou curte outro, não foi muito bom" (usuário externo, masculino, 22 anos); "(...) só maconha e o cigarro. Se eu beber tenho que usar cocaína" (usuário externo, masculino, 42 anos).

Em algumas cidades, os entrevistados revelaram que faziam combinações de substâncias com efeitos antagônicos, para que assim pudessem alcançar a sensação desejada. Relataram, entretanto, que não obtiveram o efeito esperado na experiência com o consumo dessas substâncias, uma depressora e outra estimulante, por se confundirem as duas sensações.

Entre os dados específicos, houve relatos nas entrevistas de usuários de múltiplas drogas que estavam sendo cuidados pelos serviços de saúde mental, que ativavam a fissura da cocaína através do uso de substâncias mais leves, como o álcool.

> Com cocaína fico ligada, e o álcool ameniza um pouco né, senão usa muito cocaína, tu entra num (...), parece que tranca, trava né, e álcool ameniza, daí tu fica naquela combinação ali (...), tu usando álcool pra tirar um pouco o efeito, sei lá (...) (usuário Caps, feminino, 26 anos).

> Eu gostava de treinar *taekwondo*, no Paraná, quando eu morava lá e saía. Como eu tomava muito dorflex por causa da dor nas pernas, a gente se machucava muito, e daí já começamos a misturar bebida, tomava dorflex e tomava conhaque, aliviava a dor das pernas, porque machucava muito. E daí começou com cigarro, e de repente apareceu um e me ofereceu uma maconha, acabei fumando, e parecia que tu desenvolvia mais, ficava mais tranquilo para lutar *taekwondo*. E foi assim que começou, usando o esporte eu comecei a usar a droga (usuário externo, masculino, 21 anos).

> Eu me acalmava. Eu tomava para me sentir mais calmo depois do trabalho. O álcool e o cigarro me acalmavam (usuário Caps, masculino, 42 anos).

A primeira fala exposta revela a experiência sobre o efeito de substâncias que provocam sensações antagônicas, uma estimulante, cocaína, e a outra depressora, álcool. Essa fala discorre sobre a mediação entre substâncias, para que se possa adquirir o efeito esperado. Becker (2008) diz que a pessoa que usa substâncias, no decorrer do tempo, adquire através da experiência conhecimento sobre o seu uso. E isso vai facilitar o processo de aproveitamento dos melhores efeitos que pode obter.

Na segunda fala, observa-se que as combinações de substâncias estão relacionadas com as necessidades físicas e com o desenvolvimento das atividades do interlocutor. Através da experiência de uso, o entrevistado constatou que a combinação de analgésicos com álcool e *cannabis* resolvia os problemas de dor física e melhorava o desempenho nas atividades que precisava desempenhar.

Na terceira fala, o usuário revela que a combinação de tabaco com álcool, duas substâncias psicoativas lícitas, o deixa mais calmo. Por serem substâncias permitidas de consumo e venda, a combinação entre elas é mais comum de ocorrer.

4.3.5 A utilização de substâncias psicoativas de modo controlado

Observou-se, tanto nos usuários que estavam sob os cuidados dos serviços especializados em saúde mental como nos demais, que alguns conseguiam fazer uso controlado de *cannabis* e também de outras substâncias psicoativas, como *crack* e cocaína.

Um estudo sobre o uso de diversas drogas ilícitas chamou a atenção para a necessidade de se diferenciar o uso controlado do uso compulsivo de substâncias (Zimberg, 1984). 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 ou para ficar mais despertos e com mais energia para dançar numa festa, entre outros.

O uso controlado apresenta baixos custos sociais para as pessoas, isto é, o usuário consegue manter suas atividades de trabalho, estudo, mantém vínculos familiares e faz uso de substâncias regularmente, podendo esse uso ter sido abusivo por determinado período e depois mantido de forma controlada. O segundo tipo, por sua vez, seria o uso disfuncional e intenso acompanhado de perdas ou abandono de atividades laborais, sociais e relações familiares.

Entre os entrevistados, todos os que não utilizavam serviços especializados referiram conseguir fazer uso controlado de substâncias. Alguns relataram ter feito uso abusivo de *crack* ou cocaína durante sua trajetória de vida e que decidiram em determinado momento abandonar o uso por questões financeiras ou relacionadas a perdas, mantendo-o somente de forma esporádica e fazendo uso regular de *cannabis*.

Entre os usuários que participavam dos serviços especializados, a substância preponderante geradora do descontrole e das perdas funcionais foi o álcool. Muitos referiram fazer uso de tabaco e *cannabis* concomitantemente, porém sem referir prejuízos.

A maioria dos entrevistados funcionais ou controlados referiu fazer uso quase exclusivamente de *cannabis* e eventualmente consumir álcool ou cocaína.

4.3.6 Locais de consumo

Com relação aos locais de consumo, esse público consumia tanto em local interno quanto em locais externos. Os que preferiam fazer uso em local privado, mais reservado, o faziam por medo da exposição social e por receio de serem abordados pela polícia.

Os que faziam uso em locais externos normalmente circulavam por praças ou ruas onde, caso fossem abordados pela polícia, poderiam facilmente desfazer-se da substância.

A preferência de horário de consumo foi ao entardecer e à noite, normalmente relacionado aos efeitos relaxantes referidos pelos usuários, o que ajudaria a reduzir o ritmo do dia e a dormir.

4.3.7 A substância *cannabis*

Com relação à quantidade de *cannabis* consumida diariamente, os usuários referiram utilizar individualmente entre um e dois cigarros pequenos por dia, de espessura fina. Contudo, a maioria deles fazia uso coletivo, compartilhando o cigarro de *cannabis* de espessura maior ou em maior quantidade. Ao serem questionados sobre esta escolha, afirmaram sentirem-se mais protegidos estando em grupo e que também "curtiam" mais, referindo-se aos efeitos de euforia da substância.

Com relação à quantidade utilizada por mês, foi referido que a venda normalmente é de pacotes com 25 g, podendo durar um mês inteiro para os que consumiam individualmente. Entre os que costumavam compartilhar, entretanto, era comprado pacote entre 50 g e 100 g por mês para ser usado por três a cinco pessoas.

Os entrevistados alegaram existir diferenças entre a *cannabis* adquirida no Brasil e a adquirida no Uruguai. A vendida no Brasil é prensada, com muitas substâncias misturadas, e nem sempre oferece os efeitos desejados. Já a vinda do Uruguai se apresenta em forma de floração, chamada de *cogollo* ou *cogojo*, também conhecida no Brasil como camarão, mas pouco utilizada na fronteira. O *cogollo* seria proveniente da planta fêmea da *cannabis*, que pode ser consumida de forma fumada depois de seca.

> Aqui, de vez em quando, não é o mesmo que vende. Sempre tem um cara que pega uma de 25 g e divide pra fumar e vender. No Uruguai, a gente vai de bicicleta, atravessa a ponte, passa na aduana. Agora tem a temporada dos *cogollo*, é que nem uma fruta, quando tu colhe te dá um *cogollo*, depois tu esquenta e seca ao sol, e depois fuma. É bom, tem gosto defumado (usuário externo, masculino, 19 anos).

4.3.8 Meios de obtenção da substância

A maioria dos entrevistados refere adquirir a substância indiretamente, evitando o contato com o tráfico. Dizem conseguir com amigos, parceiros de uso, ou juntam dinheiro e elencam alguém para fazer a compra, normalmente homens que já tenham mais proximidade com

os atravessadores. Estes preferem também adquirir quantidades maiores a fim de diminuir a necessidade de ida ao local, por receio de serem abordados pela polícia.

A maioria não relatou problemas com traficantes, somente um referiu ter sido ameaçado, mas por ser ainda desconhecido, o que não resultou em nenhum problema maior. Todos os entrevistados disseram reconhecer as "regras do tráfico" e que evitavam criar problemas, como deixar de realizar os pagamentos. Já em relação à polícia, vários entrevistados referiram já ter sofrido abordagens violentas, tendo sido agredidos ao serem pegos em locais de uso ou com substâncias, porém poucos foram detidos, recebendo somente advertências verbais sobre o uso e sobre a possibilidade de serem detidos numa próxima vez.

A maioria também relatou realizar a compra da substância psicoativa, seja ela ilegal ou não, através de trabalhos informais, ou até mesmo através dos benefícios do auxílio-doença, no caso dos frequentadores de Caps. Dos que referiram realizar trabalhos informais para a obtenção de capital e, consequentemente, para comprar a substância, foram apontadas a pesca de peixe para a venda e a guarnição de carros nas ruas do centro da cidade como atividades. Duas pessoas relataram já ter realizado pequenos delitos para obter o *crack*, como roubos em estabelecimentos comerciais e furtos em residência familiar.

> Claro. A gente pesca lá, e depois pega o rateio com a gurizada que faz a mesma coisa, vende peixe, junta o dinheiro e vamos ver o que vamos fazer no fim de semana (usuário externo, masculino, 18 anos).

> A maconha eu comprava em qualquer vila que tinha, direto com o traficante (usuário externo, masculino, 32 anos).

> Sempre tem os "aviõezinhos" que vão e compram. (...) Não busco, sei que tem ali perto pra pegar, mas não vou. (...) Nunca precisei, sempre chegou até a mim (usuário externo, feminino, 19 anos).

> (...) Tem no Brasil e Uruguai, eu vou nos dois. Pego no Uruguai que é melhor, é da planta, não é prensado. É um *cogollo*, ali tu paga cem reais a 25 g e enche uma caixa de sapato (usuário externo, masculino, 32 anos).

As falas revelam três situações para obter acesso à substância psicoativa. Na terceira fala, o interlocutor revela que não se expõe ao tráfico de "drogas", referindo que a droga sempre chegou até ele, atitude que pode ser justificada por diversos aspectos já relatados em outras falas: exposição à violência, medo de ser estigmatizado e medo de ser fichado pela polícia.

Em outros relatos, os entrevistados revelam sobre a ida ao país vizinho para poder ter acesso à substância de qualidade, o *cogollo*, que é a *cannabis* em sua forma natural, sem adição de produtos desconhecidos, pura, como os usuários a intitulam.

A última fala complementa a experiência de um dos entrevistados, fazendo o leitor deste relatório compreender o fluxo de compra na região da fronteira. O usuário, na fronteira, tem outras opções de compra da substância psicoativa, podendo ser motivado a atravessar a linha que divide os dois países pelo preço, qualidade, não exposição à violência, à polícia, ou até mesmo pelo preconceito da sociedade civil brasileira.

No que concerne à aquisição da substância, a maioria relata que nunca teve contato com "bocas de fumo", sempre adquirindo a droga através de amigos ou conhecidos que levam até eles.

Quando questionado sobre tal contato, um dos entrevistados ressaltou que a ameaça se deve também ao incentivo que pode acontecer para utilizar outras drogas quando não há *cannabis*, e dependendo da idade e da maturidade da pessoa, ela percebe que há um grande risco de acabar por utilizar substâncias que sejam muito prejudiciais. Com isto, o entrevistado ressalta mais um ponto favorável à própria produção ou aquisição por meios legais da substância.

> Isso daí vem lá de cima, bem lá de cima mesmo, provavelmente vem de fora do país, vamos supor assim. No Uruguai, agora com a regulação da maconha, ficou mais fácil de conseguir maconha, mas não, não ficou, não tem nada a ver. Sei lá, pra conseguir vem amigos, de amigos (usuário externo, masculino, 18 anos).

> (...) Aqui em cidade X, através de uma pessoa da minha confiança, sempre o mesmo. É parente, que durante muitos anos era só através dele. Das poucas vezes em que eu fiquei sem e aconteceu isso eu aceitei o fato, sem maiores problemas (usuário externo, masculino, 34 anos).

> (...) Pegamos mais de cidade X, juntamos dinheiro e pegamos um pedaço maior. Vai direto na fonte e compra, tem de todo tipo (usuário externo, masculino, 32 anos).

> Ah, isso aí eu mesmo tenho. Não planto, mas eu tenho quem me dá. A pessoa que me dá é da fronteira, do lado brasileiro. É mais fácil. Mas no Uruguai também é fácil (usuário externo, masculino, 30 anos).

> Mesmo estando legalizado no Uruguai, eles também vêm pegar aqui. Depois que acaba a temporada, eles pegam aqui. Eles não prensam maconha, e quem tem fica pra consumo, não vendem (usuário externo, masculino, 24 anos).

> No Uruguai, no caso, de barbada tu acha maconha e qualquer porcaria. Consigo através dos contatos, amigos. Consigo por terceiro, o cara nem sabe quem é que vende. Tu pega com uns caras que tu nem conhece. Os caras vão no traficante e eu pego deles (usuário externo, masculino, 38 anos).

Percebe-se que no Brasil há facilidade para conseguir a substância tanto por brasileiros como por uruguaios, e que o tráfico ainda se faz presente. Entre os uruguaios, somente as pessoas não cadastradas e que não têm cultivado suas plantas vêm adquirir substâncias no Brasil.

O valor pago pela *cannabis* na zona de fronteira aumentou segundo os entrevistados de todos os municípios. As "buchinhas", ou pacotes com 25 g, que até 2014 eram vendidas a R$ 40 em média, a partir de 2015 passaram a R$ 50 e a R$ 70, podendo chegar a R$ 100 em alguns locais. Estas mudanças de valores foram apontadas pelos entrevistados como consequência da escassez da substância após a regulamentação do Uruguai.

> 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 Sarandi, que é a avenida principal, e vão poder fumar, mas não é assim, é tudo controlado (usuário externo, masculino, 22 anos).

> Lá no Uruguai está bem mais difícil porque quem tem é pra consumo e brasileiro não pode comprar (usuário externo, feminino, 19 anos).

Como no Uruguai todo usuário deve estar cadastrado, tem havido um controle policial sobre esta obrigatoriedade. Em território uruguaio, portar *cannabis* sem estar cadastrado passa a ser uma subvenção, e comercializá-la é crime. Portanto, mesmo com variações entre as cidades, com relação à fiscalização, em sua maioria o tráfico diminuiu consideravelmente, pois todos os usuários agora podem plantar *cannabis* para consumo próprio.

Por outro lado, uruguaios ou brasileiros com dupla cidadania que ainda têm receio de se cadastrar ou que não podem cultivar as plantas em suas residências adquirem a *cannabis* no lado brasileiro. Porém, devido à melhor qualidade da *cannabis* cultivada no Uruguai, há grande procura e interesse por esta, podendo cada cigarro feito de *cogollo* chegar a R$ 20 e 20 g da *cannabis* ser vendida de R$ 100 a R$ 150. Este comércio, contudo, é muito restrito, e poucos referiram ter acesso a ele.

4.3.9 Usuários de substâncias e segurança pública

Todos os entrevistados, tanto os usuários de substâncias quanto os profissionais, foram questionados sobre a impressão pessoal em relação à violência local, nos últimos dois anos em seus municípios. A maioria referiu que houve um aumento. Ao serem questionados sobre que fatos de violência evidenciavam este aumento, os entrevistados não souberam exemplificar.

Na maioria dos municípios visitados, podia-se ver pessoas circulando em qualquer horário pelas ruas, casas com as portas e janelas abertas, pessoas sentadas nas calçadas em frente às moradias. Via-se também bicicletas sendo deixadas sem tranca em frente a bancos ou estabelecimentos comerciais, bem como carros estacionados com suas janelas abertas.

> Agora a polícia estava batendo muito e não tinha (...) (usuário externo, masculino, 22 anos).

> Os "nego" às vezes saem daqui pra fumar lá. A gente vai lá comprar roupa às vezes, tênis e "bagulho", aí chegamos lá e fumamos lá. Porque lá [no Uruguai] é mais calmo (usuário externo, masculino, 21 anos).

A abordagem policial aos "usuários de drogas" se processou de modo heterogêneo, sendo, por vezes, ostensivo, violento e repressivo e, em outras situações, demonstrando pouco interesse criminal no ato ilícito. Também são suscitadas infrações, por parte da polícia, no que tange aos direitos de cidadania dos "usuários de drogas".

> (...) *Nos ataca direto. Se pega a gente com maconha faz a gente comer. Se tem alguma ponta* [restante do cigarro de maconha já fumado] já bolada eles te fazem comer também. Mas depende do policial que a gente pega, os que conhecem *a gente nem dão bola, só pegam e jogam fora* (usuário externo, masculino, 18 anos, grifo nosso).

> Uma vez estava saindo da minha tia, recém havia começado a fumar cigarro e fui acender quando eles [policiais] viraram a esquina. Eu me assustei e joguei o cigarro no chão. A polícia me abordou e perguntou o que eu estava acendendo, disse que era o cigarro e ele pediu que eu mostrasse, e eu mostrei. Eles perguntaram o que eu estava fazendo ali, eu disse que estava saindo da minha tia, me mandaram embora (usuário externo, masculino, 21 anos).

> Já houve uma situação em que eu fui dar queixa porque tinham roubado meu celular. Aí saí e fui fumar um baseado na praça e ele [policial] veio até mim, me agrediu falando: "estás louco, ainda tem coragem de entrar na delegacia pra dar queixa?", e eu falando: "não, mas eu estou no meu direito". E me agrediu, e jogou minha maconha fora, bem assim (usuário externo, masculino, 25 anos).

> Por causa de uma ponta de maconha, nada demais, ele [policial] me deu um "tapão" na cara que nem o meu pai me deu. Isso me dói muito, por isso que eu não confio em polícia. Eles pensam que te batendo tu vai te ressabiar, ficar com medo e não vais fumar mais maconha. Mentira. Tu vai fumar e vai criar nojo de uma pessoa que é um agente do estado e que deveria ter proximidade com as pessoas e com a comunidade, te faz pegar nojo da cara dele (usuário externo, masculino, 35 anos).

> Eu estava na hora errada, no lugar errado. Aquele dia eu realmente não estava usando, não tinha fumado nada, mas eu tinha um baseado na minha bolsa, não estava nem fechado. Eu estava passando, saindo do serviço, e parei pra conversar com uma gurizada ali na frente do colégio. Quando eu parei pra conversar, estacionou viatura da polícia até pelos olhos, e baixaram. É a pior coisa do mundo eles te mandarem levantar a mão e todo mundo te olhando. É a pior sensação, a pior sensação. Porque tu é tratado como o pior do mundo, um marginal, um drogado. Aí eles revistaram, abriram a minha bolsa e pegaram e perguntaram de quem era, e eu disse que era meu, eu não vou colocar a culpa em ninguém. Daí me deram um papel e me mandaram comparecer no fórum, e por conta disso eu pago cesta básica. Eu pago por mês uma cesta básica. É uma pena. Eles disseram "ou tu paga serviço comunitário ou tu paga uma cesta básica". Só que eu não tenho tempo pra serviço comunitário porque eu trabalho aqui de tarde. Então pra mim ficou melhor eu pagar cesta básica do que serviço comunitário. Então to pagando por um ano. Foi em agosto de 2015 (...). Foi a pior coisa do mundo, eu fui enquadrada como uma criminosa, conhecidos ali passando e que nem imaginavam que eu usava (...). Mas to pagando, nunca mais saí com maconha na rua, eu não ando com maconha nos bolsos, maconha só em casa (usuário externo, feminino, 19 anos).

As falas revelam que a abordagem policial aos "usuários de drogas" é marcada pelo estigma social que acompanha o uso, reafirmando que, por ser usuário, o cidadão não pode/deve usufruir dos mesmos direitos civis dos demais cidadãos, deixando-o à mercê de julgamentos morais do próprio policial, que executa tal tarefa de modo violento.

Na maioria das vezes, por não haver motivo para detenção, a polícia acaba recorrendo à violência, a fim de coibir ou constranger os usuários.

4.3.10 Conhecimento sobre a lei uruguaia de regulamentação da *cannabis*

A maioria dos entrevistados possuía pouco ou nenhum conhecimento acerca das mudanças da lei uruguaia. Em sua grande maioria, eles referiam ter ficado sabendo através da mídia local.

Ao serem questionados se haviam percebido mudanças na sociedade local nos últimos dois anos, referiam que não, mas, ao serem questionados se consideravam que a mudança na lei poderia trazer algum tipo de impacto, a maioria referia que sim.

> Aqui [na fronteira], quase todo mundo fuma, e pode. Já liberaram lá [no Uruguai]. Eu acho que está dando certo porque estão vendo que a maconha é um remédio para muitas pessoas. Não é igual aqui [no Brasil], que se você é maconheiro tu rouba, tu mata. Não é assim, eu fumo maconha e fico tranquilo (usuário Caps, masculino, 38 anos).

> Eu acho beneficente por um lado e ruim por outro. Se está sendo vendida em uma farmácia e vai render pro governo, pra ir na educação e outros meios, é melhor do que estar na boca de traficante, na mão deles (usuário Caps, masculino, 48 anos).

> (...) Eu acho que mudou principalmente na questão sobre tráfico e o próprio uso, porque tu não sabe o que o traficante está fazendo com a droga: cocaína com vidro (...). Com a legalização, podemos comprar uma maconha boa, sem nada que modifique a essência, em vez de estar dando dinheiro para o tráfico (usuário Caps, masculino, 35 anos).

> Há três anos tinha mais maconha no Brasil, tinha mais boca pra comprar. Agora tem menos. Antigamente a gente dizia: "Rivera [no Uruguai] sempre tem", e hoje não tem mais. Hoje está tudo mais caro. Em Livramento [no Brasil], se sabem que tu tem, a polícia invade sem mandado, sem nada. Eu acho que era muito melhor quando era antes, porque a repressão aumentou muito, aumentou muito a repressão [no Uruguai]. Era mais fácil aqui no Uruguai, agora fica tudo meio difícil assim. Com relação à produção, as pessoas têm direito de produzir, segundo a lei no Uruguai, e é todo mundo meio leigo em relação a isso, não sabem como fazer a planta fêmea, que é a que

> dá o fruto, não sabem como proceder, sobre o cultivo em relação à temperatura, então o pessoal acaba recorrendo ao traficante que vende qualquer tipo de droga, como *crack*, cocaína, maconha, tudo junto, aqui no Uruguai é tudo junto, no Brasil se separa. E aí acaba sendo até constrangedor, porque se a polícia está ali cuidando o traficante, ela acaba te "tachando", ela não sabe que tu estás pegando maconha, daí acaba te "tachando" como "pedreiro" [usuário de *crack*], usuário de cocaína, e já é mais grave, porque não é legalizado aqui no Uruguai (usuário externo, masculino, 29 anos).

Os discursos apontam que a regulamentação da "maconha" no Uruguai se reflete, positivamente, em diferentes contextos: na dissociação da imagem do usuário de maconha como criminoso/problema para a sociedade; na maior arrecadação de impostos com a legalização do comércio de *cannabis* e no investimento destes impostos em áreas diversas; e na não exposição do cidadão usuário a substâncias nocivas com possíveis danos orgânicos. Todavia, tais aspectos só são efetivados quando há consonância dos agentes relacionados com a produção/comercialização, uma vez que tal prática só se mostra benéfica quando os meios de produção individual permitem afastar o usuário completamente dos ambientes de narcotráfico.

4.4 A saúde pública na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai

4.4.1 O atendimento aos usuários de drogas na rede básica de saúde

A Portaria nº 3.088, de 2011, estabelece o arranjo dos serviços que pertencem à Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com o intuito de atender às pessoas que se encontram em sofrimento psíquico e com necessidades de cuidados decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, no SUS. Através desta portaria, a Raps tem como intuito universalizar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde mental, promovendo vínculo entre as pessoas com sofrimento psíquico e as suas famílias e comunidade. Da mesma forma, visa articular os serviços da rede, dando ênfase ao cuidado no território, ao acolhimento e ao cuidado integral de modo longitudinal e atenção às urgências (Brasil, 2011). Entre os objetivos específicos mencionados pela Raps estão:

> a promoção dos cuidados em saúde particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de *crack*, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de *crack*, álcool e outras drogas; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais, entre outros (*op. cit.*, p. 1).

A oferta de serviços para pessoas que possuem problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas está subdividida em: *i)* atenção básica de saúde (UBS, Nasf, consultório de rua, apoio aos serviços do componente, atenção residencial de caráter transitório, centro de convivência e cultura); *ii)* atenção psicossocial estratégica (Caps I, Caps II, Caps III, Caps Infantil, Caps AD, Caps AD III); *iii)* atenção de urgências e emergências (Samu 192, sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, portas hospitalares de atenção às urgências e emergências, pronto socorro, UBS); *iv)* atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial); *v)* atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, hospital de referência para atenção às pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental ou consumo problemático de "drogas"); *vi)* estratégia de desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos – SRTs, programa de Volta para Casa); e *vii)* estratégias

de reabilitação psicossocial (iniciativa de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais).

Para Carlini (2003), apesar de o Brasil ter concretizado uma rede de serviços de saúde mental baseada na luta antimanicomial, o senso comum a respeito do usuário de "drogas" permaneceu enquanto modo de pensar da sociedade atual e de muitos profissionais que trabalham em serviços que buscam a desinstitucionalização dessas pessoas.

Iniciaremos descrevendo os relatos coletados dos profissionais da atenção básica de saúde e dos usuários sobre sua relação com esta.

Nas entrevistas, procurou-se saber, entre outras coisas, como acontecia o atendimento ao usuário de drogas, quando este procurava o serviço por algum problema de saúde ou até pelo uso de drogas. Neste sentido, o(a) profissional da enfermagem revelou que nestas situações a temática "drogas" não era mencionada no atendimento. Ele(a) revelou que se procurava manter o atendimento na queixa principal. Porém, em algumas situações, relacionava-se a queixa principal com a abordagem sobre consumo de "drogas".

> Não, não se fala muito neste assunto. Este assunto é muito oculto. Talvez as pessoas tenham medo da fiscalização (trabalhador ESF).

> No atendimento, a gente procura não tocar, não falar sobre a questão das drogas. Na maioria dos casos eles usam e é como fumar, é o dia a dia deles, é a rotina. A gente acaba abordando mesmo quando vem relacionado a isso, fora a gente não aborda porque já fazem uso há muito tempo, então a maioria (...). A pessoa chega com a pressão alta, aí a gente sabe que usa, fuma, bebe (...). Pode acontecer de a gente dar uma "cutucada": "olha, sua pressão está alta porque tu fuma", entendeu? "Vamos diminuir o cigarro", dá um toque. Tem pessoas que não dá pra chegar muito, porque elas não aceitam, é a condição delas (trabalhador ESF).

Durante a coleta de dados, percebeu-se que os trabalhadores da rede básica de saúde têm dificuldade de integrar-se aos assuntos de saúde mental e uso de drogas. Por vezes, com dificuldade de abordar o assunto mesmo quando percebem o uso e, em outras, ignorando as questões de abuso de substâncias em seu cotidiano de atendimentos.

> Acho que por isso que fazem mais discussões, para que a gente aprenda a acolher esse usuário e depois referenciá-lo. Esse paciente não é um drogado sozinho, ele precisa de outros atendimentos também, de clínico, até psicológicos. Porque o pessoal fala: "drogado não é aqui, é no Caps", é essa cultura que eles querem tirar. O objetivo desses encontros é que o profissional se conscientize e passe a entender o usuário de drogas. Mas ainda há muita dificuldade, pois atrás do profissional existe a cultura dele. E aqui o pessoal é bem rígido, há uma cultura machista (trabalhador UBS).

> Eu não sei se é por vergonha, ou por preconceito, ou até mesmo porque a cidade é pequenininha, todos se conhecessem, e como o programa é muito novo, as pessoas ainda têm uma rejeição, muitas vezes tu chega, as pessoas te deixam na porta, não deixam entrar. (...) Atendo pessoas que fazem uso de vários tipos de drogas. (...) É porque trabalhamos com a família da casa, aí fica mais difícil, porque tu está dentro da casa da pessoa, ai é mais difícil da pessoa falar, se abrir (trabalhador ESF).

> Não, não, não. No assunto nunca se toca. Por mais que a gente saiba o que é. Se a pessoa fala que é aquilo, é aquilo. A Josi, que nem ela já sabe, aí fala por que vou dar tal remédio se já sei que ele bebeu e cheirou ontem. Mas jamais se toca no assunto. Mas aí tu não faz a medição, que não é conivente com aquilo ali (trabalhador ESF).

Os dados emergidos nas questões que se referem aos atendimentos em saúde dos usuários de substâncias psicoativas foram relacionados com a dificuldade de realizar uma abordagem focada na perspectiva de drogas, como também com a falta de infraestruturara da gestão

municipal e os problemas relacionados à educação permanente dos profissionais da área, que realizam suas abordagens em saúde, pautadas na abstinência do consumo de drogas.

Na fala, o(a) profissional da área da enfermagem narra a desistência de acessar essas pessoas, pela falta de capacidade para abordar. Enfatiza que as pessoas usuárias de drogas procuram o serviço quando estão em uma fase aguda do problema, e que a conduta realizada, neste sentido, é a internação no município vizinho ou o atendimento no Caps. A fala ainda revela que o município conta com um transporte para deslocar as pessoas, e que em muitos casos os usuários são contidos.

Em outro relato, o(a) profissional agente comunitário revela a dificuldade de realizar a abordagem e o cuidado no espaço social do usuário, devido ao estigma e ao preconceito que essas pessoas sofrem.

Outra questão que emerge seria a relacionada à infraestrutura do município. O(a) profissional revela que, apesar das dificuldades encontradas para realizar os cuidados no serviço de saúde, como a falta de incentivo da gestão municipal, a equipe está procurando realizar atividades para contemplar as ações nessa área com esse público.

Na fala dos usuários, percebe-se também a dificuldade dos profissionais de saúde de abordar o uso de drogas, conforme as transcrições a seguir.

> Nunca comentei, mas acho que seria atendido da mesma forma, até porque se fosse perguntado eu diria que sim, mas nunca foi perguntado (usuário externo, masculino, 22 anos).

> 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 (usuário externo, feminino, 19 anos).

> 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 (usuário externo, masculino, 34 anos).

Percebe-se também nos relatos que há receio por parte dos usuários em revelar o uso de drogas por experiências sofridas de preconceito e estigma social.

Por sua vez, entre os profissionais entrevistados, houve um destaque entre os oriundos de outros países, muitos do Uruguai, que participavam do programa Mais Médicos em que se distinguiam do posicionamento da maioria dos brasileiros. Estes médicos revelavam a importância do estabelecimento de vínculo, do acolhimento e da necessidade de não emitir juízo de valor acerca do uso e das escolhas pessoais de seus pacientes.

> (...) Não quer ser avaliado pelo psiquiatra porque não gostou do atendimento de lá. Então acho que ele encontrou aqui no posto um lugar que consegue vir conversar, só que, claro, às vezes nós também não temos como colocar outra medicação, mas quem dá é o psiquiatra. Pra nós não fica bem, melhor no tratamento do especialista. Então é melhor que ele volte lá para ter esse tratamento especializado do psiquiatra (trabalhador do programa Mais Médicos).

> Eu acho que o mais difícil é o cercamento desses pacientes, porque eles sempre acham que um vai julgar o que ele fez em algum momento da vida. Essa é uma das coisas que eu pelo menos sempre deixo claro para eles, que eu não estou aqui para julgar eles, não sou juiz de ninguém, estou para tentar ajudar. Com isso eles acabam aderindo ao tratamento, só que, claro, como aqui o Chuí não oferece nenhuma atividade para eles, eles então vêm aqui, tomam um remédio, nós tentamos ajudar e encaminhar para um especialista (trabalhador do programa Mais Médicos).

Evidencia-se nestes relatos uma compreensão diferenciada sobre o fenômeno das drogas, e que reflete numa melhor adesão e, inclusive, opção pelo acompanhamento realizado pelos profissionais da atenção básica. Contudo, estes atendimentos são barrados na questão da prescrição medicamentosa específica realizada pelos psiquiatras brasileiros e que mantém um distanciamento e um não compartilhamento dos casos.

Essa questão de sucesso em adesão de usuários de drogas à rede básica também se evidenciou no caso de gestantes usuárias de *crack*, em que o foco não foi o uso da substância, mas, sim, os cuidados de pré-natal, enfatizando o vínculo mãe-bebê como estratégia motivadora, conforme a fala de uma enfermeira de ESF:

> (...) aí me disseram: "olha, essa gestante é usuária de álcool e é usuária de *crack* também", aí eu vim no posto, peguei o material e fui até ela (...). Eu fui na casa dela e perguntei: "olha, tu está disposta a fazer o pré-natal? Tu quer ir lá no posto?". Ela disse: "eu não gosto de médico, eu não gosto de consulta, eu só queria uma ecografia". Então eu disse: "bem, vamos fazer o seguinte, eu vim aqui na tua casa disposta a coletar o material pra fazer o teste rápido [HIV, sífilis], tu autoriza?". Ela disse: "eu autorizo". Daí eu fiz. Aí eu disse: "olha, deu tudo negativo, está tudo bem contigo, eu te trouxe uma carteirinha de gestante pra fazer teu pré natal e já vou te cadastrar no Sisprenatal". Ela disse que não tinha identidade, que estava na mãe, então eu disse que ia pegar os dados dela e que depois ela me levasse lá no posto. Passados uns 15 dias, eu fiz tudo aquilo no início, quando veio o ecógrafo aqui no posto eu disse: "doutora, vamos fazer uma eco pra ver como está esse bebê". Estava até garoando, eu fui na casa, trouxe ela, era a segunda vez que ela vinha no posto, ela fez a eco. Ela ficou realizada, depois disso ela ficou até o final da gestação vindo aqui todo mês, toda banhada, toda cheirosa, arrumadinha, sabe, assim. Mas isso, pra mim, foi uma experiência que eu adorei, e isso me abriu, me deu uma ideia da gente ir fazer busca, de trazer as pessoas pra cá pra dentro (profissional ESF).

Por sua vez, também houve relatos de profissionais que tinham uma compreensão de que sua obrigação em casos de gestantes usuárias de drogas seria inclusive denunciá-las ao Conselho Tutelar. Em um município pesquisado, ainda, havia uma gestante internada compulsoriamente por conta do uso de substâncias sem que tivesse sido oferecido nenhum tipo de acompanhamento de pré-natal na rede básica de saúde, somente desintoxicação no Caps AD.

A questão das internações compulsórias também surgiu fortemente entre os profissionais da rede básica, e não só dos serviços especializados. Há uma cultura de que a internação seria a única saída para o cuidado dos usuários.

> Às vezes não é a pessoa que chega ao serviço, às vezes é um familiar, aí a gente conversa com a médica, a mãe explica ou a tia que está tomando conta, faz a internação compulsória, mas é aquela internação que a gente sabe que não tem muito resultado, porque eles vão para lá obrigados, ficam dois três dias e voltam, mas tem aqueles que procuram. A gente já teve esse caso de a pessoa querer se internar e a gente conseguiu ajudar, mas é que é uma coisa bem complicada porque sair do vício é difícil (profissional UBS).

> (...) Tem internação compulsória, mas não passa por nós, nunca nos foi perguntado se a gente achava que compulsoriamente tinha que internar alguém. Então não parte de nós, eles nos usam, a mim não, mas usam a equipe, para encaminhar as pessoas compulsoriamente para outros locais. Particularmente, não acho que isso funcione (profissional).

> Hoje atendi um rapaz que me procurou pouco mais de um mês atrás pedindo medicação para tentar ficar abstinente, ele tem uma história bem difícil, dificuldade para trabalhar, não tem formação, mora na periferia, então ele pediu medicação e eu ajudei ele: mediquei ele, pediu para que ficasse internado, para poder se segurar melhor. Ele pediu pra ficar uma semana internado e pediu para ir para uma fazenda terapêutica. Foi para fazenda terapêutica, ficou por um tempo e acabou o

> remédio, não tinha receita e ele pediu para ir embora, porque sem remédio ele não ia conseguir se segurar, e hoje ele veio pedir medicamento para continuar abstinente. Ele está abstinente há mais de trinta dias, e a gente medicou ele de volta para ver se ele se mantém abstinente. Esse é um rapaz que usa *crack*, faz uso de maconha também, mas o que prejudica ele é o *crack*, é um rapaz de aproximadamente 27, 28 anos (profissional).

> Eles vêm à consulta por um tempo, porque pra eles, depois (...). Como não tem incentivo, fazer algum esporte, alguma coisa, eles acabam deixando de vir na consulta, porque é sempre a mesma coisa. Vem, repete o tratamento e vai embora (profissional ESF).

Apesar de perceberem a pouca efetividade das internações, os profissionais não conseguem identificar outras possibilidades de cuidado. Uma questão que também passa despercebida pelos profissionais é a do contexto social de vulnerabilidade em que o usuário está inserido, fazendo com que o abuso de drogas passe a ser a consequência e não a causa de sua problemática atual. Da mesma forma, os usuários acabam buscando na abstinência a saída para situações mais profundas de falta de projetos de vida, de formação e de oportunidades.

4.4.2 Os serviços especializados e a atenção a usuários de drogas

Entre os quatro municípios visitados para a pesquisa qualitativa, somente um contava com um Caps AD para o atendimento a usuários de drogas. Dois municípios realizavam o atendimento no Caps II, e um deles encaminhava seus usuários ao município vizinho. Mesmo sem serviços específicos, todos realizavam de alguma forma atendimento aos usuários de drogas. Contudo, estas organizações, por vezes, são um tanto complicadas, conforme a fala dos profissionais e usuários.

> Nós não temos Caps AD, aqui é Caps II, então a gente teve que separar porque dá briga entre os usuários e o pessoal da saúde mental, daí a gente tem que estar sempre cuidando (trabalhador Caps).

> A gente vem nos dias de atendimento dos dependentes químicos, e nos outros dias é de saúde mental (usuário Caps, masculino, 54 anos).

> Atendemos adolescente, mas ele não funciona com esse plano terapêutico diário, porque a gente não tem uma estrutura assim, e outra os pais não gostam de deixar (trabalhador Caps AD).

Essas situações surgiram nos municípios que não possuem serviços específicos de acompanhamento a usuários de drogas como os Caps AD, mas que se organizam, porém, para oferecer atendimento nos Caps tipo II de adultos. Outra questão que chamou atenção foi a dificuldade de os Caps AD ou do tipo II atenderem adolescentes, haja vista que em nenhum município havia Caps Infantil ou infantojuvenil, dificultando também a atenção a este público.

Partindo dos princípios que norteiam o atendimento a usuários de drogas segundo as portarias nºs 121/2012, 3.088/2011 e 130/2012, foram elencados alguns itens questionados durante as entrevistas, sendo estes: clientela dos serviços, acolhimento, diversidade de oferta de tratamento, linhas de atuação, existência de projeto terapêutico individual e institucional, intersetorialidade da rede e formação dos profissionais.

Iniciando pela clientela, fica claro durante as entrevistas que o motivo principal de procura por tratamento nos serviços especializados estava relacionado ao uso abusivo de álcool, representando sua maior clientela. Abaixo do álcool estariam os usuários de *crack*,

não pela quantidade, mas pela gravidade dos casos que chegavam ao Caps, de pessoas já com perdas de vínculos familiares e em situação de vulnerabilidade.

Com relação ao acolhimento destes usuários, todos os serviços referiram receber a livre demanda, conforme os relatos que seguem.

> Aqui no Caps não precisa de encaminhamento médico, daí a pessoa pode vir de livre e espontânea, ou às vezes a família acaba trazendo, ou às vezes é ordem judicial mesmo, daí eles têm que vir (profissional Caps).

> Até o mês passado, nós atendíamos livre demanda, mas agora estamos pedindo um encaminhamento do médico pro Caps, porque nosso serviço estava superlotado. E muita gente desiste (profissional Caps).

> Aqui a gente acolhe, tem uma ficha que preenche com os dados, motivo da busca, quem encaminhou etc. Daí é marcado com a psicóloga, que faz uma triagem e encaminha pro grupo já, ou pro médico, se precisa de medicação (profissional Caps).

Percebe-se a pouca compreensão sobre o que seria acolhimento, escuta qualificada e vínculo. Aquilo a que os profissionais se referem pode ser facilmente confundido com uma mera triagem e encaminhamento para profissionais específicos, sem a construção de Projeto Terapêutico Singular, sem um tempo de abordagem para compreensão das reais demandas e necessidades dos sujeitos.

Outra questão abordada nas falas e reforçada pela maioria dos profissionais foi a dos baixos índices de adesão ao tratamento. Esta grande evasão pode ser compreendida a partir das falas dos usuários sobre o tipo de atendimento realizado nestes municípios.

Na fala a seguir, percebe-se a compreensão que os usuários têm do processo de trabalho dentro destes serviços e de como ainda há um distanciamento dos profissionais.

> 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 [quociente de inteligência] 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. 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, masculino, 59 anos).

> 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, 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 está a fim de curar ninguém, se a droga acabasse, acabam muitos empregos. Se curar alguém, acabaram 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 estou aqui pra denunciar (usuário Caps, masculino, 59 anos).

Percebe-se que pouco se observa sobre as particularidades de cada indivíduo e que os usuários de substâncias apresentam uma capacidade crítica diferenciada se comparados aos usuários de saúde mental correntemente, o que pode ser subestimado pelos profissionais.

Observou-se também um certo despreparo dos serviços e desconhecimento dos profissionais acerca da legislação vigente de cuidado ao uso de drogas. Muitos serviços incluíam atividades religiosas em seu interior e utilizavam, ainda, métodos dos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

> (...) Daí eles vêm. Geralmente a primeira vinda já é feito o acolhimento, é conversado com o usuário e explicado como é que funciona o tratamento. Se possível, a gente já passa com o médico. Que o médico vem todos os dias, só pela parte da manhã. Daí a gente encaminha ele para psicólogo, já dá as atividades que acontecem durante a semana para seguir participando. Eu também costumo falar para o pessoal que está chegando que tem o AA também. Que geralmente quem trabalha todo dia não tem como vir ao Caps, daí pode frequentar o AA ou o NA que tem também, os grupos de apoio (trabalhador Caps AD).

> (...) e depois a gente tem uma espiritualidade, uma igreja que vem até nós na segunda, aí eles ficam também. Na terça-feira tem espiritualidade também, que é outro pastor de outra igreja que vem até o Caps dar aquela conversa, aquela palestra, e depois eles vão pro Sesc [Serviço Social do Comércio], que tem ali uma biblioteca grandona e tal, ou escutam música, fazem um tipo de jornal com notícias que aconteceram durante a semana (trabalhador Caps AD).

Além dessas distorções, os serviços especializados atuam preferencialmente na lógica da abstinência e desconhecem o teor das portarias que fala da não obrigatoriedade da abstinência e da realização de abordagens de redução de danos.

> Aqui é redução de danos, aqui não pode entrar alcoolizado e nem portando (...). Eles vêm aqui tomar banho, não podem estar portando nada. Se tu vai deixar que eles entrem, todo mundo vai entrar com as garrafas de álcool, vão beber (...). (Entrevistador: tu estavas me falando que aqui é redução de danos, o que tu entende por redução de danos?) É reduzir os danos, eu não posso deixar um alcoolizado entrar aqui quando eu estou trabalhando com outros que tomaram durante o final de semana, entendeu? (Trabalhador Caps).

> (...) Porque aqui não tem Caps 24h, porque seria o ideal, porque você começa um trabalho e todo o final de semana vai fora, né. Porque tu dá os medicamentos pra eles levarem e eles não tomam. Na verdade, a família não cuida. Nós damos carbamazepina e o antietanol. O antietanol é uma medicação que eles tomam e a partir de dez dias eles começam com problemas gastrointestinais, vômitos, diarreia. Então eles voltam a beber e sempre têm esses sintomas, aí eles largam a bebida. (Entrevistador: e como é feita essa negociação/orientação pra eles tomarem essa medicação?). Eles não sabem. Tem uns que concordam e outros que não, mas tomam igual. Tem uns que param de vir aqui pra não tomar a medicação (profissional Caps).

> Pra trabalhar com dependente químico temos que estar preparados para frustração. Porque trabalhamos com frustração diariamente. Porque eles vêm e te prometem mundos e fundos, nunca mais e tal, estou de acordo, vou fazer a desintoxicação, e depois de quinze dias saem do hospital, e voltaram e recaíram de novo, e isso é uma frustração para quem trabalha (trabalhador Caps II).

Dos municípios pesquisados, somente um deles possuía agentes redutores de danos, mas que haviam iniciado atuação há pouco tempo dentro do Caps, e somente para realização de busca ativa. O desconhecimento dos preceitos da redução de danos foi geral nos municípios, inclusive distorções sobre as atividades e possibilidades.

Evidenciaram-se também práticas antiéticas, como a prescrição de medicamentos sem o conhecimento do paciente sobre seus efeitos e consequências, submetendo-o, inclusive, a situações de risco.

As práticas voltadas à abstinência e à medicalização revelaram-se altamente frustrantes tanto para os profissionais quanto para os usuários, realidade refletida na baixa adesão e nos altos índices de evasão referidos pelos próprios profissionais.

Em contrapartida, perceberam-se na rede básica de saúde alguns profissionais com alguma compreensão sobre métodos menos agressivos de tratamento e abordagem dos usuários, e também somente uma profissional de Caps no universo estudado realizava atividades de redução de danos em seu cotidiano de trabalho, conforme as falas a seguir.

> (...) Redução de danos, porque não adianta você falar de abstinência com uma pessoa dessas, porque não vai parar. E diminuindo, tentando (...). Parar de uma vez, quando fica sem, fica em um mau humor, não come. Entendeu? Então eu acho que tem que ser mais assim, tentando aos poucos, vai tentando diminuir, porque de abstinência, não funciona (profissional ESF).

> Bom, aqui no Caps AD nós trabalhamos com redução de danos, jamais a gente impõe para o usuário que chega aqui para começar um tratamento "deixa de usar maconha". É redução, a gente já explica que a gente trabalha com redução de danos. Vamos supor que ele use 10 miligramas de maconha, a gente conversa com ele para ele ir reduzindo. A mesma coisa é com a pedra de *crack*, no caso, se ele usa cinquenta pedras, porque tem pacientes que usam bastante, aí vamos trabalhando com a redução, vai reduzindo, diminuindo, vai fazendo o "desmame" até mesmo para o corpo não sentir bruscamente essa retirada repentina do nosso usuário (trabalhador Caps).

Apesar de uma pequena parcela de profissionais compreender os objetivos e o funcionamento da redução de danos, a maioria considera muito pouco os direitos dos usuários e a sua capacidade de escolha e determinação. Muitos discursos apresentados a seguir revelam a adoção de práticas excludentes e criminalizantes do uso de drogas.

> Tudo depende assim quando é álcool, quando é droga. O usuário, quando ele vem, é porque ele não está aguentando mais. Tu deixa ele assim no hospital, uns dois ou três dias, pra desintoxicar, ele tenta fazer um tratamento, com ele antes de entrar numa clínica ou no Caps ali. Porque hoje o tratamento tem que ser de livre e espontânea vontade, isso daí atrapalha muito, atrapalha muito, principalmente porque o cara fica dois/três dias e quer ir embora, e tu tens que deixar ir embora. Aí tu tens que procurar um juiz, pro juiz te dar uma autorização pra tu internar ele. Não fosse isso aí, se fosse igual à Lei Maria da Penha, hoje que qualquer um pode denunciar. Eu vou lá e denuncio. O cara é alcoólatra, vai e fica lá quanto tempo o médico achar. Muitas vezes a lei não deixa o tratamento ser concluído (profissional de gestão).

> Nós não internamos na Santa Casa daqui porque é livre, é aberto, quando querem sair, saem. Então a gente leva pra Pelotas, porque lá ficam fechados (profissional Caps).

> (...) Pelo menos uma compulsória por semana aqui no Caps (profissional Caps).

O alto número de internações compulsórios impressiona, o que revela que um dos municípios acompanhados só lança mão deste artifício como forma de tratamento, sendo que este mesmo município, apesar de possuir leitos para internação em hospital geral, prefere encaminhar a um hospital psiquiátrico de referência regional.

> Eu recebo R$ 500 reais a mais pra ser coordenador do Caps, e divido com a minha colega, e ela me ajuda nesse serviço, o juiz nos liga, o delegado, o promotor, meu telefone não para, dia e noite. Me ligam e eu vou lá e faço a compulsória. A Brigada é bem parceira nossa, me ajudam, eu só ligo, combino, e eles vêm, eu até digo pra não apertarem muito as algemas, pra quando chegar no espírita, em Pelotas, não ficar marcado das algemas (profissional Caps).

> Não, não tenho contato depois que voltam. Alguns fogem, a gente fica sabendo. Daí vem o pedido de novo (profissional Caps).

Essas falas evidenciam práticas extremamente distanciadas do preconizado pela legislação e do que se espera de um serviço de saúde mental. Por outro lado, em outro município, a equipe de saúde mental estabeleceu uma parceria com o Judiciário de forma a discutir casos e negociar as possibilidades de tratamento: "nós conseguimos reverter as compulsórias, nós falamos com o juiz, explicamos o caso e conseguimos fazer ele entender que há outras possibilidades" (trabalhador Caps).

A situação das internações tanto voluntárias quanto compulsórias aparece muito fortemente na fala dos usuários.

4.4.3 A percepção dos usuários acerca dos tratamentos oferecidos

Os usuários entrevistados referiram ter passado por diversos tipos de tratamento em suas tentativas de mudar sua relação com as drogas. Muitos revelaram passagens por comunidades terapêuticas, internações hospitalares, grupos de autoajuda etc. A maioria dos entrevistados no Caps já havia tido mais de uma tentativa de tratamento em diferentes locais.

> Eu estive no hospital agora, por exemplo, e fiquei pensando, eu estou 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 (usuário Caps, masculino, 59 anos).

> Tem um remédio agora, essa injeção que eu tomei de novo, lá na Santa Casa. Eu era pra estar lá. Eu fiquei dois dias, não aguentei 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 está prescrito, tem que tomar (usuário Caps, masculino, 45 anos).

> 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 (usuário externo, masculino, 45 anos).

Os usuários revelam clareza sobre os desafios e as dificuldades de adesão ao tratamento oferecido e o quanto este se torna pesado quando envolve a internação hospitalar. Compreendem também que precisam se instrumentalizar pra viver em sociedade e em liberdade, de forma que consigam conduzir suas vidas de uma maneira menos nociva pra si mesmos.

Outra questão que evidencia um distanciamento entre usuários e profissionais refere-se aos problemas clínicos apresentados pelos usuários de drogas que frequentam os Caps ou hospital geral. Na fala dos usuários, as questões clínicas são pouco valorizadas pelos profissionais em seu cotidiano de trabalho. Da mesma forma, quando os usuários se encontram em situação de internação hospitalar, estas questões também não são assistidas, tendo foco somente na desintoxicação.

> Qualquer coisa que acontece com o alcoólatra é do álcool (usuário Caps, masculino, 59 anos).

> Eu me sinto bem, mas não me queixo que me dói por dentro. Essas pontadas, essas pontadas que me dão 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 dói 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 estava ansiado (usuário Caps, masculino, 67 anos).

> Única coisa que eu luto, que eu brigo ainda dessa função do hospital, é que se ele está lá, ele não entra só pela droga, ele está lá (...). Ele pode estar lá clinicamente também, ele está com uma dor no braço, ele está com a perna furada, ele está com um corte na coxa, ele está pra cura além dessa intoxicação, esse clínico eles não fazem (trabalhador Caps AD).

> Como é que é se o paciente tiver uma comorbidade não é tratado? (...) Não é tratado, eles mais dão esses negócios, esses que eu digo, diazepam, essas coisa assim, e continuam direto lá, e fica lá talvez uma coisinha e outra sim, mas às vezes vem um de lá que a mão dele continua inchada do jeito que estava de lá (trabalhador Caps AD).

De acordo com Barreto (2013) o preconceito do uso e abuso de substâncias psicoativas por parte dos profissionais interfere diretamente no cuidado das pessoas que realizam esse uso problemático e que precisam de atenção em saúde. Da mesma forma, interfere nas ações de saúde como prevenção e elaboração de diagnóstico.

Em contrapartida, um dos municípios apresentou dados que revelaram melhores cuidados com as questões de saúde dos usuários.

> (...) Bem, bem graças a Deus, minha pressão já diminuiu bastante. Está bem legal mesmo, antes tava (...), quase morri da pressão alta, por causa do álcool, e agora não, to bem tratado, meço a pressão todos os dias (usuário Caps, masculino, 55 anos).

> (...) Uma coisa que não está indo bem, tu repara, que o cara está meio cianótico, daí tu avisa o doutor, já encaminhou pro cardiologista. Tinha um outro que se queixava de dor abdominal, e eu fui dar um banho nele e descobri uma hérnia umbilical. Ele fez cirurgia, está bem (profissional Caps).

Apesar de os serviços especializados apresentarem várias fragilidades, nas falas dos usuários foi possível perceber que, diante de toda a segregação que a sociedade vem promovendo, os Caps, sejam tipo II ou AD, ainda são referência para estas pessoas.

> Teve um tempo que me correram, aí eu fiquei como mendigo na rua. Só que chega aquele ponto, assim, não digo o abandono, a rejeição da sociedade para mim, que ninguém queria saber de mim, só aqui que me acolhiam. Foi tipo a minha segunda família, mas não é como a família mesmo da gente. Cheguei em um ponto que eu fui pedir ajuda, queria ajuda porque não dava mais, queria me tratar, não queria mais saber daquela vida que eu estava (usuário Caps, masculino, 35 anos).

> Tive medo, eu saía e não conseguia parar nunca, né. Aí quem me colocou aqui no Caps, vai fazer um ano que eu estou aqui, doutor X, era o médico aí do hospital. Daí ele me deu um conselho: "olha, vou te dizer francamente, a tua vida está como caixão de defunto, está aberto. Cada porre que tu toma é um prego que tu prega, e vai fechando. No terceiro prego, aí tu morre". E eu não queria morrer, que nem, né? Aí tu vai lá pro Caps, tu vai passar o dia acordado, tu vai te alimentar, tu vai fazer trabalhinhos, pintura, essa coisas aí, né. Aí vim pra cá, graças a Deus to bem, to bem tratado aqui, tenho alimentação, tem remédio, tem tudo aqui (...), e não sinto mais falta né (usuário Caps, masculino, 55 anos).

> Olha, tem muitos que precisam da internação hospitalar para poder sair da crise. Mas tem outros que ficam tranquilos com a medicação só. E tem outros que nem tomam a medicação e se mantêm bem, às vezes vêm aqui só conversar e já melhoram (profissional Caps).

Esses usuários revelam fases de muito sofrimento, seguidas de tentativas e de muito esforço por parte deles para realizar o acompanhamento. Mesmo assim, percebem nos serviços um local de acolhimento, onde estabelecem vínculo e onde são aceitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a pesquisa desvelou dados relevantes acerca do consumo de drogas na fronteira e da saúde pública nesta região, que poderão ser posteriormente comparados a fim de avaliar um possível impacto a partir da regulamentação da *cannabis* no Uruguai.

Com relação ao consumo de drogas, identificou-se que a maioria inicia o de álcool com idade entre 7 e 14 anos, principalmente através de familiares. Já a experimentação de *cannabis* se dá de 2 a 5 anos depois da primeira substância, já por influência de grupos sociais.

Dada a experimentação de várias substâncias, indivíduos escolhem a droga de preferência de consumo a partir dos efeitos desejados, pois demonstram muita clareza e conhecimento sobre estes. Desta forma, para mudar de substância de preferência de uso é necessário mudar de grupo social, contrariando a teoria da escalada.

Os indivíduos que optam pelo uso do álcool como droga de preferência apresentam maiores relações com o uso abusivo, desenvolvendo problemas de desempenho de suas atividades e prejuízos no trabalho e nas relações familiares e sociais, tendo que acabar por buscar ajuda nos serviços especializados.

Já os usuários de *cannabis*, estes conseguem fazer mais uso controlado que os de álcool e *crack*, podendo manter um uso controlado por toda vida, sem apresentar prejuízos substanciais.

A *cannabis* vendida na fronteira brasileira é prensada com pior qualidade por apresentar produtos químicos para sua conservação, e um grande número de impurezas. Já a *cannabis* consumida no Uruguai é a floração da planta chamada de *cogollo.*

A quantidade média de consumo de *cannabis* gira em torno de 25 g ao mês dos usuários individuais, podendo chegar a 50 g ou 100 g ao mês quando o uso é compartilhado entre três a quatro pessoas. Seu valor médio tem subido na região da fronteira devido à escassez.

A preferência de consumo da substância se dá à noite devido aos efeitos sedativos, e através de consumo em grupo. Ela também é utilizada para conter a agitação causada pelo *crack* e pela cocaína, ou para compensar seus efeitos.

Os usuários, em geral, evitam o contato com o tráfico e adquirem a droga através de intermediários. Por vezes, compram em maior quantidade para diminuir as idas ao tráfico. Apesar de não terem receio dos traficantes, sua hesitação revela-se pelo medo de sofrer alguma abordagem policial.

Os usuários revelam que os uruguaios consomem a própria *cannabis* cultivada e não a vendem. Eles têm bastante noção das restrições da venda e dos riscos que correm, haja vista que o sistema de regulamentação uruguaio prevê a necessidade de cadastramento dos plantadores individuais e coletivos, incorrendo em risco caso não se enquadrem nestas duas categorias. Não é possível adquirir a *cannabis* no Uruguai, portanto todos a adquirem no Brasil.

Com relação à saúde pública na região da fronteira e à oferta de atendimentos a usuários de drogas, percebeu-se que ainda há uma forte resistência dos profissionais a atender aos usuários, principalmente na rede básica de saúde, e também dos usuários a buscar algum tipo de atendimento na rede básica de saúde.

Quanto aos serviços especializados, estes oferecem poucas opções de tratamento levando em consideração a individualidade e a singularidade de cada pessoa. Percebeu-se o cuidado mais focado na substância e não no indivíduo, compreendendo o uso abusivo de substâncias como a causa de seus problemas e não como uma consequência de demais situações psicológicas, familiares, de vulnerabilidade e exclusão social.

Em relação às necessidades clínicas dos usuários de drogas, percebeu-se que os serviços de saúde ignoram o uso de substâncias destes indivíduos, enquanto os serviços especializados ignoram as suas questões de saúde.

Percebeu-se também que os profissionais carregam seus próprios conceitos e vivências acerca do uso de substâncias e das possibilidades de assistência, estando pouco abertos para outras possibilidades de atenção, inclusive as preconizadas pela legislação brasileira.

Entre os serviços especializados, a maioria enfoca o tratamento voltado à abstinência e indica a pouca adesão dos usuários. Apesar do acesso garantido, há pouca utilização de tecnologias leves de cuidado (acolhimento, vínculo e promoção de autonomia), sendo o serviço mais centrado na medicalização, e de forma uniformizada.

A maioria também não utiliza da estratégia de redução de danos, demonstrando igualmente distorções acerca da compreensão desta. Também apresenta pouco conhecimento sobre a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Raps, mantendo práticas antiquadas e recriminatórias aos usuários de drogas.

Esses profissionais, em sua maioria, apesar de se colocarem desfavoráveis à mudança da lei uruguaia, acreditam que não haverá impacto desta no Brasil e não apontaram mudanças locais nos últimos dois anos.

Conclui-se, portanto, que o controle no Uruguai está bastante rígido a partir da regulamentação do uso de *cannabis*.

Apesar de a população considerar que poderá haver impactos, ela não consegue indicar situações de aumento de violência a não ser a policial.

E, por fim, apesar de o Brasil possuir leis proibitivas, este é mais permissivo com o uso e o comércio de *cannabis* que o Uruguai, onde seu uso é regulamentado.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem "respondent-driven sampling" na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2011.

BARRETO, M. S. **Atenção à saúde dos usuários de substâncias psicoativas em unidades de Pronto Atendimento**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 232 p.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARLINI, E. A. Redução de danos: uma visão internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 335-339, 2003.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 116, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000200007>. Acesso em: 5 jul. 2016.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Regiões de influência das cidades 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. **Estimativa da população 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

VÍCTORA, C. G. *et al.* **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZIMBERG, N. E. **Drug set and setting**. New York: Yale University Press, 1984.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Regiões de influência das cidades 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Abordagens terapêuticas aos usuários de cocaína/*crack* no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

_____. **Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção do uso de drogas, capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Senad, 2013.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Vagas em comunidades terapêuticas**. Brasília: Ministério da Justiça, 2014.

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. São Paulo: Cebrid, 2006.

CASTRO, M. S; ROSA, L. C. S. **Prevenção do uso de drogas**: adolescência, família e escola. Teresina: UFPI, 2011.

CLDD – COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. **Drogas e democracia**: rumo à uma mudança de paradigma. Rio de Janeiro: CLDD, 2011. Disponível em: <http://www.cbdd.org.br/wp-content/uploads/2009/10/CLDD-Relat%C3%B3rio-POR.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2016.

COLLINS, K.; COLLINS, B. **Experimenting with science photography**. New York: Franklin Watts, 1994. 144 p.

CRIPPA, J. A. S.; ZUARDI, A. W.; HALLAK, J. E. Uso terapêutico dos canabinoides em psiquiatria. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 1, p. 556-566, 2010. Suplemento.

DANNA, M. F.; MATOS, M. A. **Ensinando a observação uma introdução**. São Paulo: Edicon, 1986.

DEGENHARDT, L. *et al.* Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1564-1574, 2013.

DUFTON, E. The war on drugs: how President Nixon tied addiction to crime. **The Atlantic**, v. 7, n. 22, p. 2014, 2012. Disponível em: <http://www.theatlantic.com/health/archive/2012/03/the-war-on-drugs-how-president-nixon-tied-addiction-to-crime/254319/>. Acesso em: 5 jul. 2016.

EMCDDA – EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. **Drug policy profiles** – Portugal. 2011. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33629EN.html>. Acesso em: 6 jul. 2016.

FAGUNDES, A. J. F. M. **Descrição, definição e registro de comportamento**. São Paulo: Edicon, 1985.

GAONI, Y.; MECHOULAM, R. J. Isolation structure and partial synthesis of an Active Constituent of Hashish. **Journal of the American Chemical Society**, v. 86, n 8, p. 1646-1647, 1964.

GARAT, G. Un siglo de políticas de drogas en Uruguay. **Análisis**, n. 1, p. 1-21, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

HUTT, S. J.; HUTT, C. **Observação direta e medida do comportamento**. São Paulo: EPU, 1974. 279 p.

LI, H. L.; LIN H. An archaeological and historical account of *cannabis* in China. **Economic Botany**, v. 28, n. 4, p. 437-47, 1974.

MORAES, A. Abordagem sistêmica e sistemática: apreciação, diagnose, projetação, avaliação, validação. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ERGONOMIA E USABILIDADE DE INTERFACES HUMANO-TECNOLOGIA: PRODUTOS, PROGRAMAS, INFORMAÇÃO, AMBIENTE CONSTRUÍDO, 3., 2002. **Anais**... Rio de Janeiro: Leui/ PUC-Rio, 2002.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção única sobre entorpecentes**. Tratados Internacionais. Nova York: ONU, 1961.

PERTWEE, R. G. **The handbook of *cannabis***. Oxford: Oxford University Press, 2014.

POLÍTICA holandesa sobre drogas. **Holland.com**. Disponível em: <http://www.holland.com/br/turismo/artigo/politica-holandesa-sobre-drogas.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

RIBEIRO, M. A. *et al.* Georreferenciamento: ferramenta de análise do sistema de saúde de sobral-Ceará. **Sanare**, v. 13, n. 2, 2014.

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra e proibição. *In*: LABATE, B. C. *et al.* (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Bahia: Edufba, 2008. p. 91-104.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2000.

SILVA, K. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 605-610, 2010.

SOUZA-VIEIRA, S. R.; HARTMANN, C. Modificação marginal das ilhas estuarinas usando ferramentas de aerofotografia, sedimentologia e batimetria. **Revista Brasileira de Cartografia**, v. 60, n. 4, p. 307-318, 2008.

SPATA, A. V. **Métodos de pesquisa** – ciências do comportamento e diversidade humana. Tradução de Alfredo Barcelos Pinheiro de Lemos. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

VARVEL S. A *et al.* Delta9-tetrahydrocannbinol accounts for the antinociceptive, hypothermic, and cataleptic effects of *marijuana* in mice. **The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, v. 314, n. 1, p. 329-337, 2005.

VERDÚ, D. Clubes de maconha: a Espanha, a nova meca da maconha. **El País**, 14 jun. 2014. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/brasil/2014/06/13/sociedad/1402684898_507332.html>. Acesso em: 6 jul. 2016.

APÊNDICE A

Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Universidade Federal de Pelotas

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa 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**" realizada pela Universidade Federal de Pelotas e foi aprovada pela Comissão de Ética do Ipea Ofício 013/2015.

O objetivo desta pesquisa é identificar e gerar indicadores de monitoramento da nova política sobre o uso de *cannabis* (maconha) 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 Uruguai 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

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTAS NARRATIVAS SEMIESTRUTURADAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS: EIXO SAÚDE PÚBLICA E PRÁTICAS DE CONSUMO

Introdução

Explicação dos objetivos da entrevista e procedimentos éticos (sigilo dos dados, consentimento informado para participação e autorização para gravação em áudio).

1) Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinatura individual.
2) Esclarecimento que se o entrevistado tiver dificuldade para assinar o TCLE deverá informar ao entrevistador que o auxiliará nesta etapa.
3) Assinatura do TCLE e recolhimento deste.
4) Coleta de consentimento para gravação em áudio e acionamento do gravador.

Roteiro
Município: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Raça/cor: _____ Estado Civil:_____
Nacionalidade: _____
Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Questões

1) Gostaria que você começasse me contando como começou sua história de uso de drogas, desde o início até hoje (lícitas e ilícitas – entenda-se por drogas: álcool, tabaco, maconha, remédios, cocaína, *crack*, heroína, LSD, cola de sapateiro etc.).
2) Então você já experimentou quais tipos de drogas?
3) E hoje, qual a droga que você tem usado mais?
4) Qual quantidade você usa atualmente? Durante a semana e em finais de semana.
5) Você faz alguma combinação de drogas? Quais?
6) Que efeitos você sente ao consumi-las? Especifique cada uma.
7) Você costuma utilizar a substância sozinho ou em grupo?
8) Como faz para conseguir a substância? Em qual cidade/país?
9) Qual a sua rotina de uso? (Manhã, tarde, noite – quantidade).
10) Você já sentiu medo ou passou por alguma situação difícil para conseguir a droga? Você já foi ameaçado por traficantes?
11) Você já foi abordado pela polícia?
12) Você se colocou em situações de ilegalidade pra conseguir a substância?
13) Você acha que o uso de substâncias atrapalha ou ajuda sua vida de alguma forma? (trabalho, estudos, relações sociais).
14) Caso atrapalhe, você já buscou algum tratamento para dependência química? Conte-me como e onde foi. Como você se sentiu?
15) Com relação a sua saúde, como você percebe seu estado de saúde?

16) Você faz algum tratamento para alguma doença? (Não relacionada ao uso de substâncias).

17) Em quais serviços você foi? Como você se sentiu? O seu problema foi resolvido? As pessoas que o atenderam sabiam que você era usuário de substâncias? Houve alguma mudança de tratamento por conta disso? (Preconceito, estigma, desistência por parte do usuário).

18) Você está a par da mudança da legislação sobre o uso de maconha no Uruguai? O que você sabe sobre isso?

19) Você acha que houve alguma mudança nas relações entre as comunidades/pessoas das cidades dos dois países?

20) O que você acha que está dando certo ou errado no processo de regulação de maconha no país vizinho?

21) Você tem alguma opinião sobre as políticas brasileira e uruguaia de uso de drogas?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS PARA TRABALHADORES E GESTORES DE SAÚDE: EIXO SAÚDE PÚBLICA

Introdução

Explicação dos objetivos da entrevista e procedimentos éticos (sigilo dos dados, consentimento informado para participação e autorização para gravação em áudio).

1) Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinatura individual.
2) Esclarecimento que se o entrevistado tiver dificuldade para assinar o TCLE deverá informar ao entrevistador que o auxiliará nesta etapa.
3) Assinatura do TCLE e recolhimento deste.
4) Coleta de consentimento para gravação em áudio e acionamento do gravador.

Roteiro
Município: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Raça/cor: _____ Estado Civil:_____
Nacionalidade: _____
Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Questões

1) Para iniciarmos a conversa, fale mais sobre a quanto tempo você trabalha neste serviço e quais as atividades que desempenha.
2) Em geral, como é realizado o atendimento a pessoas usuárias de substâncias em seu município, entendendo substâncias como lícitas e ilícitas (álcool, cigarro, maconha, medicações, cocaína, *crack*, LSD, êxtase, loló, cola de sapateiro, heroína etc.).
3) Caso eles venham em busca de atendimento em saúde que não necessariamente esteja relacionado a tratamento para dependência química, me explique como se dá. (Somente para Rede de Atenção Básica, exceto centros de atenção psicossocial álcool e drogas – Caps AD).
4) Com relação especificamente a usuários de drogas, você lembra se fez algum tipo de atendimento a uma pessoa assim nos últimos tempos? Conte-me como foi. Encontrou dificuldades ou facilidades?
5) Devido ao fato de o seu município estar localizado na faixa de fronteira, existe alguma orientação para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS)? Quais? Existe alguma orientação por parte do seu município de como os serviços de saúde do SUS devem proceder no caso de busca de atendimento por parte de estrangeiros? E dos brasileiros no Uruguai?
6) As ações de saúde prestadas no SUS aos estrangeiros são registradas como prestadas aos estrangeiros?
7) O que você sabe sobre a nova lei uruguaia de regulação da *cannabis*?
8) O que você conhece sobre a lei brasileira de uso de drogas? Sabe a diferença delas? Qual?
9) Vocês receberam alguma informação sobre a lei uruguaia ou alguma orientação de como proceder com relação aos atendimentos de usuários?

10) Você acha que houve alguma mudança nas relações entre as comunidades/pessoas das cidades dos dois países a partir da mudança da lei uruguaia? (Tempo presente).

11) Você acha que a nova lei uruguaia poderá impactar nas questões de saúde no Brasil, em especial na sua cidade? Se sim, você já percebeu alguma mudança? (Futuro).

12) Você tem mais alguma coisa que gostaria de comentar?

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação
Cláudio Passos de Oliveira

Supervisão
Andrea Bossle de Abreu

Revisão
Carlos Eduardo Gonçalves de Melo
Elaine Oliveira Couto
Luciana Nogueira Duarte
Mariana Silva de Lima
Vivian Barros Volotão Santos
Cynthia Neves Guilhon (estagiária)
Madjory de Almeida Pereira (estagiária)

Editoração eletrônica
Aeromilson Mesquita
Aline Cristine Torres da Silva Martins
Carlos Henrique Santos Vianna
Glaucia Soares Nascimento (estagiária)

Capa
Danielle de Oliveira Ayres
Flaviane Dias de Sant'ana

The manuscripts in languages other than
Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 2026 5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em adobe garamond pro 11,5/13,8 (texto)
Frutiger 67 bold condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Rio de Janeiro-RJ

Missão do Ipea

Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO